

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



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

Por

LIC. JOSE VITOR DA SILVA

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria**

Febrero, 1997

9 33 HO 1

AUTOOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE

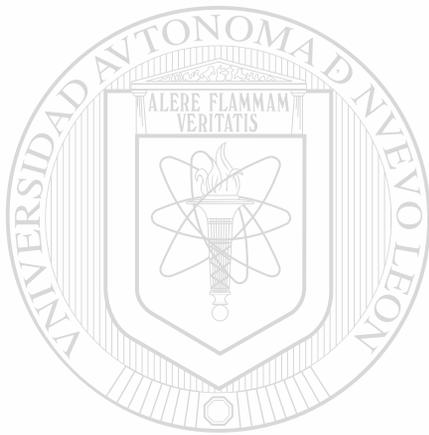
ADULTOS MAYORES EN AREAS URBANO

MARGINAADAS DE MONTERREY

1961



1080071197



UANL

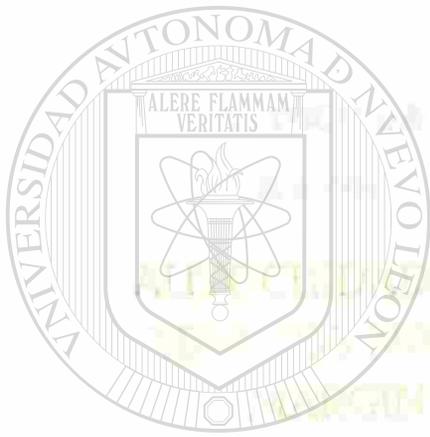
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito para la inscripción a la Maestría en

MAESTRIA EN ENFERMERIA

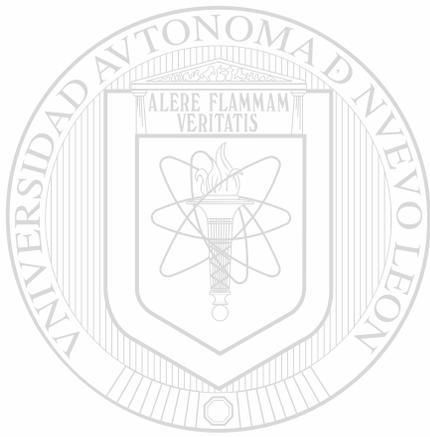
en Salud Comunitaria



FEBRERO DE 2017

2017

74
Haidou
03

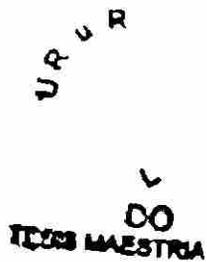


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

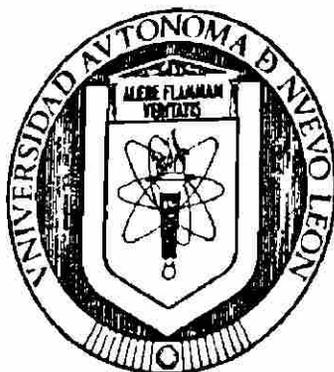


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



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

POR:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
LIC. JOSÉ VÍTOR DA SILVA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

FEBRERO, 1997

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



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

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
PRESENTA:
LIC. JOSÉ VÍTOR DA SILVA
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR:

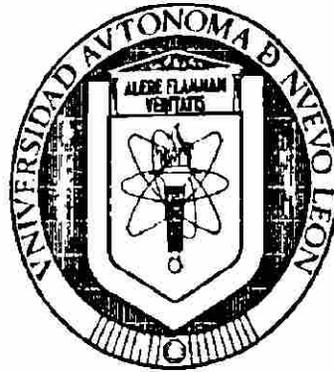
LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

FEBRERO, 1997

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 VÍTOR DA SILVA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR:

LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

ASESOR ESTADÍSTICO

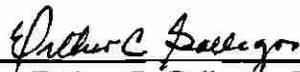
DR. MARCO VÍNICIO GÓMES MEZA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

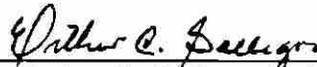
FEBRERO, 1997

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

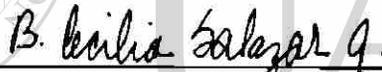
Aprobación de Tesis



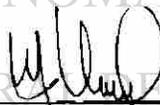
**Lic. Esther C. Gallegos Cabriaes MA
Asesor de Tesis**



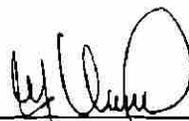
**Lic. Esther C. Gallegos Cabriaes MA
Presidente**



**Lic. Bertha Cecilia Salazar Gonzalez MES
Secretario**



**Lic. Magdalena Alonso Castillo MSP
Vocal**



**Lic. Magdalena Alonso Castillo MSP
Secretario de Postgrado**

AGRADECIMIENTOS

A la **Fundación W.K. Kellogg** por la beca concedida que me proporcionó la oportunidad de estudiar maestría en enfermería e intercambiar valores socioculturales y profesionales; hechos que me han proporcionado elementos suficientes para un desarrollo personal, familiar y profesional.

A la **Escuela de Enfermería “Wenceslau Braz”** de la ciudad de Itajubá, MG y al Departamento de Enfermería de la **Facultad de Medicina “Dr. José Antonio Garcia Coutinho”** de la ciudad de Pouso Alegre, MG, Brasil por todo apoyo brindado a lo largo de estos dos años para la culminación de mi meta. A la **Facultad de Enfermería de la UANL** y en especial a la **Secretaría de Postgrado** por mi aceptación en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería y por la atención, apoyo y amistad.

A la **Lic. Esther Gallegos** mis agradecimientos y respecto por el apoyo personal, familiar, y académico así como por su disposición y asesoría para el desarrollo de esta investigación.

A la **Lic. Isabel Torres Navarro** por la asesoría del estudio cualitativo, por su disponibilidad y apoyo brindados.

Al **Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph.D.**, por su valiosa asesoría estadística.

Al **Lic. Juan Manuel Russildi Garza**, por el apoyo estadístico durante el desarrollo de esta investigación.

A los maestros de la **Facultad de Enfermería de la UANL**, en especial a los que compartieron conmigo sus experiencias y conocimientos a lo largo de mi trayectoria como estudiante de postgrado.

Al personal administrativo y de la biblioteca por su atención y apoyo; a la **Lic. Guadalupe Martínez Márquez** por su asistencia en redacción y ortografía.

A los compañeros de maestría por la amistad, incentivo, apoyo e intercambio profesional.

Al personal del **Centro de Salud “Vicente Guerrero”** por la disponibilidad y amistad en los momentos de necesidad.

A los adultos mayores del programa: **“Salud de los Adultos Mayores”** del Centro de Salud “Vicente Guerrero” por su colaboración y amistad.

A los licenciados en enfermería, **Rigoberto Alvarez Banda y Jayme Ruiz Morales** por el apoyo, amistad e interés en la conclusión de esta investigación.

Mi especial agradecimiento a todos los amigos, compañeros y personas que hicieron confortable la estancia de mi familia en este país, en especial en Monterrey.

DEDICATORIAS

A Dios por el don de la vida, por su guía y por ser mi refugio.

A mis padres: **Sr. José Anatalino da Silva y Sra. Conceição Maria Santiago da Silva**, mis hermanos, y familiares.

A mi esposa **Célia Maria da Costa Silva**, por su paciencia, apoyo incondicional y por ayudar en mi crecimiento profesional y en el logro de esta meta, todo mi amor y cariño. A mis hijos: **Elaine Cristina da Costa Silva, Rodrigo Vitor da Costa Silva y Michele Cristina da Costa Silva** que son mis valores en esta vida.

A mis cuñadas **Adelaide Costa y Elza Costa** que mucho nos apoyaron a larga distancia...

A mis amigas **Ir. Maria do Carmo Costa, Ir. Lucyla Junqueira Carneiro y**

Rosa Maria Nascimento Moreira quienes fueron muy importantes en esta etapa de mi vida.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Hipótesis.....	6
1.3 Preguntas de Investigación.....	7
1.4 Objetivos.....	8
1.5 Importancia del Estudio.....	8
1.6 Limitaciones del Estudio.....	9
1.7 Definición de Término.....	9
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	13
2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.....	13
2.1.1 Conceptos de la Teoría.....	14
2.1.2 Ubicación del Problema de Investigación en el Contexto de la Teoría.....	16
2.1.2.1 Factores Condicionantes Básicos.....	16
2.1.2.2 Capacidades de Autocuidado.....	19
2.1.2.3 Acciones de Autocuidado.....	21
2.2 Calidad de Vida.....	24
2.3 Estudios Relacionados.....	27
2.3.1 Estudios Acerca de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.....	28
2.3.2 Estudios sobre Calidad de Vida.....	30
3. METODOLOGÍA.....	34
3.1 Diseño.....	34
3.2 Sujetos.....	34
3.3 Instrumentos.....	35
3.4 Procedimientos para la Recolección de Información.....	43
3.5 Análisis de Datos.....	46
3.6 Ética del Estudio.....	46

Capítulo	Página
4. RESULTADOS.....	47
4.1 Características Sociodemograficas de la Población Estudiada..	47
4.2 Estadísticas descriptivas.....	50
4.3 Datos Correlacionales.....	60
4.3.1 Preguntas de Investigación.....	62
4.4 Estadísticas Inferenciales.....	63
4.4.1 Prueba de Kruskal Wallis.....	63
4.4.2 Prueba de Hipótesis.....	68
5. DISCUSIÓN.....	72
5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS.....	82

APÉNDICES

APÉNDICE A - CEDULA DE VALORACIÓN MENTAL...	87
--	-----------

APÉNDICE B.- REPORTE DE LAS ENTREVISTAS ANTROPOLÓGICAS A ADULTOS MAYORES...	88
--	-----------

APÉNDICE C.- INSTRUMENTO FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DEL ADULTO MAYOR.....	89
---	-----------

APÉNDICE D.- ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.....	97
--	-----------

APÉNDICE E.- INSTRUMENTO ACCIONES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR.....	100
---	------------

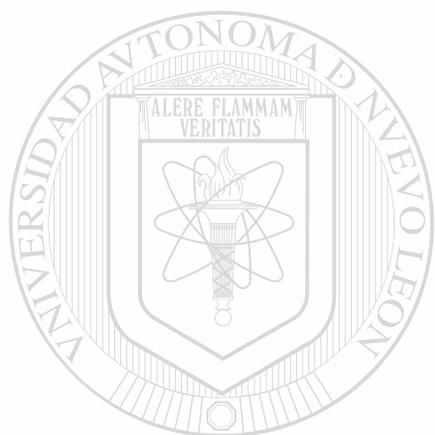
APÉNDICE F.- ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE FERRANS Y POWERS.....	101
--	------------

APÉNDICE G.- AUTORIZACIÓN PARA USO DEL ICV...	104
--	------------

APÉNDICE H.- SUBESCALAS DE CALIDAD DE VIDA.....	105
--	------------

APÉNDICE I.- INSTRUMENTO CAPACIDADES Y ACCIONES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO Y/O HIPERTENSO.....	106
--	------------

APÉNDICE J.- VALORACIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR.....	110
APÉNDICE K.- PROCEDIMIENTOS DE LA VALORACIÓN FÍSICA (INSTRUCTIVO).....	114



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características y Cronbach Alpha de las Subescalas y de la Escala Total de FCBAM.....	39
2. Características y Cronbach Alpha de las Secciones CAC/AMDH y AAC/AMDH.....	41
3. Valores Sistólicos y Diastólicos para Clasificación de la Presión Arterial.....	42
4. Valores del Índice de Masa Corporal para Clasificación del Peso Corporal.....	42
5. Valores Establecidos para Clasificar el Nivel de Glucosa Capilar.....	42
6. Medidas Descriptivas Relativas a los FCBs, CAC, AAC, CACDH, AACDH y CV de los Adultos Mayores.....	51
7. Medidas Descriptivas para las Cuatro Subescalas de CV Según Nivel de Satisfacción e Importancia.....	52
<hr/>	
8. Tiempo Diagnosticado de las Enfermedades Crónicas Que Padezcan los Adultos Mayores.....	55
9. Nivel de Agudeza Visual de los Adultos Mayores.....	56
10. Nivel de Agudeza Auditiva de la Población Estudiada.....	57
11. Nivel de Higiene y Salud Bucal de los Adultos Mayores.....	57
12. Cifra de Presión Arterial Sistólica y Diastólica de los Adultos Mayores Diabéticos y/o Hipertensos.....	58
13. Índice de Masa Corporal de los Adultos Mayores Diabéticos y/o Hipertensos.....	59

Tabla	Página
14. Nivel de Glucosa Capilar de los Adultos Mayores Diabéticos...	59
15. Condición de las Extremidades Inferiores de los Adultos Mayores Diabéticos.....	60
16. Coeficiente de Correlación de Spearman entre los FCBs Seleccionados, CAC, AAC y CV de los Adultos Mayores.....	61
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.....	62
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.....	64
19. Análisis de Regresión Múltiple de las Capacidades de Autocuidado y Factores Condicionantes Básicos de los Adultos Mayores.....	68
20. Análisis de Regresión Múltiple de las Acciones de Autocuidado y los Factores Condicionantes Básicos de los Adultos Mayores.....	69
21. Análisis de Regresión Múltiple de las Acciones de Autocuidado, los Factores Condicionantes Básicos y las Capacidades de Autocuidado de los Adultos Mayores.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Teorías Constituyentes de la Teoría General de Enfermería del Déficit de Autocuidado.....	14
2. Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado Relacionados con Calidad de Vida.....	27
3. Características Individuales de los Adultos Mayores.....	48
4. Características Familiares de los Adultos Mayores.....	49
5. Situación de Trabajo de los Adultos Mayores.....	50
6. Horas de sueño de los Adultos Mayores.....	53
7. Percepción del Estado de Salud de los Adultos Mayores.....	53
8. Nivel de Dolor referido por los Adultos Mayores.....	54
9. Tipo de Enfermedad Crónica que padecen los Adultos Mayores.....	55
10. Promedio para la Interacción de los Factores Sexo y Escolaridad para el Índice de Patrón de Vida.....	65
11. Promedio para la Interacción de los Factores Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico para el Índice de AAC (Masculino).....	66
12. Promedio para la Interacción de los Factores Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico para el Índice de AAC (Femenino).....	66
13. Rango Medio para la Interacción de los Factores Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico para las AAC (Masculino).....	67
14. Rango Medio para la Interacción de los Factores Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico para las AAC (Femenino).....	67

RESUMEN

José Vitor da Silva

Fecha de Graduación: Febrero 1997

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ÁREAS URBANO MARGINADAS DE MONTERREY

Número de páginas: 119

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue identificar los factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado y la relación de estos conceptos con calidad de vida del adulto mayor con y sin enfermedades crónicas. El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal, el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio, simple, y el tamaño de la muestra fue de 169 sujetos. Se aplicaron cuatro cuestionarios diseñados por el investigador: Factores condicionantes básicos, acciones de autocuidado, capacidades y acciones de autocuidado del adulto mayor diabético y/o hipertenso y valoración física. Se utilizaron también dos escalas estandarizadas: Escala para estimar las capacidades de autocuidado de Isenberg y Evans y el Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers. Se llevaron a cabo entrevistas antropológicas previas al diseño último de los instrumentos.

Contribuciones y Conclusiones: Se obtuvo que los factores estado de salud, patrón de vida y disponibilidad de recursos fueron predictores de las capacidades de autocuidado ($F_{5,165} = 8.157, p = .000, R^2 = .18400$). Los factores estado de salud y patrón de vida fueron predictores de las acciones de autocuidado ($F_{5,163} = 8.27, p = .000, R^2 = .17796$). Las capacidades de autocuidado fueron predictores de las acciones de autocuidado. Lo anterior se observó en dos poblaciones. La primera incluyó toda la muestra ($N = 169$) y el modelo fue significativo ($F_{1,167} = 46.07, p = .000$). La segunda incluyó solamente a los diabéticos y/o hipertensos ($n = 90$) y también el modelo fue significativo ($F_{1,167} = 46.07, p = .000$). Los factores estado de salud y patrón de vida así como las capacidades de autocuidado fueron predictores de las acciones de autocuidado ($F_{6,162} = 14.66, p = .000, R^2 = .32792$). Los hallazgos del estudio apoyan la relación entre las capacidades y acciones de autocuidado y entre cada una de éstas y los factores condicionantes básicos; además se encontró una asociación positiva y significativa entre las acciones de autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores.

FIRMA DEL ASESOR: *E. P. C. Salazar*

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.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 tés, emplastos, inhalaciones, entre otros.

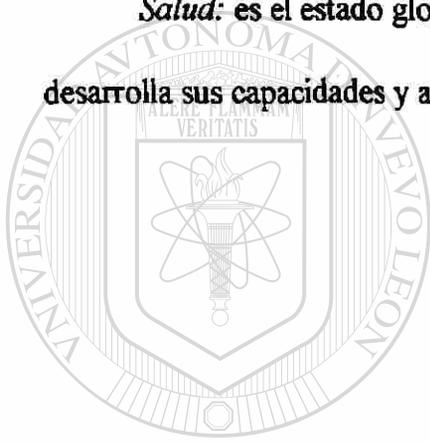
Requisitos de autocuidado: Constituyen la razón por la cual se llevan a cabo las acciones de autocuidado. Incluyen las necesidades básicas y de control de enfermedades crónicas. Se consideran en este estudio los requisitos de autocuidado siguientes:

- 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.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



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.

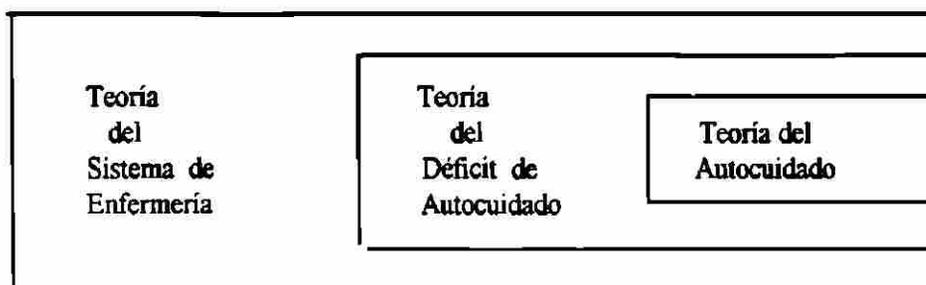
2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado

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 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. 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.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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.

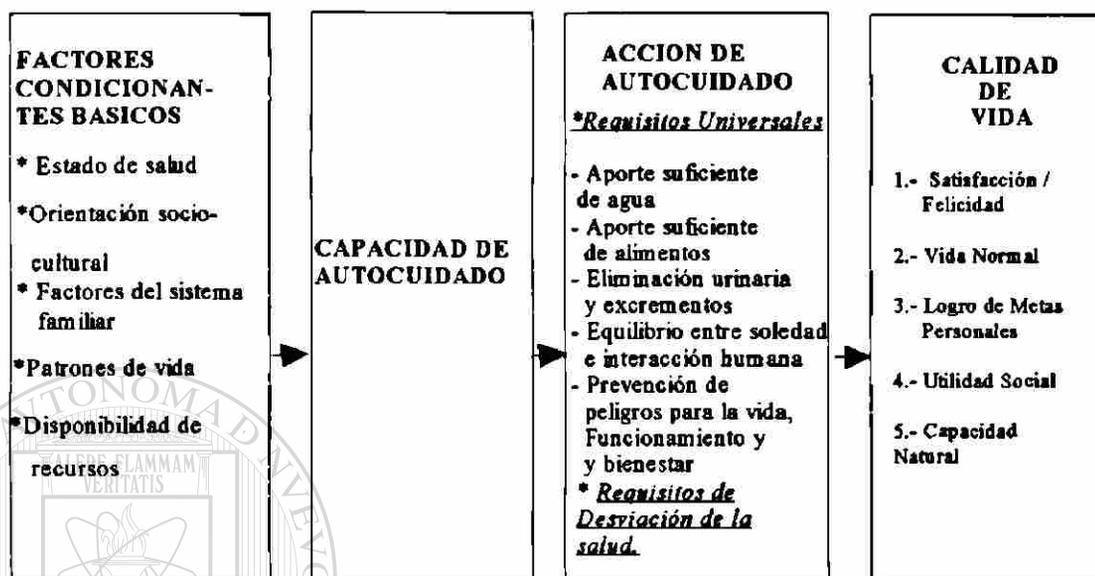
4) Utilidad Social: esta categoría se centra en la CV como la capacidad de llevar una vida útil desde el punto de vista social. La dimensión utilidad social se refiere a la percepción del individuo de su capacidad para desempeñar diversos roles, tales como el de trabajador, ciudadano, maestro, abuelo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

Clasificación de P. Arterial	Parámetro Sistólico	Parámetro Diastólico
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/ talla²). La TABLA 4 presenta los criterios de clasificación.

TABLA 4

Valores del Índice de Masa Corporal para Clasificación del Peso Corporal

Clasificación de Peso Corporal	Índice de Masa Corporal
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

Nivel de glucosa	Mgs
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 integra 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

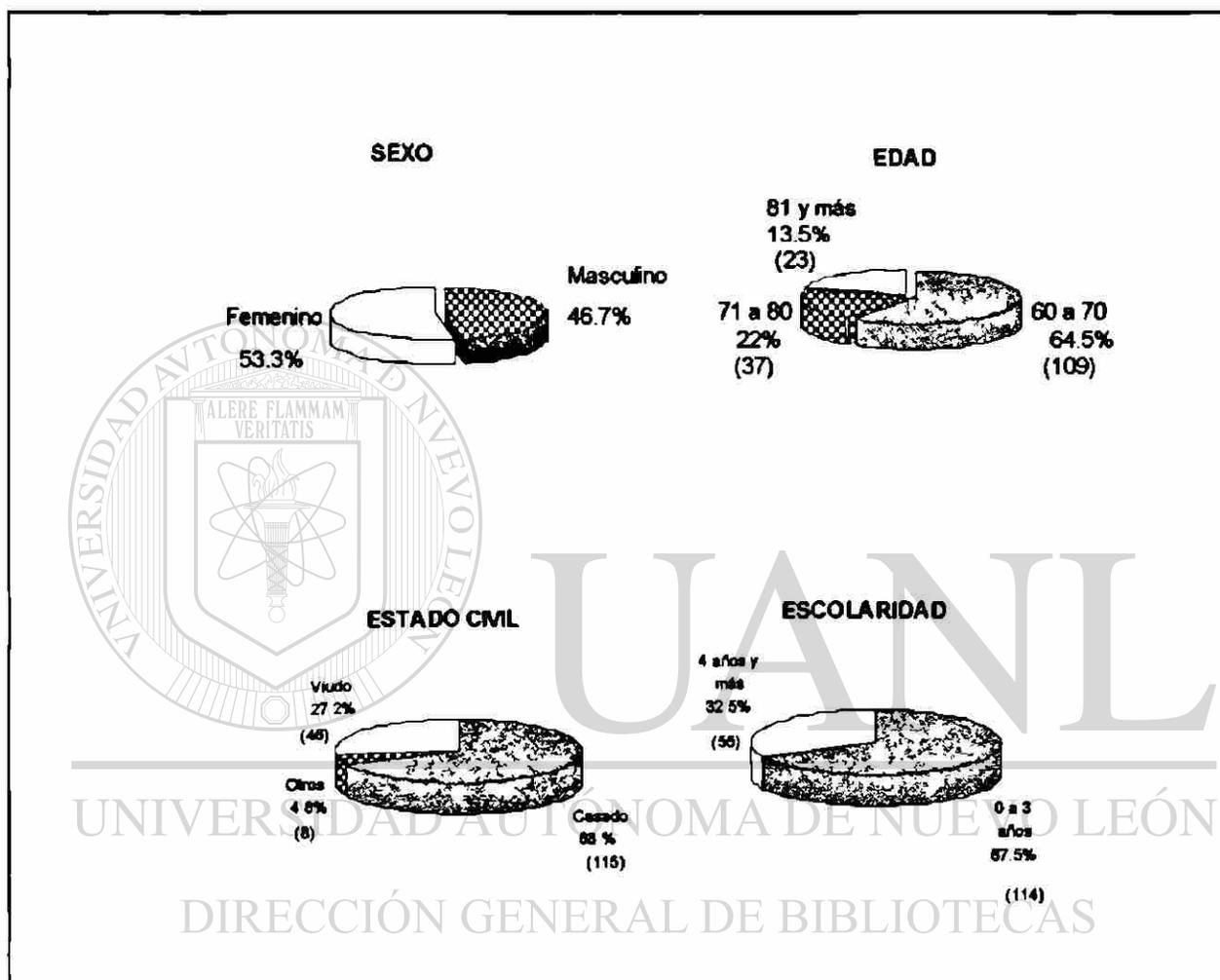
Los resultados que se reportan en el presente estudio corresponden a 169 adultos mayores con y sin enfermedades crónicas (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) que habitan en el Municipio de Guadalupe, NL. Se presentan en cuatro apartados: 1) Características sociodemográficas de la población estudiada; 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

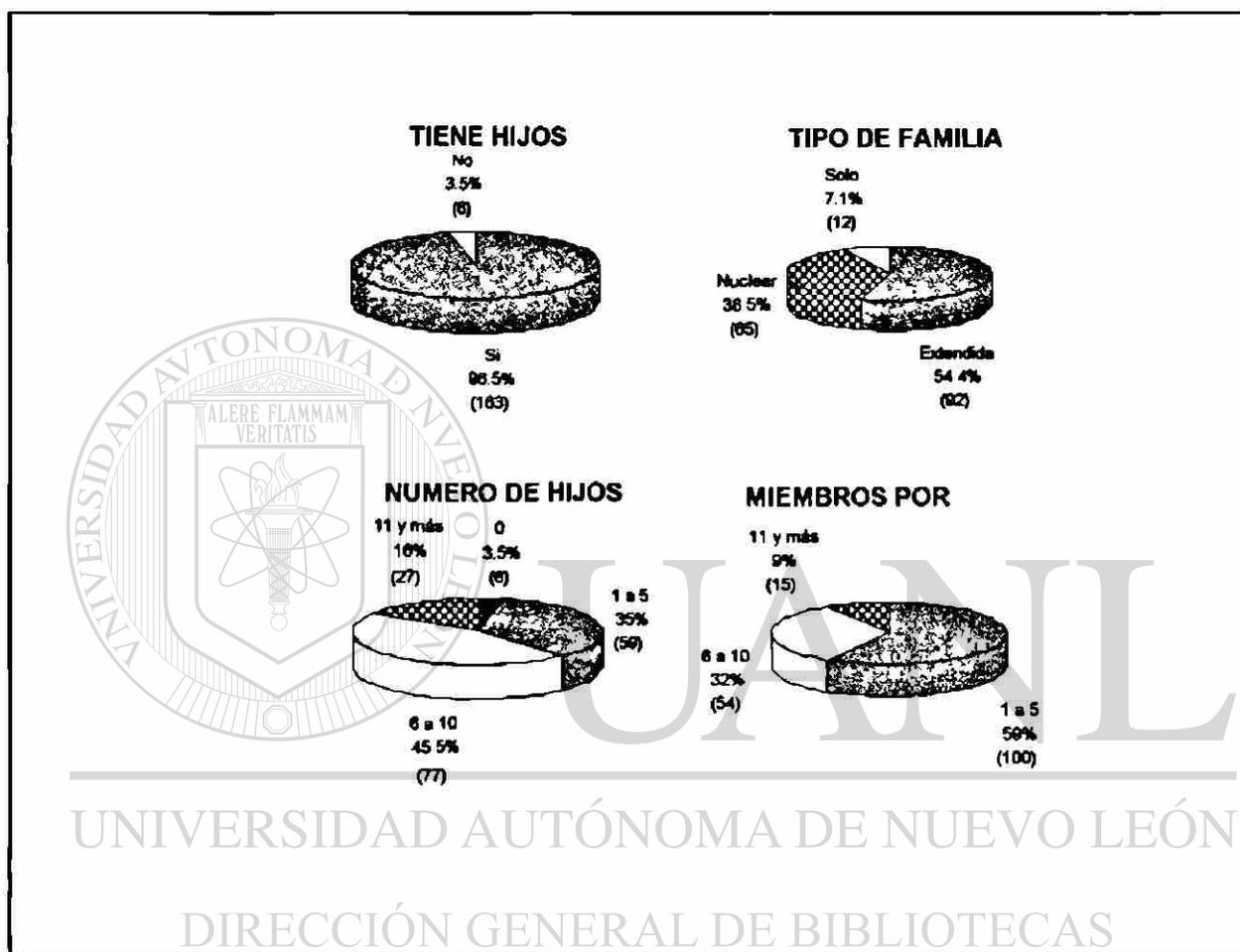
n = 169

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

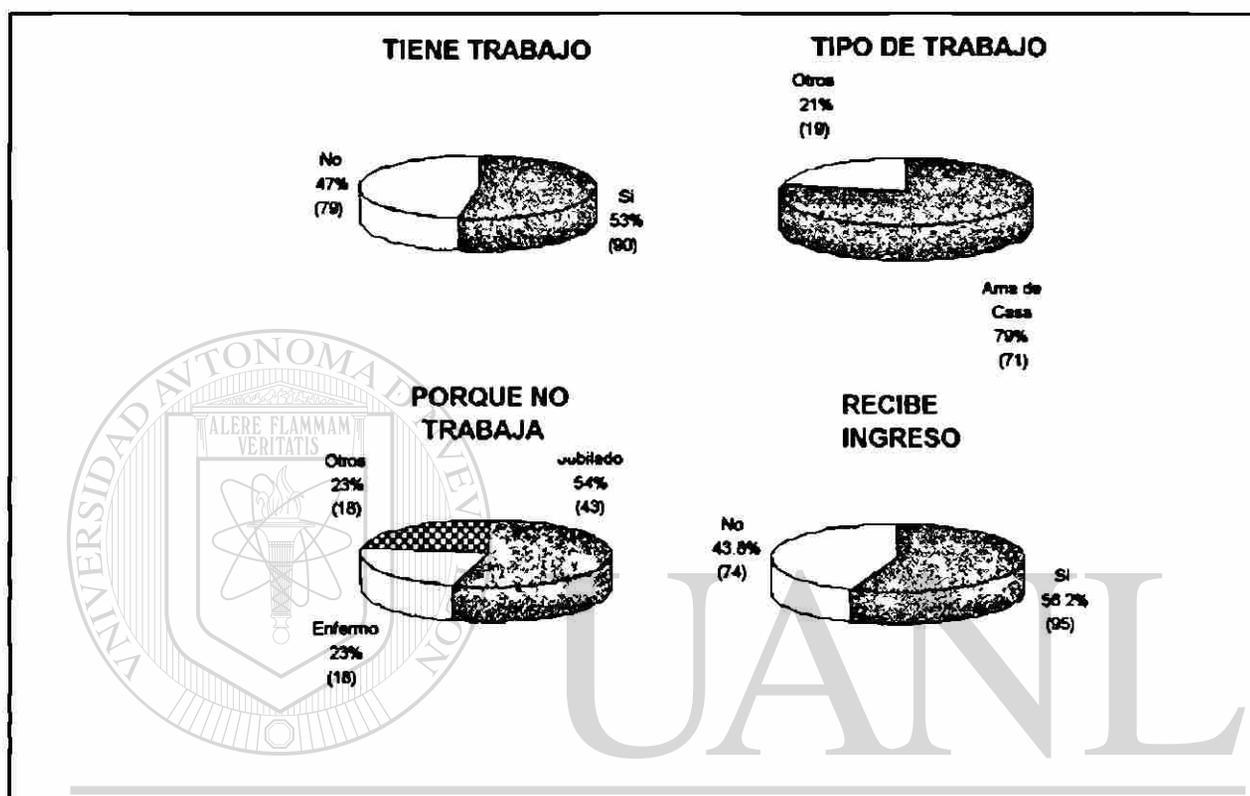
n = 169

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.**

VARIABLES	Valor Mínimo	Mediana	Media	Valor Máximo	Rango	Desviación Estándar
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

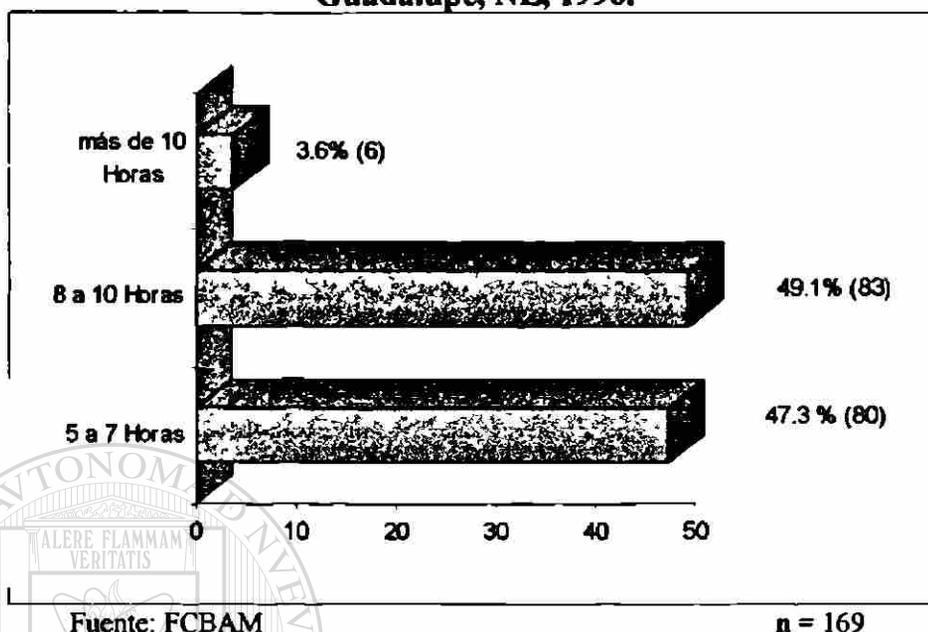
n = 169

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.**

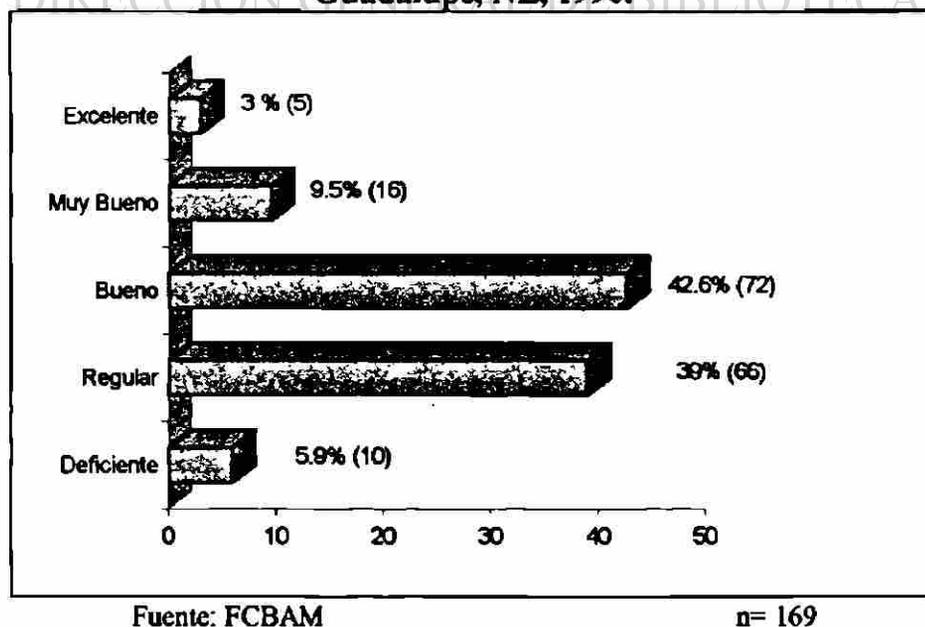


Se identificó que el 49.1 por ciento de los participantes del estudio duermen de 8 a 10 horas.

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.**

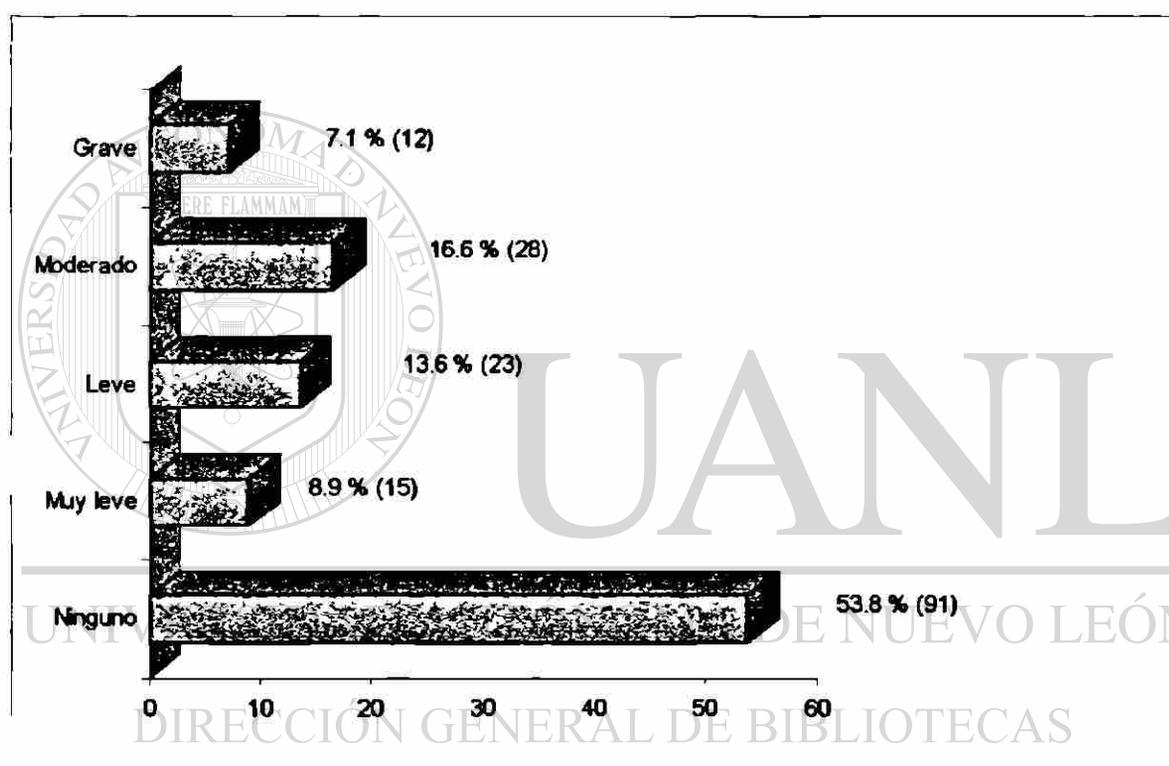


Se aprecia, que el 42.6 por ciento percibió su estado de salud bueno.

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,**



Fuente: FCBAM

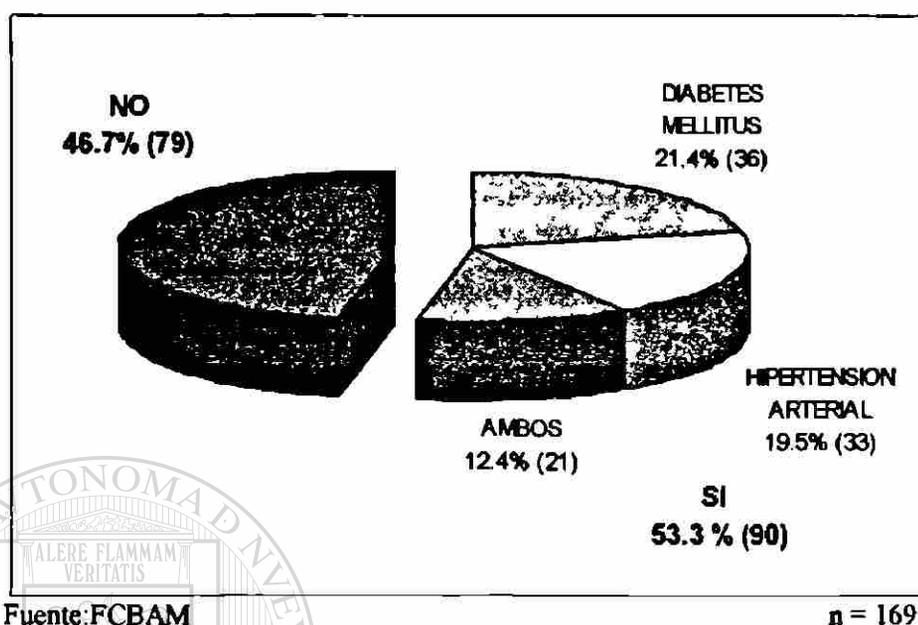
n = 169

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 Diagnóstico 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 hacia 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. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

TABLA 11

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**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.

Presión Arterial Sistólica (mmHg)	fr	%
≤ 99	1	1.2
100 a 140	80	88.8
> 140	9	10.0
Total	90	100.0
Presión Arterial Diastólica (mmHg)		
≤ 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.**

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

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.**

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

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.**

Sensibilidad	fr	%
Ausente	2	3.5
Muy Poca	2	3.5
Poca	2	3.5
Regular	20	35.1
Normal	31	54.4
Coloración		
Normal	38	66.6
Anormal	19	33.4
Lesión		
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 sí, 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																		
Patrones de Vida	.0331	.4378																	
Disponib. de Recurs.	.0622	.2537	.2614																
Estado de Salud	.2119	.2819	.2508	.1817															
CAC	.1000	.1756	.3284	.2545	.2692														
AAC	.1079	.1979	.3084	.2138	.3397	.5201													
CV	.2710	.1762	.3111	.1716	.3514	.5839	.4200												
AACDH	.0761	.1952	.2717	.3391	.1756	.3175	.2469	.3272											
CACDH	-.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.**

Variables	Variable	Correlación r	Valor de p
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 ²	P	X ²	P	X ²	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

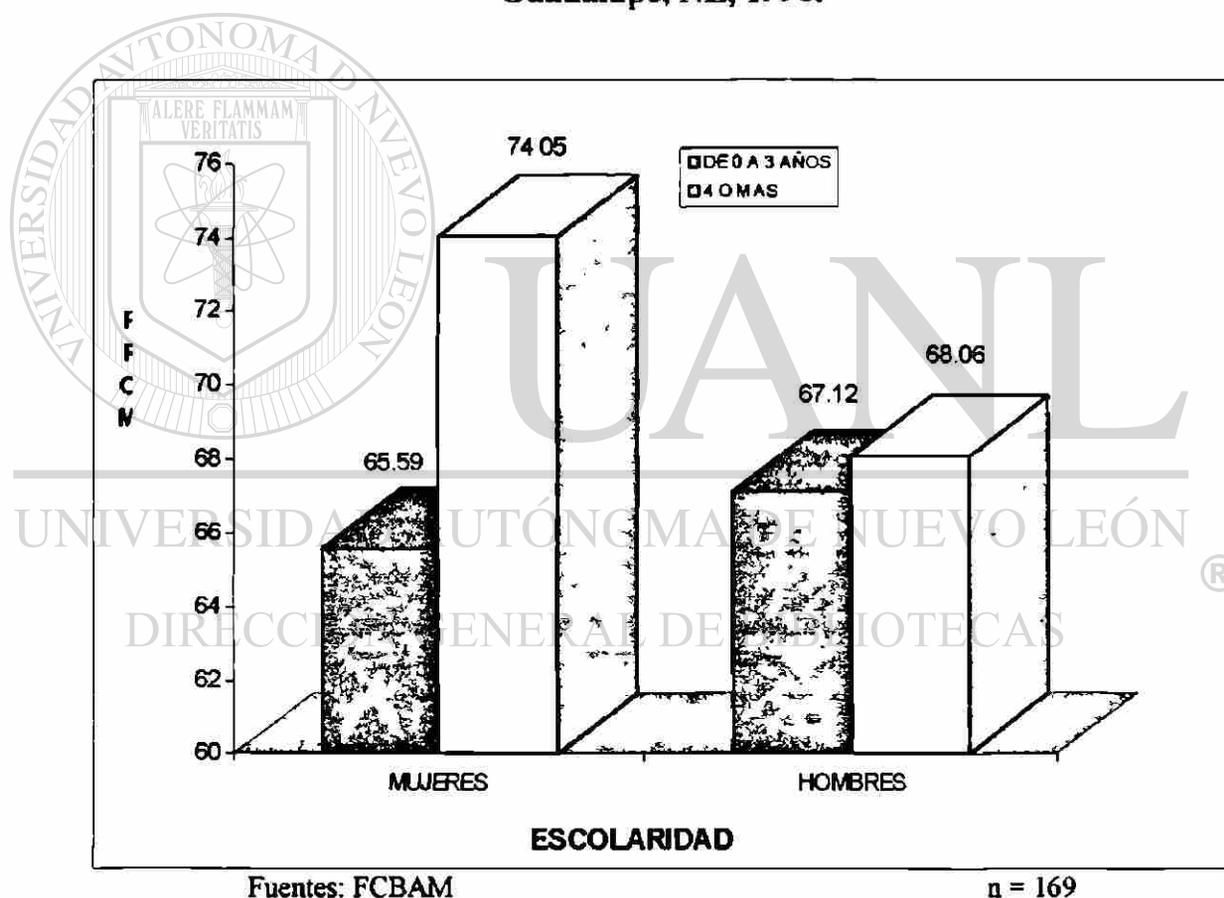
Se obtuvo significancia en las variables escolaridad y sexo - escolaridad en relación con el patrón de vida. La escolaridad y la combinación: sexo, escolaridad e ingreso económico mostraron significancia al relacionarlos con acción de autocuidado. Además

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.

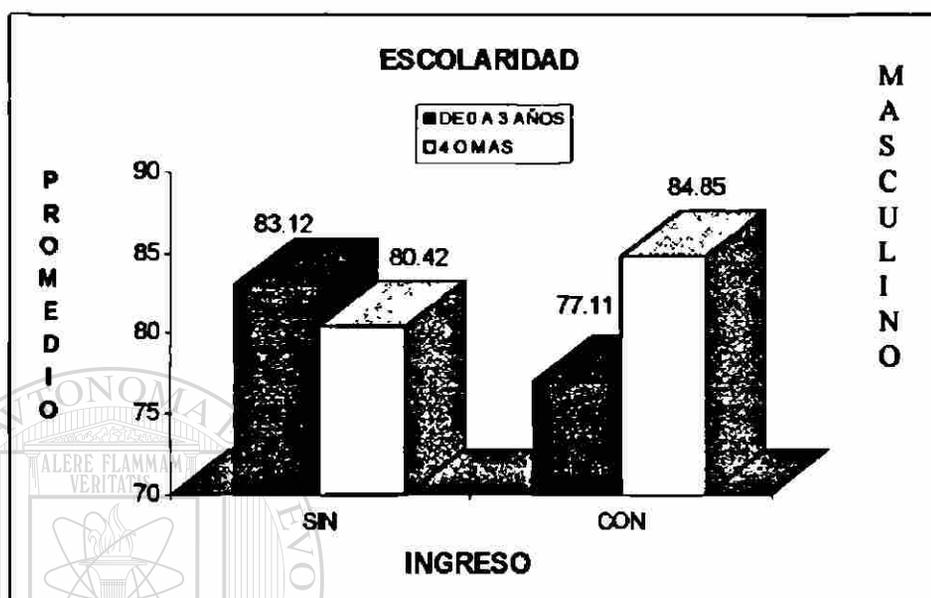


Se observó un incremento en el promedio de patrón de vida de las mujeres cuando mejoró su escolaridad, sin embargo esto no ocurrió con los hombres.

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.

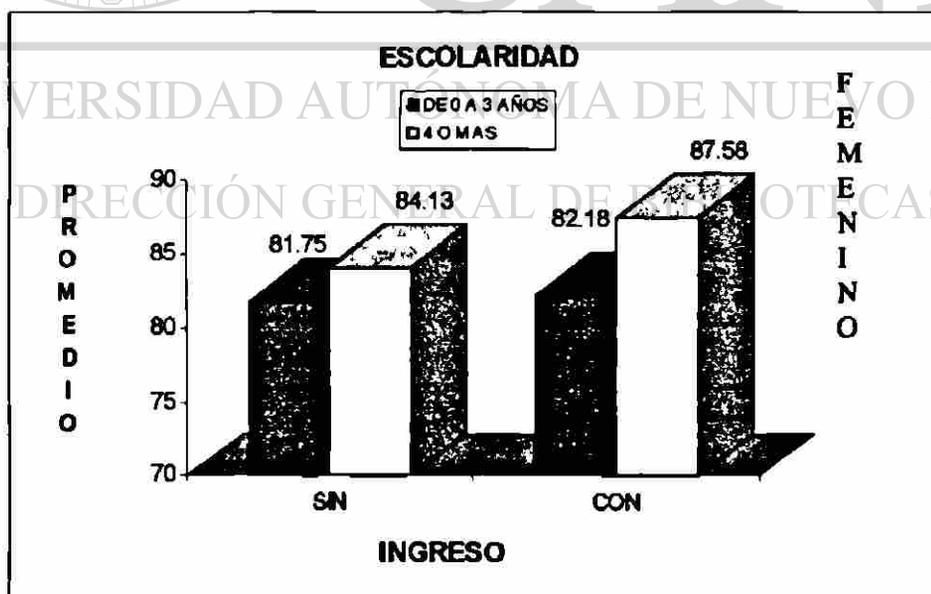
FIGURA 11 y 12

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



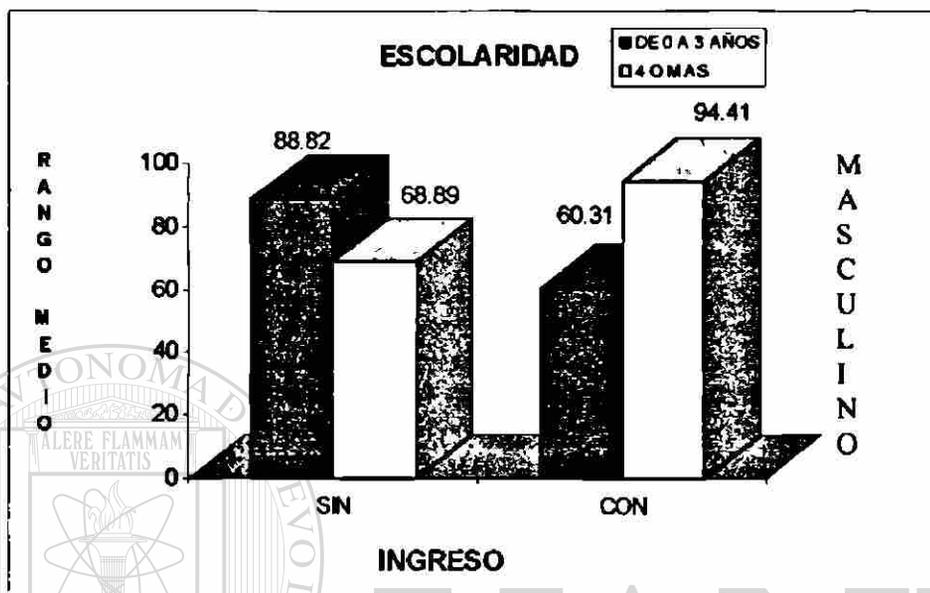
Fuentes: FCBAM y AACAM

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.

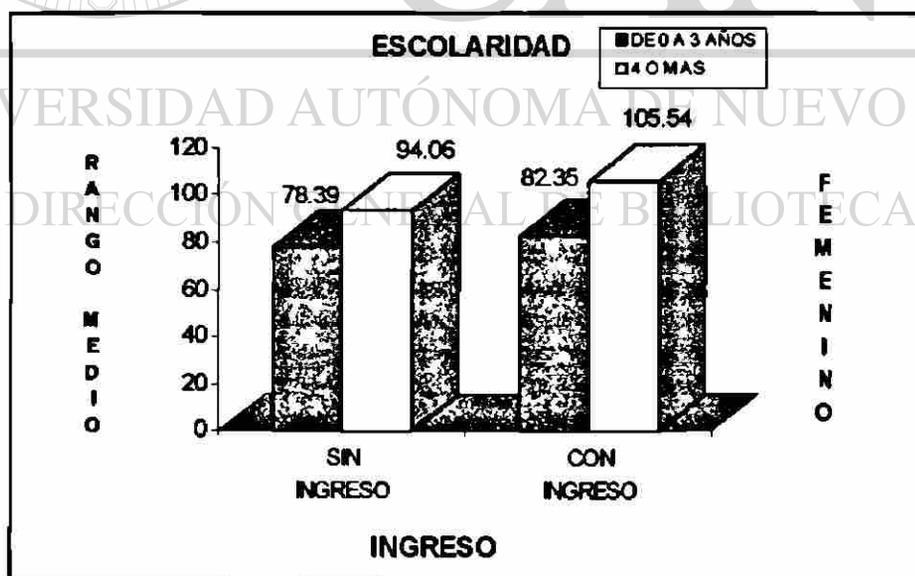
FIGURA 13 y 14

**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 ²	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 sumarizan 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 ²	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.**

Variable Independiente	R ²	Error Estándar	GL	Suma de Cuadrados	Cuadrados Medios	F	Significancia de F
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.

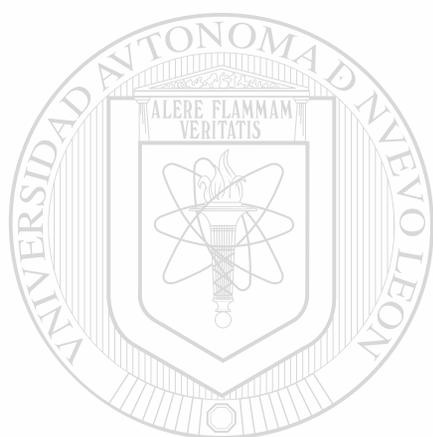
Realizar estudios comparativos entre las capacidades y acciones de autocuidado con las capacidades y acciones de autocuidado especializadas.

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.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 (Memórias), 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 Enfermería 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 Clínica, 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.

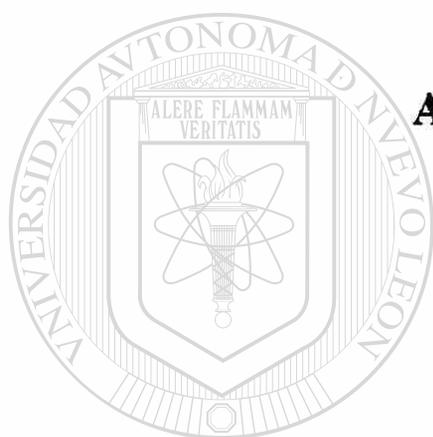
Orem, D E, Nursing concepts of practice, 5ª ed., Mosby, USA, 1995.

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 n° 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.
- Secretaría 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 Practice 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 Antropométricos 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

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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:

Acceptable: _____ No aceptable _____

Observaciones: _____

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

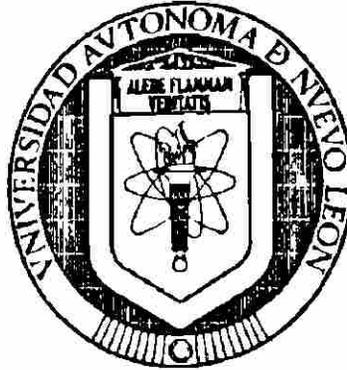
Observación: Se utilizó del instrumento original traducido las preguntas relacionadas con tiempo y lugar, y se introdujo dos preguntas relacionadas con persona para valorar el estado mental del adulto mayor. Se determino que los puntajes mínimo y máximo que podrá obtener el adulto mayor será de 8 a 10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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



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

UANL

PRESENTA:

LIC. JOSÉ VITOR DA SILVA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR:

LIC. ISABEL TORRES NAVARRO

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

FEBRERO, 1997

TABLA DE CONTENIDO

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

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

relevante con el fin de desentrañar la relación entre el tiempo histórico social y particular. En la historia de vida lo que el informante habla de su vida es esencial porque él relata las etapas más relevantes (Talbot, 1995). Se obtuvieron los datos cualitativos a través del análisis de contenido/ textual, utilizando la técnica de análisis temático.

3 -COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se utilizaron los principales resultados derivados del análisis de datos para: 1) apoyar la elaboración de los instrumentos cuantitativos diseñados por el investigador y 2) establecer los comentarios y conclusiones sobre la relación entre los conceptos teóricos de la teoría de Orem y el de calidad de vida.

Los cambios o complementos permitidos por los datos cualitativos se encuentran en el apartado del Instrumento del **CAPITULO III**, (p. 35 a la 38).

Los hallazgos del presente estudio, a través del criterio de saturación, permitieron concluir que:

La Teoría de Autocuidado de Orem es de gran utilidad para explicar los Factores Condicionantes Básicos, las Capacidades de Autocuidado y las Acciones de Autocuidado.

Los Factores Condicionantes Básicos representados por el estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos guardan relación directa con la percepción y conceptos de los adultos mayores, así como

también se relacionan con las capacidades y acciones de autocuidado, lo que se puede comprobar a través de las siguientes citas textuales:

“Lo que mi abuelito me enseñó lo tengo aquí grabado en mi cabeza, y me ayudó mucho en la crianza y en la salud de los hijos, nietos y bisnietos. Yo también les enseño cómo hacer las cosas y cuidarse.”

“Lo que hacemos ... todo el día nos prepara para cuidarnos de las enfermedades y la salud de la familia e individual.”

“Me siento muy bien en familia porque estamos juntos y ayudo a todos.”

“Necesito para ser capaz de cuidarme, de mi estado de salud, de lo que tengo, lo que me rodea, mis recursos... yo misma.”

Según Orem (1993) las capacidades de autocuidado son habilidades que se han aprendido a lo largo de la vida y que son utilizadas para cuidar la salud y de las enfermedades. Este concepto está relacionado con los conocimientos y experiencias de los adultos mayores, los cuales son utilizados en la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades. Estos conocimientos y experiencias están directamente relacionados con las acciones de autocuidado, es decir, dichas acciones, para que sean ejercidas adecuadamente, necesitan de conocimientos previos. Los adultos mayores consideraron que “cuidarse a sí mismo necesita de experiencia, preparación y atención”.

“Considero aún que los conocimientos sobre cuidarse a sí mismos son muy importantes(...) cuando la gente está informada se cuida mucho”. Luego, hay una relación directa entre este concepto y los hallazgos del estudio.

Si conocimiento y experiencias presuponen acción, las acciones de autocuidado son actividades diarias deliberadas que se realizan con el fin de satisfacer necesidades específicas de los requisitos universales y de desviación de la salud. La satisfacción de estos requisitos contribuyen a la prevención a la promoción de la salud y al control de las enfermedades crónicas (Orem, 1993).

Las acciones de salud de los adultos mayores satisfacen los requisitos universales que son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida. En el caso de las personas mayores cobran importancia los requisitos de soporte suficiente de agua, alimentos, eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre soledad e interacción social y de prevención de peligros en el hogar. También las acciones de autocuidado atienden a los requisitos de desviación de la salud que se refieren a las actividades de los adultos mayores en cuanto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas. “Yo cuido de mi salud a través de la alimentación balanceada, hábitos de aseo, limpieza y estimulando mi estado de ánimo y no exponiéndome a situaciones riesgosas. (...) Cuido de mi enfermedad siguiendo instrucciones médicas, haciendo lo que me dice el doctor y llevando una vida ordenada”.

“Cuidarse a sí misma es otra parte importante de la vida para mantener la salud(...) cuidar de la pareja y de los demás. Yo me cuido con medicamentos y dieta. (...) Tomo también mis remedios caseros”. “Los cuidados diarios que hago en mi casa son tomar agua hervida. La tomo mucho (...)”.

Según Orem (1993), las acciones de autocuidado tienen como resultado la salud y el bienestar, sin embargo, se asoció a los conceptos elegidos para este estudio, el

concepto calidad de vida porque diversos autores lo consideran desde el punto de vista del bienestar, es decir, calidad de vida se relaciona muy estrechamente con bienestar (Keyserlinghk, 1979; Ferrans, 1990 y Cella, 1992). Meeberg (1993) señaló también que bienestar es mejor entendido desde el punto de vista de salud cuando se le considera integrado a la calidad de vida, porque este concepto es más amplio que bienestar. Basados en estas consideraciones se puede afirmar que así como las acciones de autocuidado producen bienestar, resultan también en calidad de vida. Se atribuye también que calidad de vida se relaciona con los conceptos de factores condicionantes básicos seleccionados, capacidades y acciones de autocuidado.

Nordstrom (1995) señala que la calidad de vida de los adultos mayores está muy relacionada con el nivel funcional de independencia. El nivel funcional es un término frecuentemente usado durante la tercera edad, se refiere a la habilidad del adulto mayor para la acción de autocuidado de sus necesidades personales, para ejecutar las actividades de la vida diaria y para participar en la comunidad y sociedad. El adulto mayor tiene la sensación de bienestar porque está realizando sus actividades básicas. Para las personas mayores calidad de vida es "(...) cuando hago las cosas bien". "Es estar siempre trabajando". "Toda vez que estoy bien conmigo. Cuando no tengo dolor en la columna, cuando mi familia está bien, cuando no tengo problemas que me preocupan". "Yo estoy satisfecho con la vida. En este momento necesito tener un trabajo liviano".

Para los adultos mayores la calidad de vida, conforme se observó, está relacionada con diversos factores, como por ejemplo: salud, trabajo y familia.

La realización del presente estudio permitió concluir que los conceptos utilizados de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem coinciden totalmente con la concepción y percepción de los adultos mayores participantes en el estudio. Aunque calidad de vida no es un concepto de la citada teoría, se observó que su colocación dentro del modelo de Orem es aceptable.

Finalmente es importante reconocer que los adultos mayores presentaron capacidad y acciones de autocuidado para satisfacer los requisitos universales y de desviación de la salud y que la calidad de vida percibida se relaciona con diversos aspectos de la vida como salud, trabajo y familia.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



REFERENCIAS

- Cantú , A G N, Epidemiología de la Vejez - Primer Simposio de Geriatria y Gerontologia (Memorias) Monterrey, NL, 1996.
- Cella, D F, Quality of Life. The concept Journal of Paliative Care. 8,3: 8 - 13, 1992.
- Ferrans, C E, Quality of life: conceptual issues. Seminars in Oncology Nursing. 6, 4: 248 - 254, 1990.
- 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.
- Meeberg, G A, Quality of Life: A conceptual Analisis. Journal of Advanced Nursing. 18,32 - 38, 1993.
- Nordstrom, M, Chronic Illness - Impactand Interventions, 2 nd. Jones and Bartlett Publishers, Bonston/ Lindon, 1995.
- Organización Panamericana de Salud (OPS), Hacia el Bienestar de los Ancianos, Publicación Científica 492, Washington, USA, 1985.
- Orem, D E, Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la Practica, Ediciones Científicas y Técnicas SA, Barcelona, 1993.
- San Martín y Pastor, Demografía de la Vejez, Interamericana Mc Graw Hill, Barcelona, 1990.
- Talbot, L A, Principles and Prattice of Nursing Research. 5ª nd., Mosby, Chicago, 1995.

APENDICE A

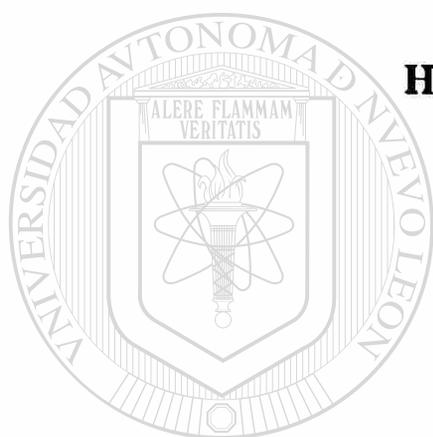
GUIA PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD (HISTORIA DE VIDA)

1. Descripción de un día cualquiera (presentación de la persona). Resaltando: alimentación, ejercicio, hábitos de vida, horas de sueño, siesta, recreación y sedentarismo. Quién le hace la comida, qué hace con el tiempo libre.

2. Situación actual y antecedentes:
 - . Descripción de la enfermedad
 - . Relación entre enfermedad y servicios médicos
 - . Significado de salud, cómo está, qué hace por su salud, cómo se cuida, qué usa y cómo se siente
 - . Significado de enfermedad, qué hace cuando se enferma, quién lo apoya
 - . Familia: situación familiar, situación económica, le alcanza con la jubilación o recibe otro ingreso
 - . Qué hace por su familia, se considera una carga para su familia
 - . Alimentación y agua
 - . Peligro en el hogar: escalera, suelo mojado
 - . Problemas y solución
 - . Soledad-contacto

3. Valores culturales
 - . Religión
 - . Escolaridad
 - . Historia laboral
 - . Que es la jubilación, si planeó su jubilación
 - . Uso de los medios de comunicación
 - . Cómo ve al mundo, a la política y a los jóvenes.

4. Clímax - Cierre:
 - . Significado de la tercera edad
 - . Ganancias y pérdidas
 - . Cuidarse a sí mismo
 - . Satisfacción de vida
 - . Le gustaría hacer algo y por qué no lo hace.

APÉNDICE B**HISTORIAS DE VIDA**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

HISTORIA 1

Mi nombre es MCC, nací en Monterrey, NL., tengo 63 años de edad, soy madre de nueve hijos, viuda, actualmente soy ama de casa, a pesar de trabajar muchos años en un salón de belleza. Tengo seguro social, con relación a enfermedades crónicas traigo hace ocho años una hernia de disco, de la que no quiero que me operen porque tengo mucho miedo de quedar parálitica. Soy católica de religión y estudié hasta la primaria. Vivo con una hija que es doctora y está divorciada y con su niña que tiene cinco años. No tomo y no fumo.

“Describir un día de mi vida. Nunca había pensado en esto...”

“Tengo la costumbre de levantarme a las 6:00 de la mañana para preparar el desayuno de la hija, que es médica y que trabaja en la rehabilitación de la clínica 33 a partir de las 8:00(am). En seguida arreglo la cocina, y la nieta se va a la escuela a las 9:00 horas. Preparo su merienda y la llevo al kínder y al regresar arreglo toda la casa y hago la comida. A las 12:00 horas recojo a la niña en la escuela, le doy de comer y espero a la hija que llega a las 2:00 horas de la tarde, para comer juntas. Después arreglo la cocina y la doctora se va para su consultorio, adonde se queda hasta a las siete de la tarde. Ayudo a Sofia (nombre de la nieta) en sus tareas escolares y me pongo a hacer algunas manualidades que me gustan, o lavo y plancho ropa. No me gusta tomar siesta y si tengo un tiempito me gusta leer un libro, revista o periódico. En la noche preparo la cena y la sirvo como a las ocho de la noche. Después que cenamos, otra vez arreglo la cocina, platicamos en familia; cuando tengo ganas veo la tele por un ratito y en seguida

me acuesto como a las 10:00 horas de la noche, porque ya me siento muy cansada.

Cuando traigo dolor en la columna debido a mi enfermedad, tomo las medicinas y me siento hasta mejorar. Yo no hago ningún tipo de ejercicio físico debido a mi padecimiento de salud. La distracción que me gusta es ir al rancho que tengo, porque allá me quedo (siento) muy tranquila.

“La familia es todo en la vida de una persona.”

“Mi familia en este momento es mi hija y su niña. Aquí estoy para apoyarla en este problema de casamiento que tuvo en su vida. Por esto me encargo de la niña, y de las actividades de la casa. Me siento bien y tranquila ayudándola, pues es una forma de completar mi vida.

Soy madre de nueve hijos, siendo siete hombres y dos mujeres, que ya están casados y muy bien de estado de salud. Tengo 14 nietos que están con edades entre 2 y 17 años de edad. Me visitan todos casi todos los fines de semana. El dinero que recibo por parte de mi esposo (está pensionada por viudez) y el ingreso económico de la hija nos permiten vivir un poco tranquilas. Mi esposo padeció de un accidente cerebro vascular y estuvo parálítico en la cama por siete años. Yo siempre lo cuidé. Le bañaba, le daba de comer, le sentaba en la silla de ruedas, le cambiaba de posición y le daba sus medicinas. Creo que el problema de salud que hoy traigo tiene que ver con los esfuerzos que hice con él. Era una persona un tanto ajena a la familia, tenía una otra mujer, pero cuando se enfermó me buscó y se me olvidó su pasado y le apoyé. Cuando falleció yo autoricé la entrada de la otra mujer en mi casa para acompañarle en sus últimos momentos. Su

fallecimiento no me trajo grandes problemas, porque como te dije, no nos ponía mucha atención.

“¿ Qué es la religión, ganancias y pérdidas en la vida?”

“Son cosas complicadas,(la religión) pero... hablar del mundo, de la política y de los jóvenes es más sencillo, ¿ no? La religión es una forma de la persona tener un contacto íntimo y directo con Dios. En cuanto a ganancias en mi vida, las tuve muchas, como por ejemplo mi familia, mi salón de belleza, que me dio muchos momentos de alegría cuando arreglaba los novios y novias para bodas. Esto era una satisfacción. Las pérdidas fueron la muerte de mi esposo y de mis papás. El mundo está cada vez más complicado y mal por las guerras, la política no atiende nuestras necesidades y los jóvenes no respetan nada, ni a las leyes y tampoco a las personas.

“... La tercera edad... ¿ que digo de la tercera edad, de salud y de enfermedad ?

Nunca estuve enferma...”

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

“Creo que es en la tercera edad que nos sentimos bien por las cosas que logramos en la vida. Todavía es cuando las fuerzas empiezan a disminuir. Yo no estoy bien, creo que es porque empecé ahora con la tercera edad. Nunca me preocupé por mi estado de salud porque nunca padecí de enfermedades. Creo que debo cuidar mejor de mi salud en la tercera edad, que es cuando empiezan las enfermedades y los cambios en la visión y para caminar, como estoy ahora. Tener salud es poder hacer mis actividades diarias, estar lista para el día y es tener disposición. Mi estado de salud está bien, pues hago lo que tengo que hacer (siempre y cuando no sienta molesta a causa de la enfermedad que

padece). Ahora que traigo este problemita en la columna, siento que muchas veces estoy incapacitada para mis tareas diarias. Luego, enfermedad para mí es tener dolor, es estar molesta con la vida. Para cuidar de esta enfermedad tomo mis pastillas cuando traigo dolor y voy a ver mi doctor, que siempre me platica sobre la operación que me da mucho miedo. No me gusta tomar medicinas ni remedios caseros. Estos son naturales y tienen resultados lentos, y aquellos traen mucha química y nos hacen daños. En tiempos pasados, cuando me enfermaba con una gripa, dolores o otras cosas, sólo tomaba una pastilla si estaba muy mala. Aguantaba hasta el último momento.

“Apoyos que son necesarios para la tercera edad.”

“Tener seguro social o un centro de salud que atienda a las personas mayores, es muy importante, porque podemos necesitarlos. Tener un apoyo económico para las necesidades diarias y compra de las medicinas es importantísimo. El teléfono para comunicarnos en casos de necesidad, taxi y camiones, también son recursos para atender nuestra necesidades diarias. Las tiendas y supermercados nos facilitan la compra de alimentos básicos. Cuando no tenemos estos recursos dejamos muchas veces de cumplir ciertas cosas para nuestro bienestar.

“ Cuidarse a sí mismo es la clave de la salud.”

“Cuidarse a sí mismo significa todo lo que una persona hace para vivir con salud. Yo cuido de mi salud a través de la alimentación, del sueño, del descanso, del trabajo y de la higiene. Yo entiendo que una persona necesita de conocimientos prácticos y experiencia de vida para cuidarse a sí misma. En mi vida siempre utilicé los

conocimientos y experiencias que aprendí con mis padres. La vida también me enseñó muchas cosas útiles. Yo no tengo la costumbre de tomar mucha agua. Yo sé la necesidad de este líquido para el cuerpo, pero se me olvida y el día se acaba. En cuanto a los alimentos que consumimos, los escojo para comprar: las verduras, papas, zanahoria, lechuga, nopales, tomates y otros, como los frijoles, la carne de pollo y huevos.

A veces me pasa la preocupación por 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.

MI ELIMINACIÓN DE INTESTINO Y DE VEJIGA ESTÁ BUENA. NUNCA TUVE PROBLEMAS EN ESTA PARTE.

Yo entiendo que tengo muchos amigos en la colonia y en otros sitios, pero me gusta muchas veces estar sola para pensar y analizar mi vida. Yo busco momentos en la mañana o en la noche para quedarme sola, esto me hace bien. Me quita dudas y preocupaciones.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
“Sentirse satisfecho con la vida es sentirse bien con la propia persona.”

“Siento que realicé todo lo que la vida me proporcionó, por esto soy una persona satisfecha. Toda vez que estoy bien conmigo estoy muy satisfecha. Cuando no tengo dolor en la columna, cuando mi familia está bien, cuando no tengo problemas que me preocupan, cuando hago las cosas bien, todo esto me da mucha satisfacción. La edad nos muestra que muchas veces no consideramos la satisfacción que la vida nos da.”

HISTORIA 2

“Me llamo MBV, tengo 70 años de edad, estudié hasta segundo año, soy casada, ama de casa y tengo siete hijos, siendo tres mujeres y cuatro hombres. Tengo seguro social por parte de un hijo que está casado. De las enfermedades, traigo alta la presión. Soy católica.

“Me levanto como a las seis y me duermo como a las diez.”

“Primero, derecho a la cocina a preparar el almuerzo, luego se levanta mi esposo, le doy de almorzar y le echo su lonche y se va. Se queda mi hijo soltero, que se toma un licuado y se va; en seguida lavo, barro, y a las nueve dejo a la niña en el kínder, después que la arreglo. A las 12:00 voy por ella, a la 1:00 preparo el otro niño para la escuela, hago de comer, luego lavo vasijas, arreglo la casa, lavo y plancho. No me gusta y tampoco tengo tiempo para tomar siesta. A las 6:00 voy por el niño. A las 7:00 llega mi señor y el hijo y les doy cena. A las 9:00 (p.m.) llegan dos hijos casados con sus esposas para visitarme, platicamos, vemos la televisión y como a las 10:00 (p.m.) me duermo. Los martes de cada 15 días vamos al Club de Ancianos y a la Quinta que nos hizo el Alcalde. Nos vamos como a las 9:00 (a.m.) llegamos, entramos a la capilla, rezamos, cantamos, hacemos actividades, ejercicio, lecturas y comemos. La encargada nos pone a jugar para ganar premios. Regresamos a las 3:00 de la tarde. Para hacer esto tengo el permiso de mi esposo, que ya ‘me soltó’, y se queda en casa cuidando a los niños el hijo soltero. Éste me apoya para hacer trabajos fuera de la casa, cuidando de los niños y de la casa. En los miércoles voy a las 10:30 horas a juntarme con los compañeros en el Centro de Salud, donde nos dan pláticas, toman la presión y peso. Son todas personas de la

tercera edad, que buscan una manera de vivir mejor este momento. En ese mismo día, en la noche, voy a la iglesia católica y unas maestras nos enseñan cosas.

“Mi esposo siempre andaba ‘del otro lado’, iba y venía, batallé con mis hijos, pero ahora son muy buenos.”

“Los hijos ya están casados. Se quedó conmigo sólo un hijo soltero, el más grande, y una hija que trabaja fuera y que por mala suerte su esposo la abandonó cuando estaba embarazada de la niña que tiene hoy cinco años, y también tiene un hijo de ocho años, que es muy agitado y no me da paz. Creo que este niño es así por la conducta de su papá, pues su mamá sufrió mucho con el abandono y él asistía (veía) a todo. Ya lo expulsaron de la escuela por malas conductas. Con este niño me pongo nerviosa todo el día. Mi presión se altera y me siento muy mala. Cuando estoy lejos de casa y no me acuerdo de los problemas se me pasan los síntomas de la alta presión y estoy feliz. Yo sola batallé con mis hijos porque el esposo nunca estaba en casa, siempre andaba ‘en el otro lado’ (E.U.) y siempre fue un enojón. Los orienté en todo. Hoy todos son licenciados y tienen su vida. Están muy ligados conmigo, sólo los que están más lejos los veo cada ocho días. El hijo soltero no quiso seguir la carrera de economista. Ayuda a construir casas y hace de estos proyectos, pero le gusta entrenar los niños para juegos de fútbol. Mi esposo hasta hoy no se queda en casa. De lunes a domingo se va al rancho y allá se queda todo el día, haciendo sus cosas; la familia es la cosa más hermosa, me siento muy bien con mi familia, principalmente cuando están juntos todos los hijos.

“Siempre he llevado la religión... gané mis hijos... desperdicié lo mejor de mi vida...”

“La religión es una cosa muy sagrada. Ahora entiendo mejor con el estudio que hago sobre la Biblia. Hice la doctrina acción católica, primera comunión, fui catequista de los centros, pero me casé y lo dejé porque mi esposo no es muy católico. Hoy, cada ocho días voy a la misa y hacemos cosas para vender, para recaudar fondos para que se termine (de construir) la iglesia.

Las ganancias que tuve fueron mis hijos, que no me mortifican y tienen buen ejemplo mío. Perdí en la vida los contactos con la gente, porque nunca andaba en nada como ahora; no pensaba que iba a llegar a vejez y desprecié lo mejor de mi vida. Ahora siento que estoy más libre porque los hijos ya están grandes y me esposo ‘me soltó’.

“No quisiera la tercera edad, pero la tengo... para la salud me faltan los ejercicios. La enfermedad también la tengo.”

“Pues yo no la quisiera, pero la tengo, si nos hubiéramos cuidado antes estaríamos mejores ahora en esta edad, no estaríamos enfermos y con tantas quejas, pero estamos bien porque convivimos y nos apreciamos, porque somos todos de la misma edad y me siento bien por andar en esta actividades.”

Muchos dolores en el cuerpo, cansancio y fatiga muy fácilmente, son los principales cambios que siento en esta edad. La salud es provechosa para mi cuerpo porque si no me cuido yo...ya no estoy bien de salud. Para mantener la salud busco salir, porque cuando salgo no me siento enferma, al tener actividades ya no te acuerdas de la enfermedad y enfermedad es no poder hacer las cosas del día, es estar parado en un rincón, sentirse mal y tener dolor. Hace como 15 años me empezó la alta presión. Hay

días que ya ni aguanto el dolor de cerebro, cabeza y el sueño. Yo tengo todos los síntomas de alta presión, todavía los intestinos y la vejiga están bien. Me cuido nomás cuando me veo mala. Busco las pastillas y las tomo, pero tomo una hierba que se llama “Hierba de la Virgen”, pero ahora casi no me hace efecto, con todo esto siento que mi estado de salud es bueno.

Por otra parte, como alimentos sin grasa, sin harinas y como muchas verduras. Preparo muy bien los alimentos, lo que es trabajoso. Hay que variarle. Yo como frijoles todos los días, también sopas, carnes y tortillas; compro frutas, pero se echan a perder, casi no me llaman la atención. Creo que una persona también cuida de sí misma cuando camina, aunque yo casi no camino, mas que para llevar a la niña a la escuela, pero me canso, me molestan los zapatos y me lastima las rodillas. No fumo y tampoco tomo. En fin, yo me cuido haciendo lo que tengo que hacer en la vida, yo tengo disposición para todo. Cuando me enfermo me voy al Centro de Salud si es algo grave, si no, tomo mis remedios caseros, como por ejemplo si traigo gripa, tomo limón y junto con esto una pastilla, porque me siento mejor cuando tomo los dos, porque no hay diferencia, uno ayuda al otro.

“Tengo muchos amigos y amigas, pero me gusta la soledad.”

“Hago mi tratamiento en el Centro de Salud, a donde nos están haciendo exámenes. Tengo seguro social por el muchacho que se casó, pero nunca lo uso. Tengo una relación muy buena con mis vecinos. Me encanta platicar, comunicar y por esto soy muy famosa. Todavía, a mí sí me gusta la soledad. Cuando estoy en mi casa prefiero estar sola, así estoy feliz porque veo la tele, leo lo que sea y pienso. No siento soledad en

mi vida porque tengo mis hijos y les busco cuando les necesito, cuando tengo mis necesidades. Tengo más confianza en mis hijos porque mi esposo es muy enojón, violento y casi no está aquí, mejor le digo a mis hijos.”

“Ver al mundo y a los jóvenes, decir algo que nunca pude hacer... y sentirse satisfecha... es muy complicado!”

“Los jóvenes pues son... con estos aretes, pelos largos y sus trenzas, muy complicados de entender; y de política, gracias a Dios estamos bien, porque antes no se preocupaban por los ancianos y ahora el alcalde nos toma mucho en cuenta, y del mundo todo está muy mal, antes no mirábamos tantas cosas de gente, muertos, el hambre y está todo muy ignorante. Aunque me hubiera gustado estudiar y no lo logré por la familia, estoy muy satisfecha con la vida porque no he sido mala madre. Esto me es todo en la vida.

“Cuidarse a sí mismo, cómo cuidarse y tener recursos para cuidarse es todo en la vejez.”

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

“Yo cuido de mí misma cuando me preocupo por mi estado de salud y hago cosas para mantener y mejorar la salud, pero la persona necesita también tranquilidad para cuidar de las enfermedades, distraerse y desahogar sus preocupaciones. Luego, yo cuido de mí misma por que quiero vivir y por mis hijos. Los cuidados diarios que hago en mi casa son tomar agua hervida. La tomo bastante, más o menos un litro y medio al día. No llevo un control (médico) y como te dije, como de todo.

Para prevenir accidentes en la casa subo y bajo las escaleras con cuidado, subo en las sillas con cuidado y camino en el suelo mojado también con cuidado, apoyándome en los muebles. La vejez necesita de ciertos recursos para ampararla, como hospital y Centro de Salud para atender los achaques, el dinero para apoyar las enfermedades y la alimentación; la Casa Club y la Quinta son importantes para distraer, el teléfono ayuda en la comunicación, las tiendas y supermercados nos venden las necesidades, los transportes colectivos nos llevan cuando necesitamos salir”.

HISTORIA 3

“Mi nombre es MISVM, tengo 73 años de edad, y tengo una única hija que es médica psiquiátrica. Soy viuda y ahorita estoy jubilada, pero fui enfermera general. Tengo seguro social y soy católica.

“Lo que hago todo el día... hago de todo...”

“Me levanto pues muy temprano, a las seis ya estoy despierta, me pongo a rezar y me levanto a desayunar; después hago las comidas y el aseo de la casa, conecto la radio o la televisión. Como, arreglo la ropería o aseo la cocina. Me voy a los mandados, a las visitas, luego a hacer detallitos, ropas que arreglar, para donar y otras cosas más. A las 7:00 horas de la tarde ceno, veo televisión y me acuesto como a las 11:00 horas. En mi tiempo libre me pongo a tejer o a leer periódicos, pero también tengo libros, ahí los tengo nomás guardados o también me salgo, tengo un hermano en Guadalupe (municipio del estado de NL), que lo frecuento mucho y ahorita va a venir una sobrina después de las 4:00, es nieta de mi hermano. En el día no hago ejercicio, lo único es con la escoba y la

lavada de trastes, pues no tengo la costumbre, no nos enseñaron esto y en mi vida no tenía tiempo para esto, así como no tomo siesta. Me gusta oír radio, ver la televisión, que es nuestra consentida y muchas veces mi compañera de las veinticuatro horas del día, estar informada y oír música romántica. Visito a mis amigos, a mis familiares y en los domingos me voy a misa y ya. Esta es mi recreación. No me preocupó con la parte de prevención de peligros en la casa porque vivo sola y solita me cuido.

“Pues, yo tengo hermanos pero... estamos muy... por las herencias.”

“Se murieron mis papás, otro hermano se murió en julio del 95, otro está aquí pero nunca lo veo, siempre que voy a su casa nunca está, entonces veo más al hermano que vive en Guadalupe. Mi esposo falleció en el 83 y tengo la única hija, que no vive conmigo, y que es psiquiatra. Ella vive aquí muy cerquita. Trabajaba particular, luego estuvo en el Centro de Integración Familiar, pero estuvo muy poco, renunció. Eran muchachos que luego daban las gracias, pero ellos no iban a cambiar, estaban muy a gusto así. Todos esos son bien ‘pelados’ y drogadictos. Ahora volvió a ser particular, apenas tendrá una semana. Ahora vivo sola en mi casa, y esta empleada (una joven que trabaja en la casa) está conmigo durante el día. Siento ahorita a mi familia distante unos de otros y creo que es por las herencias. En mi casa estoy muy a gusto, porque vivo sola. La hija me visita todos los días. La familia cuando vive unida es algo muy hermoso y que da fortaleza.

“A mí me gustaría hablar de mis trabajos”

“De la escuela tengo la secundaria, pero hice otras cosas como profesión.

Primero trabajé en farmacia como 18 años y después abrieron el Centro de Salud en Parras (Coahuila) y me mandaron a trabajar; allá estuve de auxiliar de enfermería y luego me dieron beca para el servicio social, pero no me pude ir porque la niña estaba muy chica y se me hacía muy difícil que me la cuidaran en casa. Trabajaba de las 8:00 a las 2:00 de la tarde. Después me vine para acá, pero la hija se vino primero, la mandé antes para que entrara en la escuela, entonces ella hizo la preparatoria. Luego me vine buscando trabajo Diosito me ayudó. Fue una patrona de mi papá que tenía una hacienda y fue a mi casa a buscarme porque su hermana estaba muy mala. Yo me quedé en el rancho cuidando de la señora enferma, que luego se murió. Regresé a Parras y después de algunos meses vinieron por mí para que cuidara de la otra viejita que después también se murió. En este intermedio mi hija terminaba aquí la preparatoria. Aquí me quedé y luego estuve haciendo especialidades en el Hospital Muguerza. Me fue muy bien, gracias a Dios. Yo quisiera estar trabajando hasta hoy. Yo siento la falta de mi trabajo, a veces me considero inútil y tengo que buscar algo que hacer.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

“La salud, la enfermedad y la tercera edad son cosas de la vida.”

“Pues la salud es el estado de uno, ausencia de enfermedades, que más... y felicidad, porque si le empieza a uno a doler la cabeza ya no estás bien. Fijese, cuando fui joven fui más enferma que ahora. Ahora que estoy vieja, bendito sea Dios. Pues enfermedad, ¿Cómo le explico? Pues problemas corporales y este... tuve las enfermedades reglamentarias de la niñez, en la juventud padecí muchos años, en las noches la pasaba sin poder dormir. Estaba muy joven, tenía unos 20 o 30 años. La

tercera edad... pues ya se asusta uno porque ya viene la 'calaca', 'la calaca' es la muerte, ya se va uno asustando. Me siento bien (muy) vieja, pero me siento muy bien porque ya pasé por todas las etapas de la vida. Yo no quiero llegar a los cien años porque ya es mucho vivir, ya da miedo cuando uno está viejo y viene la muerte. Siento que la visión ya disminuyó y se me olvidan las cosas, todavía las partes intestinales y de vejiga están muy bien.

“Ganancias y pérdidas: ¿Qué te diré?...”

“Pues de ganancias tuve a mis padres, tuve a mi hija, a mi esposo también lo tuve pero falleció un mes después que mi mamá. La pérdida, pues, mi esposo. Después que mi esposo falleció, gracias a Dios no hubo desequilibrio en mi vida porque él me dejó a mi hija preciosa y yo trabajaba y solita le di la carrera . Pero sentí falta de su apoyo interno, esto me desequilibró...Me gustaría mucho trabajar para ganar dinero, pero en estos tiempos ya no nos dan trabajo. También a las jóvenes, si no son bonitas no les dan trabajo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

“ Los jóvenes están muy bien, el mundo complicado y la política desconozco como está...¿ La religión? ¿Qué te diré?”

Veo a los jóvenes muy bien, muy vividos y aspiran a mejorar, y se relacionan mucho entre ellos. Creo que tienen mas atención con las personas de la tercera edad, pues nos hacen preguntas relacionadas con el tiempo, con el pasado y la escuela, se interesan en el tiempo que va pasando, con cosas como la Revolución. El mundo está 'al revés', pues de política no he sabido nada, me baso en las noticias y en el periódico para

informarme de los problemas y los voy asimilando. Cómo ha estado el país con la crisis, yo no sé, yo nomás voy al mandado, llevo lo que llevo y se me acaba, (el dinero) y si me se acaba, ya no llevo todo lo que me llevaba.

La religión es algo relacionado con el pensamiento y el alma para vivir cerca de Dios y de la gente buena que está con la luz.

“¿Qué hago para mantener mi salud? “¿Qué debo saber para cuidarme a mí misma? Es un reto!”

“Que en mi comida tenga las tres reglas: vegetal, animal y mineral. Yo combino: en la mañana desayuno temprano, cuando me levanto tomo un vaso de leche, ya después, como las 8:00 horas, desayuno un huevo, que sea guisado, tibio, pasado por agua y café, o también me hago un ponche. ¿ Sabe cómo es ? Es un huevo batido en leche y se le agrega el azúcar, se le puede echar chocomilk, y a veces, más tarde citome a comer un pan con café. Al medio día tomo sopa de arroz, carne, fideo, postre y fruta y en la tardecita un pan con café o un ponche. Yo soy la que preparo mi comida, porque los tipos de alimento que como, la cantidad de agua que tomo, mi descanso en la noche y la higiene mental van a me ayudar a cuidarme a mí misma. Aprovecho para hervir el agua y la tomo todo el día y en gran cantidad. Yo no uso remedios caseros porque no tengo ninguna enfermedad. Mire lo que tengo que me volvió, porque años estuve enferma de las amígdalas y ahora me está volviendo. Me acordé ahorita porque pasé saliva y sentí, es lo único que tengo. Para cuidar de este problema tomo un ‘vaso de tiempo’... No, pues nada, nada más me tomo una aspirina y de remedio casero tomo las gárgaras con sal que sirven para bajar las amígdalas, es un remedio casero que yo he visto hasta en las revistas,

y en los libros. No se me ocurre tomar otra cosa. Los remedios caseros han tenido los mismos efectos de las medicinas, por esto no hay diferencias, y los uso para este mal. Para las gripas nada más tomo aspirina y cuando tengo un problema más grave busco el médico. Ahorita sí me arden los ojos, porque todavía necesito lentes para ver cerca, porque estos son de aumento, pero no tienen mucho. Uso lentes desde chica, desde como los 18 años. Yo me cuido a mí misma por medio de buena alimentación e higiene, también por higiene mental para no estar pensando lo que no es sano y dando gracias a Dios por haber tenido mis padres y mi esposo. Necesito cuidarme para mantener mi salud y mi vida. Una persona para vivir bien necesita tener comodidades y salud. Para tener 73 años de edad y estar bien de salud hay un secreto: conocimientos y experiencia de vida y nomás Diosito es el que... todavía me acostumbraron a nunca estar desocupada, no se puede. Luego, cuidarse a sí misma es tener disciplina en los trabajos, en los paseos, para no cansarse mucho, así como tener disciplina en la alimentación.

“Las personas de la tercera edad necesitan de comodidad.”

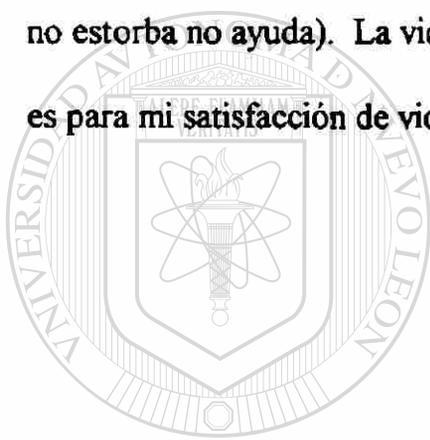
“Las comodidades que necesitan las personas de la tercera edad están

relacionadas con hospitales y otras instituciones que atienden a las personas viejas en sus momentos de necesidad. El apoyo financiero también es importante para cubrir los costos de alimentación y de medicinas si la persona tiene una enfermedad crónica, porque el tratamiento siempre es muy caro y la jubilación y la pensión no alcanzan para la comida. Frecuentar el Club DIF u otras instituciones para ancianos es una forma de atender las necesidades sociales. El teléfono es un excelente medio de comunicación en los diversos momentos de necesidad. Las tiendas, supermercados y farmacias son útiles

desde el punto de vista de todo, en especial alimentación, ropas y medicinas y las grandes tiendas siempre están ofreciendo promoción de algo y esto nos ayuda. Los transportes urbanos ayudan a buscar los recursos para atender las necesidades.

“La soledad, las amistades y las satisfacción de vida son cosas de significado muy personales.”

“La soledad es buena para tener tiempo de ver la televisión, de limpiar la casa y para pensar y analizar. Las amistades son interesantes siempre que no molesten (el que no estorba no ayuda). La vida nos ha tratado muy bien, no tengo de qué quejarme y esto es para mi satisfacción de vida”.



HISTORIA 4

“Mí nombre es TGG, nací en 1924 y tengo 72 años cumplidos. Ahorita estoy pensionado y antes trabajaba como operador de máquina. Estudié hasta primero año de la primaria y no sabía contar ni hacer cuentas chiquitas hasta últimamente, que tengo mi ‘changarrito’, pero... restar y multiplicar no sé. Soy católico.

“Somos unidos, nomás que las nueras andan de pleito, pero sí somos unidos.”

“Es una familia grande, por eso mi esposa está cansada. Son cinco mujeres , siete hombres y veinticinco nietos y bisnietos. Dos hijos viven en Monterrey los demás en otras ciudades del estado y hay uno que hace pocos días se fue para los Estados Unidos. La hija chiquita, que hoy tiene 26 años y que estudia rehabilitación está soltera y vive con

nosotros. Los demás hijos están casados y viven con sus familias. Por todo esto la familia para mí es una armonía muy grande y me siento muy contento en mi familia.

“Pues nos vamos por ahí donde estén cantando o tocando...”

“Siempre, como a las 5:30 horas de la mañana me levanto, pero me vuelvo a acostar. Duermo tranquilo. Me levanto a las 7:30 horas, voy a ver un animalito allá arriba, (tiene un perrito en la azotes de su casa) me baño, desayuno, almuerzo, después vengo a pasar un rato aquí en el frente de la casa y al medio día me voy porque estoy yendo a rehabilitación. Como aproximadamente a las 2:00 horas de la tarde. Veo un poco de televisión, enseguida leo la Biblia y el periódico. Platico con las personas, voy a ver los amigos, caminando por las calles. Regreso a mi casa, descanso un poquito, duermo como media hora, ceno, veo más un poco de televisión y me acuesto a las 11:00 horas(p.m.). Estoy acostumbrado a comer durante el día: avena y galletas en el desayuno, en el almuerzo frijoles, ensaladas y carne; en la comida arroz, ensaladas, sopas, carne de pollo, cremas, lentejas, taquitos, habas y frutas. En la cena avena o frijoles, lentejas y garbanzos.

Tomo mucha agua porque me da mucha sed, principalmente agua de alfalfa.

Creo que la alimentación que llevo me ayuda en la buena eliminación de intestino y de vejiga. No fumo y tampoco tomo, pues, estas cosas nos hacen muchos daños.

“Los recursos para la tercera edad serán bienvenidos.”

“Las personas de la tercera edad necesitan de asistencia de salud en hospitales o centros de salud porque es en esta etapa que las enfermedades atacan más. El apoyo

económico del trabajo de la jubilación, de la pensión o de otra fuente es necesario para la compra de medicinas, alimentos y para la diversión. La casa club y la Quinta nos alegran mucho porque nos dan ánimo para vivir.

El teléfono es necesario en caso de urgencia o cuando tenemos que comunicar algo a los familiares. Los camiones urbanos y los taxis son necesarios para atender las diversas necesidades que tenemos en la vida, todavía los taxis son para urgencia, porque salen muy caros. Las tiendas y supermercados están para la compra de alimentos y ropas. La prevención de peligros en el hogar es otra cosa importante para las personas de la tercera edad, como por ejemplo, subir y bajar escaleras, no caminar en el suelo mojado y caminar en la casa.

“Me operaron el día primero de noviembre del año pasado.”

“Desde antes del año 80 sentía que me ‘falseaba’ la pierna derecha, después me empezó a doler mucho. Me fui al médico del seguro social, que indicó pastillas y exámenes. Tomaba pura pastilla y total que me vino una anemia muy fuerte y estuve yendo con un médico que me puso un litro de sangre y me pusieron a comer cosas como lentejas, cremas y habas. Después aumentó la dificultad para caminar. Todo esto ha sido mi impedimento para trabajar. Como no había más remedio, me operaron hace siete meses. Estoy mejor y camino con este bastón. Ya tengo tiempo de estar en la rehabilitación, llevo 80 rehabilitaciones y me ha ayudado mucho y ahora no tomo pastillas.

Me considero bien de salud, tuve problemas con la presión, pero ahora está controlada. Antes pesaba 79 y actualmente peso 75 (kilos), esto porque la nutrióloga del

Centro de Salud me dijo lo que debía comer para bajar de peso. Me siento bien, como bien, tomo mucha agua. Agua tomo todo el día, y no soy diabético, mi esposa compra de bote y cuando no hay, la hierva. Procuro no comer de más porque ya no es igual que cuando éramos jóvenes.

Esta es mi esposa, también ella está interesada en platicar con nosotros. (la esposa, después de arreglar sus actividades en la casa, nos buscó espontáneamente para participar de la entrevista y dijo): “me disculpa, yo sé que no soy la persona a ser entrevistada, pero la charla me parece muy interesante y me gustaría dar también mi opinión. Sí, yo tenía tantos hijos que no podía saber y ahora tampoco. Antes por ignorantes las familias nos llenábamos de hijos y no pensabas en que los tenías que mantener y siempre me dieron muchas preocupaciones. Yo ya ni estoy acostumbrada a salir, sólo salgo y me canso, me enfermo y no me siento bien, y en casa hago cosas y si me canso, pero no me fastidio y no me siento enferma. Después de tener tantos hijos, por lo menos veo, y siempre he estado delgadita, y es mejor porque así me muevo mejor. Sólo tengo gastritis, pero a mí me gusta mucho la coca (refresco de cola) y el café.”

“¿Qué significa salud ? “¿Qué es enfermedad?”

“Para mí salud es estar bien de todo y no tener preocupaciones, que mis hijos estén bien también. Enfermedad es que no se sienta uno bien, que siempre estás enfermo. Si estoy enfermo pienso en Jesús, que es Todo Poderoso, que me alivie y me dé salud, porque yo soy católico. Cuando tengo una enfermedad grave voy al Seguro a ver el doctor, tomo las medicinas, me hago los exámenes y cuando tengo dolor mi esposa agarra un agua de no sé qué y me la unta. Los remedios caseros me dan más resultados

que las pastillas. Las pastillas hacen daños a las personas y los remedios caseros no lo hacen. Cuido de mis enfermedades también con agüita natural, comida natural y sana y frijoles...

“Es importante tener momentos para pensar.”

“Tenemos muchos amigos y vecinos. Sí, aquí todos nos llevamos bien, es una riqueza tener amigos, se te ofrece cualquier cosa, nos damos la mano. Los hijos constantemente vienen y no nos olvidan, pero es importante tener momentos para pensar y estar solos.”

“El mundo de hoy está bien diferente, los jóvenes están ‘bárbaros’ la tercera edad muy ‘tristona’ y la política un poco mejor.”

“El mundo está bien diferente ahorita, y a donde sea te roban! Hay muchos jóvenes con malos pensamientos. Mi esposa también quiere comentar: (la esposa opina) ‘ sí, ahora los papás en vez de darles de comer a sus hijos se ponen a tomar (bebidas embriagantes) y así no ayudan. Los muchachos de antes eran muy duros de corazón. Les decían que tenían que ser muy hombres. La educación de los padres es muy importante, ahora las señoras se encierran a ver a tele y no cuidan a sus hijos.

Siempre comento con mi esposo cómo la tercera edad está abandonada, por eso ahora nos están ayudando para pasar un rato más contentos.” Yo me siento tranquilo y contento en esta edad por mi familia, aunque limitado por mi enfermedad y siento la falta de un trabajo. Imagínese, ya viejo y con enfermedades y con muchas cosas que hacer y a veces no se puede. Esta edad me regaló una enfermedad, la artritis, que cambió mi vida

de trabajo, porque como no podía trabajar, tuve que tener mi negocio en la casa, una tiendita, pero los recursos no alcanzaron y la tuve que cerrar. Cambió también los contactos con los amigos y con mis familiares, pero gané una cosa importante para mi salud: estar participando en el programa de la tercera edad en el Centro de Salud. La política ahora está mejor, están dando más atención a la gente, pero todavía hay aquellos que no hacen nada.

“¿La religión, las ganancias y las pérdidas en mi vida ? ¿ Qué le digo?”

“Fueron muchas las ganancias que tuve en mi vida. Dios me dio mucha familia y me ayudó a que me salieron buenos y no me hicieron batallar para nada. Estamos tranquilos. La muerte de mi padre en el año de 74 y de mi suegro, luego, fueron las principales pérdidas, pero Dios nos ha cuidado. En cuanto a la religión, es la forma de una creencia y para esto la persona debe ser bautizada, recibir la primera comunión y casarse en la iglesia.

“Evitar descuidos en la vida.”

“Yo entiendo que cuidarse a sí mismo es evitar descuidos en la vida. Cuántas veces tenemos problemas en la vida porque descuidamos las cosas que tenemos que hacer y una de las maneras de cuidarse a sí mismo es no comer de más, como ya dije, y escoger los alimentos que debemos comer y saber su importancia. Para ser capaz de cuidarse a sí mismo necesitamos aún andar con cuidado y observar si no nos va pasar algo.

“Estar satisfecho con la vida es no tener dificultades.”

“Cuando no se siente nada; cuando se alcanza para pagar los servicios de la casa y cuando no hay dificultades, yo estoy satisfecho con la vida. En este momento necesito tener un trabajo liviano, es algo que me falta en la vida, pero ahora no puedo por el problema que traigo en la pierna. Siento la necesidad de mejorar un poquito la entrada de dinero, pues la pensión no alcanza y la crisis ha cambiado mucho la comida; antes se comía más carne que hoy, que está limitada a los domingos y también en una cantidad chiquita; por esto, como ves, estamos con puras verduras, arroz, papas, zanahoria y garbanzos.”

HISTORIA 5

“Me llamo EMD, yo tengo 75 años de edad, soy viuda y ama de casa, nací en noviembre de año de 1921. Estudié primaria y secundaria, estuve un año en la academia de gimnasia, luego me salí porque me fui a estudiar enfermería general, que entonces duraba dos años. Todavía, yo nada más estudié un año y me faltó otro para terminar el curso porque me casé y a mi esposo no le gustaba que yo fuera enfermera y no me dejó terminar. Entonces estudié un poco de mecanografía en el curso de comercio y después aprendí corte (confección de ropa), a hacer manualidades con flores, peluches y etc. Con mi hija también he aprendido a hacer muñecas, flores y algo de cocina. Por lo tanto, nunca tuve la oportunidad de trabajar fuera de casa, siempre estuve en el hogar cuidando de las dos hijas y de mi esposo. Soy cristiana evangelista. Vivo en esta colonia que se llama Jardín de las Mitrás hace ocho años y antes viví en Saltillo.

“¿Cómo está mi familia ?”

“La familia es nada más los descendientes de uno mismo, que dan felicidades y satisfacción a los padres. Actualmente mi familia está formada por una hija que está divorciada, una nieta que es madre de una niña de siete años y de otra de seis años. Siempre hemos estado juntas después de que mi hija se divorció. Vivimos las dos juntas con la nieta y las niñas, yo en casa y ella trabajando, así le ayudo. Mi hija estudió enfermería general, después licenciatura, luego administración hospitalaria y hace poco terminó un curso de pediatría. Ella es jefe de piso de la clínica 25. La nieta trabaja también en el Seguro, pero de la clínica 35, es la que contesta los teléfonos, es decir, es la operadora y como dije, es la mamá de las dos niñas, siendo que una está cursando la primaria y la otra terminando el tercer grado del kínder. La otra hija que tuve se murió, era la más grande y dejó siete niños que hoy están todos casados. Por lo tanto tengo ocho nietos y diversos bisnietos que periódicamente me voy a visitarlos a Saltillo. Me siento bien en mi familia porque estamos juntas y ayudo a todos”.

“Todo lo que hago desde que me levanto hasta que me acuesto... hago muchas cosa... sólo no tomo y no fumo.”

“Lo que hacemos todo el día nos prepara para cuidar de las enfermedades y de la salud de la familia y personal. A veces me levanto temprano, otras veces tarde. Sin embargo después de levantarme ya no me siento; lavo, plancho, lavo trastes, limpio la casa, coso, hago todo lo que tenga que hacer, hago la comida en la mañana y la preparo en la tarde para no andar ‘carrerando’. Tengo el cuidado de preparar las verduras, leguminosas, granos, carne de pollo, porque no me gusta la carne roja; preparo las

verduras para que tengamos una comida balanceada. Entonces no salgo de la cocina, siempre preparando algo para el día siguiente. Arreglo las niñas para que se vayan a la escuela, las llevo y me voy a recogerlas (una en la mañana y la otra en la tarde). Yo sola, nadie me ayuda... yo hago todo. En mi tiempo libre bordo, tejo, coso a máquina, leo, pues me gusta leer la Biblia, revistas buenas como "Ella" y "Buen Hogar", casi no uso lentes, sólo cuando las letras están chiquitas. Hace poco tiempo me caí y no se me rompió nada y eso porque hago mucho ejercicio, camino mucho. En las noches camino con mi hija en el parque, damos como ocho vueltas. A veces veo la novela en la noche, pero en los comerciales, hago cosas. Me acuesto a las once de la noche porque ya estoy muy cansada. Es mucha actividad, no sé como puedo, siento que hay personas que se quejan de que no pueden y yo no paro en todo el día, pero creo que es por esto que me siento bien con esta edad, pues aún tengo ganas de hacer todas las cosas y cuando me canso, descanso un rato y en seguida empiezo a trabajar otra vez.

Mi familia y yo nos vamos de vacaciones a Acapulco, Ciudad de México, Laredo, paseamos y conocemos algo de arte e de historia, como por ejemplo, de qué forma llegaron los españoles a Saltillo, todo lo que hicieron, cómo venieron a Monterrey y también leo cómo fundaron los estados.

"Mi abuelita me enseñó muchas cosas, pero las abuelas de ahora no enseñan nada."

"Es importante poner en práctica los conocimientos pasados para entender el presente, como por ejemplo: la vejez es como escalar una montaña, y la persona va subiendo hasta llegar arriba y luego viene para abajo... ya a los 40 años empiezan los

achaques... lo que mi abuelita me enseñó lo tengo aquí grabado en mi cabeza y me ayudó mucho en la crianza y en la salud de los hijos, nietos y bisnietos. Yo también les enseño cómo hacer las cosas y cómo cuidarse.

“Las ganancias y las pérdidas. Vivir es ganancia y pérdida.”

“Las principales pérdidas que tuve en mi vida fueron la muerte de mi hija, de mis padres, de los hermanos, así como de mi esposo, con la disminución de entrada de dinero en la casa. Las ganancias fueron los estudios de mi hija y para esto le ayudo hasta donde puedo con mi trabajo en la casa, para que ella siga triunfando.

“El mundo, la política y los jóvenes están tremendos... La religión es la salvación...”

“El mundo hoy está muy revuelto, lleno de problemas, enfermedades, guerras y muy cambiado. Veo por ejemplo, la política mexicana que ha estado muy difícil, nada más dicen los políticos que arreglan todo, y sigue igual. Ellos sí están bien y nosotros nos quedamos sin dinero, estamos sin ningún centavo. Los jóvenes están muy desordenados y no se cuidan para nada, toman cerveza y fuman, ya no respetan a las personas, contestan mal a sus padres y a las personas mayores. La religión para mí es creer en Dios y en Cristo para salvar nuestra alma.

“Estoy pensando qué es salud y enfermedad...”

“Yo entiendo por salud la ausencia de dolor, lo que hace que la persona tenga disposición para las actividades diarias, no estar enferma y no haber sido hospitalizada.

Luego, la enfermedad está relacionada con dolor, lo que impide a la persona para comer y dormir. Se necesita tomar medicina y acudir al médico. Yo nunca tuve enfermedades, no traigo problemas de intestino y de vejiga, nunca los tuve, estoy muy bien de salud. Hace poco tiempo se me subió la presión por tanto trabajo. Fui al médico y me dijo que tenía algo en los oídos. Yo creo que debe ser por los abanicos o el clima, pues a veces me provocan dolor de garganta. Me gusta usar remedios caseros, uso puras hierbitas para la digestión, asco y diarrea y gripas. Casi no uso medicinas y por esto no sé bien cuál es la diferencia entre una y otra.

“El agua, la alimentación y cuidarse a sí misma son cosas muy interesantes...”

“En mi familia las personas casi no se enferman, pues les cuido mucho con su alimentación, lavo bien las frutas y con el cepillo lavo bien toda la verdura. Tomamos agua purificada y cuando no hay, la hiervo. Tengo cuidados con los alimentos porque hay mucho cólera y otros gérmenes que provocan diarrea. Por esto mis familiares siempre están bien del estómago, de los intestinos y sólo a veces las niñas se enferman de la garganta y tratan con médico. Cuando hago la comida siempre combino las verduras con leguminosas, pollo en caldo, arroz con gabazos, ensalada con manzana y mayonesa. Durante el día tomamos mucha agua. Hago agua de papaya, con guayaba, de melón, flor de Jamaica, tamarindo, limón y de naranja, variando cada día. No sirvo el agua helada, pero sí fría y fresca para evitar enfermedades respiratorias. Yo cuido de mí misma, como por ejemplo, busco saber lo que hace daño a mi salud y lo evito, no me mojo cuando está lloviendo y también evito comer alimentos que no están indicados, principalmente aquellos que contienen mucha grasa, sal y azúcar. Con el calor no hay tanto apetito, pero

tomo mucha agua y líquidos, y en el invierno, como tengo más apetito, como bien y me pongo hasta más gorda. Yo cuido de mí misma y de mi familia para que no nos enfermemos y tengamos salud. Yo me cuido a para durar más y así ayudar a mi hija, a mi nieta y a mis bisnietas. El cuidado de mí misma evita enfermedades y mantiene la salud. Necesito estar bien de salud para cuidar de mí y de mi familia y saber qué debo hacer. En la tercera edad el adulto mayor necesita de diversos recursos para atender las necesidades de esta etapa. Los recursos de salud que considero importantes son los hospitales para atender y tratar las enfermedades propias de la vejez. El dinero es muy importante, todavía para mi caso lo necesito apenas para comprar regalos a los nietos y bisnietos, porque tengo todo lo demás en casa, pues tengo el apoyo total de la hija y de la nieta. Los recursos sociales también son necesarios para que el viejito se distraiga. En mi caso yo acompaño a mi hija, me salgo con ella en sus paseos o programas. El medio de comunicación indispensable para un anciano es el teléfono, este resuelve cualquier problema; con relación a los recursos comerciales, pienso que los supermercados atienden las necesidades de las personas mayores porque tienen de todo, y para prevención de accidentes tengo el cuidado de caminar con cuidado dentro y fuera de la casa para evitar caídas.

“A veces sí necesita uno estar solo para estar callado y pensando...”

“Yo siento la necesidad de tiempo para pensar en la vida. Es una manera de mejorarla. Todavía, no tengo mucho tiempo disponible, entonces mientras trabajo estoy nomás pensando en la vida. Me gusta también platicar con la gente, pero no tengo mucha oportunidad con los vecinos. Nos conocemos, nos saludamos pero yo nunca me meto en

sus casas, a veces se juntan en el parque pero yo no voy porque siempre andan hablando de la gente. Cuando tengo algún problema de salud, económico o familiar lo intento arreglar sola hasta que venga mi familia para que me den el apoyo necesario.

“El tiempo perdido los santos lo lloran” . No hay que perder un minuto, porque se pasa como la juventud y como el viento, por eso hay que aprovechar.”

“Muchas cosas en la vida me hubiera gustado hacer, como por ejemplo ser maestra, me hubiera gustado recibir mi título de enfermera, aprender a tocar piano, saber más de corte, pero se nos pasa mucho el tiempo y eso ya no se vuelve. Pero yo me siento bien en esta etapa de vida porque soy útil a mi familia y aún no sentí cambios de esta etapa.

Para terminar le hago una recomendación: esté siempre muy atento con la vida. Estar siempre trabajando es la forma de triunfar . Yo siempre he tenido mucho que hacer, antes, cuando todavía no se moría mi esposo lo hacía todo en mi misma casa, los jardines, plantas, mis pájaros y todo.”

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
HISTORIA 6

“Mi nombre es FMM tengo 73 años de edad, casado, pensionado, pero antes tenía una empresa de perforación de pozos. Estudié hasta la primaria. Soy propietario de esta casa. Tengo seguro social y vivo con mi esposa.

“¿Qué hago en un día? Les voy a contar...”

“Los días que asisto al Centro de Salud me levanto como a las 6:00 (a.m.), salgo al patio, miro a ver si no falta nada, luego me llaman a desayunar, que más bien es almuerzo, porque yo aunque salga a las 5:00 me voy almorzado. Me salgo como a las 10:30 (a.m.), tengo una camioneta, me subo, me estaciono ahí en la plaza y voy al Centro de Salud. Ahí los martes vamos cada 15 días, y también a la casa del Club de DIF, a platicar, a bailar y a hacer ejercicios y en el Centro de Salud también cada ocho días en los miércoles. Como a la 1:00 (p.m.) y a las 7:00 (p.m.) ceno, y ya como a las 10:00 me como una gordita, porque ya me voy a dormir, y a las 11:00 me duermo. Duermo hasta a las 6:00 o a las 7:00. Me duermo como un bendito. Para descansar no tomo medicamentos, pero los tomo para el azúcar, aparte soy hipertenso. Después de la comida duermo como dos horas y en la tarde me levanto y me pongo a ver la televisión o me salgo a veces con mis amigos (gracias a Dios aún los tengo) pero no voy a cantinas ni nada de eso. En algunas tardes me salgo, voy hasta las máquinas del negocio de pozos (que él tenía, ya que ahora su hijo es quien lo maneja) a verlas trabajar, hay veces que invito a mi esposa y nos vamos por ahí a comer fuera y en la tarde nos venimos, le compro flores, elotes, naranja cuando salimos...lo que haya.

El ‘trago’ me gusta mucho pero me empezó a hacer daño, yo era de las personas que andaba en el trabajo y andaba con mi hielera, pero en las cantinas no. Estaba grande, todos los días usaba un costalito de hielo, aguas minerales, mi botella de brandy y mi cartón de cervezas, lo hacía como un “hobbie” para andar más tranquilo, y a veces iba a ver a un cliente y le ofrecía un ‘trago’, yo me tomaba una ‘cuba’ cuando tenía sed, la preparaba ‘en un dos por tres’, y me la tomaba antes de que se acabara el hielo, y ya no me servía otra hasta que no me volviera a dar sed, en tiempo de calor tomaba más. Le

digo a Víctor que aveces me tomaba la botella de $\frac{3}{4}$ de Viejo Vergel (marca comercial de licor), si tomaba Presidente (marca comercial de licor) o Don Pedro (marca comercial de licor), pero el que más me gustaba era el 'Viejo'.

Hoy fumo muy poco, cuando estuve jovencito, como a los 17 o 18 años, había un cigarro muy sabroso que se llamaba MonteCarlo 20, muy sabroso, por que los cigarros de ahora no saben, no dejan sabor como los antiguos, había MonteCarlo 20 y MonteCarlo extra.

Otro tipo de actividad que tengo es la de viajar, y todavía manejo cuando salgo de viaje. Casi no hago ejercicio, esto es lo que me falta, a veces camino.

En cuanto a la televisión había un programa que se llamaba la Dra. Queen, no más que ya terminó, y antes miraba Paraíso y ahora veo Anabel. Me gustan también los noticieros y los veo casi todos. En la mañana veo un ratito el de México y después le cambio al de Gilberto Marcos. Otra cosa que hago es tocar la guitarra y cantar. Ahorita me dedico poquito a la cantada y a la tocada, una media hora cada ocho días o cada tres meses, antes sí, pues toco la guitarra desde que tengo 13 años. Pienso que hay muchos viejitos que no saben ni cómo llegaron a viejos, y yo sí sé, por que me ha costado mucho trabajo.

“La familia ocupa el primer lugar en mi vida.”

“La familia para mí es lo máximo. La esposa, los hijos y los nietos son lo máximo. Los quiero como a mí me quiero. Con mi familia me siento realizado totalmente, a lo que vine ya lo hice y yo estoy dispuesto a lo que sea, vamonos! Estoy

satisfecho con la vida, porque Dios me dio todo lo que quería, todo, todo, nomás lo que no quise no tuve. Los fines de semana los hijos y sus familias vienen a comer conmigo y es una satisfacción. Yo nunca aspiré a tener mucho dinero, nunca fui tan ambicioso, como muchos de mi generación que ya se han muerto. Cuando empecé a tener dinero, empecé a tener problemas y me decían que tenía más que ellos, y yo les decía: ‘Tienes las mismas manos, la misma cadera, no lo tienes por que no quieres’. Yo no me siento solo y estoy bien tranquilo con la vida. Dios me mandó estas enfermedades, bueno, la diabetes, y no la sentía (siento).

“Para hablar de mis enfermedades, tengo una larga historia...”

“Pues así como estoy, que tengo 23 años de diabetes, me tengo que cuidar y siempre estoy controlado. Me di cuenta que era diabético cuando me empecé a sentir mal, eso fue empezando en 1974. Pues yo digo que desde entonces me empecé a sentir bien mal, tuve que ir con el médico y él no me encontraba mal. Empecé a adelgazar bastante, y yo fui delgado sólo cuando me casé que pesaba 59 Kg., pero con 25 años pesaba como 85 kg. y estaba ‘grosso’. Empecé con mis dietas, adelgacé y tenía sueño y yo era de los que trabajaba toda la noche, dormía dos horas y me levantaba ya listo. Se me empezó a ‘agotar la batería’, pues por el desgane, tenía algún pendiente y lo dejaba. Desde entonces empecé a comer bien, ordenadamente. Yo comía muy mal, comía de todo lo que se me antojaba y hasta reventar y ya empecé a comer mejor. Tomaba muy poco medicamento, durante cinco años tomé una pastilla cada 5 días y luego subí hasta llegar a 3 pastillas. Después me operaron hace tres años, el 13 de octubre de 1992, de la próstata, poco después me quitaron los puntos y la sonda, pero recaí otra vez a los 5

días, aunque todos los días era checado y estuve cinco días aquí en la casa con neumonía, y esa sí, me ‘aporrio’ pero bonito, ya se me hacía que ‘estiraba la pata’. Despuésito, yo no padecía de eso, pero como a los 5 ó 6 meses después, precisamente por eso, fui con el médico por que sentía que batallaba para respirar, como ansiedad, y me fui al doctor, que ya ni me acuerdo cómo se llamaba, y me checó como tres veces la presión, me dio una pastilla, me la volvió a checar, y me dijo que traía arriba la presión y que estaba acelerada. Después de la diabetes, la presión se descontrola, pero se me hacía raro, hasta a los doctores (se les hacía raro), que sabían que padecía diabetes porque la presión nunca se me había descontrolado. Entonces me impresioné más y de ahí para acá, pues a tomar pastillas para la presión, nomás tomo éstas. Con las pastillas la presión se me controla. Tomo también algo de remedios caseros. Hay unos muy buenos, no más que las medicinas, porque no están concentrados, pero en té sí funcionan. Cuando me empezó la diabetes me empecé a tomar el níspero, las hojas en té se parecen a las del aguacate, pero más rasposas, precisamente eso es lo que dicen los médicos, y dicen que eso me controló la presión, porque traía mi garrafa de té en mi hielera, y me la tomaba helada, no tenía ganas de hecharme ‘el pisto’, como hacía demasiado calor, no podía estar tome y tome y me echaba mi vaso de níspero, y no sabe mal, sabe bien y lo tomaba todo el día. Está indicado para la presión, y baja el azúcar. Ahorita estoy tomando ‘uña de gato’ (otra hierba), aquí hay dos tipos de uña de gato, una de árbol y otra es ‘trepadora’, pero es la misma. La terrasquilla (otra hierba) es muy buena para los riñones. Todavía hay mucha diferencia entre las medicinas y los remedios caseros.

Los remedios caseros sí hacen bien, pero no como las medicina, porque las medicinas son cosas sofisticadas, están indicadas para el mal. Los remedios caseros son

casi experimentos, las personas los toman no para controlarse, pero sí como una terapia y no para buscar alivio. Sí hacen bien, como la uña de gato, que me bajó el azúcar hasta 80, como si no tuviera nada, y me tomé dos pastillas y dos vasitos de té, en la mañana uno y en la noche otro, y ahí tengo el níspero.

De otras enfermedades, tengo este ojo accidentado por un derrame interno, pero yo veo igual con éste, solo que veo manchas y eso vino a consecuencia del esfuerzo que hice para orinar, (antes de la operación de próstata) ahí se me reventó y desde entonces me estoy atendiendo con el oftalmólogo. Traigo también un tipo de alergia, antes ponía el brazo en la portezuela y con que me diera el airecito, me daba la alergia y me salían ronchas, en la cara nunca me salen, sólo en el cuerpo, para esto me tomo una pastilla de ocho miligramos.

Hace como un año me hicieron un electrocardiograma y resulta que me dijeron que había tenido un infarto. Antes de la operación no lo tenía, me hicieron el electrocardiograma y no salió nada. Me mandaron ahí porque empecé a notar que si duermo de este lado tenía que abrir la boca para respirar y pues yo me sentía mal, se me empieza a secar la boca y pues no, y me pongo boca arriba y no me pasa nada.

Con todo eso siento que casi no me enfermo, y si me enfermo es de una enfermedad bien brava; lo que me llega a veces en tiempo de invierno es la gripa y dura dos meses, y pues no me duele la cabeza ni nada, lo que pasa es que yo me mormo bastante y eso lo trae uno aquí apretado.

Considero que mi estado de salud está bien, con todos los achaques que tengo, y porque no hay quien me 'postre' y a parte tengo los intestinos y la vejiga muy buenos.

"La salud, la enfermedad y cómo cuidarse a sí mismo son cosas que me preocupan."

"La salud para mí es lo máximo, es parecido a lo que le dije de la familia, es bien importante porque si está uno enfermo ya no sirve para nada. Yo creo que estoy bien. Duermo bien, como bien a mis horas, como lo que deseo comer, pero no con grasas, con muchas verduras, sin pan, harinas y pastas. En casa como caldito con cebolla, tomate y chile, con jugo o cafecito y al medio día como garbanzos, habas o lentejas, de esas cosas que no hacen daño. Como muy poca carne, incluso de res, de pollo a veces la como, pero no mucho, pero sí frijoles. Me como tres tortillas en cada comida, bien deshidratadas, que se puedan romper con el viento, tres tortillas en el almuerzo, tres en la comida y tres en la cena. En la mañana por lo regular me como unos frijolitos del jarro con un 'pico de gallo': cebolla, tomate bien lavadito, y una tacita de café con leche. Le pongo Canderel o Nutrasweet, de un paquetito a cada taza de café le pongo la mitad. El café lo tomo en las tres comidas, porque tomo a mediación, si al caso una fruta, una naranja, manzana, guayaba o lo que haya en temporada. Tomo mucha agua durante el día y además mis tés de remedios caseros, porque entiendo que es a través de la alimentación, de la recreación, de los ejercicios físicos, del descanso físico y mental que vamos conservar la salud. Para cuidarse a sí mismo se necesita experiencia, preparación y atención. Por esto me preocupo de ciertas cosas en la casa, como por ejemplo evitar accidentes, entonces estoy siempre atento y orientando a mi esposa con relación a escaleras, subir en la silla, caminar en la noche con la luz prendida. Luego, cuidarse a sí

mismo es otra parte importante de la vida para mantener la salud, ya que cuando te empiezas a sentir mal hay que esforzarse un poquito más para cuidarse, cuidar a la pareja y a los demás. A parte de que me cuido, ya me cuidan hasta mis yernos, porque yo soy muy bueno con todos. Yo me cuido con medicamentos y dieta.

Por otro lado, no tengo miedo, en mi vida nunca he tenido miedos, a morir menos; así como tampoco tengo miedo de enfermarme. Yo siento que habiendo cosas para curarse no hay probabilidad (de enfermarse), lo que pasa es que cuando te enfermas hay que decir que sí te vas a curar. La enfermedad es algo de lo que muy pocos escapan. Es muy doloroso tener enfermedades. Tenemos que eximirnos de muchas cosas, como diversión y comida. Cuido de mis enfermedades teniendo cuidado de mi salud, no comiendo lo que no debo, no descansando menos de lo que se necesito, tratando de estar bien y no aburrir a mi familia. Cuando me enfermo siempre acudo al médico.

“Mi religión, los jóvenes, el gobierno y el mundo...”

“Yo no tengo ninguna religión, pero creo en Dios y para mí es todo. Me voy a la iglesia pues sólo cuando se casa alguien o cuando bautizan a alguien. Asisto más bien cuando me invita mi esposa con los Testigo de Jehová.

Los jóvenes de hoy están muy desubicados, y muy flojos. Esto es por la crisis de cariño de los padres, es lo que le pasa a esta juventud, que los padres no han tenido tiempo para darles cariño, porque hay que tener cuidado cuando los hijos son chicos y cuando llegan a la adolescencia hay que tener más cuidado todavía. Hay que estar al ‘pie del cañón’ por que si no, nos ganan, y al rato va a ser lo que ellos dicen. Todavía veo

que en relación con las personas mayores, ellos las respetan un poco, pero muy poco, en mis tiempos a una persona mayor la respetaban. Cuando yo salgo, todos los niños y los muchachos me saludan y me dicen ‘don Fili’, pero son contados los que nos respetan, te empiezas a llevar con ellos y te dicen cosas que no.

El gobierno sí está haciendo algo. Pertenezco al INSEN, que me sirve para mis medicinas, para mis camiones y para viajar. Cuando vamos a la Casa Club ahí nos dan de comer y bien, nos vamos a las 9:00 (a.m.) y viene un autobús por nosotros, llegamos, nos reciben y salimos al comedor a desayunar, después sale uno y viene la diversión; las damas de DIF nos dan ‘aerobics’; sí nos ponen, pero muy livianos, pero son ‘aerobics’. Luego se termina eso y hay unas muchachas que tocan el acordeón y el que quiere cantar canta; el que quiere bailar baila, y aveces nos dan un pandero para estar tocando o ponen una grabadora a tocar música de antes, como boleros o mambo, que eso fue en mi época. Luego para rellenar el tiempo que falta para la hora de la comida nos ponemos a jugar, algunos juegan dominó, y las mujeres son mas ‘picudas’ porque juegan barajas, otras están tejiendo o cosiendo, y luego nos ponemos a jugar a la lotería pero sin ‘entrar’ nada, y al que va ganando le dan un regalo y le recogen la tabla para que le dé ‘chance’ a otros, y a la mera 1:00 nos dan de comer y a las 3:00 llega el camión por nosotros.

Hay quien nos venden también despensa barata cada 15 días por 25 pesos.

El mundo está muy contaminado porque somos muy brutos y no tenemos cuidado con la basura y con las cosas que le pertenecen (al mundo).

“Las personas de la tercera edad...” “La tercera edad es algo muy precioso a lo que todos quisieran llegar, pero no todos pueden.”

“Yo pienso que ya voy para la cuarta edad, todavía me siento tranquilo, porque como le dije, todo lo que quise, hice. Me siento realizado y no me debe nada la vida, todo me lo ha dado. Siento que he ganado más cosas que las que he perdido; soy un ganador: mi familia y mi esposa, que ya vamos a cumplir bodas de oro este año.

En cuanto a las pérdidas, todo es irse acostumbrando más o menos a lo que vas viviendo, vas haciéndote viejo y tienes que privarte de otras cosas que ya no puedes hacer. Cuando tenía entre 18 y 35 años era tan desordenado, mi hora de acostarme o de llegar a mi casa eran las dos o tres de la mañana y era todos los días, y había veces que tenía que salir temprano, llegaba de la calle y tenía que agarrar mis cosas, nada más venía y me iba, eso era como un 50 por ciento... me dan ganas hasta de llorar nada más de pensar...tan bonito que era, yo tenía tanta fuerza para aguantar.

Todavía, no siento que perdí algo en la vida y como le dije esto es una secuencia, y debe uno estar consciente que cuando está y cuando no, pues no, hay que irse entrenando para todo.

Siento cambios en mi cuerpo por la tercera edad, todavía ningún cambio drástico, son los normales y nada más. Lo más importante es que llegue, nos dicen en el INSEN, que somos los jóvenes inteligentes, porque lo difícil es estar bien, con buen carácter, buena salud y saber lo que anda uno haciendo.

Siento aún que me faltaron cosas por hacer, como explotar mejor la naturaleza y yo lo estoy haciendo en mi rancho. Hay veces que me pongo a hacer cosas que no debo

hacer ya, como por ejemplo construir para mis hijos, pero yo digo que otra persona no lo va hacer, y también siento que es algo que me falta hacer.

Ahora, como no trabajo, aprovecho del trabajo que di a las personas, recibiendo el dinero y esto me da realización, así como el mantenimiento de la familia.(mi)

“Estar solo y tener compañía son necesidades diferentes...”

“No me gusta estar solo, sin embargo, sí he estado muchas veces solo por mi trabajo, que duraba un mes o más fuera de la casa, y muy lejos, a veces en partes que ni había teléfonos y es que así fue mi trabajo. Estar solo es también una necesidad. Me gustan mis amigos y más la compañía de mi familia. Mis amigos casi no vienen aquí, cuando tienen negocios, voy a sus negocios o me invitan a su casa de campo y andamos cantando; comemos pescaditos, por ahí platicamos de vez en cuando, cada mes o cada dos meses, nomás para no olvidarnos. Hay una cosa... yo soy de pocos amigos, me gustan puros ganadores, que sepan lo que andan haciendo, que siempre estén ganando y que nos ayudemos mutuamente cuando se necesita.

“Esta es mi esposa”

“Ella tiene 63 años de edad y siempre me acompañó en la vida. Tiene siempre el cuidado de preparar mi comida con poquita sal, con azúcar dietética, todo dietético, hasta dieta dietética. Ella ahora está bien dormida.

(La esposa de don Filigonio se integra a la conversación)

“Y yo bien dormida, es que me dieron medicina. Me dijo la doctora que traigo un problema aquí (mostró el pecho). Es que los jóvenes no nos respetan. Ya no hay respeto completamente... es que nosotros nos basamos en la Biblia porque ahí te enseñan de todo. Si todos viviéramos como la Biblia nos enseña sería otro mundo porque ahorita hay mucha ‘perdición’ y no hay valores. Ahorita lo que hacen muchos padres es pensar en el dinero y dejan a la familia sola.”

“La tercera edad necesita de muchos recursos.”

“Considero que las personas que están en la tercera edad necesitan de atendimientos de salud en hospitales y centro de salud, así como el apoyo económico, es indispensable para la compra de alimentos, medicinas y para otras necesidades. El programa de salud que lleva a cabo el Centro de Salud, la Casa de Club y la Quinta son preciosos para nosotros.

Los supermercados de la ciudad atienden diversas necesidades humanas; los carros particulares, los transportes urbanos y los taxis son importantes cuando los viejitos necesitan desplazarse por alguna necesidad. Es increíble, pero nosotros como ancianos casi no usamos el metro (medio de transporte), por la gran cantidad de escaleras. Pienso que el metro no fue hecho para los viejos.

Para cerrar esta plática, te quiero decir que yo me siento muy bien, satisfecho con la vida y muy tranquilo, ya no tengo aceleramientos de que voy para acá y voy para allá, ella nada me debe y de acuerdo a un poeta: ¡Vida y yo estamos en paz!

Estoy cosechando lo que sembré. ¡Es algo guapo!”

HISTORIA 7

“Mi nombre es GNT, tengo 71 años de edad, viuda, jubilada, vivo sola en esta casa. Tengo seguro social y soy licenciada en administración de empresas.

“¿Qué hago en un día?... ¡Vivo aquí!”

“Me duermo tarde viendo la televisión como hasta las 12:00 (p.m.) o 1:00(a.m.), duermo muy bien y me despierto como a las 6:30 (a.m.), voy al baño, me lavo los dientes, me desayuno, recojo y leo el periódico, como a las 7:30 prendo la televisión para ver las noticias hasta las 10:00, me baño, veo la tele o escucho el radio, me duermo como una hora, y me hablan mis amigas y platicamos de política, libros, películas etc.

“Me gusta mucho cocinar, pero me cansa mucho, entonces leo mucho, creo que por inercia, porque he leído toda mi vida, y es uno de mis soportes como complemento. No fumo y tampoco soy afecta al alcoholismo.

“Mi familia... me quiere mucho.”

“ Mi mamá murió cuando yo tenía dos años, mi papá regresó a la casa familiar (con dos hermanos y dos hermanas), entonces yo tuve tres papás y dos mamás y eso en un ambiente intelectual y bohemio. Mi juventud fue muy ‘padre’. Entré al Tec (instituto de educación tecnológico) y fui la primera mujer que estudiaba y sólo me admitieron en un grupo irregular y en la noche; nunca pensaron que se inscribiera una mujer.

“Mi esposo y yo fuimos distintos, teníamos que crecer cada quien por su lado, teníamos buenas y malas, como todo el mundo. Mis hijos, preciosos, y les dimos las agallas para salir por sí mismos de sus ‘broncas’ y yo eso lo considero mi mayor éxito.

“En cuestión afectiva nunca nos faltó algo, hay comunicación, y como todos, nos peleamos y discutimos, me quieren mucho y los respeto, a pesar de que no apruebo muchas cosas. Luego la familia que es la célula de la sociedad, es muy importante en todas las épocas de la vida, desde la niñez hasta la ancianidad, y por esto me siento muy bien en mi familia. Mis hijos me apoyan mucho, desde la parte económica hasta la psicológica. Yo vivo de lo que ‘me dan’ mis hijos.

“Yo soy católica... Tercera edad... la acepto como código... yo no me preparé para dejar de trabajar...”

“La religión es lo que me da mi otra parte, yo soy católica por nacimiento, mi familia no lo practicaba mucho. Mi esposo y yo fuimos democráticos para que cada hijo votara por su propia voluntad... yo ya no voy a la iglesia. Cada religión sería un camino, pienso que la religión es parte de la persona, del ser humano, a veces no la llamamos religión, puede ser ideología etc. pero es... es la otra. Dentro de la familia hay diferentes conceptos de religión pero yo nunca me meto.

“La tercera edad la acepto como código, pero creo que las edades no existen, uno va viviendo día tras día; yo vivo sola pero no me siento sola, y la tercera edad es una continuación, si yo viera la tercera edad como una etapa ‘de bajada’, yo sería una amargada. Me siento ubicada en mi tiempo y mi espacio. Siento en esta etapa de mi vida

los cambios normales... yo no tengo miedo a morir pero sí me aterra no vivir, y eso es depender, pero los viejos nos vamos deteriorando, necesitamos lentes, se cae el pelo, dientes y se pierde la memoria etc. Yo tengo muy buena memoria porque la desarrollé mucho y estoy consciente que las facultades que no se utilizan se atrofian, y yo la utilizo con la lectura, la escritura, el contacto con la gente. Desde primaria sacaba premios por memorizar y procuro utilizar todas mis facultades.

“Me considero privilegiada porque aunque tengo muchas limitaciones, no las tomé en cuenta cuanto dejé de trabajar (fue algo repentino)... es una frustración tremenda cuando no te preparas para dejar de trabajar y yo no me preparé para ello; yo quisiera trabajar toda la vida y morir trabajando, pero de repente resulta que te quedas en casa, y en los primeros meses piensas que es muy ‘padre’ porque haces lo que te da gana, te sientes libre, pero es negativa esa libertad que sientes, te hace falta salir, trabajar y socializar. Aunque las gentes que yo dejé no me han dejado a mí porque se crearon lazos de afecto que aún se conservan, a pesar de que esa gente es menor que yo.

“Durante mucho tiempo, antes de jubilarme, siempre tuve un día de ociosidad. Y lo hacía como terapia. Salía mucho de paseo y visitaba amigos y parientes. Después de la jubilación salía muy poco, cuando empecé a usar oxígeno me limité mucho y si mis amigos ahora me invitan a salir ya no acepto, porque se van a lugares muy variados, donde subes más de 70 escalones o se necesita a caminar mucho, y pues yo no puedo. Esta limitación de vida me da desesperación porque soy una persona que creció en un ambiente cultural y de mucha actividad, como por ejemplo lectura, arte, pintura, teatro,

cine y estas cosas que enriquecen espiritualmente e intelectualmente y lo fomenté en mi matrimonio y en mis hijos.

“Si no fuera por la enfermedad, al dejar de trabajar hubiera entrado a un taller literario de pintura, o iría a conciertos etc., pero como traigo esta enfermedad, yo no puedo lograr nada de esto y no me gusta que las personas me compadezcan y se enteren de mi estado de salud.

“La salud, la enfermedad y cuidarse a sí mismo son mis responsabilidades.”

“Salud, pues la definición tradicional es que es la ausencia de enfermedad, pero para mí es vida, para disfrutarla. Mi estado de salud es pesado por las limitaciones que tengo. Yo cuido de mi salud a través de la alimentación balanceada, hábitos de aseo, limpieza, estimulando mi estado de ánimo y no exponiéndome a situaciones riesgosas. Mi estado de salud está en este momento controlado y estable. Por otro lado, las enfermedades son limitaciones y frustraciones. Cuido de mi enfermedad siguiendo instrucciones médicas, haciendo lo que me dice el doctor y llevando una vida ordenada.® Cuando me enfermo intensifico la ingestión de los alimentos, higiene, o sea los cuidados diarios de la salud. Con relación al uso de remedios caseros, le digo que tengo muchas amigas que me los recomiendan, por ejemplo: para la rehabilitación del brazo uso fomentos de agua con sal, y me dijeron que con una rama de albahacar se desinflama, y si resultó, o para la indigestión un té de manzanilla o hierbabuena; pero no soy muy afecta a los remedios. Los remedios caseros son suaves, los usamos también sin presencia de enfermedades y las medicinas las usamos en las enfermedades. Cuidarme a mí misma siento que es mi propia responsabilidad, yo soy responsable de mí, y en la salud depende

de lo que yo me quiera y me quiero demasiado. Necesito para ser capaz de cuidarme a mí misma de mi estado de salud, lo que tengo, lo que me rodea, mis recursos... yo misma. Considero aún que los conocimientos sobre cuidarse a sí mismo son muy importantes y afortunadamente hay muchos medios de información para esto, y la televisión es muy buena, porque te informa, cuando la gente está informada se cuida mucho. Yo me cuido por interés personal y social, para no ser una carga para mi familia y para la sociedad.

“La persona de la tercera edad y sus necesidades...”

“Agua: Tomo agua de garrafón de seis a ocho vasos diarios, hago tres comidas al día, si no almuerzo por la mañana me siento mal todo el día. Mis comidas son balanceadas, con frutas y verduras. Si ves en el refrigerador, hay mucha fruta, en la comida por ejemplo: Espinacas con papas, calabaza con elote, etc. No como nada entre comidas.

“Con respecto la parte urinaria, hace como 40 años me quitaron un riñón y el otro asumió todas sus responsabilidades, pero no tengo problemas (no obstante, en una plática posterior, expresó) Siento el inicio de incontinencia urinaria, en cuanto a estreñimiento últimamente sí he tenido problemas, pero creo que es por la falta de ejercicio, estoy limitada para caminar y ese es un factor importante para la digestión. Con relación a la soledad, mi papá decía que sólo está solo el que no tiene la capacidad de dialogar consigo mismo. Entonces yo estoy sola, pero nunca me he sentido sola, siento el amor de todos los que me rodean. Todos vamos a estar solos algún día, pero no hay que verlo como un aislamiento, sino de soledad, de desprenderse, hay que dialogar contigo mismo y sentir que lo tuyo es fabuloso.

“Por eso hay cosas que la gente por pereza ve como malas y negativas. La gente que me visita es gente joven y yo la procuro porque es bien difícil convivir con gente vieja, se la pasan hablando de enfermedades y eso no me divierte, con las viejitas sólo platico poco, y con las personas que tengo conversación es con la gente más joven. Me visitan mucho, entonces casi no tengo momentos de soledad, apenas la necesaria para la vida. Afortunadamente tengo muchos amigos, es bonito convivir y aparte enriquece mucho.

“Las personas de la tercera edad necesitan de recursos... aparte existen las ganancias y las pérdidas que acompañan la vida.”

“Considero importante para las personas de la tercera edad los siguientes recursos:

Salud: Tener acceso a una institución como el Seguro Social, es importante porque la atención medica es muy cara. En lo referente al económico lo más importante es una independencia, yo a veces preferiría irme a un asilo. Los supermercados atienden nuestras necesidades básicas en estos tiempos difíciles. Las limitaciones de una enfermedad te limitan mucho lo social, pero hay que tratar de no dejarlo, yo por ejemplo escribo tres cartas mínimo al mes a mis amigos, hay cartas que me deprimen mucho y otras que me animan. Aquí en México no hay nada (recursos sociales). El teléfono es un excelente recurso que atenúa a muchas necesidades. En lo referente al medio de transporte en comparación con Estados Unidos, aunque llegues a una tienda tienen una silla de ruedas y en lo personal, por esa falta de servicios sí me he privado de mucho. No sé porque se marginan esas cosas, cuando se deberían de considerar como elementos

básicos de acción en las cuestiones culturales. Cuando vienen las muestras de cine o de teatro sólo tienen acceso a ellas la gente joven, que puede caminar o que no tiene ningún problema. Por ejemplo: yo tengo ganas de conocer el metro, pero no he podido, pues la gran cantidad de escalones no me lo permite. Deberían de hacer algo con eso, creen que la vida termina a los 65 años. Todas esas cosas te van marginando y te van obligando a quedarte en casa. Prevención de peligro en el hogar: Tengo cuidado al caminar subir y bajar escaleras, nada más.

“Las ganancias en mi vida fueron muchas... las pérdidas se diluyeron.”

“Las ganancias en mi vida fueron muchas... siete hijos, 19 nietos, un esposo, una vida plena, que más puedo pedir. Creo que todo ha sido ganancia, con todo esto y sus ratitos malos, pero hay fortaleza que te da Dios para superar esos ratos. Las pérdidas, esas se diluyen con las ganancias.

“La calidad de vida es vivir lo mejor que puedas, no dejarte aplastar y buscar lo que más te satisfaga.”

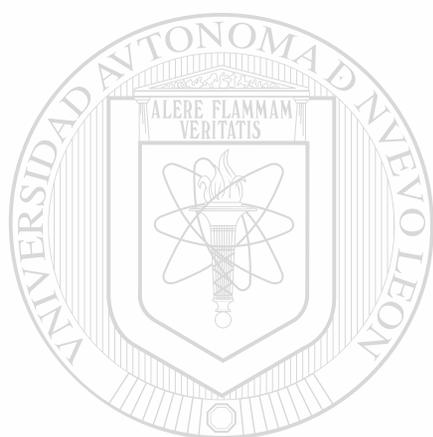
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

“Es continua pero diferente, va cambiando, es importante vivir el momento en que estás, un amigo me dijo ‘los mejores años de la vida son los que nos faltan por vivir’, y eso me estimula mucho, y es calidad de vida.

“El mundo, la política y los jóvenes ¿ Como estarán?”

“Este mundo es el único que tenemos, pero está pasando por una serie de violencias, crisis, aumentos de población y de enfermedades. La política está terrible y es

un verdadero 'espagueti', nada más. Estamos en la peor crisis política del país. El abuso de poder, la ambición de poder y los conflictos están tremendos y los jóvenes están muy informados debido los medios de comunicación, pero poco formados, pues les falta valores familiares, sociales y arraigo de su fé. Desafortunadamente, vivimos una época de crisis en todos los sectores y el mundo está formado por sectores.”



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APÉNDICE C

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DEL ADULTO MAYOR. (FCBAM)

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuesta una a una al entrevistado e identifique la respuesta que le fue indicada con X y llene las preguntas abiertas.

I- ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS (ASD)

1.1 Datos de Identificación

1 - Nombre: _____

2 - Domicilio actual _____

3 - Sexo

1. Masculino ()

2. Femenino ()

4 - Edad en años cumplidos _____

5 - Estado Civil

1. Soltero ()

2. Casado ()

3. Viudo ()

4. Otro: _____

6 - ¿Usted es capaz de leer un recado?

1. Sí ()

2. No ()

7 - ¿Usted es capaz de escribir un recado?

1. Sí ()

2. No ()

8 - Escolaridad (último año de estudio que completó)

1. Primaria: _____ años

2. secundaria: _____ años

3. Otro _____ años _____ (Especifique)

9 - ¿Usted tiene alguna religión?

1 - Sí ()

2 - No ()

10 -¿Trabaja usted ?

Sí ()

¿ En qué trabaja ?

1 . Comerciante ()

2 . Vendedor ambulante ()

3. Ayudante ()

4. Ama de casa ()

5. Otro _____ (Especifique)

No ()

¿Porqué no trabaja ?

1. Jubilado ()

2. Pensionado ()

3. Enfermedad ()

4. Cansancio o debilidad ()

5. No encuentra trabajo ()

6. Otro: _____ (Especifique)

11 - ¿ Actualmente recibe usted un ingreso económico fijo ?

1. Sí () ¿ Cuánto recibe a la quincena? _____

2. No ()

12. ¿ Cuántas personas forman su familia ? _____

Tipo de familia: _____

(1 -Nuclear, 2 -extendida, 3 -Forma Familiar Variante: un adulto que vive solo)

13 - ¿ Tiene usted hijos?

1 - Sí ()

2 - No ()

Cuantos? _____

Observaciones:

II - FACTORES SOCIOCULTURALES (FSC)

Observación: Las preguntas nº 17 y 18 son específicas para el jubilado

Ítems	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuen- temente 3	Siempre 4
14 - ¿ Con qué frecuencia la religión es algo indispensable en su vida?				
15 - ¿ Con qué frecuencia el trabajo ejercido le proporciona satisfacción personal?				
16 - ¿ En la actualidad, con qué frecuencia se siente usted satisfecho con esta etapa de su vida ?				
17 - ¿ Con qué frecuencia la jubilación le está proporcionando satisfacción?				
18 - ¿ Con qué frecuencia la jubilación le da oportunidad de realizar otras actividades en su vida?				
19 - ¿ Con qué frecuencia la presencia de su esposo (a) proporciona (o proporcionó) equilibrio y seguridad en la familia ?				
20 - ¿ Con qué frecuencia utiliza usted remedios caseros?				

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

III - FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR (FSF)

Ítems	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuente- mente 3	Siempre 4
21 - ¿ Con qué frecuencia acostumbra usted comer con su familia?				
22 - ¿ Con qué frecuencia usted y su familia se juntan para ver televisión?				
23 - ¿ Con qué frecuencia usted y su familia salen de visita (o a pasear) juntos?				
24 - ¿ Con qué frecuencia recibe usted visita de sus familiares?				

IV - PATRONES DE VIDA (PV)

25 - ¿ Con qué frecuencia practica usted algún tipo de ejercicio?				
26 - ¿ Con qué frecuencia ve (escucha) usted televisión radio?				
27 - ¿ Con qué frecuencia visita usted su familia o asiste a fiesta?				
28 - ¿ Con qué frecuencia duerme usted siesta?				
29 - ¿ Con qué frecuencia deja usted de consumir (tomar) bebidas alcohólicas ?				
30 - ¿ Con qué frecuencia deja usted de fumar ?				

Items	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuente- mente 3	Siempre 4
31 ¿ Con qué frecuencia come usted los siguientes alimentos ?:				
- Frutas y verduras				
- Cereales y leguminosas (habas, garbanzos)				
- Leche y queso, mantequilla				
- Huevos				
- Carne				
- Líquidos: agua, té y refresco				

32 - En promedio, cuántas horas duerme usted en la noche ? _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

V - DISPONIBILIDAD DE RECURSOS (DR)

Items	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuente- mente 3	Siempre 4
33 - ¿ Con qué frecuencia participa usted en grupos de su edad? (Casa Club, Quinta y Programa de Adultos Mayores).				
34 -¿Con qué frecuencia los recursos económicos que recibe usted (de su jubilación, trabajo, pensión u otros) son suficientes para subsistir (mantenimiento) ?				
35 -¿Con qué frecuencia los recursos de atención médica de los hospitales y del centro de salud son suficientes para atender sus necesidades de salud?				
36 - ¿ Con qué frecuencia hay disponibilidad en esta colonia de:				
a) Camiones urbanos y Taxis				
b) Farmacias				
c) Tiendas y Supermercados				

37 - ¿ Tiene usted seguro social?

1 . Sí ()

2 . No ()

VI - PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (PES)

Ítems	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuente- mente 3	Siempre 4
38 - ¿Con qué frecuencia su salud le ha permitido cierto tipo o cantidad de trabajo, o quehaceres domésticos?				
39 - ¿Con qué frecuencia su estado de salud le ha permitido condición de caminar algunas cuadras?				
40 - ¿Con qué frecuencia su estado de salud le ha proporcionado condición de comer, vestirse, bañarse o ir al baño?				
41 - ¿Con qué frecuencia considera usted tan saludable como cualquier persona que conoce?				
42 - ¿Con qué frecuencia su estado de salud le ha proporcionado condiciones de frecuentar actividades sociales? (Por ejemplo visitar a sus amigos o familiares cercanos).				
43 - ¿Con qué frecuencia ha sido usted una persona calmada y con paz?				
44 - ¿Con qué frecuencia ha sido usted una persona animada y alegre?				
45 - ¿Con qué frecuencia ha sido usted una persona feliz?				

46 - En general diría usted que su salud es:

- 1 - Excelente ()
- 2 - Muy buena ()
- 3 - Buena ()

4 - Regular ()

5 - Deficiente ()

47 - ¿ Que tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?

1 - Ninguno ()

2 - Muy leve ()

3 - Leve ()

4 - Moderado ()

5 - Grave ()

48. - Actualmente ¿ Padece usted de alguna enfermedad?

1.- Si ()Cuál ? _____
(1- Diabetes Mellitus, 2- Hipertensión Arterial, 3- Ambas)

2.- No ()

49 - Si contestó afirmativamente la pregunta anterior :

¿Cuánto tiempo tiene diagnosticado su enfermedad?

_____ (días, meses, años)

_____ (días, meses, años)

(Circule el tiempo indicado)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Observaciones:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

Elaborado por: Lic. José Vitor da Silva

Julio/ 1996.

APÉNDICE D

ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO (EECAC)

Instrucciones:

Lea cada uno de los enunciados, así como las opciones posibles de respuesta una a una al entrevistado e identifique la respuesta que le fue indicada con un círculo en cada número correspondiente. No hay respuestas correctas o incorrectas, pero asegúrese de que el entrevistado selecciona el número que mejor le corresponda a su persona.

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
1. Conforme cambia mi vida, hago cambios para mantenerme sano.	1	2	3	4	5
2. Usualmente checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.	1	2	3	4	5
3. Si mi movilidad está disminuida hago los cambios o ajustes necesarios .	1	2	3	4	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.	1	2	3	4	5 [®]
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.	1	2	3	4	5
6. Raras veces desperdicio la energía que necesito para cuidarme a mí mismo.	1	2	3	4	5
7. Busco mejores formas de cuidarme a mí mismo.	1	2	3	4	5

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpio.	1	2	3	4	5
9. Me alimento de manera que mantenga mi peso a un buen nivel	1	2	3	4	5
10. Cuando es necesario me las arreglo para estar a solas?	1	2	3	4	5
11. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.	1	2	3	4	5
12. A través de los años he hecho amigos a los que puedo llamar cuando necesito ayuda.	1	2	3	4	5
13. Usualmente duermo lo suficiente para sentirme descansado.	1	2	3	4	5
14. Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo.	1	2	3	4	5
15. Regularmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.	1	2	3	4	5
16. Si debo tomar una nueva medicina busco información sobre los efectos colaterales.	1	2	3	4	5
17. En el pasado he cambiado algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
18. Habitualmente me aseguro de que mi familia y yo estemos a salvo .	1	2	3	4	5
19. Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sano.	1	2	3	4	5
20. Usualmente en las actividades de mi vida diaria raras veces me doy el tiempo para cuidarme a mí.	1	2	3	4	5
21 . Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.	1	2	3	4	5
22. Busco ayuda cuando no puedo cuidarme solo.	1	2	3	4	5
23. De vez en cuando tengo tiempo para mí.	1	2	3	4	5
24. Aún cuando tengo limites para movilizarme, generalmente soy capaz de cuidarme de la manera que me gusta.	1	2	3	4	5

Observaciones: _____

Diseñado por Isenberg y Evans (1993) y traducido al español por Gallegos y Salazar (1995).

APÉNDICE E

ACCIONES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR (AACAM)

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuesta una a una al entrevistado e identifique la que le fue indicada con una X.

I.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Items	Nunca 1	Raras Veces 2	Frecuentemente 3	Siempre 4
1.-¿ Con qué frecuencia se alimenta usted con una dieta balanceada y suficiente?				
2.-¿ Con qué frecuencia toma usted suficiente líquido durante el día?				
3.-¿ Con qué frecuencia va usted al baño con la regularidad apropiada a su edad? (evacuación intestinal diaria y urinaria de 4 a 5 veces ao día).				
4.-¿ Con qué frecuencia busca usted amistad con sus vecinos y compañeros?				
5.- ¿ Cuando es necesario, busca usted estar solo(a)?				
6.- ¿Con qué frecuencia evita usted hacer cosas que ponen en riesgo su seguridad física y su salud?(ej. caminar en el suelo mojado)				®
7.- ¿Con qué frecuencia se mueve usted con libertad y seguridad dentro y fuera de su hogar?				

Observaciones: _____

APÉNDICE F

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE FERRANS Y POWERS (ICVFP)

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuestas que mejor describa *QUE TAN SATISFECHO (CONFORME) ESTA USTED* y *QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED* una a una al entrevistado e identifique la respuesta que le fue indicada con un círculo en cada número correspondiente. No hay respuestas que se consideren correctas o equivocadas, pero asegúrese que el entrevistado selecciona el número que mejor le corresponda a su persona.

QUE TAN SATISFECHO (CONFORME) ESTA USTED CON:	1	2	3	4	5	6
1. CON SU SALUD ?	1	2	3	4	5	6
2. EL CUIDADO DE SALUD QUE ESTA RECIBIENDO ?	1	2	3	4	5	6
3. LA CANTIDAD DE DOLOR QUE TIENE ?	1	2	3	4	5	6
4. LA CANTIDAD DE FUERZA (VIGOR) QUE TIENE PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ?	1	2	3	4	5	6
5. SU INDEPENDENCIA FÍSICA ?	1	2	3	4	5	6
6. TENER CONTROL DE SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
7. LA PROBABILIDAD DE VIVIR UN LARGO TIEMPO (MUCHOS AÑOS)?	1	2	3	4	5	6
8. LA SALUD DE SU FAMILIA ?	1	2	3	4	5	6
9. SUS HIJOS ?	1	2	3	4	5	6
10. LA FELICIDAD DE SU FAMILIA ?	1	2	3	4	5	6
11. SUS RELACIONES CON SU ESPOSO (A) O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
12. SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13. SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6
14. EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE LAS PERSONAS?	1	2	3	4	5	6
15. SU CAPACIDAD (CONDICIÓN) DE CUMPLIR LAS RESPONSABILIDADES FAMILIARES ?	1	2	3	4	5	6
16. SER ÚTIL PARA LAS DEMÁS PERSONAS ?	1	2	3	4	5	6
17. LA CANTIDAD DE TENSIÓN EMOCIONAL O PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
18. SU HOGAR ?	1	2	3	4	5	6
19. SU VECINDARIO ?	1	2	3	4	5	6
20. SU NIVEL DE VIDA ?	1	2	3	4	5	6
21. SU TRABAJO ?	1	2	3	4	5	6
22. EL HECHO DE NO TENER TRABAJO ?	1	2	3	4	5	6
23. SU EDUCACIÓN ?	1	2	3	4	5	6
24. SU INDEPENDENCIA ECONÓMICA?(NO DEPENDER ECONÓMICAMENTE)	1	2	3	4	5	6
25. LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE ?	1	2	3	4	5	6
26. SU CAPACIDAD DE VIAJAR EN VACACIONES ?	1	2	3	4	5	6
27. LAS POSIBILIDADES DE TENER UNA VEJEZ / JUBILACIÓN FELIZ?	1	2	3	4	5	6
28. SU PAZ MENTAL ?	1	2	3	4	5	6
29. SU FE PERSONAL EN DIOS ?	1	2	3	4	5	6
30. SU LOGRO DE METAS PERSONALES?	1	2	3	4	5	6
31. SU FELICIDAD EN GENERAL ?	1	2	3	4	5	6
32. SU VIDA (EN GENERAL)?	1	2	3	4	5	6
33. SU APARIENCIA PERSONAL ?	1	2	3	4	5	6
34. USTED MISMO (A) EN GENERAL ?	1	2	3	4	5	6

Observaciones: _____

QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:	1	2	3	4	5	6
1. SU SALUD ?	1	2	3	4	5	6
2. EL CUIDADO DE SALUD QUE ESTA RECIBIENDO?	1	2	3	4	5	6
3. NO SENTIR DOLOR ?	1	2	3	4	5	6
4. TENER SUFICIENTE FUERZA (VIGOR) PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ?	1	2	3	4	5	6
5. SU INDEPENDENCIA FÍSICA ?	1	2	3	4	5	6
6. TENER CONTROL DE SU VIDA ?	1	2	3	4	5	6
7. VIVIR MUCHO TIEMPO ?	1	2	3	4	5	6
8. LA SALUD DE SU FAMILIA ?	1	2	3	4	5	6
9. SUS HIJOS ?	1	2	3	4	5	6
10. LA FELICIDAD DE SU FAMILIA ?	1	2	3	4	5	6
11. SU RELACIÓN CON SU ESPOSO (A) O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
12. SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13. SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6
14. EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE OTRAS PERSONAS ?	1	2	3	4	5	6
15. CUMPLIR LAS RESPONSABILIDADES FAMILIARES ?	1	2	3	4	5	6
16. SER ÚTIL PARA LAS DEMÁS PERSONAS ?	1	2	3	4	5	6
17. TENER UNA CANTIDAD RAZONABLE DE TENSIÓN EMOCIONAL Y PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
18. SU HOGAR ?	1	2	3	4	5	6
19. SU VECINDARIO?	1	2	3	4	5	6
20. UN BUEN NIVEL DE VIDA ?	1	2	3	4	5	6
21. SU TRABAJO ?	1	2	3	4	5	6
22. TENER TRABAJO ?	1	2	3	4	5	6
23. SU EDUCACIÓN ?	1	2	3	4	5	6
24. SU INDEPENDENCIA ECONÓMICA ?	1	2	3	4	5	6
25. LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE ?	1	2	3	4	5	6
26. LA CAPACIDAD PARA VIAJAR EN VACACIONES ?	1	2	3	4	5	6
27. TENER UNA VEJEZ / JUBILACIÓN FELIZ ?	1	2	3	4	5	6
28. SU PAZ MENTAL ?	1	2	3	4	5	6
29. SU FE PERSONAL EN DIOS ?	1	2	3	4	5	6
30. SU LOGRO DE METAS PERSONALES?	1	2	3	4	5	6
31. SU FELICIDAD EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
32. SU VIDA EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
33. SU APARIENCIA PERSONAL ?	1	2	3	4	5	6
34. USTED MISMO (A) ?	1	2	3	4	5	6

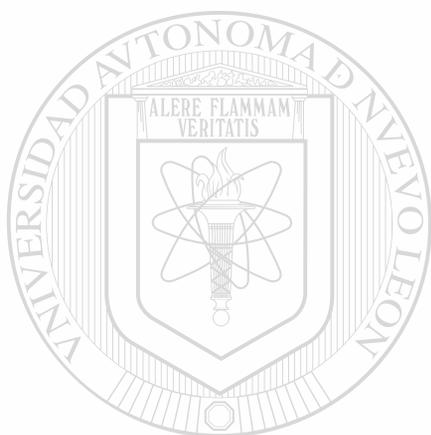
Observaciones: _____

- 1 = MUY INSATISFECHO (A)
- 2 = MODERADAMENTE INSATISFECHO (A)
- 3 = LIGERAMENTE INSATISFECHO (A)
- 4 = LIGERAMENTE SATISFECHO (A)

- 5 = MODERADAMENTE SATISFECHO (A)
- 6 = MUY SATISFECHO (A)

- 1 = NADA IMPORTANTE
- 2 = MUY POCO NO IMPORTANTE
- 3 = POCO IMPORTANTE
- 4 = LIGERAMENTE IMPORTANTE (ALGO IMPORTANTE)
- 5 = MODERADAMENTE IMPORTANTE (BASTANTE IMPORTANTE)
- 6 = MUY IMPORTANTE

Elaborado por Ferrans y Powers (1984) y traducido al español por López y Rodríguez (1996).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Department of Medical-Surgical Nursing (MC 802)
College of Nursing
845 South Damen Avenue, 7th Floor
Chicago, Illinois 60612-7350
(312) 996-7900

June 27, 1996

Lic. Esther C. Gallegos de Hernandez
Community Nursing Professor
Universidad Autonoma de Nuevo Leon
Facultad de Enfermeria
Secretaria de Postgrado
Av. Gonzalitos 1500
Col. Mitras Centro
64460 Monterrey, N.L., Mexico

Dear Ms. Gallegos:

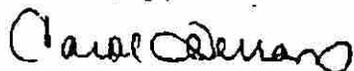
Thank you for your faxes requesting permission to translate the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). I apologize for the delay in responding to your request. I am faxing the generic version of the QLI with this letter and will also send a copy by first class mail, along with a copy of this letter.

You have my permission to translate the QLI into Spanish using the approach described in your letter. I am very interesting in your results. In return for my permission to translate the instrument, I ask that you send me a copy of the instrument in its translated form. You may add a statement to the instrument that gives credit to you as translator. However, I will continue to hold the copyright of the instrument, and the copyright statement must remain on the translated instrument also.

There is no charge for use of the QLI. You have my permission to use the QLI for your study. In return, I ask that you send me any publications of your findings using the QLI. Such reports are extremely important to me.

If I can be of further assistance, please do not hesitate to contact me. I wish you much success with your research.

Sincerely,



Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Assistant Professor

APÉNDICE H

SUBESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

I. Subescala salud/funcionamiento

1. Su Salud
2. Cuidado de salud
3. Dolor
4. Fuerza (Vigor)
5. Independencia Física
6. Control de su vida
7. Vivir largo tiempo (muchos años)
12. Vida Sexual
15. Responsabilidades familiares
16. Útil para las personas
17. Cantidad de tensión
25. Actividades en tiempo libre
26. Viajes
27. Vejez/ Jubilación feliz

II. Subescala Socioeconómica

13. Amigos
14. Apoyo emocional
18. Hogar
19. Vecindario
20. Buen nivel de vida
- 21/22 Tener trabajo

III. Subescala Psicológica/espiritual

23. Educación
24. Independencia económica
28. Paz mental
29. Fe personal en Dios
30. Logro de metas personales
31. Felicidad en general
32. Vida en general
33. Apariencia Personal
34. Usted mismo

IV. Subescala Familiar

8. Salud de su familia
9. Hijos
10. Felicidad de su familia
11. Esposo (a) / pareja

APÉNDICE I

CAPACIDADES Y ACCIONES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO Y/O HIPERTENSO (CAACAMDH)

I - CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (CAC/AMDH)

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuestas una a una al entrevistado e identifique la respuesta que le fue indicada con X.

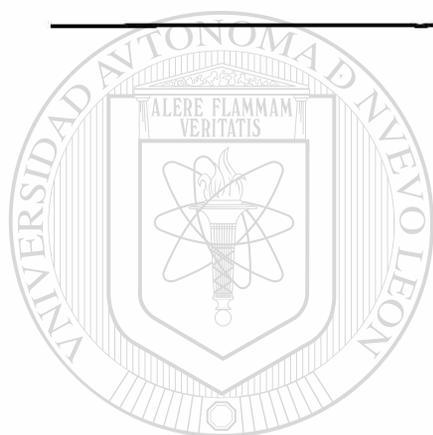
Observaciones: Las preguntas n° 1-2-9-10-19-23 son específicas para el diabético y las preguntas n°s 11-12-20 son específicas para el hipertenso.

Items	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuen- temente 3	Siempre 4
1 . ¿Con qué frecuencia puede usted sentir la temperatura del agua en sus pies cuando se baña?				
2 . ¿Con qué frecuencia puede usted sentir cuando su pie tropieza con un objeto?				
3 . ¿Con qué frecuencia consigue usted ver objetos pequeños como el número de pastillas y el nivel de medicina en el frasco?				
4 . ¿Con qué frecuencia puede usted leer la etiqueta del frasco de su medicina?				
5 . ¿Con qué frecuencia puede recordar el horario indicado para tomar sus medicinas para la diabetes y/o hipertensión arterial?				
6 . ¿Con qué frecuencia es capaz de conocer los alimentos que puede comer para controlar su diabetes y/o hipertensión arterial?				

Items	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuen- temente 3	Siempre 4
7. ¿ Con qué frecuencia puede usted identificar cuando se siente confundido o mareado?				
8. Con qué frecuencia puede usted identificar si tiene su piel seca?				
9. ¿Con qué frecuencia reconoce usted cuándo su azúcar en la su sangre está muy alta?				
10. ¿ Con qué frecuencia reconoce usted cuando su azúcar en la sangre está muy baja?				
11. ¿Con qué frecuencia reconoce usted cuando su presión está muy alta?				
12. ¿Con qué frecuencia reconoce usted cuándo su presión está muy baja?				
13. ¿Con qué frecuencia puede usted seguir el tratamiento indicado para su diabetes y/o hipertensión arterial en lo referente a cumplir su dieta ?				
14. ¿Con qué frecuencia es capaz de tener voluntad para cumplir la dieta, si esto significa controlar su diabetes y/o hipertensión arterial?				
15.¿Con qué frecuencia es capaz de realizar actividades de la vida diaria y cunplir con el tratamiento de la diabetes y/o hipertensión arterial?				
16. ¿Con qué frecuencia tiene usted posibilidad para cumplir con sus practicas de higiene personal diaria como el baño y lavado de dientes?				
17. ¿Con qué frecuencia es usted capaz de solicitar atención de salud cuando su presión y/o su azúcar sanguínea estan descontroladas?				
18. ¿Con qué frecuencia puede usted hacer cambios en su dieta cuando sube de peso?				

Items	Mal 1	Regular 2	Bien 3	Muy Bien 4
19. ¿ Si la cifra de azúcar en la sangre en una persona con diabetes es igual a 90 mg. este resultado lo considera?				
20. ¿ Si la cifra de presión arterial en una persona hipertensa es igual a 130 x 90 mmHg, este resultado lo considera?				

Observaciones: _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

II - ACCIONES DE AUTOCUIDADO (AAC/ AMDH)

Instrucciones: Marque con una **x** las acciones que realiza el adulto mayor para control de su diabetes y/o hipertensión arterial.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Items	Nunca 1	Raras veces 2	Frecuen- temente 3	Siempre 4
21. ¿Con qué frecuencia consume usted la dieta para diabetes y/o hipertensión arterial?				
22. ¿Con qué frecuencia toma usted pastillas para diabetes y/o hipertensión según la cantidad y horario indicados?				
23. ¿Con qué frecuencia revisa usted sus pies y observa si existen cambios en ellos?				
24. ¿Con qué frecuencia acude usted a consulta médica para control de la diabetes y/o hipertensión arterial?				
25. ¿Con qué frecuencia realiza usted los exámenes solicitados para control de su diabetes y/o hipertensión arterial?				
26. ¿Con qué frecuencia teniendo usted poca medicina, compra más para que no le falte?				
27. ¿Con qué frecuencia visita usted al dentista?				

28. ¿Qué hace usted cuando se le olvida tomar la medicina?

a) Espero la siguiente toma. ()

b) Doblo la siguiente dosis. ()

c) La tomo lo antes posible siempre y cuando no se empalme con la siguiente dosis. ()

d) Nunca se me olvida. ()

e) Otro: _____ (Especifique)

Observaciones: _____

Elaborado por:
 Lic. José Vitor da Silva. Julio/ 1996.

APÉNDICE J

VALORACIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR (VFAM)

1. ESTADO DE SALUD (ES)

a) Adulto mayor sano, portador de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial.

Instrucciones: Terminada la valoración física de cada órgano, leer los criterios de valoración (parte final de este instrumento), identificando la respuesta que fue indicada con una **X** y registrar los resultados de los procedimientos correspondientes.

1 - AGUDEZA VISUAL

Escala	Ausente 0	Muy Poca 1	Poca 2	Regu- lar 3	Nor- mal 4	Escala	Aus. 0	Muy Poca 1	Poca 2	Reg 3	Nor mal 4
Ojo Derecho						Ojo Izquierdo					

2 - AGUDEZA AUDITIVA

Escala O.D.	Ausente 0	Muy Poca 1	Poca 2	Regu- lar 3	Nor- mal 4	Escala O.I.	Aus. 0	Muy Poca 1	Poca 2	Reg 3	Nor mal 4
Voz Hablada						Voz Hablada					
Escala O.D.	Ausente 0	Muy Poca 1	Poca 2	Regul- ar 3	Nor- mal 4	Escala O.I.	Aus. 0	Muy Poca 1	Poca 2	Reg 3	Nor mal 4
Prueba de Rinne (Conduc. ósea y aérea)						Prueba de Rinne (Conduc. Ósea y aérea)					

Prueba de Weber (Simetria)	Normal	Anormal
----------------------------	--------	---------

3 - Higiene y salud Bucal**Examen de : . Labios y encías**

- . Dientes
- . Mucosa bucal
- . Lengua (parte superior, lados y base)

Escala	Deficiente 1	Regular 2	Buena 3	Muy Buena 4
Higiene y salud bucal				

Observaciones: _____

II - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO POR DESVIACIÓN DE LA SALUD.(DS)**a) Adulto mayor portador de Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus.**

- 1 - Presión Arterial: _____ mmHg
- 2 - Peso Corporal: _____ Kg
- 3 - Talla: _____ m
- 4 - I.M.C.: _____

b) Adulto mayor portador de Diabetes Mellitus.

5 - Glicemia Capilar: _____ mg

6 - Miembros Inferiores:

6.1 -

Escala	Ausente 1	Muy Poca 2	Poca 3	Regular 4	Normal 5
Sensibilidad					

6.2 - Coloración: Normal () Anormal ()

6.3 - Lesión : Sí () No ()

6.4 - Infección: Sí () No ()

Observaciones: _____

Criterios para Valoración Física:

1 Agudeza Visual:

- Ausente: Ausencia de Visión
- Muy Poca: 20/200 a 20/100
- Poca: 20/70 a 20/50
- Regular: 20/40 a 20/30
- Normal: 20/25 a 20/20

Fuente: Carta de agudeza visual estándar.

2 Agudeza Auditiva

2.1 Por voz hablada:

- Ausente: Ausencia total de audición
- Muy Poca: Cuando la persona escucha al hablarle con tonalidad de voz muy alta (gritando)
- Poca: Cuando la persona escucha al hablarle con tonalidad de voz alta.
- Regular: Cuando la persona escucha al hablarle con tonalidad de voz moderadamente alta.
- Normal: Cuando la persona escucha al hablarle con tonalidad de voz baja (adecuada).

2.2 Prueba de Rinne (conducción ósea y aérea)

- Ausente: La persona no escucha ningún sonido.
- Muy Poca: La persona casi no escucha los sonidos (mucha dificultad).
- Poca: La persona escucha pocos sonidos. (moderada dificultad).
- Regular: La persona escucha los sonidos con poca dificultad.
- Normal: La persona escucha sin dificultad los sonidos.

2.3 Por Prueba de Weber (Simetría)

- Normal: Cuando la persona escucha el sonido en la línea media y en la parte superior del cráneo.

- Anormal: Cuando la persona se inclina hacia uno de los lados para escuchar.

3 - Higiene y salud bucal

- Deficiente: Cuando la persona presenta alteraciones en: Los labios, encías, dientes (conservación y presencia), mucosa bucal y lengua.

- Regular: Cuando la persona presenta de tres a cuatro tipos distintos de alteración bucal (de los ya señalados).

- Buena: Cuando la persona presenta uno o dos tipos específicos de alteración bucal.

- Muy Buena: Cuando no presenta ningún tipo de alteración bucal.

4 - Sensibilidad de los miembros inferiores

- Ausente: Ausencia total de sensibilidad térmica y dolorosa en ambos pies.

- Muy poca: Presencia de sensibilidad térmica y dolorosa en un solo sitio de los pies.

- Poca: Presencia de sensibilidad térmica y dolorosa en escasos sitios de los pies.

- Regular: Presencia de sensibilidad térmica y dolorosa en diversos sitios de los pies.

- Normal: Presencia de sensibilidad térmica y dolorosa en todos los sitios de los pies.

5 - Coloración de los miembros inferiores

- Normal: Ausencia de pigmentación aumentada (color café) al rededor de los tobillos,

enrojecimiento, palidez o cianosis en ambas extremidades inferiores.

- Anormal: presencia de las anomalías antes mencionadas.

6 - Lesión

- Ausencia: piel íntegra e hidratada.

- Presencia: pérdida de la integridad cutánea.

7 - Infección

- Ausencia: Cuando no hay secreciones, dolor, enrojecimiento y aumento de la temperatura al rededor de la lesión.

- Presencia: Cuando se detecta los elementos mencionados anteriormente.

.

APENDICE K

PROCEDIMIENTOS DE VALORACION FÍSICA (INSTRUCTIVO)

I - Valoración del Estado de Salud

Novey (1990) sugiere que la valoración de la agudeza visual, auditiva y de la boca sean detalladas para se obtener buen resultado.

1 - Agudeza Visual

Procedimiento

- . El adulto mayor debe estar sentado confortablemente
- . Permita le usar sus lentes para leer

Emplear una carta de agudeza visual, de bolsillo, y sujetarla a distancia de 35 cm.

Indique al paciente que se cubra uno de sus ojos con una tarjeta, no con los dedos (ya que puede mirar entre ellos)

Asegúrese que el paciente mantiene derecha su cabeza y no ve por un lado de la tarjeta.

Pídale que lea en voz alta las letras de la carta.

- Puede continuar leyendo las líneas en sentido descendente hasta llegar a las letras que pueda leer con dificultad.

- . Señale la línea en la que el paciente pueda leer más de la mitad de las letras.

. valore cada ojo por separado, y después ambos ojos.

- . Registre la agudeza visual impresa a un lado de la línea

. El numerador indica la distancia a la que el paciente se encuentra respecto a la carta

. El denominador representa la distancia a la que una persona normal puede leer esa línea

. A mayor denominador, mayor error de refracción.

. Si el paciente no puede leer ninguna letra

- Observe si puede contar dedos sostenidos delante de él a 35 cm de distancia.
- Observe si puede ver movimientos de la mano
- O si puede distinguir la luz de la oscuridad.

2 - Agudeza Auditiva

- . Valorar primero la agudeza auditiva por voz hablada (durante la entrevista puede hacerse evidente la sordera)

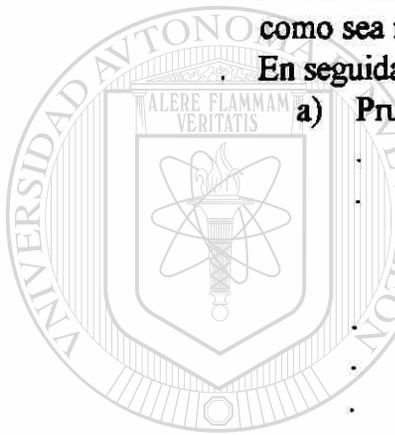
- . La valoración requiere que se explore un oído al mismo tiempo
- . Pedir al paciente que se cubra un oído y mire al lado contrario donde se encuentra el examinador ya que la lectura de los labios puede compensar en parte la pérdida de la audición.
- . Pedir al paciente que repita lo que escuchó.
- . Colocarse a unos 30 centímetros del sujeto, hablar y luego cuchichear “noventa y cuatro” o “cincuenta y uno” (ambas palabras contienen consonantes suaves).
- . Explorar el otro oído.
- . Cuando se sospecha que un oído escucha mucho mejor que el otro.
 - a) Indique al paciente que coloque un dedo en un oído y lo agite con rapidez pero con suavidad.
 - b) Esta maniobra enmascara la audición de dicho oído, y permite explorar con mayor precisión el opuesto.

. Al realizar la prueba, el examinador debe elevar el tono de su voz tanto como sea necesario para que lo escuche el paciente.

En seguida valorar la conducción ósea y área.

a) Prueba de Rinne:

- . Emplear un diapasón de 512 Hertz o de mayor frecuencia
 - . Los diapasones de menor frecuencia conducen ampliamente sus vibraciones a través del cráneo, y no pueden localizar muy bien las pérdidas auditivas unilaterales.
 - . Sostener el diapasón por su base
 - . Golpearle suave en el borde de la mano
 - . Poner la base en la apófisis mastoides del paciente, que es la prominencia ósea que está tras el pabellón de la oreja.
 - . Preguntar al paciente si puede escuchar (no sentir el diapasón)
 - . Se puede oír, sostener el diapasón hasta que el paciente indique que el sonido se ha desvanecido.
 - . En ese momento, colocar el diapasón tan cerca del conducto auditivo externo como sea posible, retirando el cabello que ahí se encuentre, si es necesario.
 - . Preguntar nuevamente al paciente si puede escuchar el diapasón. Si puede oírlo, pedirle que indique cuando deje de escucharlo.
 - . Cuando el paciente señale que dejó de escuchar, el examinador debe acercar su oído al diapasón y escuchar.
 - . Debe ser apenas audible
 - . De ser así la conducción es normal (cuando la conducción aérea excede a la ósea y se iguala al umbral para la audición del examinador).
 - . Repetir el procedimiento en el otro oído.
- b) Prueba de Weber, valora simetría auditiva.
- . Activar el diapasón.



UNIVERSIDAD

DIRECCIÓN

- . Presionar firme con su base, en línea media y parte superior del cráneo
- . Preguntar al paciente dónde escucha
- . En forma normal: en la línea media
- . En forma anormal: Se inclina hacia uno de los lados.

3 - Higiene y Salud Bucal

Examen de los labios y encías

- . Observar color y estado de la piel.
- . En los labios (buscar sequedad de la piel, grietas o tumoraciones)
- . En el borde rojo vivo (buscar ulceraciones)
- . En las comisuras de los labios (buscar fisuras)
- . Palpar cualesquier área sospechosas de induración.

Examinar la superficie interna del labio inferior

- . La boca del paciente debe encontrarse relajada y un poco abierta.
- . Observar color, textura e hidratación, incluyendo la fenda entre labios y encías.
- . La mucosa debe encontrarse húmeda y tersa.
- . Buscar en la encía inflamación, edema, o recesión; en condiciones normales la encía sobresale entre los dientes, y es de color rosa claro.
- . Explorar la superficie interna del labio superior e inspeccionar la encía superior.

Examinar dientes y porciones laterales de las encías

- . La boca del paciente debe encontrarse un poco abierta.
- . Retraer el labio y la mejilla con un depresor de lengua.
- . Observar cada uno de los dientes y al mismo tiempo toda la arcada dental.
- . Se puede emplear un espejo dental como retractor, para observar superficies menos accesibles.

Examen de la mucosa bucal

- . Emplear un depresor de lengua para desplazar a un lado la porción lateral del labio.
- . Observar color y textura de la mucosa.
- . Las personas de piel oscura suelen presentar zonas pigmentadas en este sitio, así como en las encías.
- . A veces también pueden verse debajo de la superficie mucosa de las glándulas sebáceas de color amarillo.

Inspección de la lengua (pedir al paciente que saque su lengua)

- . Observar su color y superficie .
- . La textura lisa se debe al predominio de papilas filiformes (papilas gustativas).

- Se observan pequeñas manchas rojas en toda la superficie, sobre todo en los lados y en la punta.

Inspeccionar los lados y la base de la lengua

- En este sitio es más probable que se originen padecimientos malignos que en la porción superior
- En forma normal, la superficie interna es lisa.
- Buscar placas blancas o rojizas que pueden indicar irritación o lesión premaligna.
- En ocasiones pueden observar venas dilatadas en esta zona, sobre todo en persona de edad avanzada.
- Inspeccionar el piso de la boca, un sitio de alto riesgo de neoplasias malignas de la cavidad bucal.

II - Requisitos de Autocuidado por Desviación de la Salud para la Diabetes e Hipertensión

1 - Toma de Presión Arterial

Consideraciones:

- Debe hacerse en un ambiente óptimo de tranquilidad y temperatura
- No fumar, ingerir comida o hacer ejercicio físico por lo menos media hora antes de la toma.
- El brazo debe estar libre de ropa
- No efectuar ningún cambio de posición cinco minutos antes del registro.
- Evacuar la vejiga antes de la toma

Procedimiento:

- Sentar al paciente con el brazo derecho apoyado en una superficie firme, doblado en ángulo de 45 grados, a la altura del cuarto espacio intercostal (nivel del corazón).
Dejar reposar por lo menos de cinco a diez minutos.
- Colocar el brazal adecuado a las medidas del brazo de tal manera que su borde inferior quede por lo menos dos a tres centímetros por encima del pliegue del codo.
- Inflar el manguito rápidamente y determinar la presión por el método auscultatorio.
- Desinflar el manguito hasta llegar a cero en el marcador del esfigmomanómetro.

2 - Medición de peso y talla.

- a)Peso: Se utiliza una báscula con capacidad para 120 kg. primero se coloca la báscula en superficie plana y firme y se calibra a cero antes de cada pesada, se coloca un pedazo de papel en la báscula para que sobre éste se coloque la persona. Se debe pesar a cada individuo sin zapatos y

con un mínimo de ropa. Es decir, tratar de que la persona esté sin sweater, chaquetas, abrigos, rebozos, carteras, llaveros o cualquier otro objeto que pueda aumentar significativamente el peso. La persona debe tener los talones juntos, rodillas estiradas, hombros y cabeza bien levantados y no debe rozar con otro objeto, ni mover las manos. Se observa la cifra obtenida y se hace la anotación correspondiente. Se puede tomar el peso una segunda vez para evitar margen de error.

- b) Talla : para efectuar medición de la talla sobre la pared, se adhiere la cinta métrica en ésta (la parte inferior de la pared debe ser lisa, sin zoclo o mosaico protector), dejando un margen de 40 cms. en la parte más baja donde termina la cinta métrica.

Colocar un pedazo de papel en el piso y pedir al paciente se quite los zapatos y pararse sobre el papel, con la persona de espalda, derecha, rozando ligeramente con las nalgas, los talones juntos y la cabeza bien levantada. Se toma la medida utilizando una mano de manera que roce en la cabeza de la persona sin apretar demasiado y dirigir la mano hasta el punto donde toque la cinta; observa la talla obtenida y registrarla. (Benal et al., 1993).

3 - Extremidades Inferiores

Se calentará agua para valorar sensibilidad al calor y frío. La temperatura del agua será medida a través del termómetro clínico, considerándose que el agua está caliente cuando al sumergir el termómetro éste marque 38 a 41 grados centígrados. La temperatura del agua se considerará fría cuando al sumergir el termómetro en el agua éste registre menos de 35 grados centígrados.

- Sensibilidad: Será medida a través de receptores nerviosos de calor, frío y dolor. Los dos primeros se valorarán con agua caliente y fría en tubos de ensayo y serán colocados en diferentes partes de los pies en puntos alternos. En lo referente al dolor, se utilizará un instrumento de punta aguda en sitios alternos y homólogos en ambos pies. Se pedirá al paciente quitarse zapatos y calcetines o medias, colocarlo de preferencia en posición hincada sobre la superficie de una cama o silla. Si lo anterior no es posible, colocar a la persona en posición sedente, y durante la valoración en esta posición el paciente permanecerá con los ojos cerrados. La valoración de lo anterior, estará en función de la percepción en el paciente en comparación con otra parte del cuerpo.
- Coloración : Se observará ausencia de pigmentación aumentada (color café alrededor de los tobillos), enrojecimiento, palidez o cianosis en ambas extremidades inferiores.

- Ausencia de lesiones: Se considerará que no existen lesiones a la inspección si la piel está íntegra e hidratada.
- Ausencia de Infecciones: La inexistencia de infecciones será por inspección de la piel, y se observará ausencia de secreciones, enrojecimiento y aumento de la temperatura local al rededor de la lesión.

4 - Procedimiento Para Glicemia Capilar: (Glucometro GX)

Equipo y Material:

- Un Glucometro GX
- Lancetas
- Tirillas Dextrostix II
- Papel Secante
- Un Maletin
- Algodón y alcohol

Procedimiento:

- 1 - Colocar el pañuelo de papel en una superficie limpia y seca y sobre él, la tira reactiva.
- 2 - Colocar la lanceta en el unilet
- 3 - Encender el Glucometer II y corroborar que el número de programa coincida con el del frasco de tirillas.
- 4 - Abrir la cámara analítica, desplazándola hacia la izquierda.
- 5 - Puncionar en el sitio elegido (bordes externos de la yema del dedo índice ó medio) después de previa asepsia y obtener una gota grande de sangre.
- 6 - Presionar otra vez el interruptor para iniciar la cuenta regresiva, se escuchará un breve zumbido.
- 7 - Al sonar un zumbido largo y aparecer 50 en pantalla inmediatamente aplicar la gota de sangre sobre la tirilla abarcando toda la zona reactiva.
- 8 - Prepárese para secar. En el segundo 20 se escucha un zumbido prolongado, debiendo entonces secar la tira inmediatamente (sin frotar).
- 9 - Insertar inmediatamente la tira con el área reactiva hacia la pantalla en la cámara analítica y cerrarla (ponerla antes del último segundo).
- 10 - Esperar el resultado y registrarlo.
- 11 - Abrir la cámara analítica y retirar la tira reactiva.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

José Vitor da Silva

Candidato para el Grado de

Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria

Tesis: AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES

EN ÁREAS URBANO MARGINADAS DE MONTERREY

Campo de Estudio: Enfermería en Salud Comunitaria

Biografía:

Datos Personales: Nacido en la ciudad de Itajubá, estado de Minas Gerais, Brasil

el 31 de Enero de 1950, hijo de José Anatalino da Silva y Conceição Maria

Santiago da Silva.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería “Wenceslau Braz”, Itajubá, MG,

Brasil, grado obtenido Licenciado en Enfermería en 1973, primer lugar de su

generación; Facultad de Filosofía Ciencias y Letras, Itajubá, MG, Brasil, grado

obtenido Especialista en Educación Superior en 1980; Escuela Paulista de

Medicina - Departamento de Enfermería - São Paulo, SP, Brasil, grado obtenido

Especialista en Enfermería Medicoquirúrgica en 1989 y de la Facultad de

Enfermería Wenceslau Braz, Itajubá, MG, Brasil, grado obtenido Especialista en

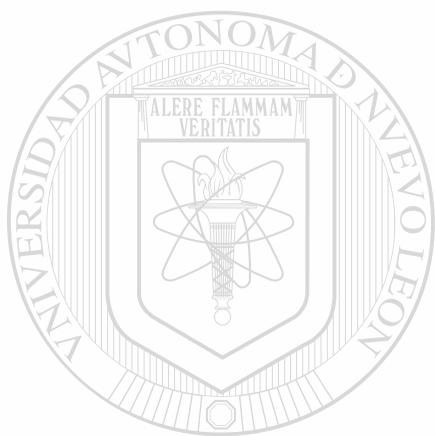
Enfermería en Salud del Trabajo en 1991.

Experiencia Profesional: Sanatorinhos - “Ação Comunitária de Saúde”, en la ciudad de

Campos do Jordão, SP, Brasil jefe del Departamento de Enfermería (1974 a

1990); Escuela de Auxiliar de Enfermería “Baby Gonçalves” en la mencionada

ciudad, director y profesor (1978 - 1992) y profesor de la Facultad de Enfermería “Wenceslau Braz” desde 1990 a la fecha y del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina “Dr. José Antonio Garcia Coutinho” en la ciudad de Pouso Alegre, MG, Brasil desde 1993 a la fecha.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

