





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA

*REDES DE APOYO SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN  
EL BIENESTAR DE ADULTOS MAYORES CON  
HIPERTENSION Y DIABETES MELLITUS*

Tesis para obtener el Grado de  
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta

MARIA DEL CARMEN FLORES GOMEZ.

Comité de Tesis:

DR. RAUL MARTINEZ ZUÑIGA M.S.P.

DR. AGUSTÍN DIAZ GOIS M.S.P.

MAYO DEL 2002.



## AGRADECIMIENTOS...

Agradezco a mi Padre Dios haberme brindado la oportunidad de estudiar y terminar la Maestría ...

A mi esposo Gustavo, a mis hijos Carmen Mariana y Gustavo Arturo les agradezco su apoyo, su infinita paciencia durante todo este tiempo, sus muestras de amor y comprensión...

A Agustín y Raúl les agradezco haber compartido conmigo sus conocimientos, tener paciencia ante mi ignorancia y brindarme su amistad...

A todos mis maestros y mis compañeros, a quienes ya extraño, les agradezco los momentos de enseñanza y compañerismo que compartimos...

*REDES DE APOYO SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN EL BIENESTAR DE  
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION Y DIABETES MELLITUS*

Tesis para obtener el Grado de  
MAESTRA EN SALUD PUBLICA

Investigación realizada con el apoyo para la formación de recursos humanos del Sistema de Investigación Regional "Miguel Hidalgo" SEP- CONACYT a través del proyecto 1999-02-036-006.

# INDICE DE CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2. MARCO TEORICO .....	10
2.1 GENERALIDADES.....	10
2.2 EL BIENESTAR EN LOS ADULTOS MAYORES.....	13
2.3 DIABETES MELLITUS.....	16
2.4 HIPERTENSION ARTERIAL.....	18
2.5 REDES DE APOYO .....	19
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4. HIPOTESIS .....	26
5. MATERIAL Y METODOS .....	27
5.1 TIPO DE ESTUDIO .....	27
5.2 AREA DE ESTUDIO.....	27
5.3 TIEMPO.....	27
5.4 POBLACION.....	27
5.5 MUESTREO.....	27
5.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	27
5.7 DEFINICIONES OPERATIVAS.....	28
5.8 VARIABLES .....	29
5.9 EVALUACION DE LAS REDES DE APOYO.....	33
5.10 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	34
5.11 FUENTE DE DATOS.....	34
5.12 PROCEDIMIENTO.....	35
5.13 PRUEBA PILOTO.....	35

5.14 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	36
6. RESULTADOS.....	37
7. DISCUSION .....	76
8. CONCLUSIONES.....	82
9. RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA REFERIDA.	
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.	
ANEXOS.	

## INDICE DE TABLAS

PAGINA

- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

TABLA 1. TIPO DE FAMILIA Y DIAGNOSTICO.....	38
TABLA 2. TIPO DE FAMILIA EN RELACIÓN AL SEXO .....	38
TABLA 3. TIPO DE FAMILIA CON RELACIÓN A GRUPOS DE EDAD.....	39
TABLA 4. APOYO EMOCIONAL Y CONTROL METABOLICO.....	40
TABLA 5. APOYO EMOCIONAL E IBRS.....	41
TABLA 6. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y DIAGNOSTICO.....	42
TABLA 7. DISTRIBUCION POR SEXO Y DIAGNOSTICO.....	42
TABLA 8. SITUACION LABORAL Y DIAGNOSTICO .....	43
TABLA 9. SITUACION LABORAL CON RELACION AL SEXO.....	44
TABLA 10. INGRESO ECONOMICO Y DIAGNOSTICO.....	44
TABLA 11. TIEMPO DE LA ENFERMEDAD Y DIAGNOSTICO.....	45
TABLA 12. TIEMPO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL METABOLICO.....	46
TABLA 13. TIEMPO DE LA ENFERMEDAD E IBRS.....	47
TABLA 14. DIAGNOSTICOS CONCOMITANTES EN DIABETICOS.....	48
TABLA 15. DIAGNOSTICOS CONCOMITANTES EN HIPERTENSOS.....	48
TABLA 16. ORIENTACION DEL PERSONAL DE SALUD Y TIEMPO DE ATENCION MEDICA.....	49
TABLA 17. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO EN DIABETICOS.....	50
TABLA 18. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO EN HIPERTENSOS.....	51
TABLA 19. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN DIABETICOS.....	51

TABLA 20. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN HIPERTENSOS.....	52
---	----

- CONTROL CLINICO Y METABOLICO

TABLA 21. TENSION ARTERIAL SISTOLICA/DIASTOLICA EN DIABETICOS E HIPERTENSOS.....	53
---	----

TABLA 22. EXAMENES DE LABORATORIO.....	54
--	----

TABLA 23. GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS.....	55
---	----

TABLA 24. CLASIFICACION DE GLUCOSA EN PACIENTES DIABETICOS....	55
--	----

TABLA 25. EXAMEN DE COLESTEROL REALIZADO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS.....	56
---	----

TABLA 26. EXAMEN DE TRIGLICERIDOS REALIZADO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS.....	56
--	----

TABLA 27. EXAMEN DE CHDL REALIZADO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS.....	57
---	----

TABLA 28. EXAMEN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA REALIZADO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS.....	57
--	----

TABLA 29. EXAMENES DE LABORATORIO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN HIPERTENSOS.....	58
---	----

- INDICE DE BIENESTAR EN RELACION A LA SALUD

TABLA 30. IBRS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION.....	59
--	----

TABLA 31. SEXO E IBRS PRIMERA MEDICION.....	60
---	----

TABLA 32. SEXO E IBRS SEGUNDA MEDICION.....	61
---	----

TABLA 33. PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO	
---	--

E IBRS EN DIABETICOS.....	62
TABLA 34. PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO	
E IBRS EN HIPERTENSOS.....	63
TABLA 35. PRIMERA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO E IBRS....	64
TABLA 36. SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO E IBRS....	65
TABLA 37. PRIMERA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO	
EN DIABETICOS.....	65
TABLA 38. SEGUNDA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO	
EN DIABETICOS.....	66
TABLA 39. PRIMERA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO	
EN HIPERTENSOS.....	67
TABLA 40. SEGUNDA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO	
EN HIPERTENSOS.....	67
TABLA 41. APOYO SOCIAL Y CONTROL METABOLICO.....	68
TABLA 42. APOYO SOCIAL E IBRS.....	69
TABLA 43. RELACIÓN ENTRE VIVIR ACOMPAÑADO Y CONTROL	
METABOLICO.....	70
TABLA 44. RELACIÓN ENTRE VIVIR ACOMPAÑADO E IBRS.....	71
• REDES DE APOYO	
TABLA 45. ASISTENCIA AL GRUPO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS Y	
EL CONTROL METABOLICO.....	72
TABLA 46. ASISTENCIA AL GRUPO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS Y	
EL IBRS.....	73

- EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 47. EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO..... 74

TABLA 48. EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO Y EXISTENCIA  
DE TARJETAS INDIVIDUALES PARA CONTROL..... 74

## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar la influencia de Redes de Apoyo en el bienestar de pacientes adultos mayores que asisten a Clubes de Diabéticos e Hipertensos (CDH) de centros de salud de una jurisdicción sanitaria. **Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal efectuado en San Luis Potosí, 2000-2001. Se estudiaron 83 adultos mayores diabéticos y/o hipertensos en control médico, asistentes a CDH, estableciéndose el grado de control metabólico, Índice de Bienestar en Relación a Salud (IBRS) y evaluación del funcionamiento de redes de apoyo primarias y secundarias. Análisis de datos mediante pruebas de frecuencia simple, tendencia central, dispersión, asociación y significancia estadística Chi cuadrada. **Resultados.** 58 pacientes asistían de manera regular a los CDH de los centros de salud, el 79% tenían descontrol metabólico y autopercepción de bienestar. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ser diabético, tener control metabólico y apoyo emocional; también se encontró asociación estadísticamente significativa entre ser diabético, buen IBRS y apoyo emocional. **Conclusiones.** Las redes de apoyo influyen en el bienestar de los pacientes adultos mayores, sobre todo las primarias.

**Palabras clave:** adultos mayores, bienestar, redes de apoyo, diabetes, hipertensión.

## ABSTRACT

**Objective.** To evaluate the influence of Support Nets in the well-being of patients elder adults that attend diabetics' and hypertension clubs (DHC) of health centers to sanitary jurisdiction. **Material and methods.** Descriptive longitudinal study made in San Luis Potosi, 2000-2001. 83 elder adults diabetic y/o hypertension were studied in medical control, assistants to DHC, settling down the degree of metabolic control, Index of Well-being in relation to Health (IWH) and evaluation of the operation of primary and secondary support nets. Analysis of data through tests of simple frequency, central tendency, dispersion, association and statistical significance square Chi. **Results.** 58 patients were assisted from a regular way to DHC of the health centers, 79% of them had no control metabolic and auto-perception of well being. Found association statistically significant between to be diabetic, to have a metabolic control and emotional support, found also statistically association significant between to be diabetic, good IWH and emotional support. **Conclusions.** The support nets influence in the well being of the elder adult patients, mainly the primary ones. **Words key:** elder adults, well being, support nets, diabetes, and hypertension.

## INTRODUCCION.

En los albores del año 2000 la sociedad, tanto en el estado de San Luis Potosí como en el resto del País y el Mundo, se enfrenta al reto de proporcionar lo necesario para que la población de la tercera edad, sobre todo la enferma, viva en las mejores condiciones de salud, satisfacción y bienestar los años que aún le restan.

Debido a la importancia de la vejez como última etapa de la vida humana ha de ser de interés para todos aquellos que tengan que ver con la salud; es necesario solidificar ó potenciar actitudes positivas de todas las personas hacia quienes tienen 60 años o más de vida<sup>1</sup>.

El concepto bienestar adquiere una connotación especial ya que en esta importante etapa el ser humano posee características singulares que llevan a la reflexión sobre las situaciones que este grupo de la población habrá de enfrentar para tener una adecuada calidad de vida, entendida como la satisfacción de vivir con Libertad y Bienestar, es decir con un funcionamiento físico, social, económico, emocional que permita lograr todos los deseos, o bien la resignación de encontrarse satisfechos, en paz, queridos, consolados<sup>2</sup>. El uso del término bienestar, en relación con la salud, es frecuente en la actualidad, tal vez porque es necesario medir los efectos de los cuidados de la salud que producen resultados positivos, determinar las necesidades de la población para mejorar sus condiciones de vida y cuantificar el nivel de satisfacción del sujeto estudiado en relación con sus condiciones actuales. El bienestar o una buena calidad de vida en la tercera edad son en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia. El bienestar o el vivir bien en esta etapa está también relacionado significativamente con la autonomía e independencia de la persona<sup>3</sup>.

La salud de la población envejecida es el resultado de la interacción de varios procesos que van desde el ámbito biológico y "normal" del envejecimiento hasta los culturales y socioeconómicos. Estos últimos pueden, en cierta medida, acelerar o retardar el deterioro del individuo e imprimen, en términos poblacionales características

específicas de salud, enfermedad y muerte a los distintos grupos humanos<sup>1</sup>. La vejez es la etapa que mayor cantidad de variaciones de personalidad individuales presenta, se dice que se envejece según se vive. Juan Hitzig, Gerontólogo, señala que hace 3000 años la expectativa de vida en el mundo era de 25 años de edad, a principios del Siglo XX era de 46 años de edad y cada vez es más alta, varía en las distintas regiones por los hábitos y costumbres en cada una de ellas; la mejoría en algunas condiciones higiénicas y dietéticas así como los avances científicos en la medicina contribuyeron al alargamiento de la vida de los seres humanos, hasta lograr que al paso de los años la esperanza de vida fuese cada vez mayor en general. En un siglo, la expectativa de vida creció igual que en los 3000 años anteriores, el panorama demográfico actual muestra notorio incremento en el grupo de la tercera edad debido al aumento en la Esperanza de Vida, es así que cada vez hay más personas mayores de 60 años en todo el mundo, que al llegar a esta etapa se enfrentan a una serie de acontecimientos importantes como la vejez, la jubilación, el desmembramiento de la familia en la que han vivido hasta entonces, la muerte o invalidez de sus contemporáneos, la soledad por largas horas y las enfermedades crónicas que limitan sus actividades y requieren de medicación y cuidados constantes.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural en el que se presenta deterioro del funcionamiento del organismo con importantes modificaciones morfológicas y funcionales, que aún en ausencia de patología sobreañadida condicionan cambios en el comportamiento del individuo, y es necesario señalar que el mayor determinante de la pérdida funcional en la edad avanzada es la presencia de enfermedad más que la propia edad. A pesar de lo que se pudiera creer: Las enfermedades no son propias de la vejez, son una patología. Miguel Acanfora, Secretario General de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria, señala que “La enfermedad es patológica; la vejez natural. No son sinónimos”. Cuando la enfermedad se presenta en este grupo de población, el panorama epidemiológico nacional y estatal señalan como las más frecuentes a las crónico degenerativas, entre ellas a la Diabetes Mellitus (D.M.), la Hipertensión Arterial (H.T.A.), las Enfermedades Cardiovasculares y las Osteoartritis Degenerativas, que al no ser adecuadamente

Dado que en este grupo de edad el Bienestar se relaciona con la independencia física, psíquica y social de la persona, puede pensarse que en los pacientes adultos mayores enfermos al contar con los recursos anteriores mejora de manera importante la manera como va a seguir viviendo, como va a enfrentar ese futuro incierto que va de la mano con su enfermedad, con su soledad

Es de suma importancia reconocer que: el envejecimiento se acompaña de la terminación de las actividades profesionales por el paso a la jubilación, de una reducción progresiva de las actividades y de la aparición de diferentes patologías e invalideces<sup>9</sup>, y debe reconocerse la actual incapacidad como sociedad para enfrentar este importante reto.

## 1. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A escala mundial, el envejecimiento se presenta como una de las más importantes manifestaciones de los cambios demográficos actuales. En México la población de 60 años y más ascendió en 1990 a casi 5 millones de personas lo que representó el 6.1% de la población total, aunque hay autores que señalan que el porcentaje era de 6.2 (Ruiz- Arregui et al) o de 4.2 (Castro V. et al) para el mismo año. Lo anterior es resultado de una tasa de crecimiento anual de 3.1%, superior a la registrada por la población total en los últimos 20 años, por lo que se habla de un envejecimiento de la población mexicana<sup>10</sup>. La esperanza de vida para 1994 era de 72 años y se espera que para el año 2010 sea de 74.6. La transición demográfica en San Luis Potosí, específicamente en los municipios de San Luis Potosí y Soledad que conforman la Jurisdicción Sanitaria N° I de los Servicios Estatales de Salud, señala en el Diagnóstico de Salud 1999 que el 6% (50 420) de la población total (851 512) pertenecen al grupo de edad de 60 años y más.

Dentro del perfil epidemiológico, las enfermedades que se presentan en este grupo de edad representan un reto difícil de enfrentar para la sociedad y los servicios médicos, tanto por la organización como por los costos de las mismas. En México, en todo el país al igual que en el estado de San Luis Potosí, existen cambios en el proceso salud enfermedad y sobresalen las enfermedades crónico-degenerativas como la D.M. y la H.T.A. dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población adulta mayor. En el país para 1993 las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares siguieron siendo las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más, constituyendo 47% del total de defunciones (85 810 muertes). Para ese mismo año hubo 46159 casos registrados como nuevos de D.M. y 69 159 de H.T.A.<sup>11</sup>. En la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí, en 1998, la D.M. representó la quinta causa de enfermedad al registrar 2353 casos nuevos, de éstos solamente el 52% (1236) asistieron a control médico; la H.T.A. fue la tercera causa de enfermedad con 3272 casos de los que sólo el 37% asistieron a su control. En México las estadísticas señalan que aproximadamente el 30%

de las personas diabéticas y 60% de las personas hipertensas desconocen ser portadores de la enfermedad, aproximadamente el 30% de los diabéticos también son hipertensos y las dos enfermedades tienen factores de riesgo comunes y afectan a los mismos grupos de población<sup>5</sup>. En el Diagnóstico de Salud 1999 de la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí se señala que el control clínico y metabólico de los pacientes diabéticos e hipertensos sólo se logró en el 10% de los primeros y en el 30% de los segundos. En el Programa de salud del adulto y el anciano en México, para el año 2000 la meta era lograr el control clínico y metabólico del 40% de los pacientes diabéticos y del 60% de los pacientes hipertensos. Esto último revela la presencia de una importante problemática, ya que no sólo existe subregistro de casos, de los que están detectados no todos acuden a recibir atención médica, y de éstos no todos tienen adecuado control de su enfermedad; con la aplicación de las estrategias y el apoyo adecuados este grupo de pacientes puede acceder a una mejor forma de vida o bienestar

La Salud se determina de acuerdo al ambiente en que se desenvuelve el individuo, donde múltiples factores influyen en la forma como se presenta, es definida por la OMS como el “completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” y adquiere en el grupo geriátrico una connotación especial por las características de esta población. Así, en el paciente diabético y/o hipertenso mayor de 60 años de edad se pretende alcanzar el bienestar y las condiciones biopsicosociales que permitan el control adecuado de su enfermedad, la prevención de complicaciones, y en caso necesario la rehabilitación oportuna. El bienestar de los pacientes geriátricos depende de muchos factores y la percepción del mismo varía de acuerdo a quien se le aplique la evaluación: la percepción del paciente es muy distinta a la del médico o los familiares. La percepción de la salud es un fenómeno complejo, pacientes con un mismo problema de salud y sometidos al mismo régimen terapéutico, hacen valoraciones distintas de su estado de salud; la infelicidad y la ansiedad explican las diferencias<sup>12</sup>. En la sensación de bienestar se miden cualidades (de percepción) por lo que los indicadores son distintos a la medición de cantidad (esperanza de vida, tasas) y en México no existen suficientes estudios al respecto.

El estrés psicológico puede tener efectos en la conducta con un impacto potencial en el control metabólico de los pacientes diabéticos, se ha encontrado asociación en diabéticos tipo 2, obesos y altos niveles de tensión crónica<sup>13</sup>. Es evidente que el factor emocional y el componente psicológico de estas enfermedades influyen para una buena o mala evolución del padecimiento, así como el apoyo que se recibe por parte de familiares, amigos y redes formales e informales de apoyo por lo que es necesario estudiar el impacto que la sensación de bienestar pueda tener en este grupo.

También existen evidencias de que la educación para la salud en los pacientes diabéticos, con participación interactiva, puede mejorar su actitud y contribuye a la reducción de la glucemia en ayuno<sup>14</sup>, es aquí donde el apoyo familiar y de grupos organizados cobra importancia.

Las estrategias institucionales para el control de las enfermedades crónico degenerativas a través de los grupos de autoayuda no han alcanzado el impacto deseado, como es la asistencia constante a los grupos y el control metabólico. Por otro lado no existen estudios suficientes acerca de la evaluación de apoyos familiares o personas cercanas al paciente para mejorar la calidad de vida y la percepción de bienestar con el consecuente mejor control metabólico de los padecimientos, el contar con esta información es de gran utilidad para las Instituciones de Salud que realizan su labor en el primer nivel de atención para el reforzamiento o modificación de estas estrategias. El beneficio de la disminución del costo económico de estas enfermedades: atención médica, tratamiento, complicaciones, hospitalización, rehabilitación utilizando estas estrategias, puede ser una alternativa viable. Las distintas enfermedades se han abordado de manera fragmentada como si la carrera del aumento en la esperanza de vida hubiese rebasado a la sociedad encontrándola sin la planeación suficiente para hacerles frente, esto se refleja en la atención médica que se brinda y el control de estos padecimientos que implican disponibilidad y organización de los servicios, la calidad de la atención y sus costos derivados<sup>6</sup>.

Así, la gerontología tiene como objetivo aumentar el nivel de salud y la esperanza de vida a partir del proceso de envejecimiento: prevenir o tratar las enfermedades y las invalideces asociadas, mejorar el nivel de vida de las personas que envejecen, que son cada vez menos activas al avanzar en edad<sup>9</sup>. La política de salud de México contempla esta problemática dentro de las prioridades a atender mediante programas específicos con limitaciones institucionales.

Es en este contexto que el concepto salud-enfermedad con relación al paciente geriátrico adquiere una connotación especial, ya que los esfuerzos institucionales son insuficientes para satisfacer las necesidades de apoyo en este grupo de población, en la cultura de México el autocuidado de la salud no se practica de manera general, la autopercepción de la enfermedad influye en todo el proceso, y el apoyo familiar debe estar presente.

Para Ramón y Cajal, "el hombre es un ser social cuya inteligencia exige para excitarse, el rumor de la colmena". Es en el conocimiento de este hecho que se ha identificado la importancia que tiene la integración de la familia y los grupos de autoayuda como apoyo para los pacientes crónicos y en especial los geriátricos. Las personas mayores de 60 años, enfermas de D.M., H.T.A. o ambas, deberían contar con el soporte emocional y económico de las personas cercanas, de las personas que conviven con ellos para sentirse comprendidos y seguros, para mejorar sus condiciones de salud logrando el control de su(s) enfermedad(es) y evitando la presencia de complicaciones. La formación de las redes de apoyo y la integración de los pacientes y sus familiares a ellas parecen ser una alternativa para mejorar el bienestar de las personas, la autopercepción de salud de los sujetos y lograr un buen control de sus padecimientos, ya que en este caso los padecimientos que se señalan afectan de manera permanente tanto al paciente como a la familia.

Todo lo anterior plantea la necesidad de evaluar la influencia que las redes de apoyo, tienen en el bienestar de los pacientes diabéticos, hipertensos o diabéticos/hipertensos mayores de 60 años. Se han realizado pocos estudios que demuestran la asociación de la mejoría o el

control de los pacientes en relación con el apoyo familiar y de los grupos de autoayuda. Específicamente en San Luis Potosí no se encontraron estudios al respecto. La información estadística con que se cuenta es limitada e insuficiente, es a partir de la implementación de programas dirigidos al adulto mayor que se inician los registros de manera más organizada.

La D.M. y la H.T.A. se encuentran entre las enfermedades que causan mayor morbilidad, mortalidad, secuelas e invalidez en la tercera edad, elaborándose un esquema complejo tanto para su análisis como para su abordaje. Es un grave problema de Salud Pública para el cual la infraestructura de los servicios de salud es insuficiente, creando la necesidad de buscar alternativas como las redes de apoyo para lograr el bienestar de quienes se encuentran en esta situación.

## 2. MARCO TEORICO.

### 2.1 GENERALIDADES.

Se afirma que a escala mundial, el Siglo XX fue de crecimiento para la población y que el Siglo XXI será el de su envejecimiento. La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento en el límite superior en la duración de la vida humana sino por un aumento en la proporción y el número de quienes viven para acercarse a ese límite<sup>15</sup>.

Es la vejez una etapa de deterioro físico a la que se pueden agregar enfermedades crónicas limitantes y con riesgo de complicaciones que causan la muerte, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, sin embargo existe evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones oportunas y precisas pueden evitar o limitar la presencia de complicaciones al mejorar la calidad de vida, definida por la UNESCO como “el sutil equilibrio entre el tener y el ser”, otra definición es que “es el grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio, en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias”<sup>16</sup>.

El término bienestar se define como la percepción de las mejores condiciones alcanzadas en las esferas de salud biológica, psicológica y social, la satisfacción con relación a lo esperado por cada sujeto. El bienestar ha sido estudiado desde diferentes disciplinas. Socialmente tiene que ver con la capacidad adquisitiva que permite vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física-psíquica y de una relación social satisfactoria.

En México, al igual que en el resto del mundo, se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico que depende de la acción combinada de dos connotadas

Arterial con Diabetes Mellitus, “la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Coronaria son situaciones clínicas muy entrelazadas especialmente en personas de la Tercera edad”<sup>21</sup>.

También existen numerosos estudios donde se señala la relación entre Hipertensión y Obesidad, mientras que los antecedentes familiares y la hipercolesterolemia se asocian más a Diabetes Mellitus.

En el Documento de la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (1996) se señala que “se prevé que para el año 2010 el número de casos en las Américas llegará a 45 millones si se tiene en consideración el envejecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización” y dentro del Plan estratégico para mejorar, para el año 2000 y más allá, la salud de las personas de las Américas aquejadas de Diabetes o en riesgo de contraerla, propone mejorar la calidad de atención, haciendo hincapié en el autocuidado (incluyendo a los pacientes y a sus familias en el equipo de salud) lo cual mejorará la forma de vida de las personas con Diabetes y reducirá los costos de atención médica por paciente al ayudarlos a prevenir las complicaciones.

En el “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000” se identifican Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus como principales causas de muerte, morbilidad e invalidez en adultos y tercera edad. Además en un estudio se determinó que en promedio los tratamientos más caros del Sistema Institucional de Salud en México son los de Diabetes e Hipertensión (\$240.42 pesos mexicanos, aproximadamente 30 dólares y \$312.54 pesos mexicanos, aproximadamente 40 dólares respectivamente por persona y por día) en comparación con el cuidado prenatal (\$92.26 aproximadamente 12 dólares por persona y por día) y la atención de la diarrea (\$93.76 pesos mexicanos por persona y por día) que antes eran los más caros. Otros autores han encontrado costos aún más altos en el cuidado médico de la Hipertensión <sup>22</sup>.

En la actualidad coexisten enfermedades propias de la pobreza con problemas relacionados con el envejecimiento de la población, el crecimiento económico y los cambios de los estilos de vida, que se traducen en una mayor incidencia relativa de enfermedades crónicas degenerativas entre otras.

## 2.2 EL BIENESTAR EN LOS ADULTOS MAYORES.

La vejez es la última etapa de la vida humana que se caracteriza por deterioro paulatino de órganos y sus funciones y facultades psíquicas que varían de una persona a otra. Se sabe que el ambiente del individuo: la familia, la sociedad, la escuela, el núcleo de amistades y la situación económica actúan al permitir o no la aparición de patologías, es decir favorecen o evitan el camino del individuo hacia la vulnerabilidad, un grupo vulnerable es el de los adultos mayores<sup>23</sup>.

Ya desde 1946 en Inglaterra, Warren, refiriéndose al anciano crónicamente enfermo, señalaba: "si hemos de mantener el derecho de llamarnos a nosotros mismos una gran Nación y una civilización culta debemos incluir en ella a todos los miembros de la comunidad, viejos y jóvenes, enfermos y sanos, pobres y ricos, desamparados e independientes. Conforme avanzamos en edad, el cuerpo humano, aún si es sano, no puede mantener la misma velocidad ni tolerar el mismo estrés que en años de juventud, en particular si ha sufrido de alguna incapacidad por causa de enfermedad o accidente, circunstancia en la cual puede requerir de una ayuda adicional"<sup>24</sup>. Hoy en México como en Inglaterra hace 50 años, las personas de la Tercera edad viven en condiciones precarias, una gran mayoría de ellos desamparados.

Siempre ha existido en los seres humanos la aspiración por mejorar su bienestar, su forma de vivir, su calidad de vida; para lograrlo, en cualquier dimensión, es necesaria la participación de la población misma en corresponsabilidad con los Gobiernos e Instancias

correspondientes en todos y cada uno de los Países que conforman este mundo ya que hay retos urgentes que reclaman un enfoque integral<sup>25</sup>. En particular en los pacientes geriátricos es una prioridad que por desgracia, en ocasiones no pasa del discurso y el riesgo que esto implica es grande ya que la población de este grupo de edad manifiesta tendencia al crecimiento y a mayor demanda de atención y servicios específicos.

Muchos autores consideran que en los últimos años la evaluación del bienestar subjetivo ha alcanzado notable auge. El estudio del tema se ha hecho desde dos ángulos diferentes: el estudio de la satisfacción global y con aspectos específicos de la vida, como componente preferentemente cognitivo, y la investigación sobre la felicidad, de mayor connotación afectiva y emocional, su estructura y su evaluación. La satisfacción es la valoración por el sujeto de las discrepancias entre el nivel de pretensiones y el nivel de logros. Quizá por esto el proceso satisfacción-insatisfacción haya sido tan estudiado en la literatura al explicar los sentimientos de frustración, ansiedad y depresión. Los autores que más han trabajado sobre el tema son: Moreno y Ximénez, Argyle (1989), Keblan y Lawton (1975), Veenhoven, Davis, Neugarten y colaboradores (1961), Bradburn (1969), Andrews y Withey (1976), Campbell-Converse y Rodgers (1976), Gallup (1976), Dupuy (1978), Kamman y Felt (1983), Diener-Emmons-Larsen y Griffin (1985) y Fordyce (1986). Keblan y Lawton (1975) proponen una doble estructura de integrantes del bienestar subjetivo que ilustran los componentes de la satisfacción. Según estos autores, existe una doble fuente del bienestar subjetivo, consistente en la satisfacción con las propias realidades (referentes internos: afecto positivo, síntomas psicofisiológicos, afecto negativo, autoestima, autopercepción de la salud, satisfacción con la familia, congruencia, ansiedad social y felicidad) y con las realidades externas (referentes externos: satisfacción residencial, afecto positivo, empleo del tiempo, movilidad y satisfacción con los amigos)<sup>26</sup>.

En las últimas dos décadas se han realizado investigaciones como las de Correa E., Mendoza, Vargas y Barrios "Atención primaria de salud para el anciano: estudio de morbilidad geriátrica en una población del estado de México (1993)" en el que hacen

especial énfasis en la atención primaria de la salud en geriatría y gerontología en lo relativo a los programas integrales de autocuidado, otra investigación es la de Brigg, M.C. y Fuentes A. (s/f) sobre “la problemática de la vejez en México” en la que se señala que en lo referente a ancianos sanos no reclusos se ponen en entredicho muchas de las cosas que se atribuyen míticamente a la vejez<sup>3</sup>, una investigación más reciente es la realizada en Xalapa Veracruz, México sobre la “Elaboración de un índice de Calidad de vida para personas de la Tercera Edad” de Hernández Z. en la que el objetivo fue determinar la calidad de vida de una muestra de personas de la tercera edad reclusas en asilos de ancianos o que viven en sus casas, pero que asisten a estancias diurnas destinadas para su atención; el estudio se basó en datos socioeconómicos, de salud mental, de salud física y hábitos alimentarios con instrumentos ya establecidos, los resultados señalaron que las personas con muy buena calidad de vida poseen la condición de vivir en su hogar, no ser casos psiquiátricos probables, no padecer depresión, tener alimentación variada, tener de 60 a 69 años de edad, percibir ingresos económicos de manera regular y realizar alguna actividad laboral. Aún así, en México se han realizado pocos estudios sobre la relación de las Redes de Apoyo y el impacto de esta estrategia en la mejoría de los pacientes geriátricos que sufren alguna enfermedad crónico-degenerativa, como señala Claudia Infante Castañeda en el Documento “Páginas de Salud Pública”<sup>27</sup>: “llama la atención que aunque en el ámbito mundial existe un gran desarrollo de investigaciones sobre la relación entre las redes y apoyo social en la salud y atención a la salud, en nuestro País este campo de estudio es prácticamente inexistente”.

Ante el gran número de problemas de salud, los relacionados con las personas de la Tercera edad pueden parecer rezagados en su atención. tal vez porque se trata de un grupo aparentemente no productivo en el que la aparición de complicaciones que inhabilitan o limitan al paciente en sus funciones se ve como algo que “es de esperarse”. Dada la insuficiencia de la Seguridad Social y las limitaciones de los Sistemas de Salud, el mayor peso y costo de las incapacidades y las enfermedades en la vejez recaen sobre la familia<sup>17</sup>. Es probable que la actitud de desesperanza del paciente adulto mayor se deba a la falta de

apoyo en el entorno familiar en donde lo disminuyen en su autoestima al catalogarlo como una carga o no brindarle la atención especial que demanda su situación específica tal vez por falta de capacidad afectiva o económica de quienes lo rodean.

Existe la necesidad de fortalecer los programas preventivos y de apoyo para los mayores de 60 años, ya que acuden a los Servicios de Salud sólo cuando están enfermos afectando su calidad de vida<sup>20</sup>

### 2.3 DIABETES MELLITUS.

Enfermedad sistémica, crónica y degenerativa de carácter heterogéneo de causa desconocida que tiene relación con factores genéticos, ambientales y patogénicos diversos y puede cursar de manera silenciosa durante un largo tiempo, antes de manifestarse clínicamente.

Dentro del perfil epidemiológico en México, sobresalen las enfermedades crónico-degenerativas como la D.M. dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población adulta mayor. En el país para 1993 las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares fueron las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más, constituyendo 47% del total de defunciones. Para ese mismo año hubo 46159 casos de D.M.<sup>11</sup>. En la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí, en 1998, la D.M. representó la quinta causa de enfermedad al registrar 2353 casos nuevos, de éstos solamente el 52% asistieron a control médico; en México las estadísticas señalan que aproximadamente el 30% de las personas diabéticas desconocen que sufren la enfermedad. En la misma Jurisdicción, para 1999, el control clínico y metabólico de los pacientes diabéticos sólo se logró en el 10%, de los diagnosticados en todos los grupos de edad no todos acuden a recibir atención médica, y de éstos no todos tienen adecuado control de su enfermedad.

La diabetes es un trastorno del metabolismo de los Hidratos de Carbono, un síndrome caracterizado por hiperglucemia o elevación de la glucosa en sangre, que se debe al déficit en la secreción y/o en la efectividad de la Insulina. Se clasifica en: Diabetes tipo 1, en la que hay destrucción de las células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina; y en Diabetes tipo 2, en la que hay capacidad residual de secreción de insulina pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia, la diabetes tipo 2 es objeto de este estudio. Se asocia a un riesgo de cetoacidosis diabética o coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico frecuente en pacientes geriátricos.

Como señala la Norma Oficial Mexicana-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, forma parte del Síndrome metabólico que presenta diversas manifestaciones y entidades con una doble característica común: resistencia a la insulina e hiperinsulinismo, dentro de esta entidad se encuentran también la hipertensión arterial, la obesidad, la dislipidemia, la hiperuricemia, la elevación de fibrinógeno, la microalbuminuria, la elevación del factor de von Willebrand, la elevación de ferritina y aumento del Pai-1. Los síntomas clásicos de la diabetes son poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable. Las complicaciones tardías de esta enfermedad son retinopatía, nefropatía, arteriopatía aterosclerótica periférica y coronaria y las neuropatías del sistema nervioso autónomo y periférico. Es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores de origen no traumático. Es también uno de los factores de riesgo más importantes para enfermedades cardiovasculares.

En los pacientes diabéticos el control del padecimiento depende en gran parte de cambios permanentes tanto en la actividad física al realizar ejercicio de manera regular, como en tener una alimentación saludable basada en dietas individualizadas con suficientes vitaminas, minerales, antioxidantes y fibras, con reducción de grasas saturadas y moderación del consumo total de proteínas; mantener el peso ideal y la adherencia al

tratamiento médico forman también parte esencial del éxito del control de la diabetes. Los costos económicos asociados al tratamiento médico y las complicaciones de esta enfermedad representan una grave carga para los servicios de salud y los pacientes<sup>5</sup>.

#### 2.4 HIPERTENSION ARTERIAL.

Es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. La H.T.A. es la elevación de la Presión Arterial Sistólica y/o Diastólica, ya sea primaria (hipertensión esencial) o secundaria.

En México, el perfil epidemiológico señala que las enfermedades crónicas y degenerativas, como la H.T.A., se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad y de mortalidad de la población adulta mayor de 60 años de edad; en el año de 1993 se registraron 69 159 casos nuevos de H.T.A.<sup>11</sup> en todo el país. En la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí, en 1998, la H.T.A. fue la tercera causa de enfermedad con 3272 casos, de los que sólo el 37% asistieron a su control. El 60% de las personas hipertensas desconocen ser portadores de la enfermedad. Cerca del 30% de los diabéticos también desarrollan hipertensión y las dos enfermedades tienen factores de riesgo comunes y afectan a los mismos grupos de población<sup>5</sup>. En el Diagnóstico de Salud 1999 de la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí se señala que el control clínico y metabólico de los pacientes hipertensos sólo se ha logrado en el 30% de los mismos.

De acuerdo a la información contenida en la Norma Oficial Mexicana 030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, constituye uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. Su existencia incrementa considerablemente el riesgo de aparición de algunas de sus complicaciones atribuibles, las cuales ocurren nivel del territorio vascular, ya sea por efecto directo de

la presión arterial elevada o secundariamente al desarrollo precoz de la Hipertensión Aterosclerosa. Existe la evidencia científica de la relación de H.T.A. con D.M., “la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Coronaria son situaciones clínicas muy entrelazadas especialmente en personas de la Tercera edad”<sup>21</sup>.

Aproximadamente el 30% de los Diabéticos tienen H.T.A.<sup>5</sup>. Se ha determinado la existencia de factores de riesgo comunes para ambas enfermedades como tabaquismo, consumo de alcohol, hiperlipidemia, antecedentes familiares, obesidad, estrés entre otros y para la presencia de hipertensión arterial además la ateromatosis, hipertrofia ventricular izquierda e ingesta de sal.

Los elementos para un tratamiento integral del paciente hipertenso incluyen un plan de alimentación saludable, cambio de hábitos acerca del cuidado de la salud en el que se enfatiza la práctica de ejercicios, disminución del consumo de alcohol y tabaco, y una medicación antihipertensiva adecuada<sup>5</sup>.

Aun cuando en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1992, en sus resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106, se recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001 que sirvieran de orientación pragmática a las metas amplias del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento y que se acelerara la ejecución del Plan, los 8 objetivos propuestos sólo se han cumplido de manera parcial. El 4º de estos objetivos se refiere al mejoramiento de las investigaciones sobre envejecimiento entre países, incluida la unificación de la terminología y la metodología<sup>28</sup>.

## 2.5 REDES DE APOYO.

El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos sociales estresantes<sup>29</sup>. Los diferentes grupos sociales incorporan distintos tipos de rituales y adoptan sistemas de creencias congruentes con su ideología social. La

familia actúa como agente ideológico que transmite y perpetúa las acciones y las normas sociales. Se relaciona con la transmisión de las actitudes que se deben adoptar, en este caso, para relacionarse con los ancianos y la vejez. Se denomina familia nuclear al grupo reducido de padres o pareja y a los hijos de ésta y se conoce como familia extensa<sup>30</sup> a la caracterizada por estar constituida por los padres, los hijos, y ampliada con los sobrinos, tíos, abuelos, primos, amistades.

Un grupo de apoyo es una red de personas, pacientes, familiares y cuidadores primarios, que padecen una misma condición o enfermedad y que se reúnen periódicamente para compartir experiencias afines; su labor, cada vez más organizada, es brindar apoyo y ofrecer información adecuada sobre la enfermedad, las estrategias de manejo en el hogar y un espacio para la familia. Los grupos de apoyo formales en un principio se establecieron por razones de costo/beneficio y pronto se les reconoció como un recurso terapéutico de gran utilidad, ya que promueven un mejor funcionamiento del paciente<sup>31</sup>.

Las redes sociales o grupos de apoyo pueden ser primarios o informales en los que la característica principal son los vínculos afectivos, forman un conjunto de personas relacionadas entre sí por lazos de familia, de amistad, de vecindad, de estudio, de trabajo, sin preparación necesariamente profesional para ayudar pero sí con un gran interés para hacerlo, y las secundarias o formales que son grupos institucionalizados, que se estructuran como grupos de autoayuda con conocimientos técnicos, que de forma especializada desarrollan actividades específicas de atención a necesidades o problemas, supervisando y apoyando al conjunto de personas que se reúne bajo una programación de actividades. Ambas interactúan como una red natural<sup>31</sup>.

Las enfermedades asociadas con el envejecimiento son una prioridad de los grupos de apoyo ya que en los pacientes con padecimientos crónicos es frecuente encontrar desesperanza, poca adhesión terapéutica y desencanto con el sistema médico, entre otras situaciones<sup>28</sup>. Se reconoce y acepta que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo para los enfermos. Más que ser ajenos o antagónicos, los cuidadores podrían

constituirse en colaboradores de los profesionales de la salud y constituir los mecanismos de enlace entre los enfermos y estos profesionales, o bien participar en un proceso de identificación y uso de los recursos disponibles, con el fin de mejorar los cuidados y atención a la enfermedad e incidir en los desenlaces de la misma<sup>6</sup>.

De acuerdo al Programa de Salud del Adulto y el Anciano de México, institucionalmente en los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí en cada centro de salud debe contarse con un grupo de apoyo para diabéticos e hipertensos en el que con la organización de los propios pacientes, bajo supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, se brinda la capacitación necesaria y el reforzamiento de la autoestima para el adecuado control de estos padecimientos y así se contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, y se fortalece la adherencia al tratamiento.

La educación del paciente tiene dos objetivos principales: 1º ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida y 2º adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado. Las estrategias utilizadas son: la enseñanza centrada en el paciente, el aprendizaje activo "aprender haciendo", el trabajo en pequeños grupos, la solución de problemas, el autoaprendizaje y el aprendizaje significativo<sup>32</sup>. Cuando en el paciente con una enfermedad crónico-degenerativa se aplican estrategias educativas ayudan a mejorar el entendimiento de las terapias específicas y las metas de tratamiento, se corrigen conceptos erróneos con incremento de la adherencia terapéutica, favoreciéndose el bienestar y la percepción de una mejor calidad de vida, todo ello se logra con la participación del equipo de salud y los grupos de auto-ayuda<sup>33</sup>. A lo largo de todo el proceso educativo es fundamental lograr la motivación y actitudes positivas de la persona diabética hacia la enfermedad<sup>34</sup>.

El abordaje de la problemática de los pacientes geriátricos por parte de los Servicios de Salud de las distintas Instituciones no ha logrado la cobertura total de los afectados, ya que es necesaria la participación activa y comprometida tanto del paciente como de sus familiares más cercanos. Sería interesante contar con la opinión y el consentimiento del

adulto mayor en la planificación de su futuro y ser en última instancia, él mismo quien elija sus opciones, su modo de vida, sintiéndose protagonista de su propia vida<sup>35</sup>.

No hay sensación más difícil de sobrellevar que la soledad, la sensación de no importarle a los demás que en un enfermo tiende a complicar la evolución de su padecimiento, la alternativa de solución que parece brindar más posibilidades de éxito es el reforzamiento o la creación de redes de apoyo y autoayuda<sup>6,31,32</sup>. Para que el funcionamiento de la red de apoyo sea adecuado se plantea la necesidad o problema, se priorizan las necesidades de atención y los objetivos de las acciones que se desarrollan como alternativas de solución y se evalúa el impacto.

El Programa Nacional de Salud en México, establece en las Normas Oficiales Mexicanas-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes y la Norma Oficial Mexicana-030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial a la evaluación como una herramienta fundamental para el seguimiento del control clínico y metabólico de los pacientes en el manejo integral, de igual manera la evaluación del funcionamiento adecuado de los grupos de autoayuda con indicadores específicos, nos brinda información valiosa para continuar, modificar o reforzar acciones para lograr el control de ambos padecimientos. La identificación del grado de bienestar percibido por el paciente que cuenta con el apoyo de un grupo de autoayuda fortalece la importancia de la existencia de estos grupos.

Para obtener los datos del control clínico-metabólico de los pacientes diabéticos y/o hipertensos, el expediente clínico es un documento oficial que contiene los datos para la construcción de los indicadores necesarios. La integración, uso, y manejo del expediente clínico se rige por la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, que es la misma para todas las Instituciones de salud en México.

El estudio del impacto de estas Redes o Grupos (formales ó informales) en los pacientes adultos mayores diabéticos e hipertensos mediante la evaluación del Bienestar de manera

prospectiva permitirá dar la importancia y el peso que esta estrategia debe tener en el contexto de salud actual.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la influencia de las Redes de Apoyo en el bienestar de los pacientes adultos mayores que asisten a grupos de autoayuda para diabéticos e hipertensos de 15 centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí, S.L.P. durante el periodo de Julio 2000 a Abril 2001.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar las características sociales, demográficas, culturales, económicas y médicas de la población adulta mayor con diabetes mellitus que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. I, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Identificar las características sociales, demográficas, culturales, económicas y médicas de la población adulta mayor con hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. I, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Evaluar el control metabólico en los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. I, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Evaluar el control metabólico en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. I, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.

- Clasificar el Índice de Bienestar en Salud de la población adulta mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, a partir del Diagnóstico Basal del estado de bienestar previamente elaborado con las Viñetas COOP-WONCA.
- Clasificar el Índice de Bienestar en Salud de la población adulta mayor con hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, a partir del Diagnóstico Basal del estado de bienestar previamente elaborado con las Viñetas COOP-WONCA.
- Evaluar la asistencia de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Evaluar la asistencia de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Identificar el apoyo de las redes primarias que reciben los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Identificar el apoyo de las redes primarias que reciben los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden a grupos de autoayuda institucionales en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, durante los meses de julio 2000 y abril 2001.
- Evaluar que el expediente clínico de cada uno de los pacientes contenga la información necesaria para la clasificación del control metabólico de los pacientes que asisten a los grupos de autoayuda.

#### 4. HIPOTESIS.

Ho: Las redes de apoyo no influyen en el bienestar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.

HA: Las redes de apoyo influyen en el bienestar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.

## 5. MATERIAL Y METODOS.

5.1 TIPO DE ESTUDIO: se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, analítico.

5.2 AREA DE ESTUDIO: Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí (municipios de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez).

5.3 TIEMPO: durante los meses de julio 2000 y abril 2001.

5.4 POBLACION: personas mayores de 60 años, de ambos sexos, con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial que acudían a control médico y al grupo de autoayuda para diabéticos e hipertensos a algún Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I (municipios de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez).

5.5 MUESTREO:

Tipo de Muestreo: Probabilístico simple, con un proceso de selección aleatoria con base en el método de tómbola o lotería. La muestra se obtuvo de una población de 150 pacientes mayores de 60 años con D.M. o H.T.A. o ambas en control médico en Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I y asistentes a los grupos de autoayuda de la Secretaría de Salud. Considerando que la frecuencia esperada de apoyo social (de familiares, amigos, vecinos) a estos pacientes es del 10%, se utilizó el paquete estadístico EPI- INFO determinándose un tamaño de muestra de 80 sujetos, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del  $\pm 5\%$ .

5.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

De Inclusión: Persona de 60 años y más.

Con diagnóstico de Diabetes y/o Hipertensión Arterial.

Que acuda a control médico a alguno de los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

Que se integre a la Red de Apoyo y Autoayuda, aceptando participar en el grupo para diabéticos e hipertensos de la S.S.A.

De Exclusión: Persona menor de 60 años de edad.

Pacientes con enfermedad terminal

Pacientes con enfermedad psiquiátrica.

De eliminación: Baja por ausentismo al grupo para diabéticos e hipertensos.

#### 5.7 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Adulto mayor: persona de 60 años o más de edad.
- Control metabólico de hipertensión arterial: se refiere a que el paciente se mantenga dentro de los límites establecidos como buen control en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (anexo 7).
- Control metabólico de diabetes mellitus: se refiere a que el paciente se mantenga dentro de los límites establecidos como buen control en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (anexo 7).
- Índice de Bienestar: es la auto percepción del sujeto o paciente, en las últimas 4 semanas, sobre sus sentimientos, sobre su dificultad para realizar actividades cotidianas o diarias, limitaciones para realizar actividades sociales, sobre contar o no con apoyo

social, sobre su calidad de vida, identifica la intensidad de su actividad física, sus cambios en la salud, su estado de salud y la presencia de dolor.

- Redes de apoyo primarias: grupos con vínculos afectivos, conjunto de personas relacionadas entre sí por lazos de familia, de amistad, de vecindad, de estudio, de trabajo, sin preparación necesariamente profesional para ayudar pero sí con un gran interés para hacerlo.
- Redes de apoyo secundarias: grupos institucionalizados, que se estructuran como grupos de autoayuda con conocimientos técnicos, que de forma especializada desarrollan actividades específicas de atención a necesidades o problemas, supervisando y apoyando al conjunto de personas que se reúne bajo una programación de actividades.

5.8 VARIABLES: son categóricas, nominales.

• CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS:

Sociales: tipo de familia, apoyo emocional.

Demográficas: edad, sexo, estado civil.

Culturales: Religión.

Económicas: Situación laboral, ingreso mensual individual, apoyo familiar económico.

Médicas: tiempo de enfermedad, enfermedades concomitantes, orientación del personal de salud, tiempo de atención médica en el consultorio, tratamiento integral, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico: número de medicamentos utilizados.

- CONTROL CLÍNICO Y METABÓLICO: Se construye con: talla, peso, enfermedad diagnosticada, medición de tensión arterial, índice de masa corporal, medición de

glicemia, medición de colesterol, medición de triglicéridos, medición de fracción de lipoproteínas de alta densidad de colesterol (HDL), determinación de hemoglobina glucosilada (HbA 1c). Los criterios para evaluar el grado de control de los pacientes hipertensos son: clasificación de control como “bueno” con valores de presión o tensión arterial menor de 140/90 mm de Hg., colesterol total menor de 200 mg/dl, índice de masa corporal menor de 25, sodio menor de 2 400 mg/día, alcohol menor de 30 ml/día y evitar el hábito del tabaco. Clasificación de control como “regular” con valores de presión o tensión arterial de 140/90 a 160/95 mm de Hg., colesterol total de 200 a 239 mg/dl, índice de masa corporal de 25 a 27, sodio menor de 2 400 mg/día, alcohol menor de 30 ml/día y evitar el hábito del tabaco. Clasificación de control como “malo” con valores de presión o tensión arterial mayor de 160/95, colesterol total mayor de 240 mg/dl, índice de masa corporal mayor de 27, sodio menor de 2 400 mg/día, alcohol menor de 30 ml/día y evitar el hábito del tabaco (anexo 7). Los criterios para evaluar el grado de control de los pacientes diabéticos son: clasificación de control como “bueno” con valores de glucemia en ayuno menor de 110 mg/dl, colesterol total menor de 200 mg/dl, triglicéridos en ayuno menor de 150 mg/dl, fracción de lipoproteínas de alta densidad de colesterol (HDL) mayor de 40 mg/dl, presión o tensión arterial menor de 120/80 mm de Hg., índice de masa corporal menor de 25 y determinación de hemoglobina glucosilada (HbA 1c) menor de 6.5%mg/dl. Clasificación de control como “regular” con valores de glucemia en ayuno de 110 a 126 mg/dl, colesterol total de 200 a 239 mg/dl, triglicéridos en ayuno menor de 150 a 200 mg/dl, fracción de lipoproteínas de alta densidad de colesterol (HDL) 35 a 40 mg/dl, presión o tensión arterial de 121-129/81-84 mm de Hg., índice de masa corporal menor de 25 a 27 y determinación de hemoglobina glucosilada (HbA 1c) de 6.5 a 7.5%mg/dl. Clasificación de control como “malo” con valores de glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl, colesterol total mayor de 240 mg/dl, triglicéridos en ayuno mayor de 200 mg/dl, fracción de lipoproteínas de alta densidad de colesterol (HDL) menor de 35 mg/dl, presión o tensión arterial mayor de 138/85 mm de Hg., índice de masa corporal mayor de 27 y determinación de hemoglobina glucosilada (HbA 1c) mayor de 7.5%mg/dl (anexo 7).

- **ÍNDICE DE BIENESTAR EN SAUD:** Se construye a partir de la aplicación de la encuesta COOP-WONCA, en la que el paciente se autoevalúa en diferentes esferas que son: salud física, actividades diarias, cambios en la salud, apoyo social, dolor, sus sentimientos, actividades sociales, salud en general y calidad de vida. Por cada una de las esferas existe un documento o viñeta con figuras y puntos para cada figura, al elegir el paciente en la viñeta la figura que con la que se identifica se determina un puntaje que acumulado por cada viñeta, representa el puntaje final de la autoevaluación de bienestar del paciente y se clasifica en bueno de 9 a 21 puntos, regular de 22 a 34 puntos y malo de 35 a 45 puntos, de acuerdo a criterios ya establecidos.
  
- **ASISTENCIA AL GRUPO DE REDES DE APOYO:** Se construye con la asistencia mensual del paciente al grupo de apoyo para diabéticos e hipertensos de acuerdo a la guía técnica para el funcionamiento de los grupos de apoyo para diabéticos de la Subsecretaría de prevención y control de enfermedades del Programa de salud del adulto y del anciano.
  
- **EXPEDIENTE CLINICO:** Se construye a partir de la evaluación del expediente clínico, documento oficial, de acuerdo a los parámetros del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en donde se califica de acuerdo a un puntaje ya establecido. Para la evaluación se califican:
  - Integración: es la acción que permite asegurar la presencia conjunta de la documentación necesaria, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
  - Orden cronológico de las notas médicas: es el ordenamiento por fecha y hora de elaboración, la más antigua al final y la más reciente al principio, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
  - Pulcritud y legibilidad de la historia clínica y notas médicas, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
  - Glosa de resultados de laboratorio y/o gabinete en el expediente, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.

- Nombre y firma del médico, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Existencia de historia clínica, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Historia clínica completa, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Nota médica inicial, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Nota médica de revisión, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Nota médica de evolución, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Nota de interconsulta, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Informes de estudios de laboratorio y/o gabinete, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Interpretación de los resultados de laboratorio y/o gabinete, constancia escrita en la nota médica en la que se comentan los hallazgos en relación con el diagnóstico o evolución del paciente, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Resultado inicial o impresión diagnóstica, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Congruencia clínico diagnóstica, es la relación que existe entre los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física y el (los) diagnóstico(s) establecido(s), se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Congruencia diagnóstica-terapéutica. se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.
- Congruencia diagnóstica con exámenes de Laboratorio y/o gabinete, se clasifica en 0 no cumple, 1 cumple parcialmente y 2 cumple.

- TARJETAS DE REGISTRO Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Se construye a partir de la existencia o no existencia de ese registro.

Operacionalización de variables en anexo 3.

### 5.9 EVALUACION DE LAS REDES DE APOYO.

Para la evaluación de las redes de apoyo primarias se consideró que el paciente contara con apoyo familiar y emocional.

Para la evaluación de las redes de apoyo secundarias, grupos de autoayuda institucionales, se intentó utilizar los indicadores que propone la guía técnica para el funcionamiento de los grupos de apoyo para diabéticos de la Subsecretaria de prevención y control de enfermedades del Programa de salud del adulto y del anciano:

- Número de pacientes que asisten al club/ Total de pacientes registrados en los servicios.
- Número de pacientes capacitados \*/ Total de pacientes registrados en el club.
- Número de pacientes con tratamiento no farmacológico/ Número de pacientes en tratamiento.
- Número de pacientes controlados metabólicamente \*\*/ Total de pacientes registrados en el club.

\* aprobación del cuestionario al final de la capacitación.

\*\* últimas tres glicemias < 140 mg/dl en ayunas.

De los datos necesarios para la construcción de los indicadores se encontraron registros de número de asistentes a los grupos sólo del mes anterior a la recolección de la información y sólo en dos se encontró el registro de los últimos dos meses; tampoco se encontraron registros del número de pacientes capacitados (aprobación del cuestionario al final de la

capacitación), número de pacientes en tratamiento, número de pacientes controlados metabólicamente (últimas tres glicemias < 140 mg/dl en ayunas).

## 5.10 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Selección de técnicas e instrumentos:

- 5.10.1 Instrumento de recolección de datos de investigación en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus (anexo 4) diseñada para este estudio, con los datos obtenidos se evalúa el estado físico y metabólico de acuerdo a la NOM-030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en la que se establecen metas del tratamiento integral y criterios para calificar el control como “bueno”, “regular”, “malo”, y de la NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes en la que se establecen metas del tratamiento y criterios para clasificar el control como “bueno”, “regular” y “malo” (anexo 7). La información se obtiene del expediente clínico y de las tarjetas de registro y control de diabetes mellitus e hipertensión arterial (anexo 6) de cada paciente.
- 5.10.2 Viñetas COOP-WONCA (anexo 5 anverso) documentos validados a nivel Internacional que poseen las cualidades de reproductibilidad, coherencia y sensibilidad de la que se obtiene el puntaje final de la autoevaluación de bienestar del paciente y se clasifica en bueno de 9 a 21 puntos, regular de 22 a 34 puntos y malo de 35 a 45 puntos, de acuerdo a criterios ya establecidos.
- 5.10.3 Cuestionario diseñado en la Jurisdicción Sanitaria No. I de San Luis Potosí, anexo a Viñetas COOP-WONCA (anexo 5 reverso), de donde se recolectaron datos para la caracterización de los pacientes.

## 5.11 FUENTE DE DATOS.

Las fuentes de donde se obtuvieron los datos son Secundarias: para evaluar el grado de control clínico y metabólico se obtuvo información del expediente clínico y de las tarjetas

de registro y control de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Se obtuvo el índice de autopercepción de bienestar en relación a la salud del diagnóstico COOP-WONCA, ya existente en la Jurisdicción Sanitaria, así como variables sociales, demográficas, culturales, médicas y económicas del anexo de este mismo documento.

#### 5.12 PROCEDIMIENTO.

Una vez realizada la solicitud oficial de apoyo para la realización de la investigación por parte de la U.A.S.L.P. a los Servicios Estatales de Salud, se estableció coordinación con la Jurisdicción Sanitaria N° I. Se determinó la muestra del diagnóstico de Índice de Bienestar COOP/WONCA. De acuerdo al Cronograma de actividades, en el mes de julio del 2000 se visitaron los Centros de Salud para la aplicación de la Prueba Piloto y posteriormente se realizó la primera medición en el mes de julio del 2000 con la aplicación de las encuestas, en todos los Centros de Salud. La segunda medición se efectuó en abril del 2001. Posteriormente se procedió al análisis estadístico.

#### 5.13 PRUEBA PILOTO:

Se efectuó en julio del 2000. El tamaño de la muestra previamente seleccionada y con significancia estadística fue de 80, se eligió el 16%, 13 pacientes, para aplicar la prueba piloto. Los Centros de Salud seleccionados fueron un urbano (Club de Leones con 8 pacientes) y el otro de concentración de pacientes de área urbana, suburbana y rural (CIMIPO con 5 pacientes). De 13 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (persona de 60 años y más, con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión arterial, que acudían a control médico a ese Centro de Salud, integrado a la red de apoyo y autoayuda aceptando participar en el Club de diabéticos de la S.S.A.) se aplicó el Instrumento en 11 expedientes, ya que no se localizaron dos (15% de no respuesta).

Se recopiló información de los registros de los grupos de autoayuda para diabéticos e hipertensos de los dos centros de salud seleccionados y se encontró información parcial

para la construcción de los indicadores que señala la guía técnica para el funcionamiento de los grupos de apoyo para diabéticos de la Subsecretaría de prevención y control de enfermedades del Programa de salud del adulto y del anciano; de los registros sólo se obtuvo información sobre la asistencia al club, con más del 80% de asistencias de los pacientes en los listados más recientes con que se contaba en cada uno de los Centros de Salud.

No se encontraron dificultades ni confusión en la aplicación del cuestionario Encuesta de investigación sobre Redes de Apoyo Social y Bienestar 2000-2001, en su llenado ni en la lectura e interpretación del mismo, por lo tanto no fue necesario realizar modificaciones a este Instrumento de recolección de datos.

**5.14 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:** previa codificación de los cuestionarios, la información fue capturada en Excel de donde, empleando STAT/TRANSFER 4.0 la base de datos fue transferida para su análisis en el paquete estadístico STATA 5.0.

## 6. RESULTADOS

Los resultados son una parte importante de toda investigación; en este estudio se presentan de acuerdo a las características sociales, demográficas, culturales, económicas, médicas, de control metabólico, autopercepción de bienestar, en forma de tablas separadas según las variables investigadas y acompañadas por la descripción correspondiente.

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

La muestra estudiada fue de 83 pacientes, con edad mínima de 60 años y máxima de 93, el promedio fue de  $66.9 \pm 6$  años en pacientes diabéticos mientras que en los pacientes hipertensos fue de  $71.1 \text{ años} \pm 8$ .

De los sujetos estudiados, 45 pacientes (54%) tenían diagnóstico de diabetes mellitus y 38 pacientes (46%) tenían diagnóstico de hipertensión arterial sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. De los 45 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, 33 pacientes (73%) tenían los dos diagnósticos.

Con respecto a su estado civil la mayoría de los pacientes diabéticos eran casados (53%), seguidos en frecuencia por los viudos (33%), y solteros o divorciados (14%). En los pacientes hipertensos los resultados de su estado civil fueron similares: el 42% estaban casados, el 34% eran viudos y 24% solteros. El 94% de los pacientes estudiados profesaba la religión católica.

**TABLA 1**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

Tipo de Familia	TIPO DE FAMILIA Y DIAGNOSTICO					
	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total	
	F	%	F	%	F	%
Nuclear	20	44	16	42	36	43
Extensa	17	38	17	45	34	41
Vive solo	8	18	5	13	13	16
Total	45	100	38	100	83	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
 \*p>0.05 (Chi cuadrada).

F: Frecuencia

Respecto al tipo de familia al que pertenecían los pacientes, el 44% de los diabéticos vivían en familia nuclear, el 38% estaban viviendo con las familias de sus hijos o con otros familiares y el 18% vivían solos; de los hipertensos el 45% vivían con las familias de sus hijos o con otros familiares, el 42% en familia nuclear y el 13% solos, la mayoría de ambos grupos vivían con familiares cercanos y la minoría solos. No se encontró relación estadísticamente significativa entre pertenecer a un tipo de familia en particular y ser diabético y/o hipertenso (tabla 1).

**TABLA 2**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

Tipo de Familia	TIPO DE FAMILIA EN RELACION AL SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Nuclear	27	40	9	56	36	43
Extensa	29	43	4	25	33	40
Vive solo	11	17	3	19	14	17
Total	67	100	16	100	83	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
 \*p>0.05 (Chi cuadrada).

F: Frecuencia

Del grupo del sexo femenino, el 43% vivían con las familias de sus hijos o con otros familiares, el 40% vivían en familia nuclear y el 17%, solo. La mayoría de los pacientes del sexo masculino, 56%, vivían en familia nuclear, el 25% con las familias de sus hijos o con otros familiares y el 19% solos. No se encontró relación estadísticamente significativa entre pertenecer a un tipo de familia y ser del sexo femenino o masculino (Tabla 2).

TABLA 3  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Grupo de edad	TIPO DE FAMILIA CON RELACIÓN A GRUPOS DE EDAD						Total	
	60 a 69		70 a 79		80 y más		F	%
Tipo de familia	F	%	F	%	F	%	F	%
Nuclear	28	53	6	26	2	29	36	43
Extensa	19	36	10	44	4	57	33	40
Vive solo	6	11	7	30	1	14	14	17
Total	53	100	23	100	7	100	83	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA

\* $p > 0.05$  (Chi cuadrada).

F: Frecuencia

De los adultos mayores de 60 a 69 años de edad el 53%, la mayoría de ese grupo, vivían en familias nucleares, del grupo de 70 a 79 años el 44% vivían con las familias de sus hijos o con otros familiares y en el grupo de los mayores de 80 años el 57%, vivían también con las familias de sus hijos o con otros familiares. No se encontró relación estadísticamente significativa entre pertenecer a un tipo de familia en particular y tener cierta edad en el grupo de adultos mayores (Tabla 3).

TABLA 4  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

APOYO EMOCIONAL Y CONTROL METABOLICO								
	Cuentan con apoyo emocional		No cuentan con apoyo		Total			P
	F	%	F	%	F	%		
Control de D.M.								
Bueno	6	16	0	0	6	13		<0.05
Regular	7	19	1	12	8	18		>0.05
Malo	24	65	7	88	31	69		>0.05
Total	37	100	8	100	45	100		
Control de H.T.A.								
Bueno	13	38	2	50	15	39		>0.05
Regular	19	56	1	25	20	53		>0.05
Malo	2	6	1	25	3	8		>0.05
Total	34	100	4	100	38	100		

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
F: Frecuencia

Contar con apoyo emocional se refiere a identificar si se cuenta con ayuda, sostén en los distintos estados de ánimo y quien lo brinda: hijos, pareja, hermanos, otros familiares, amigos o nadie. 37 (82%) de los 45 pacientes diabéticos contaban con apoyo emocional y la mayoría de ellos tenían un regular control metabólico. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser diabético con bueno o regular control metabólico que cuenta con apoyo emocional y entre ser diabético con bueno o regular control metabólico que no cuenta con apoyo emocional. De los pacientes hipertensos, 34 (89%) contaban con apoyo emocional y la mayoría tenían regular control metabólico. De los que no contaban con apoyo emocional la mayoría tenían buen control, no existía diferencia estadísticamente significativa entre contar con apoyo emocional y el control metabólico en los hipertensos (tabla 4).

**TABLA 5**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

APOYO EMOCIONAL E INDICE DE BIENESTAR RELACIONADO A LA SALUD (IBRS)							
	Apoyo emocional		No apoyo emocional		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
I.B.R.S. de D.M.							
Bueno	15	41	0	0	15	33	<0.05
Regular	21	57	8	100	29	64	<0.05
Malo	1	2	0	0	1	3	>0.05
Total	37	100	8	100	45	100	
I.B.R.S. de H.T.A.							
Bueno	8	24	1	25	9	24	>0.05
Regular	24	71	3	75	27	71	>0.05
Malo	2	5	0	0	2	5	>0.05
Total	34	100	4	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Vñifelas COOP-WONCA y Cuestionario anexo  
 F: Frecuencia

En cuanto al IBRS, 37 de los 45 pacientes diabéticos contaban con apoyo emocional y ocho pacientes diabéticos no recibían este apoyo, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre no contar con apoyo emocional y tener regular IBRS, solo un paciente diabético manifestó sentirse mal y contar con apoyo emocional, sin diferencia estadística. De los 38 pacientes hipertensos, 34 contaban con apoyo emocional y 4 pacientes no contaban con este, y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser hipertenso, el grado de IBRS y contar o no con apoyo emocional (Tabla 5).

TABLA 6  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Edad	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
60 a 69 años	34	76	19	50	53	64	<0.05
70 a 79 años	10	22	13	34	23	28	>0.05
80 y más	1	2	6	16	7	8	<0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

F: Frecuencia

Para el análisis se agrupó a los pacientes por edad, la mayoría tenían de 60 a 69 años (64%), seguidos por los de 70 a 79 años (28%) y de mayores de 80 años de edad (8%). En el grupo de edad de 60 a 69 años de edad, se encontró que predominan los diabéticos sobre los hipertensos, con diferencia estadísticamente significativa entre diabéticos e hipertensos, y en el grupo de edad de 80 y más predominan los hipertensos sobre los diabéticos, encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ser diabético y pertenecer al grupo de edad de 60 a 69 años, y entre ser hipertenso y tener 80 años de edad y más (Tabla 6).

TABLA 7  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Sexo	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Masculino	8	18	8	21	16	19	>0.05
Femenino	37	82	30	79	67	81	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

F: Frecuencia

El sexo femenino representa el 81% de la muestra en tanto que el masculino es el 19%. De los 45 pacientes diabéticos el 82% eran mujeres, y el 18% hombres, la mayor frecuencia de mujeres, 79%, se observa también en los pacientes hipertensos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes del sexo masculino

diabéticos e hipertensos, ni entre los pacientes del sexo femenino diabéticos e hipertensos (Tabla 7).

**TABLA 8**  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Situación Laboral	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Empleado	3	7	7	18	10	12	>0.05
Desempleado	7	15	2	5	9	11	>0.05
Jubilado	0	0	3	8	3	4	>0.05
Hogar	35	78	26	69	61	73	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
F: Frecuencia

Se encontró que la ocupación más frecuente en los pacientes estudiados eran las labores del hogar en un 78% de los diabéticos y 69% de los hipertensos. El 7% de los pacientes diabéticos y el 18% de los pacientes hipertensos tenían empleo, 15% de los diabéticos y 5% de los hipertensos estaban desempleados y el 8% de los hipertensos eran jubilados. No se encontró diferencia estadística entre ser diabético y/o hipertenso y la situación laboral (Tabla 8).

TABLA 9  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Situación Laboral	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Empleado	7	10	3	19	10	12
Desempleado	2	3	7	43	9	11
Jubilado	0	0	3	19	3	4
Hogar	58	87	3	19	61	73
Total	67	100	16	100	83	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
\*p <0,05 (Chi cuadrada).

F: Frecuencia

De las mujeres estudiadas, el 87% se dedicaban a labores del hogar, 10% eran empleadas y 3% estaban desempleadas. De los hombres, el 43% estaban desempleados, 19% eran empleados, 19% eran jubilados, 19% se dedicaban al hogar. Se encontró relación estadísticamente significativa en la situación laboral con relación al sexo (Tabla 9).

TABLA 10  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Ingreso económico	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Ninguno	28	62	18	47	46	56	>0,05
< un salario mín.	8	18	12	31	20	24	>0,05
Un salario mín.	7	16	6	16	13	16	>0,05
Dos salarios mín.	1	2	1	3	2	2	>0,05
Tres ó más sal. mín.	1	2	1	3	2	2	>0,05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
F: Frecuencia

El ingreso económico de los pacientes estudiados provenía de ser asalariados o del apoyo familiar económico. De los pacientes diabéticos, 62% no tenían ingreso económico, 18% y 16% recibían el equivalente a menos de un salario mínimo o un salario mínimo

respectivamente, 2% tenían un ingreso de dos salarios mínimos y 2% de tres o más salarios mínimos. De los pacientes hipertensos, 47% no tenían ingreso económico, 31% recibían el equivalente a menos de un salario mínimo, 16% recibían un salario mínimo, 3% dos salarios mínimos y 3% tres o más salarios mínimos. No se encontró diferencia estadística en relación al ingreso económico y a ser diabético y/o hipertenso (Tabla 10).

TABLA 11  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Diagnóstico	< de 5 años		> de 5 años		Total	
	F	%	F	%	F	%
Diabetes Mellitus	9	43	36	58	45	54
Hipertensión Arterial	12	57	26	42	38	46
Total	21	100	62	100	83	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
F: Frecuencia

De los 21 pacientes que tenían menos de 5 años de estar enfermos, el 43% eran diabéticos, y el 57% hipertensos. De los 62 pacientes con más de 5 años de enfermedad, el 58% eran diabéticos y el 42% hipertensos (Tabla 11).

**TABLA 12**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

	< de 5 años		> de 5 años		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Control de DM							
Bueno	1	11	5	14	6	13	>0.05
Regular	2	22	6	17	8	18	>0.05
Malo	6	67	25	69	31	69	>0.05
Total	9	100	36	100	45	100	
Control de HTA							
Bueno	7	58	8	31	15	39	>0.05
Regular	4	33	16	62	20	53	>0.05
Malo	1	9	2	7	3	8	>0.05
Total	12	100	26	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA  
 F: Frecuencia

De los pacientes diabéticos con menos de 5 años de enfermedad, 67% tenían mal control metabólico, 22% regular control metabólico y 11% buen control metabólico; con más de 5 años de enfermedad, 69% tenían mal control metabólico, el 17% tenían regular control y 14% tenían buen control. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grado de control metabólico y el tiempo de ser diabético. En los pacientes hipertensos con menos de 5 años de enfermedad, 58% tenían buen control metabólico, 33% regular control y 9% mal control metabólico; con más de 5 años de enfermedad, 62%, tenían regular control metabólico, 31% buen control y 7% mal control. No se encontró diferencia estadística entre el grado de control metabólico y el tiempo de ser hipertenso (Tabla 12).

TABLA 13  
 ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
 AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

TIEMPO DE ENFERMEDAD E INDICE DE BIENESTAR RELACIONADO A LA SALUD							
	< de 5 años		> de 5 años		Total		
IBRS en DM	F	%	F	%	F	%	p
Bueno	3	33	12	33	15	33	>0.05
Regular	6	67	23	64	29	65	>0.05
Malo	0	0	1	3	1	2	>0.05
Total	9	100	36	100	45	100	
IBRS en HTA	F	%	F	%	F	%	p
Bueno	0	0	9	35	9	24	<0.05
Regular	11	92	16	61	27	71	<0.05
Malo	1	8	1	4	2	5	<0.05
Total	12	100	26	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Vifetas COOP-WONCA y Cuestionario anexo  
 F: Frecuencia

IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud

En los pacientes diabéticos con menos de 5 años de estar enfermos, el 67% percibían un regular Índice de bienestar en relación a la salud (IBRS) y 33% percibían un buen IBRS; con más de 5 años el 64% percibían como regular el IBRS, 33% como bueno y 3% como malo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la percepción del IBRS y el tiempo de estar enfermo de diabetes. En los pacientes hipertensos con menos de 5 años de enfermedad, 92% percibían un regular IBRS y 8% un mal IBRS, ningún paciente percibió buen IBRS; de los enfermos por más de 5 años, 61% percibían regular IBRS, 35% buen IBRS y 4% mal IBRS. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la percepción del IBRS y el tiempo de ser hipertenso (Tabla 13).

**TABLA 14**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

Diagnóstico Concomitante	Julio 2000		Abril 2001		P
	F	%	F	%	
Hipertensión arterial	33	73	33	73	>0.05
Patología Osteomuscular	2	5	2	5	>0.05
Cardiopatía	1	2	2	5	>0.05
Dislipidemia	1	2	5	11	>0.05
Obesidad	1	2	0	0	>0.05
Otros	7	16	3	6	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Revisión de Expedientes Clínicos.

F: Frecuencia

En las dos mediciones realizadas, julio del 2000 y abril del 2001, la mayoría de los pacientes diabéticos, 73%, además eran hipertensos, seguidos en pequeños porcentajes por diversas patologías. Entre una y otra medición no hubo cambio en la frecuencia de las patologías osteomusculares, aumentaron las cardiopatías y las dislipidemias y disminuyó la obesidad, sin diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones. El 100% de los pacientes cursaban con otras enfermedades (Tabla 14).

**TABLA 15**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001.**

Diagnóstico Concomitante	Primera medición		Segunda medición		p
	F	%	F	%	
Ninguno	25	66	20	53	>0.05
Patología Osteomuscular	4	10	8	21	>0.05
Gastritis	2	5	3	7	>0.05
Dislipidemia	1	3	0	0	>0.05
Cardiopatía	1	3	1	3	>0.05
Otros	5	13	6	16	>0.05
Total	38	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Revisión de Expedientes Clínicos.

F: Frecuencia

En las dos mediciones realizadas, julio del 2000 y abril del 2001, de los pacientes hipertensos no tenían diagnóstico concomitante, 66% y 53% respectivamente, en la segunda medición aumentó la patología osteomuscular del 10% a 21 % y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la primera y segunda medición (Tabla 15).

TABLA 16  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

ORIENTACION DEL PERSONAL DE SALUD Y TIEMPO DE ATENCION MEDICA							
Orientación del personal de salud	Diabetes Mellitus		Hipertensión arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Dieta	5	12	0	0	5	6	<0.05
Ejercicio	2	4	0	0	2	3	>0.05
Higiene	0	0	1	3	1	1	>0.05
Medicamentos	18	40	21	55	39	47	>0.05
Integral	20	44	16	42	36	43	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	>0.05
Tiempo de atención médica	F	%	F	%	F	%	p
Suficiente	43	96%	37	97%	80	96	>0.05
Insuficiente	2	4%	1	3%	3	4	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Cuestionario anexo a Viñetas COOP-WONCA.

F: Frecuencia

En la recopilación de datos del Cuestionario anexo a las Viñetas COOP-WONCA (que los mismos pacientes respondieron), se encontró que el 44% de los pacientes diabéticos refirió haber recibido orientación integral por parte del personal de salud, 40% de los mismos pacientes recibieron orientación sobre el uso de medicamentos, 12% sobre la dieta, 4% sobre el ejercicio y ninguno refirió recibir orientación sobre higiene. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser diabético y recibir o no orientación sobre la dieta. El 55% de los pacientes hipertensos refirieron recibir orientación sobre el uso de los medicamentos, 42% orientación integral, el 3% refirió recibir orientación sobre higiene, y sobre dieta y ejercicio ningún paciente lo refirió. Con relación al tiempo de atención

médica, la mayoría de los pacientes, 96% de los diabéticos y 97% de los hipertensos, refirieron que era suficiente (Tabla 16).

TABLA 17  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Trat. no farmacológico	Primera medición		Segunda medición	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dieta	45	100	45	100
Ejercicio	5	11	21	47
Restricción de Sodio	1	2	37	82
Restricción de alcohol	0	0	0	0
Restricción de tabaco	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA. Expedientes Clínicos.

F: Frecuencia.

En las dos mediciones realizadas, julio del 2000 y abril del 2001, en la revisión de la encuesta de investigación sobre Redes de Apoyo Social y Bienestar y de los expedientes clínicos de pacientes diabéticos, se encontró que en julio del 2000 el 100% tenían indicación de dieta, el 11% indicación de ejercicio y 2% la indicación de restricción de sodio. En Abril del 2001, el 100% tenían indicación de dieta, el 47% indicación de ejercicio, 36% más que en la primera medición, y 82% la indicación de restricción de sodio, 80% más que en la primera medición. No se encontraron registros sobre restricción de alcohol ni de tabaco (Tabla 17).

En la revisión del instrumento de recolección para la investigación sobre Redes de Apoyo Social y Bienestar 2000-2001 y de los expedientes clínicos, en las mediciones realizadas en julio del 2000 y abril del 2001 se encontró que todos los pacientes diabéticos ingerían medicamentos, en julio el 40% tomaba dos medicamentos, el 29% tres medicamentos, el 24% un medicamento, 7% cuatro o más medicamentos. En abril se encontró que 33% de los pacientes tomaban un medicamento, 33% dos medicamentos, 22% tres medicamentos y 12% cuatro o más medicamentos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el número de medicamentos que ingerían en los dos períodos de estudio (Tabla 19).

TABLA 20  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN HIPERTENSOS					
Tratamiento farmacológico	Primera medición		Segunda medición		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sin medicamentos	3	8	2	5	>0.05
Un medicamento	24	63	28	74	>0.05
Dos medicamentos	9	24	8	21	>0.05
Tres medicamentos	2	5	0	0	>0.05
Cuatro ó más	0	0	0	0	>0.05
Total	38	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Revisión de Expedientes Clínicos.

F: Frecuencia.

De datos obtenidos en los meses de julio del 2000 y abril del 2001, en el instrumento de recolección de datos de la investigación sobre Redes de Apoyo Social y Bienestar 2000-2001 y en los expedientes clínicos, en julio se encontró que 63% de los pacientes tomaban un medicamento, 24% dos medicamentos y 5% tres medicamentos, el 8% de los pacientes no ingerían medicamentos. En abril la mayoría de los pacientes, 74%, ingerían un medicamento, porcentaje que aumento en relación a la medición anterior, 21% tomaban dos medicamentos, 5% no tomaban medicamentos. Ningún paciente hipertenso tomaba cuatro o más medicamentos. No se encontró diferencia estadísticamente

significativa entre el número de medicamentos que ingerían en el período estudiado (Tabla 20).

### CONTROL CLINICO Y METABOLICO

De los pacientes diabéticos, el 9% y 13% tenían buen control metabólico en la primera y segunda medición respectivamente, y de los hipertensos, el 71% y 39% tenían buen control metabólico en la primera y segunda medición respectivamente.

El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio de los diabéticos fue de 29.1 que corresponde a la clasificación de obesidad, en tanto que en los pacientes hipertensos fue de 28.8 que corresponde a la clasificación de sobrepeso, Se encontró relación estadísticamente significativa, entre ser diabético y tener un índice de masa corporal de 25 a 27 (regular ó sobrepeso).

TENSION ARTERIAL SISTOLICA/ DIASTOLICA EN DIABETICOS E HIPERTENSOS										
Total	T.A.S. Diabéticos				Total	T.A.S. Hipertensos				p
	Mín.	Max.	M	DS±		Mín.	Max.	M	DS±	
45	110	210	139.3	20.9	38	90	170	134.3	16.3	>0.05
45	T.A.D. Diabéticos				38	T.A.D. Hipertensos				>0.05
	Mín.	Max.	M	DS±		Mín.	Max.	M	DS±	
	60	120	84.5	11		60	110	82.6	9.5	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

T.A.S.: Tensión Arterial Sistólica

T.A.D.: Tensión Arterial Diastólica

En los pacientes diabéticos, la tensión arterial sistólica promedio fue de 139.3 mm de Hg., el valor mínimo fue de 110 mm de Hg y el valor máximo de 210 mm de Hg, con DS  $\pm$  20.9 debido a lo extremo de los valores y la tensión arterial diastólica promedio fue de 84.5 mm de Hg., con valor mínimo de 60 mm de Hg. y con valor máximo 120 mm de Hg., con una DS  $\pm$  11. En los pacientes hipertensos la tensión arterial sistólica promedio fue de 134.3 mm de Hg, el valor mínimo fue de 90 mm de Hg y el valor máximo de 170 mm de Hg, con DS  $\pm$  16.3, y la tensión arterial diastólica promedio fue de 82.6 mm de Hg, el valor mínimo fue de 60 mm de Hg. y el valor máximo de 110 mm de Hg., con una DS  $\pm$  de 9.5. No se encontró diferencia estadísticamente significativa de la tensión arterial entre los diabéticos e hipertensos (Tabla 21).

TABLA 22  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Laboratorio	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Se realizaron	36	80	7	18	43	52	<0.05
No se realizaron	9	20	31	82	40	48	<0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

F: Frecuencia

En la revisión de los estudios de laboratorio realizados en la segunda medición en abril del 2001, de acuerdo a la NOM-030-SSA2-1999 a la NOM-015-SSA2-1994, en los últimos dos meses, los resultados señalaron que se realizaron estudios de laboratorio en el 82% de los pacientes diabéticos y no se efectuaron en el 18%. En los pacientes hipertensos se efectuaron estudios de laboratorio sólo en el 18% y no se efectuaron en el 82%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser diabético y realizarle exámenes de laboratorio y entre ser hipertenso y no realizarle exámenes de laboratorio (Tabla 22).

TABLA 23  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS										
Total	Primera medición				Total	Segunda medición				p
	Mín.	Max.	M	DS±		Mín.	Max.	M	DS±	
39	82	291	164.7	54.5	36	65	333	174.4	66	>0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

De los 45 pacientes diabéticos estudiados, en la primera medición en julio del 2000, se realizó glucemia a 39 (87%), de los otros 6 pacientes no se encontraron registros de resultados, el valor promedio de la glucemia fue de 164.7 mg/dl, con valor mínimo de 82 y máximo de 291, con DS ± 54.5; en la segunda medición efectuada en abril del 2001 se realizó glucemia a 36 (80%) pacientes diabéticos, de los restantes 9 pacientes no se encontraron registros de resultados de glucemia, el valor promedio de glucemia fue de 174.4 mg/dl, el valor mínimo fue de 65 y el máximo de 333, con una DS ± 66. No se encontró diferencia estadísticamente significativa de los valores de glucemia entre una medición y otra (Tabla 23).

TABLA 24  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

CLASIFICACION DE GLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS				
Glucemia (ayuno)	Primera medición		Segunda medición	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	4	10	4	11
Regular	6	16	4	11
Malo	29	74	28	78
Total	39	100	36	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

\*p >0.05 (Chi Cuadrada).

Los valores de glucemia bueno, regular y malo, descritos en la metodología, se clasificaron de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana-015-SSA2-1994. En julio del 2000 de los 45 pacientes diabéticos estudiados sólo se realizó el estudio de laboratorio en 39, de los cuales la mayoría, 74%, corresponde a malo, el 16% a regular y el 10% a bueno. En abril del

2001 de los 45 pacientes diabéticos se realizó el estudio de laboratorio a 36, en los que en 78% el resultado fue malo, regular en el 11% y buen control en el 11% (Tabla 24).

TABLA 25  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001  
EXAMENES DE COLESTEROL REALIZADOS EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA MEDICION  
EN DIABETICOS

Colesterol total	Primera medición		Segunda medición		P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Se realizó	13	29	15	33	>0.05
No se realizó	32	71	30	67	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

De los 45 pacientes diabéticos, se evaluaron valores de colesterol total, en julio del 2000 en 29% de los pacientes, y en abril del 2001 en 33% de los pacientes. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en realizarse exámenes de laboratorio entre la primera y segunda medición (Tabla 25).

TABLA 26  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001  
EXAMENES DE TRIGLICERIDOS REALIZADOS EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA  
MEDICION EN DIABETICOS

Triglicéridos	Primera medición		Segunda medición		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Se realizó	4	9	6	13	>0.05
No se realizó	41	91	39	87	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

En los 45 pacientes diabéticos sólo se realizaron determinaciones de triglicéridos, en julio del 2000, en el 9% de los pacientes y en abril del 2001, al 13%. No se encontró

diferencia estadísticamente significativa en realizarse exámenes de laboratorio entre la primera y segunda medición (Tabla 26).

**TABLA 27**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

**EXAMENES DE CHDL REALIZADOS EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS**

CHDL	Primera medición		Segunda medición		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Se realizó	1	2	1	2	>0.05
No se realizó	44	98	44	98	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

CHDL: Fracción del colesterol lipoproteína de alta densidad.

De los 45 pacientes diabéticos sólo se le determinó Fracción del colesterol de lipoproteína de alta densidad a uno, 2%, tanto en la primera como en la segunda medición. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en realizarse estos estudios de laboratorio entre la primera y segunda medición (Tabla 27).

**TABLA 28**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

**EXAMENES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA REALIZADOS EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA MEDICION EN DIABETICOS**

HbA 1c	Primera medición		Segunda medición		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Se realizó	0	0	1	2	>0.05
No se realizó	45	100	44	98	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

HbA 1c: Hemoglobina glucosilada.

En la medición realizada en julio del 2000 a ningún paciente se le realizó examen de Hemoglobina glucosilada, en abril del 2001 se efectuó en el 2%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones (Tabla 28)

**TABLA 29**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

**EXAMENES DE LABORATORIO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION EN**  
**HIPERTENSOS**

	Primera medición		Segunda medición		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Colesterol total					
Se realizaron	11	29	5	13	>0.05
No se realizaron	27	71	33	87	>0.05
Total	38	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación.

En los pacientes hipertensos el examen de colesterol total sólo se realizó en una pequeña proporción de pacientes, 29% en julio 2000 y 13% en abril del 2001 y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones (Tabla 29).

INDICE DE BIENESTAR EN RELACIÓN A LA SALUD

TABLA 30  
 ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
 AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001  
 INDICE DE BIENESTAR EN RELACIÓN A LA SALUD EN LA PRIMERA Y SEGUNDA  
 MEDICION

IBRS	Primera medición		Segunda medición		p
	F	%	F	%	
Bueno	17	20	24	29	>0.05
Regular	62	75	56	67	>0.05
Malo	4	5	3	4	>0.05
Total	83	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Víctas COOP-WONCA.

IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

Los resultados muestran con relación al Índice de bienestar, que en julio del 2000 el 75% lo percibieron como regular, 20% como bueno y 5% lo percibían como malo. En abril del 2001, el 67% lo percibieron como regular, 29%, de los pacientes como bueno y el 4% lo percibieron como malo. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el Índice de bienestar en relación a la salud en las dos mediciones realizadas (Tabla 30).

**TABLA 31**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

SEXO E INDICE DE BIENESTAR EN RELACION A LA SALUD (IBRS)							
PRIMERA MEDICION							
I.B.R.S. de D.M.	Femenino		Masculino		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Bueno	9	24	3	38	12	27	>0.05
Regular	27	73	5	62	32	71	>0.05
Malo	1	3	0	0	1	2	>0.05
Total	37	100	8	100	45	100	
I.B.R.S. de H.T.A.	F	%	F	%	F	%	p
Bueno	3	10	2	25	5	13	>0.05
Regular	24	80	6	75	30	79	>0.05
Malo	3	10	0	0	3	8	>0.05
Total	30	100	8	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA.

F: Frecuencia

IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

En la medición realizada en julio del 2000, la mayoría de los pacientes diabéticos percibieron el Índice de bienestar en relación a la salud como regular, tanto en el sexo femenino (73%) como masculino (62%). En los resultados de la primera medición en el 2000 no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico, la percepción del Índice de bienestar en salud y el sexo (Tabla 31).

**TABLA 32**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

SEXO E INDICE DE BIENESTAR RELACIONADO A LA SALUD (IBRS)							
SEGUNDA MEDICION							
	Femenino		Masculino		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
I.B.R.S. de D.M.							
Bueno	12	32	3	38	15	34	>0.05
Regular	24	65	5	62	29	64	>0.05
Malo	1	3	0	0	1	2	>0.05
Total	37	100	8	100	45	100	
I.B.R.S. de H.T.A.							
Bueno	8	27	2	25	10	26	>0.05
Regular	20	67	6	75	26	68	>0.05
Malo	2	6	0	0	2	6	>0.05
Total	30	100	8	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Vifetas COOP-WONCA.

F: Frecuencia

En la segunda medición en el 2001 aumentó la frecuencia de una mejor percepción de bienestar en el sexo femenino tanto en diabéticas como en hipertensas, sin cambios en la frecuencia de la percepción de bienestar en el sexo masculino entre la primera y segunda medición. No se encontró diferencia estadística entre ser diabético, del sexo femenino ó masculino y la percepción del IBRS ni entre ser hipertenso, del sexo femenino ó masculino y la percepción del IBRS (Tabla 32).

TABLA 33  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO E IBRS EN DIABETICOS

Control metabólico	Primera medición		Segunda medición		P
	F	%	F	%	
Bueno	4	9	6	13	>0.05
Regular	8	18	8	18	>0.05
Malo	33	73	31	69	>0.05
Total	45	100	45	100	
I.B.R.S.	F	%	F	%	P
Bueno	12	27	15	33	>0.05
Regular	32	71	29	65	>0.05
Malo	1	2	1	2	>0.05
Total	45	100	45	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Vifetas COOP-WONCA. Expediente clínico.  
IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.  
F: Frecuencia

Con relación al control metabólico, en julio del 2000, sólo el 9% de los pacientes diabéticos tenían buen control y la mayoría, 73%, tenían mal control; en abril del 2001 el 13% de los pacientes diabéticos tenían buen control metabólico y la mayoría, 69% tenían mal control. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones. Con relación al IBRS, en julio del 2000, el 71% de los pacientes diabéticos tenían un IBRS regular y el 27% bueno; en abril del 2001 aumentó el porcentaje de un buen IBRS a 33% y disminuyó el porcentaje de IBRS regular a 65%; en ambas mediciones sólo un paciente, 2%, percibió un mal IBRS. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones (Tabla 33).

TABLA 34  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

PRIMERA Y SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO E IBRS EN HIPERTENSOS					
Control metabólico	Primera medición		Segunda medición		P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Bueno	27	71	15	39	<0,05
Regular	9	24	20	53	<0,05
Malo	2	5	3	8	>0,05
Total	38	100	38	100	
I.B.R.S.	Frecuencia	%	Frecuencia	%	P
Bueno	5	13	10	26	>0,05
Regular	30	79	26	69	>0,05
Malo	3	8	2	5	>0,05
Total	38	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico

Con relación al control metabólico de los pacientes hipertensos en la primera medición en julio del 2000, la mayoría, el 71%, tenían buen control y en la segunda medición en abril del 2001 sólo el 39% tenían buen control, con diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones, el 24% de los pacientes tenían regular control clínico-metabólico en la primera medición en comparación con el 53% de la segunda medición, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones. Con relación al IBRS en los pacientes hipertensos en julio del 2000 el 13% de ellos tenían un buen IBRS, en abril del 2001 aumentó este porcentaje al 26%, el porcentaje de pacientes con regular IBRS disminuyó de 79% a 69% entre la primera y la segunda medición, lo mismo que el de los pacientes con mal IBRS que disminuyó de 8% a 5%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre una y otra medición en relación con el IBRS (Tabla 34).

TABLA 35  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

PRIMERA MEDICIÓN DEL CONTROL METABOLICO E IBRS					
Control clínico-metabólico	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Bueno	4	9	27	71	<0.05
Regular	8	18	9	24	>0.05
Malo	33	73	2	5	<0.05
Total	45	100	38	100	
Indice de Bienestar RS	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Bueno	12	27	5	13	>0.05
Regular	32	71	30	79	>0.05
Malo	1	2	3	8	>0.05
Total	45	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.

En la primera medición en julio del 2000, la mayoría de los pacientes diabéticos, 73%, tenían mal control clínico-metabólico, en cambio la mayoría de los pacientes hipertensos, 71%, tenían buen control clínico-metabólico. Con relación al IBRS en la mayoría de los pacientes diabéticos, 71%, fue regular y los resultados fueron similares en los hipertensos, regular en el 79%. En esta medición se encontró mejor control metabólico en los pacientes hipertensos con diferencia estadísticamente significativa entre hipertensos y diabéticos (Tabla 35).

**TABLA 36**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

SEGUNDA MEDICION DEL CONTROL METABOLICO E IBRS					
Diabetes Mellitus			Hipertensión Arterial		
Control clínico-metabólico	Frecuencia	%	Frecuencia	%	p
Bueno	6	13	15	39	<0.05
Regular	8	18	20	53	<0.05
Malo	31	69	3	8	<0.05
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	
Indice de Bienestar RS	Frecuencia	%	Frecuencia	%	p
Bueno	15	33	9	24	>0.05
Regular	29	65	27	71	>0.05
Malo	1	2	2	5	>0.05
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.

En la segunda medición en abril del 2001, el 69% de los pacientes diabéticos tenían mal control clínico-metabólico, el 53% de los pacientes hipertensos tenían regular control clínico-metabólico. Con relación al IBRS en los diabéticos y los hipertensos se clasificó como regular en 65% y 71 % respectivamente. En esta medición se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grado de control metabólico y ser hipertenso ó diabético (Tabla 36).

**TABLA 37**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

PRIMERA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO EN DIABETICOS								
Control Metab.	IBRS bueno		IBRS regular		IBRS malo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	3	24	3	10	0	0	6	13
Regular	5	38	4	13	0	0	9	20
Malo	5	38	24	77	1	100	30	67
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.

IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

\*p >0.05 (Chi Cuadrada).

F: Frecuencia.

En la medición realizada en julio del 2000 en pacientes diabéticos con buen IBRS, 38% tenían mal control metabólico, 38% regular control metabólico y 24% buen control metabólico; de los pacientes con regular IBRS, 77% tenían mal control metabólico, 13% regular control metabólico y 10% buen control metabólico; de los pacientes con mal IBRS el 100% tenían mal control metabólico. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el grado de control metabólico y la percepción de bienestar (Tabla 37).

TABLA 38  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

Control Metab.	IBRS bueno		IBRS regular		IBRS malo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	3	21	3	10	0	0	6	13
Regular	3	21	5	17	0	0	8	18
Malo	8	58	22	73	1	100	31	69
Total	14	100	30	100	1	100	45	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.  
IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

F: Frecuencia

\*p >0.05 (Chi Cuadrada).

De los pacientes diabéticos estudiados en abril del 2001, que tenían buen IBRS, el 58% tenían mal control metabólico, 21% regular control metabólico y 21% buen control metabólico; de los pacientes que tenían regular IBRS la mayoría, 73%, tenían mal control metabólico, 17% regular control metabólico y el 10% buen control; de los pacientes con mal IBRS el 100% tenían mal control. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el Índice de bienestar en relación a la salud y el control metabólico de los diabéticos en esta medición (Tabla 38).

**TABLA 39**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

**PRIMERA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO EN HIPERTENSOS**

Control Metab.	IBRS bueno		IBRS regular		IBRS malo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	3	60	22	73	2	67	27	71
Regular	1	20	7	23	1	33	9	24
Malo	1	20	1	4	0	0	2	5
Total	5	100	30	100	3	100	38	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico  
 IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

F: Frecuencia

\*p >0.05 (Chi Cuadrada).

En julio del 2000, de los pacientes hipertensos con buen IBRS, la mayoría, 60%, tenían buen control metabólico, 20% regular y 20% mal control metabólico; de los pacientes con regular IBRS la mayoría, 73%, tenían buen control metabólico, 23% tenían regular control y el 4% mal control; de los pacientes con mal IBRS la mayoría, 67%, tenían buen control metabólico y 33% regular control. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Índice de bienestar en relación a la salud y el control metabólico de los hipertensos en esta medición (Tabla 39).

**TABLA 40**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE**  
**AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

**SEGUNDA MEDICION DEL IBRS Y CONTROL METABOLICO EN HIPERTENSOS**

Control Metab.	IBRS bueno		IBRS regular		IBRS malo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	3	33	10	37	2	100	15	39
Regular	5	56	15	56	0	0	20	53
Malo	1	11	2	7	0	0	3	8
Total	9	100	27	100	2	100	38	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.

IBRS: Índice de bienestar en relación a la salud.

\*p >0.05 (Chi Cuadrada).

F: Frecuencia.

En los pacientes hipertensos con buen IBRS, en abril del 2001, el 56% tenían regular control metabólico, 33% buen control metabólico y 11% mal control. En los hipertensos

con regular IBRS el 56% tenían regular control metabólico, 37% buen control y 7% mal control. El 100% de los pacientes hipertensos con mal IBRS tenían buen control metabólico. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Índice de bienestar en relación a la salud y el control metabólico de los hipertensos en esta medición (Tabla 40).

**TABLA 41**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001**

APOYO SOCIAL Y CONTROL METABOLICO							
	Cuentan con apoyo social		No cuentan con apoyo social		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Control de D.M.							
Bueno	2	10	4	16	6	13	>0.05
Regular	3	16	5	19	8	18	>0.05
Malo	14	74	17	65	31	69	>0.05
Total	19	100	26	100	45	100	
Control de H.T.A.							
Bueno	5	36	10	42	15	39	>0.05
Regular	1	7	2	8	3	8	>0.05
Malo	8	57	12	50	20	53	>0.05
Total	14	100	24	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA. Expediente clínico.  
F: Frecuencia.

Contar con apoyo social se refiere a la autopercepción del paciente acerca de sí cuando necesitaba y quería ayuda, estaba alguien disponible a brindársela o no. De los pacientes diabéticos que contaban con apoyo social la mayoría, 74%, tenían mal control metabólico, 16% regular control metabólico y 10% buen control. Los pacientes diabéticos que manifestaron no contar con apoyo social, en el 65% el control metabólico era malo, en el 19% regular y en el 16% bueno. De los pacientes hipertensos que contaban con apoyo social, el 57% tenían mal control metabólico, 36% buen control y 7% regular control. En los hipertensos que no contaban con apoyo social, el 50% tenían mal control metabólico, 42% buen control y 8% regular control. No se encontró diferencia estadística entre el control metabólico de los diabéticos con apoyo social y el control metabólico de los diabéticos sin apoyo social, tampoco se encontró diferencia estadística entre el control

TABLA 44  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

I.B.R.S. de D.M.	Vive acompañado		Vive solo		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Bueno	10	42	5	24	15	32	>0.05
Regular	13	54	16	76	29	64	>0.05
Malo	1	4	0	0	1	4	>0.05
Total	24	100	21	100	45		
I.B.R.S. de H.T.A.	F	%	F	%	F	%	p
Bueno	4	25	5	23	9	24	>0.05
Regular	11	69	16	73	27	71	>0.05
Malo	1	6	1	4	2	5	>0.05
Total	16	100	22	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Cuestionario anexo a viñetas COOP-WONCA.  
F: Frecuencia.

En cuanto al IBRS de los diabéticos que vivían acompañados, el 54% tenían regular IBRS, 42% buen IBRS y sólo el 4% mal IBRS. De los que vivían solos la mayoría, el 76% tenían regular IBRS, 24% buen IBRS y ninguno mal IBRS. Los resultados en los hipertensos fueron parecidos. No se encontró diferencia estadística entre vivir solo ó acompañado con el IBRS (Tabla 44).

## REDES DE APOYO

TABLA 45  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

ASISTENCIA AL GRUPO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS Y EL CONTROL METABOLICO								
	Asistencia regular		Asistencia irregular		Total		p	
	F	%	F	%	F	%		
Control de D.M.								
Bueno	1	3	5	33	6	13	>0.05	
Regular	6	20	2	13	8	18	>0.05	
Malo	23	77	8	53	31	69	>0.05	
Total	30	100	15	100	45	100		
Control de H.T.A.								
Bueno	11	39	4	40	15	39	>0.05	
Regular	14	50	6	60	20	53	>0.05	
Malo	3	11	0	0	3	8	>0.05	
Total	28	100	10	100	38	100		

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Expediente clínico.

F: Frecuencia

De los pacientes diabéticos que asistían regularmente al grupo de autoayuda, el 77% tenían mal control metabólico, 20% regular control y 3% buen control. De los pacientes diabéticos con asistencia irregular el 53% tenían mal control metabólico, 33% buen control y 13% regular control. De los pacientes hipertensos que asistían en forma regular, el 50% tenían regular control metabólico, 39% buen control y 11% mal control. De hipertensos con asistencia irregular el 60% tenían regular control metabólico y el 40% buen control. No se encontró diferencia estadística entre la asistencia regular ó irregular al grupo con el control metabólico tanto en el grupo de diabéticos como de hipertensos (Tabla 45).

TABLA 46  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

ASISTENCIA AL GRUPO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS E IBRS							
I.B.R.S. de D.M.	Asistencia regular		Asistencia irregular		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Bueno	11	37	4	26	15	33	>0.05
Regular	18	60	11	74	29	65	>0.05
Malo	1	3	0	0	1	2	>0.05
Total	30	100	15	100	45	100	
I.B.R.S. de H.T.A.	F	%	F	%	F	%	p
Bueno	7	25	2	20	9	24	>0.05
Regular	19	68	8	80	27	71	<0.05
Malo	2	7	0	0	2	5	<0.05
Total	28	100	10	100	38	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Viñetas COOP-WONCA.

F: Frecuencia.

De los pacientes diabéticos con asistencia regular al grupo, el 60% tenían regular IBRS, el 37% buen IBRS y el 3% mal IBRS. De los pacientes diabéticos con asistencia irregular, en el 74% el IBRS fue regular y en el 26% fue bueno. De los pacientes hipertensos con asistencia regular el 68% tenían regular IBRS, el 25% buen IBRS y el 7% mal IBRS. De los pacientes hipertensos con asistencia irregular, 80% tenían regular IBRS, y el 20% mal IBRS. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes hipertensos con un regular IBRS y con asistencia irregular ó regular al grupo. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser hipertenso con un regular IBRS y asistencia irregular ó regular al grupo. También se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ser hipertenso con mal IBRS y asistir con regularidad al grupo y entre ser hipertenso con mal IBRS y asistir irregularmente al grupo (Tabla 46).

EXPEDIENTE CLINICO

TABLA 47  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO										
Diabéticos					Hipertensos					
Total	Mín.	Max.	M	DS±	Total	Mín.	Max.	M	DS±	p
45	12	34	26	4.6	38	12	34	23.3	5.8	<0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Expedientes Clínicos.

De acuerdo a la calificación de los expedientes el valor promedio fue de  $26 \pm 4.6$  en los diabéticos y de  $23.3 \pm 5.8$  en los hipertensos. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el valor promedio de la calificación de la integración, uso y manejo del expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, en la cual el valor ideal es de 34 puntos, dependiendo si el paciente era diabético ó hipertenso (Tabla 47).

TABLA 48  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1. JULIO 2000-JULIO 2001

EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO Y EXISTENCIA DE TARJETAS INDIVIDUALES  
PARA CONTROL

Expediente clínico	Diabetes mellitus		Hipertensión arterial		Total		p
	F	%	F	%	F	%	
Bueno	17	38	10	26	27	33	>0.05
Regular	23	51	18	48	41	49	>0.05
Malo	5	11	10	26	15	18	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	
Tarjeta de control	F	%	F	%	F	%	p
Sí	45	100	36	95	81	98	>0.05
No	0	0	2	5	2	2	>0.05
Total	45	100	38	100	83	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación. Revisión de Expedientes Clínicos.

F: Frecuencia.

En la evaluación de la fuente de información, el expediente clínico, la clasificación de calidad regular se encontró en el 51% de los diabéticos y el 47% de los hipertensos respectivamente, no se encontró diferencia estadística entre la clasificación y el diagnóstico. En la mayoría de los pacientes, el 98%, se encontraron tarjetas de registro individuales para control de diabetes mellitus e hipertensión arterial, sin diferencia estadística entre la existencia de tarjetas y el diagnóstico (Tabla 48).

## 7. DISCUSION

La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus están identificadas como principales causas de morbilidad, invalidez y muerte en personas mayores de 60 años, tanto en el estado de San Luis Potosí como en el país, a esto se agregan situaciones como dependencia económica, falta de apoyo emocional y depresión, entre otras, que conforman la sensación de bienestar en ese momento de la vida, el bienestar definido como la percepción de las mejores condiciones alcanzadas en las esferas de salud, psicológica y social, la satisfacción con relación a lo esperado por cada sujeto.

Como objetivo general de este trabajo se evaluó la influencia de las Redes de Apoyo en el bienestar de los pacientes adultos mayores que asistían a grupos de autoayuda de diabéticos e hipertensos de 15 centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria N° I de San Luis Potosí, S.L.P. durante el periodo de Julio 2000 a Abril 2001, los hallazgos obtenidos señalan que a pesar de que la mayoría de los pacientes asistían con regularidad al grupo de autoayuda, un porcentaje importante estaba en mal y regular control metabólico, resultados que difieren con lo publicado en la Norma Oficial Mexicana 030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial y la 015-SSA2-1994 para la Diabetes Mellitus, en los que se menciona que la asistencia de los pacientes a los grupos de apoyo es una alternativa para mejorar el bienestar de las personas, la autopercepción de salud de los sujetos y lograr un buen control de sus padecimientos.

Al igual que en otros estudios, como el de Castro V et al, Zubirán S., Phillips M., Ruiz-Arregui et al, Robles Silva et al, predominó el sexo femenino, en este caso con una relación de 9:1, mayor que en los estudios anteriormente señalados. La utilización de los servicios de salud es más frecuente en las mujeres que en los hombres, como lo señala también Rodríguez Morán<sup>8</sup> en un estudio de casos y controles sobre la importancia del apoyo

familiar en el control de la glicemia, ya que en ellas recae en gran parte la responsabilidad de atender la salud de la familia, cuando están en edad reproductiva llevan a los hijos a recibir inmunizaciones, atención médica cuando están enfermos y existe menos temor, a cualquier edad a asistir a solicitar atención médica cuando se sienten enfermas. Otra explicación puede ser la mayor longevidad de las mujeres, debido a la feminización del envejecimiento por la mayor supervivencia femenina en las edades avanzadas, como lo señala Ham-Chande et al<sup>17</sup>.

Se encontró diferencia entre los diabéticos que viven solos o acompañados y que tienen regular control de diabetes mellitus, también se encontró diferencia entre los diabéticos que viven solos o acompañados y que tienen mal control metabólico, quizás porque al no existir apoyo de la familia en la elaboración de los alimentos adecuados para la dieta del diabético se dificulta el control metabólico, el apoyo social y emocional recibido no es suficiente, al no lograr cambiar todo el grupo familiar su estilo de vida en cuanto a hábitos alimenticios en la dieta familiar ni en la individual, estos resultados difieren a lo encontrado por Rodríguez Morán et al<sup>8</sup> en su estudio donde la normoglucemia se asocia significativamente al apoyo familiar que reciben los enfermos. En los pacientes hipertensos no se encontró diferencia entre vivir solo ó acompañado y el control metabólico, tal vez porque su control depende más de ejercicios, disminución del consumo de alcohol y tabaco, y una medicación antihipertensiva adecuada<sup>5</sup>, que de un manejo estricto de restricciones en la dieta.

Los pacientes diabéticos cursaron con más enfermedades agregadas consideradas como complicaciones que los hipertensos. Las estadísticas señalan que aproximadamente el 30% de los pacientes diabéticos son además hipertensos y en este estudio el 73% de los pacientes diabéticos además eran hipertensos, resultados que difieren a lo encontrado por Lazcano Burciaga et al<sup>14</sup>, estudio en el que el 21.7% de los diabéticos eran hipertensos. La mayoría de los pacientes diabéticos se encontraron en mal control metabólico por lo que es explicable que el 100% tuvieran otras enfermedades agregadas. Los pacientes hipertensos, por su parte contaban con buen y regular control metabólico y aunque se registraron otras

patologías fue en la minoría, todo ello a pesar de que la mayoría de los pacientes diabéticos manifestaron haber recibido orientación integral por parte del personal de salud.

En ningún expediente clínico y tarjeta de control se encontró indicación de restricción de alcohol ni tabaco, a pesar de considerarse una intervención indispensable para el mejor control del paciente de acuerdo a la N.O.M. Respecto al tiempo de atención médica el 99% expreso considerarlo suficiente.

Al igual que lo encontrado por Castro et al<sup>11</sup> en el estudio de las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años, la mayoría de la población estudiada profesaba la religión católica, que es lo esperado en México, país donde la mayor parte de la población es católica.

El diagnóstico de diabetes fue más frecuente en el grupo de 60 a 69 años y el de hipertensión en los mayores de 80 años porque al ser más graves las complicaciones en los diabéticos también la mortalidad es más elevada no permitiéndoles llegar a edades más avanzadas; estos hallazgos coinciden con lo reportado por Ruiz Arregui et al<sup>36</sup> en el que encontraron que la prevalencia de la DM disminuye a medida que la población envejece, fenómeno que depende en gran medida de la alta mortalidad por tal causa entre los individuos de 60 y más años, se informan hallazgos similares en la Encuesta sobre Necesidades de los Ancianos realizada en Costa Rica en 1984 y en el estudio de Duran Arenas et al<sup>10</sup> en que en el caso de los diabéticos se observó un claro decremento a medida que aumentó la edad, la sobrevivencia en los grupos de 75 años y más cuando existía este padecimiento, era muy baja.

La dependencia económica de los adultos mayores limita sus posibilidades de adquirir lo necesario para sus dietas específicas y contribuye a que tengan que compartir lo que se prepara para el resto de la familia en caso de vivir acompañados. De los pacientes estudiados sólo el 45% tenían algún ingreso económico, que en la mayoría era mínimo, y el 55% del total de la muestra no percibía salario alguno. En el caso de los diabéticos la

mayoría eran de bajos ingresos económicos, 73% y 69% tenían mal control metabólico en la primera y segunda medición respectivamente, resultados que coinciden con lo referido por Rodríguez Morán et al<sup>8</sup> en el estudio importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en donde señalan que en una población mexicana de bajos ingresos se documentó descontrol metabólico en 48% a 69% de los individuos con diabetes.

En promedio, los diabéticos estudiados eran obesos, 58% y 69% en la primera y segunda medición respectivamente, no coincidiendo con lo reportado por Garay Sevilla et al<sup>13</sup> en que la mayoría de los diabéticos estaban en sobrepeso. En promedio, los hipertensos se encontraron en sobrepeso, 45% en ambas mediciones, el porcentaje de obesos encontrado en este estudio, 45% y 39% en la primera y segunda medición respectivamente, no coinciden con lo encontrado por Castro et al<sup>11</sup> en donde el 36% de los hipertensos de 60 a 69 años eran obesos. Esta situación es de esperarse en este grupo de edad, en el que se espera aumento de peso, disminución de la talla y por lo tanto incremento en el índice de masa corporal como un factor más de riesgo. A pesar de que la Obesidad y Dislipidemias son parte del Síndrome metabólico al igual que la diabetes e hipertensión arterial como lo señala la NOM-015-SSA2-1994, y que contribuyen a complicar ambas enfermedades, como lo señalan documentos y estudios, como las NOM 015-SSA2-1994 y 030-SSA2-1999, el Programa de Salud del Adulto y el Anciano en México, Garay Sevilla et al y Vokonas et al, donde se demuestra la relación entre Hipertensión y Obesidad y la asociación de hipercolesterolemia con Diabetes Mellitus, se encontró que se registró Obesidad como un diagnóstico agregado sólo en uno de los expedientes revisados.

Se evaluó, como se menciona en Metodología, la asistencia al grupo por parte de los pacientes, y por otro lado el apoyo emocional y social que están identificados como importantes en el control de la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial. Es así que la red primaria o familiar resultó ser más importante para el control del paciente que el de la red secundaria o grupo de autoayuda

Para evaluar el control médico y metabólico de los diabéticos en este estudio se consideró a la hipertensión como una complicación, como parte del Síndrome metabólico ó enfermedad agregada a este diagnóstico. De los pacientes estudiados la mayoría eran diabéticos (con ó sin hipertensión arterial) y el resto hipertensos, a diferencia de lo señalado por Castro V et al en su artículo las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. Estos resultados pueden deberse a las características especiales de esta población que incluyó adultos mayores de 60 a 93 años de edad, de los cuales doce eran diabéticos puros, treinta y ocho eran sólo hipertensos y treinta y tres eran diabéticos con hipertensión arterial. Tal vez la presencia de la diabetes en estas edades sea más frecuente que en edades menores, debido al poco o nulo cambio en los estilos de vida y un mayor tiempo de vida que permite la expresión genética de la enfermedad en individuos susceptibles.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la percepción de bienestar por sexos, estos resultados no concuerdan con lo reportado en otros estudios como el de L. García Olmos et al<sup>12</sup> en Madrid en 1992-1993 y el de Ruigómez et al sobre salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona España en 1991, donde las mujeres describen un nivel de salud peor y tienen una percepción de salud global peor que la de los varones.

Se encontró relación entre ser diabético, tener un buen ó regular control metabólico y contar con apoyo emocional, así como en percibir la sensación de bienestar como regular y contar con apoyo emocional. El apoyo social también influyó en ser diabético y/ó hipertenso con una buena percepción de salud. Estos resultados coinciden con los encontrados en 1991 por Whestone y John<sup>2</sup>, en los que se demostró que la carencia de apoyo familiar ó conyugal disminuía la motivación de los ancianos para cuidarse o sentirse mejor, y por Oleen<sup>2</sup> en un estudio longitudinal efectuado en Dinamarca en 1991 en el que demostraba la relación de la falta de contacto familiar en ancianos con elevación en la mortalidad.

El uso del expediente como fuente de información se encuentra limitado por las deficiencias en su manejo, uso e integración, como lo señala la encuesta estatal de la calidad de la atención médica realizada en 1988 y los lineamientos de la cruzada nacional por la calidad de la atención en su segunda etapa. La evaluación de los expedientes en este estudio se encontró por debajo de lo que marca la normatividad, ya que la mayoría obtuvieron clasificación de regulares. En la mayoría los pacientes cuentan con tarjetas de registro individuales para control de diabetes mellitus e hipertensión arterial, muy cercana al 100% como está indicado en el Programa de atención al adulto y al anciano.

Se han realizado estudios sobre la percepción de bienestar de los pacientes, sobre el control de la diabetes y de la hipertensión con relación a los apoyos de redes primarias ó secundarias con los que fue posible comparar los resultados de esta investigación, sin embargo no todos abordan el Índice de bienestar con relación al control metabólico de los pacientes.

## 8. CONCLUSIONES

Es innegable el éxito biológico alcanzado con el alargamiento de la vida, a pesar de esto se espera un incremento en la frecuencia de enfermedades crónico degenerativas a medida que la población envejece. En esta investigación se encontraron resultados interesantes sobre un grupo de adultos mayores enfermos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, su control clínico metabólico y la autopercepción de bienestar con relación al apoyo recibido por grupos específicos o familiares.

En la población estudiada, el diagnóstico de diabetes, sola o complicada con hipertensión arterial fue más frecuente que el de hipertensión arterial, y existió predominio del sexo femenino al igual que lo reportado por otras investigaciones.

Al dedicarse la mayoría de los pacientes al hogar y no percibir ingresos económicos, es posible que afectara su percepción de bienestar, sin embargo la mayoría, tanto de diabéticos como hipertensos, se clasificó como regular independientemente de estar o no controlados clínica y metabólicamente.

Sólo una minoría de los diabéticos tenía adecuado control metabólico de su enfermedad, la mayoría se encontraban en mal control metabólico, con el consecuente riesgo de complicaciones y mortalidad. En los pacientes hipertensos se encontró un mejor control clínico metabólico que en los diabéticos, esto pudiera explicarse porque el control del paciente diabético implica un manejo estricto de restricciones en la dieta, y también porque los hipertensos pueden tener mejor respuesta a los medicamentos.

El grado de control de diabetes y/o hipertensión arterial en la población estudiada no guarda relación con el tiempo de estar enfermo, cuando lo esperado es que en los pacientes que tienen más tiempo de estar enfermos, el control debería ser mejor ya que poseen más

información, conocen más de su enfermedad y del control de la misma. A pesar del mal control clínico metabólico en los diabéticos su percepción de bienestar fue regular con menos de 5 años de enfermedad y en los hipertensos con más de 5 años de enfermedad y mejor control clínico metabólico, la percepción de bienestar era buena.

Aún cuando ya se ha documentado que existe mayor prevalencia de hipertensión en grupos de edad mayores de 80 años, lo encontrado en este estudio confirma el alto riesgo del paciente diabético y adulto mayor.

Se encontró heterogeneidad tanto en el funcionamiento como en la aplicación de la Guía técnica para el funcionamiento de los Clubes de Diabéticos de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades en los grupos de autoayuda de diabéticos e hipertensos de los Centros de Salud, solo en algunas de estas Unidades Médicas se aprovecha el valioso recurso que representan estos grupos para un mejor control de estas enfermedades y la prevención de complicaciones.

Las detecciones oportunas de complicaciones no se realizan o no se registran en los expedientes clínicos, las pruebas de laboratorio específicas para cada una de las enfermedades estudiadas se realizaron en pocos pacientes, a pesar de ser recomendación de la Norma Oficial Mexicana y de la accesibilidad geográfica y económica a un Laboratorio Clínico.

Es preocupante el déficit de dotación de medicamentos específicos de estos programas en las Unidades de Salud ya que los pacientes diabéticos ingerían en promedio dos tipos de medicamentos, y los hipertensos uno, considerando el poco o nulo poder adquisitivo de este grupo de población para llevar a cabo sus tratamientos médicos completos.

Conforme la enfermedad avanza y se complica en los mayores de 60 años, el sentirse bien ó mal depende de otros factores, como el apoyo emocional y social recibido tanto de la red primaria como de la secundaria.

El buen funcionamiento de las redes de apoyo, tanto primarias como secundarias, permite beneficiar al máximo a los pacientes que se adhieren a ellas. De acuerdo a los resultados del estudio se rechaza la hipótesis nula, ya que las redes de apoyo, al parecer sobre todo las primarias influyen en el bienestar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.

Como manifiesta la UNICEF “si a las poblaciones previstas no se les consulta, informa, educa y moviliza aún los programas mejor diseñados pueden tener modestos resultados, incluso fracasar”.

## 9. RECOMENDACIONES

Es importante identificar las necesidades que el proceso de envejecimiento nos señala, ya que al intervenir con oportunidad, los daños a la salud y los costos económicos se minimizan. Cuando en esta etapa de la vida se agregan enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las necesidades aumentan por lo que es indispensable, no solo fortalecer la infraestructura en salud sino también fomentar la participación de los enfermos y sus familias en los grupos de autoayuda.

Es necesario explorar y desarrollar nuevas estrategias de investigación en el ámbito operativo que permitan mejorar el modelo de atención a la salud de la población, en particular de los adultos mayores con enfermedades crónicas para que vivan en las mejores condiciones de salud, satisfacción y bienestar los años que aún le restan.

Para el buen funcionamiento y control de los grupos de autoayuda debe estar involucrado todo el personal de la unidad de salud con acciones específicas de acuerdo a su nivel de competencia. Como primer paso para lograrlo es imperioso caracterizar las necesidades de salud de los adultos mayores y así determinar el tipo de respuesta social organizada que debe ofrecérseles

La evaluación de los grupos de apoyo institucionales debe ser obligatoria para corregir oportunamente las fallas que se detecten, porque tal parece que interesa más la cantidad de pacientes que acuden a los grupos que el control de cada uno de los asistentes. También debe convertirse en obligatoria la participación de todo el equipo de salud en el trabajo del grupo de ayuda mutua o autoayuda.

La heterogeneidad encontrada en la aplicación de la Guía Técnica para el funcionamiento de los Clubes de Diabéticos de la Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades (Coordinación de vigilancia epidemiológica. Programa de salud del adulto y el anciano) señala la necesidad de la capacitación continua del personal de las Unidades Médicas tanto en aspectos de la enfermedad como en dinámicas grupales y técnicas didácticas, que redundará en beneficio para los pacientes. El personal capacitado está más preparado para la aplicación de los programas de manera exitosa.

De la mano con la capacitación debe ir la Supervisión con Asesoría de los grupos de autoayuda y la promoción del uso de indicadores de evaluación. La estrategia de los grupos de autoayuda sin lugar a dudas ha probado sus bondades, ha demostrado tener un mayor costo/efectividad; sin embargo tal parece que en las Instituciones no se le ha dado la importancia que debe tener y la urgencia de transitar de la cantidad a la calidad, pues no se supervisa con metodología y de manera constante el manejo de registros, su funcionamiento y la necesidad de nuevas estrategias participativas que nos permitan promover a nivel familiar estilos de vida saludables.

Sería interesante estudiar con más precisión los apoyos emocional, social y económico que estos pacientes reciben, así como la influencia de estos en la prevención y evolución de la diabetes e hipertensión en los adultos mayores.

Es impostergable promover la participación activa de los adultos mayores y permitir que expresen sus necesidades, ya que las alternativas de solución que las Instituciones de Salud ofrecen ante la problemática de salud existente en esta población parte en la mayoría de las veces de una percepción unilateral, de lo que se cree son sus necesidades sin considerar su situación especial de adultos mayores

Es también importante fortalecer las redes sociales de apoyo primarias. Se requiere involucrar en mayor grado al grupo familiar, generando una cultura de corresponsabilidad familiar en salud, que complementa, refuerce y continúe al interior del hogar las propuestas

institucionales, así habría mayor integración de los servicios de salud, grupos de autoayuda, familia e individuo. Es importante que conozcan la historia natural con énfasis en los factores de riesgo, evolución de estas enfermedades y sus complicaciones ya que es indispensable que la familia, amigos y sociedad apoyen al paciente en su control brindándole apoyo emocional, supervisando la adherencia al tratamiento y su dieta.

En cada uno de los grupos de autoayuda, como parte de las redes sociales de apoyo secundario o institucional, debe profesionalizarse, planearse y evaluarse las actividades que a favor de los adultos mayores se realizan, los registros deben realizarse basados en la Guía específica para poder aplicar los indicadores de evaluación del funcionamiento del grupo y el alcance de los logros en el control de cada paciente. Todo lo anterior permitirá a este grupo de pacientes mantener una mejor percepción de su salud integral (IBRS), un menor consumo de fármacos y el control clínico-metabólico del padecimiento, requisitos indispensables para retardar y/o minimizar los efectos de la discapacidad física y social del paciente diabético y/o hipertenso.

Considerando el alto riesgo de los valores de colesterol para Enfermedad Coronaria con la consecuente morbilidad y mortalidad por esta causa debería consignarse como diagnóstico en el expediente clínico, así como las medidas adoptadas para corregirlo, sin embargo, en la revisión de expedientes, la dislipidemia se consigna sólo en seis expedientes de los 83 revisados. La diabetes mellitus y la cardiopatía coronaria son situaciones clínicas muy entrelazadas especialmente en personas de la tercera edad, sin embargo, tampoco se encontró registro de descartar o confirmar esta situación en el diagnóstico, con excepción de tres expedientes.

En este estudio una de las principales limitaciones fue el uso de una fuente de información secundaria que no reunía los requisitos de calidad indispensables para obtener todos los datos necesarios, a pesar de ser la única fuente oficial, por lo que es de vital importancia la capacitación continua del personal de salud en el manejo del expediente clínico con supervisión por parte de los responsables.

El formato de recolección de información utilizado para el estudio sólo puede ser manejado por personal médico o de enfermería capacitado en los programas de diabetes mellitus e hipertensión arterial y supervisión del expediente clínico.

Debe mejorarse el manejo, uso e integración del expediente clínico en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas ya que es una valiosa herramienta para lograr calidad, y así poder hacer el adecuado uso médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico, además de que existe la obligatoriedad de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Las políticas, programas y servicios de salud deben adecuarse a las nuevas condiciones demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas y ser cada día más incluyentes.

En los pacientes diabéticos e hipertensos mejorar el estilo de vida cambiando las conductas nocivas por conductas positivas es necesario para el adecuado control de la enfermedad, en los adultos mayores con estas enfermedades los cambios en el estilo de vida son difíciles de llevar a cabo por las características propias de esta población.

---

## BIBLIOGRAFIA REFERIDA

<sup>1</sup> Gil Barreiro M, Trujillo Grás O. Estereotipos hacia los ancianos. Rev. Cubana Medic Ger Integr 1997; 13(1):19-28.

<sup>2</sup> <http://www.eu.enfermeria@ua.es> 1997: 1-4

Ors Montenegro A; Laguna Pérez A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Rev enfermería y humanidades de la Universidad de Alicante, España 1997.

<sup>3</sup> <http://webmaster@bugs.invest.uv.mx> 1998: 1-7

Hernández Z.Z.E. Elaboración de un índice de Calidad de Vida para personas de la Tercera Edad. Rev. Psicología y Salud de la Universidad Veracruzana, 1998.

<sup>4</sup> Sánchez DM, Bazzani R, Gómez S. Prioridades de Investigación en América Latina. Ed. Montevideo. La salud de la población en edad avanzada en México. 1997.

<sup>5</sup> Secretaría de Salud. S.S.A. Programa de Salud del Adulto y el Anciano de México. 1996.

<sup>6</sup> Robles-Silva L; Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con Diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública Mex 1995; 37: 187-196.

<sup>7</sup> Vázquez EF et al. Aspectos psicosociales de la Diabetes Mellitus. Rev Med IMSS 1994, 32:267-270.

<sup>\*</sup> Rodríguez Morán M, Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Mex 1997, 39:44-47.

---

<sup>9</sup> Vellas P. Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública Mex* 1996; 38:513-522.

<sup>10</sup> Durán-Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 501-512.

<sup>11</sup> Castro V, Gómez Dantés H, Negrete Sánchez J, Tapia Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. *Salud Pública Mex* 1996; 38:438-447.

<sup>12</sup> García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria* 1994; 13(5):233-237.

<sup>13</sup> Garay Sevilla ME et al. Perceived psychological stress and diabetes type 2. *Rev Invest Clin* 2000; 52 (3): 241-245.

<sup>14</sup> Lazcano-Burciaga G, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med IMSS* 1999; 37(1):39-44.

<sup>15</sup> Martínez AL, Menéndez JJ, Cáceres ME, Baly BM, Vega GE, Prieto RO. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *Resumed* 1999; 12 (2):77-99.

<sup>16</sup> Oriol Gaspar. Cielo de Conferencias 1998: Calidad de vida en la tercera edad. Institute Universite Dexeus.

<sup>17</sup> Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública Mex* 1996; 38:409-418.

---

<sup>18</sup> Alemán-Mateo H, Esparza-Romero J, Valencia ME. Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. *Salud Pública Mex* 1999; 41:309-316.

<sup>19</sup> Servicios de Salud de San Luis Potosí. Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción Sanitaria N° 1 de San Luis Potosí, 1999.

<sup>20</sup> Borges-Yañez SA, Gómez-Dantes H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 1998; 40:13-23.

<sup>21</sup> Vokonas RS, Kannel WB. DM and Coronary heart disease in the elderly. *Clin Geriatr. Med* 1996;12(1): 69-78.

<sup>22</sup> Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for México? *Salud Pública Mex* 1999; 41:189-202.

<sup>23</sup> Kraus A. Grupos vulnerables. *Salud y Derechos Humanos, Perspectivas en Salud Pública* 1995 (22): 79-85

<sup>24</sup> Warren MW. El cuidado del anciano crónicamente enfermo. *Salud Pública Mex* 1996; 38:525-532.

<sup>25</sup> Infante GV. La calidad de vida desde una perspectiva Humanístico-Social. *Higiene Rev Sal Pub* 1999; 1(1): 9-14.

<sup>26</sup> Grau Abalo JA. Calidad de vida y salud. Problemas en su investigación. Trabajo para optar por el Título de Especialista en Psicología de la Salud. Fac. Ciencias Médicas "Calixto García" Inst. Sup. De Ciencias Médicas La Habana. 1996-97.

<sup>27</sup> <http://www.insp.mx/salud/36/365-2s.html> 1994

Infante-Castañeda C. Páginas de salud pública. *Salud Pública Mex*, 1994; 36 (5)

---

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

1. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 DEL Expediente Clínico.
4. Alleyne G. La diabetes: una declaración para las Américas. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 121(5): 461-466.
5. Zúñiga MA, Carrillo-Jimenez Gt, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pública Mex 1999; 41:110-118.
6. Programa de Reforma del Sector Salud en México. 1995-2000.
7. Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. 1998.

## ANEXOS

1. Presupuesto
2. Cronograma de actividades.
3. Tablas de Variables.
4. Instrumento de recolección de datos de investigación en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
5. Viñetas COOP/WONCA.
6. Tarjetas: De registro y control de Diabetes Mellitus.  
De registro y control de Hipertensión Arterial.
7. Cuadros de evaluación de control de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

ANEXO 1  
**Presupuesto**

<i>Fuente</i>	<i>Aporte Institucional</i>	<i>Otros Aportes</i>	<i>Total</i>	<i>Institución Financiadora</i>
<i>1. Personal</i>	\$ 6, 000.00		\$ 6, 000.00	CONACYT
<i>2. Materiales</i>	\$ 5, 000.00		\$ 5, 000.00	CONACYT
<i>3. Equipo</i>		\$ 6,000.00	\$ 6, 000.00	INVESTIGADORA
<i>4. Transportes</i>	\$ 4, 000.00		\$ 4, 000.00	CONACYT
<i>Total</i>	\$15,000.00	\$ 6, 000.00	\$ 21, 000.00	CONACYT INVESTIGADORA

*Honorarios Director y Asesor Metodológico de Tesis*

*INSTITUCION: U.A.S.L.P*



## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	SOCIALES	Conjunto de características conductuales dentro de un grupo regido por normas	- Tipo de familia	En cuestionario diseñado para el estudio y que se aplica al paciente, se clasifica en nuclear (grupo reducido de padres o pareja y a los hijos de ésta), extensa (constituida por los padres, los hijos, y ampliada con los sobrinos, tíos, abuelos, primos, amistades) o vive solo.	Cualitativa nominal
			- Apoyo emocional	Aplicando el cuestionario diseñado para el estudio el paciente responde quien brinda este apoyo: hijos, pareja, hermanos, otros familiares, amigos, ninguno.	Cualitativa nominal

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	DEMOGRAFICAS	Conjunto de características propias de los elementos o sujetos de la población estudiada que permiten su agrupación.	- Edad	Se cuantifica en número de años cumplidos a la fecha del estudio, debe ser de 60 años o más.	Cuantitativa discreta
			- Sexo	Categorizando masculino ó femenino.	Cualitativa nominal
			- Estado Civil	Condición de cada persona con respecto a la unión ó no con pareja estable: soltero(a) o solo(a), casado(a) o con pareja, viudo(a).	Cualitativo nominal

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	CULTURALES	Conjunto de estructuras religiosas, de manifestaciones intelectuales, artísticas ideológicas	Religión	Culto que la persona investigada profesa ó practica: Ninguno, católico, protestante, testigo de Jehová, ó algún otro.	Cualitativa nominal

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	ECONOMICAS	Conjunto de actividades relativas a la producción y el consumo, es el ingreso económico para los satisfactores básicos.	- Situación laboral	En cuestionario diseñado para la investigación se categoriza en empleado, desempleado, jubilado, hogar.	Cualitativa nominal
			- Ingreso mensual individual	En cuestionario diseñado para la investigación se investiga el número de salarios mínimos que percibe la persona estudiada: ninguno, menos de un salario mínimo, un salario mínimo, dos salarios mínimos, tres ó más salarios mínimos.	Cuantitativa continua
			- Apoyo familiar económico	Mediante la aplicación del cuestionario diseñado para la investigación, se identifica la procedencia del apoyo familiar económico: De los hijos, de la pareja, de otros familiares, amigos, ó ninguno.	Cualitativa nominal

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	MEDICAS	Conjunto de características médicas coadyuvantes o derivadas del control metabólico del paciente.	- Tiempo de enfermedad	Se obtiene el dato de encuesta que se aplicó al paciente junto con la Viñeta COOP-WONCA sobre el número de años de estar enfermo a partir del diagnóstico.	Cuantitativa continua
			- Enfermedades concomitantes	Se obtiene el dato revisando el expediente clínico, identificando las más frecuentes.	Cualitativa nominal
			- Orientación del personal de salud	Se obtiene el dato de encuesta que se aplicó al paciente junto con la Viñeta COOP-WONCA del tipo de orientación que el personal de salud le brinda: dieta, ejercicio, higiene, medicamentos, recreación ó todos.	Cualitativa nominal

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS	MEDICAS	Conjunto de características médicas coadyuvantes o derivadas del control metabólico del paciente.	- Tiempo de atención médica en el consultorio	Se obtiene el dato de encuesta que se aplicó al paciente junto con la Vñieta COOP-WONCA, se registra la percepción del paciente de suficiente ó insuficiente atención médica en el consultorio.	Cualitativa nominal
			- Tratamiento integral: farmacológico o no farmacológico	Identificación de tratamiento: dietético, ejercicio, tratamiento médico ó uso de herbolaria. El dato se obtiene de encuesta que se aplicó al paciente junto con la Vñieta COOP-WONCA, de la revisión del expediente clínico, de la(s) tarjeta(s) de control.	Cualitativa nominal
			- Medicamentos número de medicamentos que el paciente ingiere	Identificación del uso de medicamentos específicos de acuerdo al Cuadro Básico de la Secretaria de Salud, en cantidad, mediante la revisión de expedientes clínicos y tarjeta(s) de control.	Cuantitativa continua

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
<b>CONTROL CLINICO Y METABOLICO</b>	Conjunto de características que señalan normalidad ó anormalidad clínica y metabólica dentro de parámetros ya establecidos como son las Normas Oficiales Mexicanas.	- Talla	Se mide en metros y centímetros, el dato se obtiene del expediente clínico.	Cuantitativa continua
		- Peso	Se mide en kilogramos y gramos, el dato se obtiene del expediente clínico.	Cuantitativa continua
		- Enfermedad	Enfermedad que padece el encuestado: identificación de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, dato obtenido del expediente clínico y de la(s) tarjetat(s) de control.	Cualitativa nominal
		- Medición de Glicemia	Cuantificación de los niveles de glicemia en ayuno en mg/dl y se clasifica en control Bueno con cifras <110, control Regular 116-126, control Malo >126. El dato se obtiene del expediente clínico y de la(s) tarjeta(s) de control.	Cuantitativa continua
		- Medición de Tensión Arterial	Cuantificación de los niveles de tensión arterial sistólica / niveles de tensión arterial diastólica y se clasifica en control Bueno < 140/90, control Regular 140/90 -160/95, control Malo >160/95. El dato se obtiene del expediente clínico y de la(s) tarjeta(s) de control.	Cuantitativa continua
		- Índice de masa corporal (IMC)	Clasificación del IMC ó Índice de Quetelet se determina dividiendo el peso corporal entre la talla elevada al cuadrado= Kg/m <sup>2</sup> y se clasifica así: IMC > de 18 y < de 25 peso recomendable, IMC > ó = a 25 y menor de 27 sobrepeso, IMC ó mayor a 27 Obesidad.	Cuantitativa continua

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
<b>CONTROL CLINICO Y METABOLICO</b>	Conjunto de características que señalan normalidad ó anomalidad clinica y metabólica dentro de parámetros ya establecidos como son las Normas Oficiales Mexicanas.	- Medición de colesterol	Cuantificación de los niveles de Colesterol: Buen control <200. Regular 200-239, Malo>240 mg/dl. El dato se obtiene de la revisión del expediente clínico.	Cuantitativa continua
		- Medición de Triglicéridos	Cuantificación de triglicéridos en ayuno en mg/dl clasificándose como Buen control <150, Regular 150-200, Malo >200. El dato se obtiene de la revisión del expediente clínico.	Cuantitativa continua
		- Medición de la fracción de lipoproteínas de alta densidad de colesterol (HDL)	Cuantificación de HDL en ayuno en mg/dl clasificándose como Buen control >40, Regular 35-40, Malo <35. El dato se obtiene del expediente clínico.	Cuantitativa continua
		- Determinación de Hemoglobina Glucosilada ( HbA 1c)	Cuantificación de HbA 1c clasificándose como Buen control <6.5%mg/dl, Regular 6.5-7.5%mg/dl, Malo >7.5%mg/dl. El dato se obtiene del expediente clínico.	Cuantitativa continua

ANEXO 4

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DE INVESTIGACION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.**

CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

# DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_

INDICE DE BIENESTAR \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_ I.M.C. \_\_\_\_\_

TARJETA DE CONTROL: \_\_\_\_\_

EVALUACION DE EXPEDIENTE CLINICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE LABORATORIO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_

ANEXO 5

VIÑETAS COOP-WONCA



# VIÑETAS COOP/WONCA

## HOJA DE RESPUESTAS



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

ENCIERRE EN UN CIRCULO LA OPCION CON LA QUE SE IDENTIFIQUE MAS.

A) SALUD FISICA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

B) SENTIMIENTOS

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

C) ACTIVIDADES DIARIAS

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

D) ACTIVIDADES SOCIALES

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

E) CAMBIOS EN LA SALUD

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

F) SALUD EN GENERAL

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

G) APOYO SOCIAL

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

H) CALIDAD DE VIDA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

I) DOLOR

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

PUNTAJE FINAL

PESO IDEAL:

PESO ACTUAL:

1.- TIPO DE FAMILIA

- a).- Nuclear
- b).- Extensa
- c).- Vive solo

2.- INTEGRANTES

- a).- 1
- b).- 2 - 4
- c).- 5 - 7
- d).- 8 - 10
- e).- 11 ó más

3.- SITUACION LABORAL

- a).- Empleado
- b).- Desempleado
- c).- Jubilado
- d).- Hecho

4.- INGRESO MENS. INDIVIDUAL

- a).- Ninguno
- b).- < de un salario mínimo
- c).- Un salario mínimo
- d).- Dos salarios mínimos
- e).- Tres ó mas salarios mínimos

5.- APOYO FAM. ECONOMICO

- a).- Hijos
- b).- Pareja
- c).- Hermanos
- d).- Otros familiares
- e).- Amigos
- f).- Ninguno

6.- APOYO EMOCIONAL

- a).- Hijos
- b).- Pareja
- c).- Hermanos
- d).- Otros familiares
- e).- Amigos
- f).- Ninguno

7.- TIEMPO DE ENFERMEDAD

- a).- < De 01 año
- b).- 01 - 05 años
- c).- 06 - 10 años
- d).- 11 - 15 años
- e).- 16 ó más

8.- ENF. CONCOMITANTES

- a).- Artrosis
- b).- Gastritis
- c).- Problema renal
- d).- Disminución de la agudeza visual
- e).- Bronquitis
- f).- Problemas emocionales
- g).- Otras

9.- EL PERSONAL DE SALUD LE ORIENTA CON

- 1)- Dieta
- 2)- Ejercicio
- 3)- Higiene
- 4)- Medicamentos
- 5)- Recreación

10.- CONSIDERA QUE EL TIEMPO DE ATENCION MEDICA EN CONSULTORIO ES:

- a).- Suficiente
- b).- Insuficiente

11.- GLUCEMIA:

- a).- 80 - 110 mg/dl
- b).- 111 - 140 mg/dl
- c).- 141 - 160 mg/dl
- d).- 161 - mas mg/dl

12.- COLESTEROL

- a).- < de 200 mg/dl
- b).- 201 - 250 mg/dl
- c).- 251 ó > mg/dl
- d).- se ignora

13.- T.A. SISTOLICA

- a).- < de 90 mmHg
- b).- 91 - 120 mmHg
- c).- 121 - 140 mmHg
- d).- 141 - 161 mmHg
- e).- 161 ó > mmHg

14.- T.A. DIASTOLICA

- a).- < de 90 mmHg
- b).- 91 - 95 mmHg
- c).- 96 - 100 mmHg
- d).- 101 ó > mmHg

15.- INDICE DE MASA CORPORAL

- a).- < de 20 Kg/m2
- b).- 20 - 25 Kg/m2
- c).- 26 - 30 Kg/m2
- d).- 30 ó > Kg/m2

16.- TRATAMIENTO

- a).- dieta
- b).- ejercicio
- c).- medicamento
- d).- hervolaria

17.- MEDICAMENTO - HTA

- a).- Amlfetildopa
- b).- Propanolol / metoprolol
- c).- Captopril / enalapril
- d).- Clortalidona / furosimida
- e).- Nifedipina
- f).- Digoxina
- g).- Isosorbide
- h).- Furosimina
- i).- Otro
- j).- Ninguno

18.- POSOLOGIA

- a) - 1/2, 1/2, 1/2 = 1 1/2 tab.
- b) - 1, 1/2, 1/2 = 2 tab.
- c) - 1, 1/2, 1 = 2 1/2 tab.
- d) - 1, 1, 1 = 3 tab.
- e) - 2, 1, 1 = 4 tab.
- f) - 2, 2, 2 = 6 tab.

19.- MEDICAMENTOS - DM

- a).- Tolbutamida
- b).- Glibenclamida
- c).- Clorpropamida
- d).- Insulina
- e).- Otro
- f).- Ninguno

20.- POSOLOGIA

- a) - 1/2, 1/2, 1/2 = 1 1/2 tab.
- b) - 1, 1/2, 1/2 = 2 tab.
- c) - 1, 1/2, 1 = 2 1/2 tab.
- d) - 1, 1, 1 = 3 tab.
- e) - 2, 1, 1 = 4 tab.
- f) - 2, 2, 2 = 6 tab.

118 A1

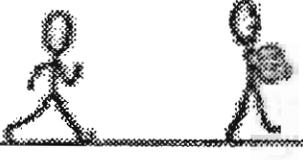
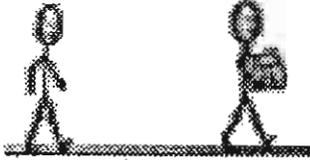


## SALUD FISICA



Durante las últimas 4 semanas...

¿Cual fue la actividad física mas fuerte que pudo realizar durante por lo menos 2 minutos?

<p>Muy fuerte, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Correr a paso rápido</li><li>*Subir una escalera con una carga pesada (10 kgs)</li></ul>		1
<p>Fuerte, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Trotar a paso lento.</li><li>*Subir una escalera con una carga pesada.</li></ul>		2
<p>Moderada, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Caminar vigorosamente.</li><li>*Llevar una carga ligera (5 kgs)</li></ul>		3
<p>Ligera, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Caminar lento</li><li>*Llevar una carga ligera (5kgs)</li></ul>		4
<p>Muy ligera, por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Caminar muy lento.</li><li>*Lavar los trastes.</li></ul>		5



## ACTIVIDADES DIARIAS



Durante las últimas 4 semanas...

¿Ha tenido dificultad, al estar realizando sus actividades o quehaceres diarios dentro y fuera de casa?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Algo de dificultad		3
Bastante dificultad		4
No pudo realizarlas		5



## CAMBIOS EN LA SALUD



¿Comparada su salud actual con la de hace 4 semanas como la calificaría?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Casi igual		3
Un poco mal		4
Bastante mal		5

## APOYO SOCIAL

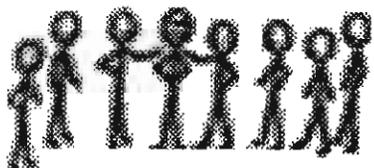
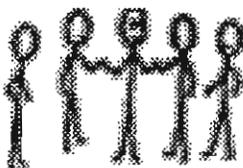
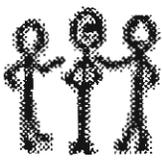


Durante las ultimas 4 semanas...

¿Si usted necesitaba y quería ayuda , estaba alguien disponible a hacerlo? Por ejemplo si usted...

- \*Se sentía nervioso, solo o melancólico
- \*Estaba enfermo y tenía que quedarse en cama
- \*Necesitó a alguien para hablar
- \*Necesitó ayuda para el quehacer diario
- \*Necesitó ayuda para cuidar de usted



Si, tantos como yo quería		1
Si, muy pocos		2
Si, algunos		3
Si, casi nadie		4
No, a nadie		5



# DOLOR



Durante las últimas 4 semanas...  
¿En general cuanto dolor ha tenido?

Ningún dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor leve		3
Dolor moderado		4
Dolor severo		5



## SENTIMIENTOS



Durante las últimas 4 semanas...

¿Ha tenido problemas emocionales tal como sentirse ansioso, deprimido, irritable, desanimado y/o melancólico?

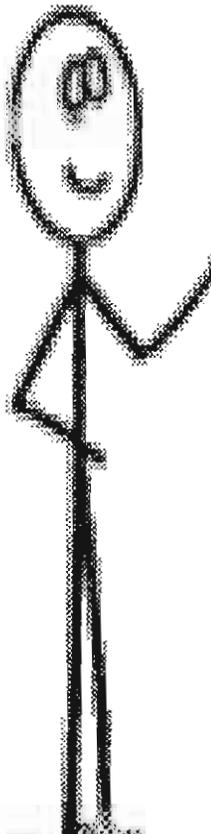
No		1
En algunas ocasiones		2
En muy pocas ocasiones		3
Casi siempre		4
Siempre		5



CALIDAD DE VIDA  
¿Como le ha ido durante las últimas 4 semanas?



Muy bien, no puede estar mejor	1
Bastante bien	2
Mas o menos bien	3
Bastante mal	4
Muy mal, no puede estar peor	5



ANEXO 6

TARJETAS DE REGISTRO Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS  
TARJETAS DE REGISTRO Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL







# TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL

D. G. M. P.

UNIDAD \_\_\_\_\_

JURISDICCION \_\_\_\_\_

LOCALIDAD SEDE \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

DATOS DE IDENTIFICACION	
Nº DE EXPEDIENTE _____	
NOMBRE _____	
EDAD _____	SEXO _____ TALLA _____
PESO IDEAL _____	Ocupacion _____
DOMICILIO _____	
_____	

ANTECEDENTES FAMILIARES	
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATIA ISQUEMICA	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL DIAGNOSTICO	
FECHA _____	
TIPO DE HIPERTENSION	ESENCIAL <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATOS DE LA DETECCION	
GRUPOS	EXAMEN
CONSULTA <input type="checkbox"/>	ESPECIFICOS <input type="checkbox"/> MASIVO <input type="checkbox"/>

## CONTROL

FECHA	REIN- GRESO	TENSION ARTERIAL		PESO ( Kg )	TRATAMIENTO	REFE- RENCIA ( * )	BAJA ( - )	OBSERVACIONES
		SISTOLICA	DIASTOLICA					

REFERENCIA: I.- A PRIMER NIVEL, II A SEGUNDO NIVEL, III A TERCER NIVEL.

MOTIVO: 1.- REFRACTARIO AL TRATAMIENTO 2.- COMPLICACION 3.- SOSPECHA DE ETIOLOGIA SECUNDARIA 4.- OTRO

\* BAJA: 1.- CAMBIO DE DOMICILIO 2.- RECHAZO AL TRATAMIENTO 3.- DEFUNCION 4.- PERDIDO 5.- CURACION 6.- OTRA



ANEXO 7

De acuerdo al Proyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, las metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control son:

METAS DEL TRATAMIENTO	BUENO	REGULAR	MALO
P.A. mm de Hg	<140/90	140/90-160/95	>160/95
Colesterol Total (mg/dl)	<200	200-239	> 240
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<25	25-27	>27
Sodio	< 2400 mg/día		
Alcohol	< de 30 ml/día		
Tabaco	Evitar este hábito		

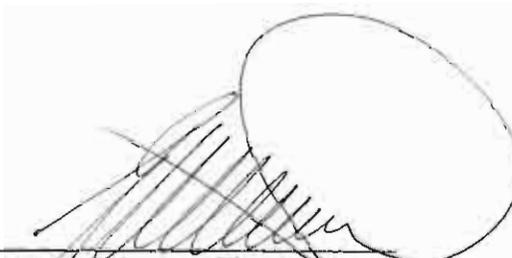
De acuerdo al Proyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, las Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente son:

METAS DEL TRATAMIENTO	BUENO	REGULAR	MALO
Glucemia en ayuno (mg/dl)	<110	110-126	>126
Colesterol Total (mg/dl)	<200.0	200-239	>240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>138/85
IMC	<25	25-27	>27
HbA <sub>1c</sub>	<6.5%mg/dl	6.5-7.5%mg/dl	>7.5%mg/dl

---

### **PERMISO DEL AUTOR.**

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Redes de apoyo social y su influencia en el bienestar de adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial ó total.



María del Carmen Flores Gómez.

San Luis Potosí, S.L.P. Mayo del 2002.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

100