



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Protocolo

***“Percepción de Salud Apoyo Social,
Relacionados a la Responsabilidad
en Salud de la Persona Adulta Mayor”***

Presenta:

L.E. Juan Salvador Rodríguez Soriano

Para Obtener el Grado de:

Maestría en Enfermería

Enero, 2022



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Protocolo

***“Percepción de Salud Apoyo Social,
Relacionados a la Responsabilidad
en Salud de la Persona Adulta Mayor”***

Presenta:

L.E. Juan Salvador Rodríguez Soriano

Directora de Tesis:

DCE. María Claudia Morales Rodríguez

Para Obtener el Grado de:

Maestría en Enfermería

Enero, 2022



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Protocolo

***“Percepción de Salud Apoyo Social,
Relacionados a la Responsabilidad
en Salud de la Persona Adulta Mayor”***

Presenta:

L.E. Juan Salvador Rodríguez Soriano

Directora de Tesis:

DCE. María Claudia Morales Rodríguez

Para Obtener el Grado de:

Maestría en Enfermería

Enero, 2022

Protocolo: Percepción de Salud Apoyo Social, Relacionados a la Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor

Número de registro: SIEP/ME/117/2022

Jurado de Examen de Grado

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Presidente

MCE. Rosa María Tlalpan Hernández
Secretaria

ME. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal 1

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora de FE-BUAP

DCE. Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y
Estudios de Posgrado

Agradecimientos

A la DCE. María Claudia Morales Rodríguez por su paciencia y enseñanza no sólo como director de tesis, también como docente, enfermera y ser humano.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y a la Facultad de Enfermería por permitirme, formar parte de este reto llamado Maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) por la oportunidad de pertenecer al programa nacional de posgrados de calidad.

A los docentes que participaron en este camino, también es su logro.

A mis compañeros de maestría que ahora son amigos, no hay distancia para nosotros.

A mi hermana, mis sobrinas y mamá, mis logros siempre son suyos.

A ustedes dos que estuvieron en los momentos difíciles.

Gracias a todos.

Resumen

Nombre: Juan Salvador Rodríguez Soriano

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Título: Percepción de Salud Apoyo Social, Relacionados a la Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor

Número de páginas: 67

Área de estudio: Educación para la promoción de la Salud

Candidato para el Grado de Maestría en Enfermería

Introducción: A nivel mundial el envejecimiento se considera un desafío para los sistemas de salud, el declive en el organismo a través de cambios moleculares trae consigo una disfunción de órganos y sistemas ocasionando enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial Sistémica. En México existen 6.8 millones de personas adultas mayores con esta enfermedad, lo que sitúa a este fenómeno como un tema de interés público. **Objetivo.** Determinar la relación entre la percepción de salud y el apoyo social con la responsabilidad en salud de la persona con hipertensión arterial sistémica. **Material y Método.** Estudio descriptivo correlacional de alcance transversal, la muestra estuvo conformada por 30 personas adultas mayores que acuden a consulta de atención de primer nivel en la ciudad de Puebla, Pue. Para medir las variables de estudio se utilizó una Cédula de datos Sociodemográficos, el cuestionario de Percepción de Salud, el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) y la Subescala de Responsabilidad en Salud (PEPS II). **Resultados.** Con un predominio del género femenino (70%), la edad promedio de la población fue de 69.7 años, un tercio de los participantes refirió tener pareja, se obtuvieron niveles de Percepción de Salud por encima de la media ($M = 57.67$) y Apoyo Social ($M = 75.93$) con un promedio de 6.1 personas que conforman la red social de los participantes En contraste para la variable Responsabilidad en Salud se encontraron ponderaciones bajas (20.17). No se encontró significancia en las correlaciones de Percepción en Salud y Responsabilidad en Salud, caso similar de Apoyo Social y Responsabilidad en Salud ($p > .05$). Los hallazgos muestran para las variables Percepción de Salud y Apoyo social una correlación con magnitud positiva, tamaño de efecto bajo ($r_s = .161$) y estadísticamente significativo ($p < .05$). **Conclusión.** Se encontró asociación significativa durante este estudio entre la Percepción en Salud y el Apoyo Social.

Firma del director de tesis _____

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	4
1.3 Marco Teórico	5
1.3.1 Modelo de Promoción de la Salud	5
1.3.2 Ubicación del Problema en la Teoría	10
1.3.3 Estructura Conceptual Teórico Empírica	11
1.4 Estudios Relacionados	12
1.4.1 Apoyo Social y Percepción de Salud	12
1.4.2 Percepción de Salud	13
1.4.3 Apoyo Social	14
1.4.4 Responsabilidad en Salud	16
1.5 Definición Operacional de Términos	17
1.6 Objetivo General	17
1.6.1 Objetivos Específicos	18
1.7 Hipótesis	18
Capítulo II	19
Metodología	19
2.1 Diseño de Estudio	19

Tabla de Contenido

	Página
2.2 Población	19
2.3 Muestreo y Muestra	19
2.4 Criterios de Selección	19
2.4.1 Criterios de Inclusión	19
2.4.2 Criterios de Exclusión	20
2.4.3 Criterios de Eliminación	20
2.5 Instrumentos de Medición	20
2.6 Procedimiento de recolección de datos	24
2.7 Ética del Estudio	25
2.8 Estrategias de Análisis Estadístico	26
Capítulo III	
Resultados de Prueba Piloto	27
3.1 Características Sociodemográficas y Clínicas	28
3.2 Consistencia Interna de los Instrumentos	29
3.3 Análisis de las Variables	30
3.3.1 Percepción de Salud	30
3.3.2 Apoyo Social	32
3.3.3 Responsabilidad en Salud	32
3.4 Pruebas de Normalidad	33
3.5 Prueba de Hipótesis	34
Capítulo IV	

Tabla de Contenido

	Página
Discusión	36
Conclusión	39
Referencias	40
Apéndices	46

Lista de Apéndices

	Página
A. Carta de Consentimiento Informado	46
B. Mini Mental State Examination (MMSE)	47
C. Cédula de Datos Personales y Sociodemográficos de la Persona Adulta Mayor (CDPSCPAM)	48
D. Cuestionario de Percepción del Estado de Salud	49
E. Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido	51
F. Cuestionario de Estilos de Vida Saludable II	52
G. Subescala de Responsabilidad en Salud	55

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Descripción de las Variables Sociodemográficas y Clínicas	27
Tabla 2. Consistencia Interna de los Instrumentos	29
Tabla 3. Percepción de Salud en la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica	30
Tabla 4. Apoyo Social en la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica	30
Tabla 5. Porcentajes Ítem de Responsabilidad en Salud de la Persona Mayor	32
Tabla 6. Prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov	34
Tabla 7. Coeficiente de Correlación de Pearson de las Variables de Percepción de Salud, Apoyo Social y Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor con Hipertensión	34

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Modelo de Promoción a la Salud	9
Figura 2. Ubicación del Problema en la Teoría	10
Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica	11

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial, el envejecimiento, se considera un desafío para los sistemas de salud, el aumento en la esperanza de vida, sumado a los cambios fisiológicos propios de la edad, traen consigo un aumento en la proporción de Personas Adultas Mayores (PAM). Debido a los cambios demográficos, para el año 2050 la población mundial de PAM se habrá duplicado (2100 millones) y se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique, hasta alcanzar los 426 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a).

El envejecimiento, se caracteriza por el declive de las funciones fisiológicas del organismo a través de una serie de cambios genéticos, moleculares, bioquímicos, histológicos y orgánicos. Estos cambios conducen a una reducción de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas y pueden manifestarse como enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento (de Berrazueta, 2018), entre ellas las enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) la cual es causante de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, nefropatías, etc. (OMS, 2021b).

En el mundo, al menos 1,130 millones de personas padecen HAS y sólo uno de cada cinco lleva un régimen terapéutico apropiado (Organización Panamericana de Salud [OPS] y OMS, 2020). En América Latina, entre el 20 y 35% de la población adulta tiene esta enfermedad y en la región Sur (Argentina, Chile, Brasil y Colombia), el 57.1% se sabe hipertenso y sólo el 18.8% controla adecuadamente sus niveles de tensión arterial; situándola como segunda causa de discapacidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS 2017). Además, la HAS aumenta la aparición de dependencia, fragilidad, caídas (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017) y representa una de las principales causas de muerte.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta que en 2020 vivían 15.1 millones de PAM, lo que representaba el 12% de la población total (INEGI, 2021), de ellos 6.8 millones tenían HAS de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Shamah et al., 2020), en esta misma encuesta se menciona que existe una prevalencia en mujeres y que la HAS se ubica dentro de las 20 principales enfermedades a nivel nacional; a nivel estatal (Puebla) en 2019 la Secretaría de Salud (SSA), reportó 5,068 PAM con HAS. Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de explorar factores que influyen en la salud de la PAM, ya que al ser identificados oportunamente permitirán mejorar las prácticas y conocimientos que se tienen para detectar factores de riesgo, prevenir complicaciones como la pérdida de funciones y con ello la reducción de la mortalidad.

Diversos autores mencionan factores asociados a la conservación de salud en las PAM y describen a la Percepción de Salud (PS) como uno de éstos, la PS se refiere a la percepción desarrollada por experiencias de la persona, se define como la percepción subjetiva de cuan saludable se siente física y mentalmente una persona, además se menciona que una persona puede sentirse sana, y descubrir que no lo es al someterse a una evaluación profesional de salud y que puede no sentirse saludable aún sin presentar ningún malestar (Saravia y Chau 2017).

El estudio de este factor apoya a la identificación de signos y síntomas de enfermedad física y mental, además ha sido utilizado como un indicador para el desarrollo de intervenciones de salud en esta población. Existe evidencia que la PS en la PAM, tiene influencia sobre el uso de los servicios de salud y que ésta se relaciona con factores como la edad, observándose que, al aumento de ésta, existe una disminución sobre la PS óptima (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

Diversos estudios mencionan variables asociadas a una PS óptima, entre las cuales destaca el Apoyo Social (AS) que ha sido descrito como un proceso interactivo en el que se obtiene soporte de carácter emocional, instrumental o económico, se ha asociado a variables como género, tipo y frecuencia de contactos, debido a que tienen influencia sobre el bienestar y las relaciones humanas, los cuales representan factores protectores en situaciones de vulnerabilidad; además de generar un equilibrio sobre el binomio salud-enfermedad (Rondón, Aranzazú y García, 2018).

Conocer características como la PS y el AS, permiten a los profesionales comprender la manera en que las PAM adquieren y mantienen acciones que favorezcan la conservación de su salud; algunos autores mencionan que una mejor percepción y contar con algún tipo de apoyo inclinan a la PAM en la adopción de conductas que culminen en una adecuada Responsabilidad en Salud (RS).

La RS ha sido descrita como el resultado de la educación obtenida acerca de la conservación de la salud propia y a la búsqueda de atención profesional cuando es necesario (Walker, Sechrist y Pender, 1987). La RS es un área de oportunidad para la detección de momentos clave y brindar educación oportuna que influya en la toma de decisiones responsables y saludables (Ayres y Pontes, 2018).

El profesional de enfermería en su deber de conocer e intervenir en aspectos relevantes sobre las actitudes y motivaciones de la PAM, tiene la necesidad de generar información relevante acerca de factores asociados a un envejecimiento saludable. Profundizar en el estudio de la PS y el AS permitirá identificar acciones que limiten posibles daños a un mediano y largo plazo en esta etapa del ciclo vital humano (Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011).

Hasta este momento, la literatura consultada sobre el estudio de estas variables en su conjunto es escasa, lo que muestra un vacío del conocimiento en este fenómeno de estudio. Lo anterior motiva al profesional de enfermería a generar información de carácter científico que permita en un futuro desarrollar intervenciones encaminadas a promover la responsabilidad en salud de la PAM y generar un impacto para la limitación de complicaciones asociadas a enfermedades crónicas como la HAS; de esta manera las prácticas promoverán la conservación y promoción de salud en la PAM.

Este estudio pretende fundamentar mediante el uso de modelos enfermeros, la generación de información relevante en la disciplina; el Modelo de Promoción a la Salud (MPS) (Murdaugh, Pender y Parsons, 2019), permitirá describir y relacionar este fenómeno escasamente estudiado, con el fin de proporcionar una explicación a elementos que intervienen en el manejo de la enfermedad como la PS e identificar los factores o sistemas de AS que favorecen la adquisición de conductas saludables en la PAM.

Así mismo, permitirá explicar de una manera adecuada las relaciones que pueden existir entre los conceptos de estudio, para generar información veraz, útil y de carácter científico que permita comprender de dónde surge una Conducta Promotora de Salud (CPS) como la RS. De este modo se comprende que el uso de teorías enfermeras, fortalece e innova las competencias en la promoción a la salud de la PAM y permite dar un mejor entendimiento de cómo esta población vulnerable se ve motivada a buscar una mejor salud personal.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la percepción de salud, el apoyo social y la responsabilidad en salud de la PAM con hipertensión?

1.3. Marco Teórico

1.3.1 Modelo de Promoción a la Salud.

El presente estudio considera como marco teórico el MPS (Figura 1). Este modelo sustenta y propone un marco para integrar las perspectivas de enfermería, asocia factores que influyen en el comportamiento de la salud y ofrece una guía para explorar, describir y relacionar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a las personas a participar en comportamientos dirigidos a mejorar la salud (Murdaugh et al., 2019).

El MPS, menciona entre sus principales supuestos que los factores biopsicosociales, son predictores de conductas, las cuales son motivadas por influencias interpersonales y pueden ser un precedente o una limitante para la búsqueda de ayuda profesional, cuyo fin es la adopción de una conducta promotora de salud, que en su punto máximo resulta en la adquisición o conservación del bienestar óptimo.

El MPS se fundamenta en bases científicas del desarrollo humano como la psicología y la educación, las cuales se ven integradas en diversas teorías, como la del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta y la del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, que incluye los conceptos de autocreencias como: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia (Bandura, 1977). El modelo considera también bases del modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982).

El MPS, está constituido por tres constructos, de los cuales derivan conceptos que serán descritos a continuación.

Características y experiencias individuales. Este constructo, se refiere a que cada persona tiene características únicas y experiencias propias que modelan diversos aspectos del estilo de vida y a su vez las acciones subsecuentes, pueden influir directamente sobre las conductas promotoras de salud. Este constructo comprende conceptos como la conducta previa relacionada y refiere a la frecuencia en que la conducta en sí misma se presentó en el pasado, menciona que los efectos directos e indirectos de la probabilidad se convierten en posibilidades de comprometerse con las conductas promotoras de salud.

Considera factores personales y los categoriza en: biológicos, psicológicos y socioculturales como predictores de una conducta. Los factores personales biológicos incluyen la edad, sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado el estado de vejez que disminuye la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Los factores personales psicológicos abarcan variables como autoestima, automotivación, competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. Los factores personales socioculturales: abordan aspectos como la etnia, aculturación, formación y el estado socioeconómico.

Cognición y afecto específico de la conducta. Este constructo considera que las cogniciones específicas de la conducta y las variables específicas de comportamiento tienen un significado motivacional importante. Estas son importantes para evaluar si el cambio realmente resulta a raíz de una intervención, e incluye los siguientes conceptos:

Beneficios percibidos de acción, son resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción, bloqueos anticipados, imaginados o reales y que influyen en la adopción de una conducta determinada.

Autoeficacia percibida; juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a una percepción menor de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Afecto relacionado con la actividad; los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

Influencias interpersonales; se refiere a los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás, como normas, apoyo social y modelación, además considera como fuente primaria de influencias interpersonales a las familias, la pareja y los cuidadores de salud.

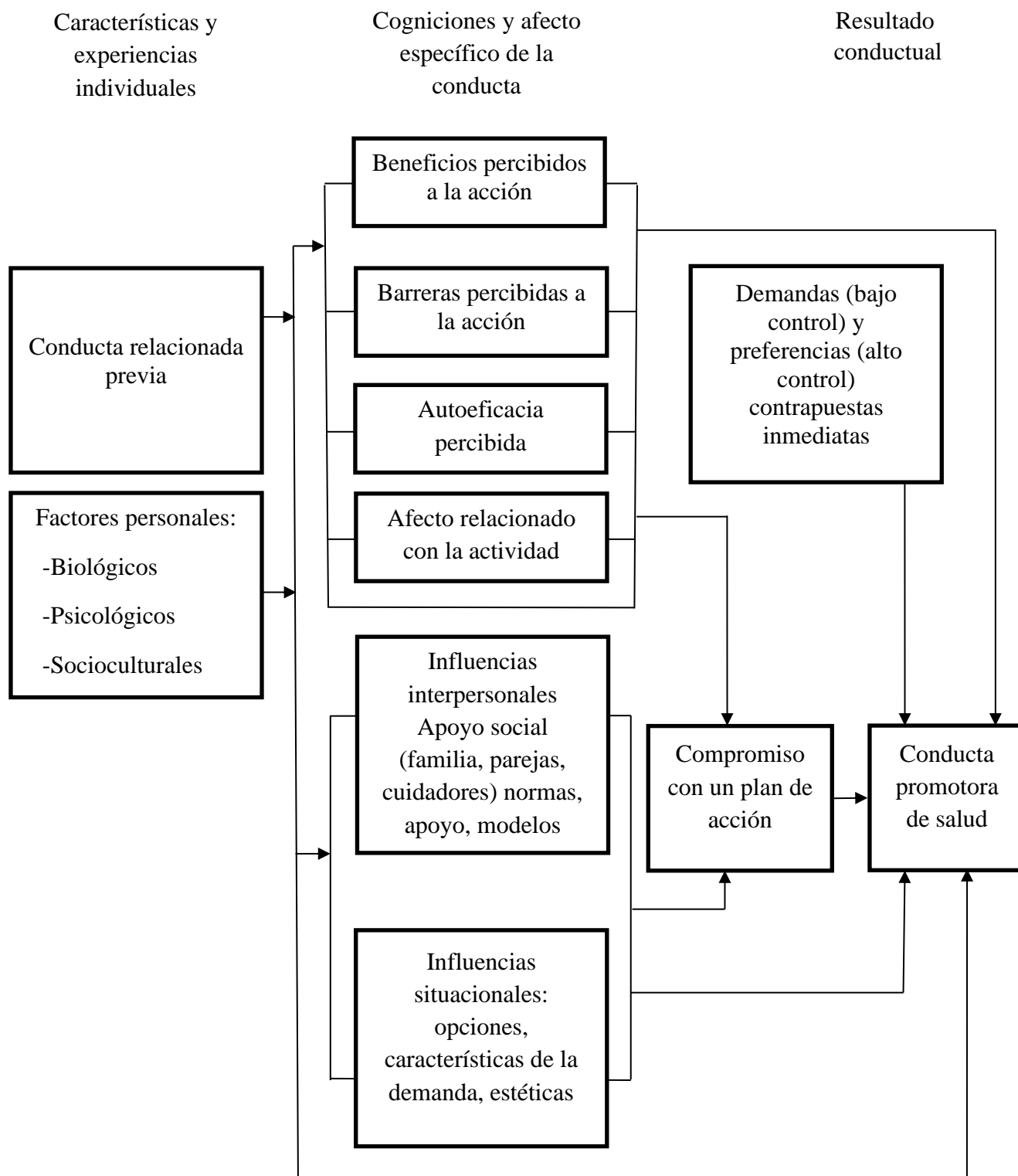
Influencias situacionales; engloba las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir una conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone desarrollar ciertas conductas promotoras de la salud y pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

Resultado conductual. Ubicado como el tercer constructo incluye conceptos como el compromiso con un plan de acción y refiere al concepto de la intención e identificación de una estrategia planificada que lleva a la implantación de una conducta de salud. También describe el concepto de demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y supone que las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen eventos en el entorno, como el trabajo o las responsabilidades del

cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para “picar” algo.

Por último, la conducta promotora de salud hace mención a ésta como el punto final o la acción a la que está dirigido el MPS. El comportamiento de promoción de la salud se encamina a lograr resultados de salud favorables, describe que los comportamientos promotores de salud, cuando son integrados como un estilo de vida saludable, resultan en una mejor salud, mayor capacidad funcional y una mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo.

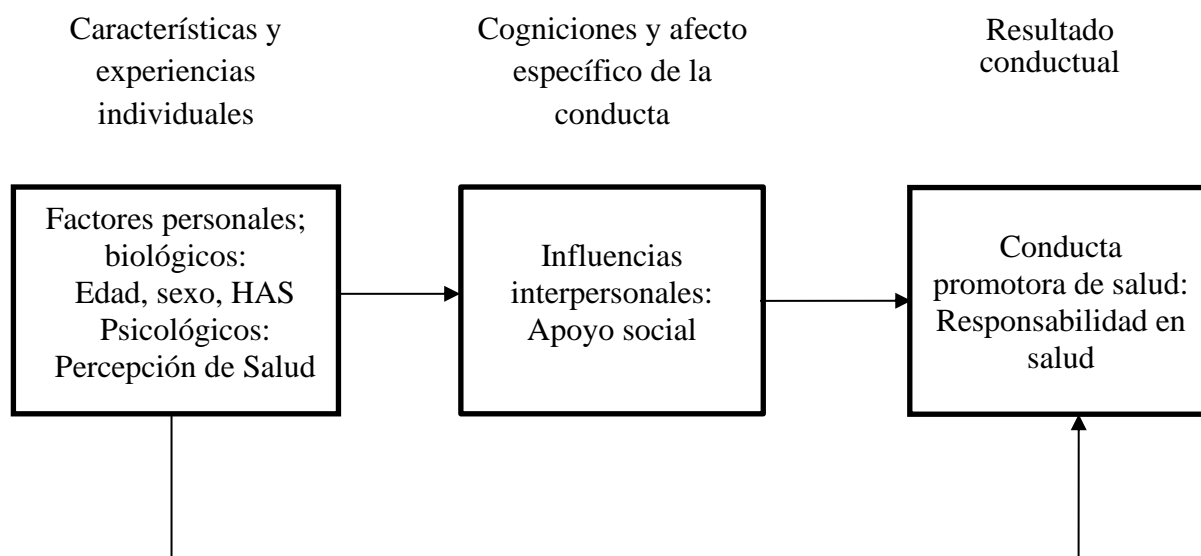
Figura 1. Modelo de Promoción a la Salud (Murdaugh et al., 2019)



1.3.2 Ubicación del problema en la teoría.

El presente estudio se ubica dentro del MPS, en el primer constructo de características y experiencias individuales se estudiarán los factores psicológicos con la variable de PS; del segundo constructo cogniciones y afectos específicos de la conducta se tomará el concepto de influencias interpersonales con la variable AS; por último, en el tercer constructo de resultado conductual, se tomará a la conducta promotora de salud con la variable RS (Figura 2).

Figura 2. Ubicación del Problema en la Teoría.



1.3.3 Estructura conceptual teórico empírica.

La estructura conceptual teórico empírica se describe en la figura 3, se incluyen los constructos y conceptos del MPS que serán utilizados, así como los indicadores empíricos que medirán cada una de las variables de este estudio.

Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica

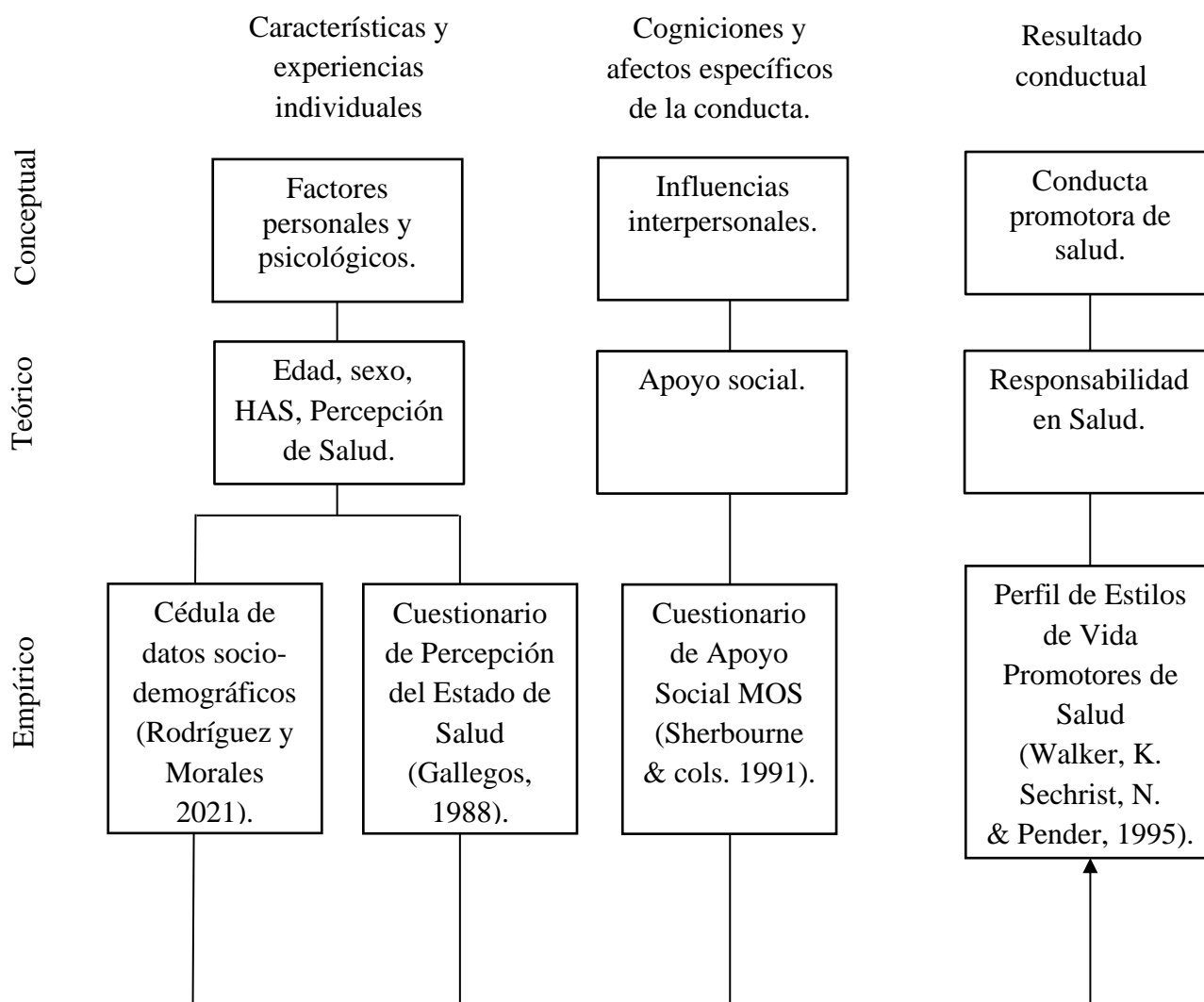


Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica.

1.4 Estudios Relacionados

Para el presente estudio, se realizó una búsqueda de la literatura para el sustento de los temas previamente descritos, se clasificaron de manera conceptual ante la escasa evidencia de artículos directamente relacionados.

Se abordará inicialmente a la PS seguido del AS y finalmente se dará a conocer la evidencia existente sobre la variable RS, cabe mencionar que los estudios sobre ésta última variable han sido realizados en individuos que no pertenecen al grupo de PAM.

1.4.1 Apoyo social y percepción de salud.

Navarro, Salazar, Shcnettler y Denegri (2020), en un estudio transversal- correlacional con el objetivo de estimar la relación entre la situación financiera percibida, el apoyo social percibido de amigos y la edad con la autopercepción de salud entre 383 PAM hombres y mujeres de la región de Araucanía en Chile; encontraron un promedio de edad de $(68.3 \pm 4,61)$ años y predominó el género femenino con el 65.8% ($n=258$), la asociación entre autopercepción de salud y el apoyo social percibido fue significativo para mujeres encontrándose una asociación positiva.

Las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas de acuerdo al test de Wald $X^2(1) = 0.927$ ($p > .05$) y se reflejó una mejor autopercepción de salud en los hombres con puntajes de (3.02 ± 1.07) en comparación a las mujeres (2.7 ± 1.0) con una diferencia de género ($t = -2.25$), en el caso del apoyo social, las mujeres presentaron mayores niveles (3.55 ± 1.34) en comparación a los hombres (3.26 ± 1.39) y una diferencia entre géneros de ($t=1.92$).

Arévalo, Game, Padilla y Wong en 2020 en un estudio de carácter correlacional, causal y de corte transversal, con el propósito de indagar los predictores asociados al bienestar subjetivo de PAM en transición de la tercera edad a la cuarta edad en una población de 682

PAM de Ecuador en el cual se encontró que la Percepción de Salud tuvo una media de (1.81 ± 0.79) en el grupo de la tercera edad y (2.07 ± 0.77) para el grupo de la cuarta edad con una $t = -3.955$ ($p < 0.001$) demostrando que la percepción de salud tiene una correlación con la calidad de vida, y los recursos percibidos y tienen una correlación significativa a un nivel de confianza del 95%.

Tapia et al. (2017) en un estudio descriptivo, correlacional en 754 PAM de centros de salud de Chile con el objetivo de identificar el nivel de autoeficacia percibida y su relación con variables biodemográficas y psicosociales, obtuvieron como resultado, que el género predominante fue el femenino con 61.4% con un rango de edad de entre 65 a 90 años, de características sociodemográficas casados en 40.8% ; respecto al estado de autopercepción de salud la categoría buena alcanzó mayor distribución porcentual con 48.5% $\chi^2 = 24.69$, la morbilidad predominante fue HAS con 63.1%, seguido de dislipidemias y diabetes mellitus..

Aunque en este estudio no se explicitan situaciones en que la PAM requiere apoyo, el AS se categorizó como bajo, la autopercepción de salud fue asociada a variables como calidad de vida, autoeficacia, temor a las caídas y estado nutricional con significancia estadística en estas variables ($p = 0.001$).

1.4.2 Percepción de salud.

Blanco, Jiménez, Pinazo, Sánchez y Torregrosa (2018), en un estudio con diseño de panel en una población de 917 personas mayores de 55 años con el objetivo de indagar acerca de los principales indicadores de la satisfacción con la vida en programas universitarios de España y Costa Rica, se encontró que de las variables medidas el AS y la salud auto percibida mostraron correlaciones significativas, presentaron diferencias significativas en función del país en la variable AS ($t_{(925)} = 2.39$; $p < .05$) con una d de Cohen .18 representando un tamaño de efecto

bajo y en la salud percibida ($t_{(801)} = -31.92; p < .01$) con una d de Cohen de .56 representando un efecto medio.

El análisis de correlación de Pearson reveló que la salud autopercebida mostró relaciones significativas con el apoyo social ($r_{xy} = .288, p < .01$), en el modelo de regresión lineal, se encontró que el apoyo social funcional (.77) y la salud autopercebida (.193) presentaron un efecto positivo y predictivo para la satisfacción con la vida ($R^2 = .231; p < .001$), es decir, explicó el 23% de la varianza. La importancia del estudio concluyó en la relevancia de estos indicadores como predictores para un envejecimiento exitoso.

Bustos, Fernández y Astudillo (2017) en un estudio de corte transversal en una población de 8,874 adultos mayores de 60 años en México, con el objetivo de entender la autopercepción de la salud y su relación con la presencia de comorbilidades, discapacidad y síntomas depresivos en adultos, mostró en el análisis, que la muestra final comprendió 7,967 participantes, con prevalencia del género femenino de 53.4%, la autopercepción positiva de salud tuvo un 81.8% con un índice de confiabilidad (IC) del 95%, el 18% presentaba una enfermedad de las que destacaron HAS y cáncer.

El análisis bivariado mostró que la probabilidad de presentar una percepción positiva de salud disminuye al aumentar el número de enfermedades concomitantes ($p < 0.001$), además de mostrar una asociación entre la percepción y las comorbilidades (OR= 0,48; IC 95% 0.42-0.55), discapacidad ($p < 0.001$) y (OR= 0.38; IC 95% 0.30-0.40), depresión (OR= 0.38; IC 95% ,0.34-0.43) y pobreza (OR= 0.87; IC 95% 0.76-0.98).

1.4.3 Apoyo social.

Cancino, Rehbein y Ortiz (2018) en un estudio correlacional en una población de 206 PAM Chilenas con el objetivo de determinar la relación que existe entre la reserva cognitiva, funcionamiento cognitivo, mediado por la depresión y el apoyo social encontraron que del

total de la población el 54.8 % tenía un antecedente de HAS, se encontró que el AS tuvo un efecto moderador entre depresión y la reserva cognitiva ($\beta= 0.161$), y reflejó que a mayores niveles de AS hubo mayores niveles de reserva cognitiva y por lo tanto menor el nivel de depresión, lo cual refleja la significancia estadística ($p= 0.032$), el estudio evidenció que el abordaje de relaciones entre las distintas variables, con el AS disminuye el riesgo de disfunción entre los dominios cognitivos, favorece el estado de salud y la percepción de seguridad en PAM.

Mercedes, Uribe, Matajira y Delgado (2017), en un estudio descriptivo, transversal realizado en 200 PAM de Bucaramanga tuvo como objetivo describir variables como el nivel de dependencia funcional y el apoyo social en las PAM con dolor, los autores describen que el 69% del género predominante fue el femenino con un rango de edad entre 65 y 75 años, el 41 % era casado y del total de la población el 72% desconoce un diagnóstico médico acerca de su sintomatología, el 86.5 % de ellos fue totalmente dependiente, en relación al AS se identificó que el apoyo afectivo predominó en un 78%, seguido del apoyo instrumental con un 76%, la interacción social positiva tuvo un 73% y el apoyo informacional fue el de menor porcentaje con un 72%, lo anterior corrobora que las relaciones significativas en la vida de la PAM inciden en la condición de salud y calidad de vida de esta población favoreciendo los proceso de adaptación personal.

Lizcano et al. (2020) en un estudio transversal, analítico, con el objetivo de identificar factores asociados a las dimensiones de apoyo social de 1,452 PAM en Colombia, obtuvieron como resultado que la edad promedio de la población de estudio fue de 70.6 años, del total de los participantes el 92% percibieron un apoyo emocional adecuado; esta dimensión estuvo asociada significativamente a factores como satisfacción con la salud, pensamientos de suicidio, depresión, entre otros; presentaron significancia estadística ($p=0.001$), el apoyo

instrumental se reflejó en un 93.5% , una interacción social positiva y el apoyo efectivo en 92% y 93 % respectivamente se asociaron a variables como tener pareja, funcionamiento familiar, bajo riesgo de depresión funcionamiento familiar y contar con quien lo cuide manteniendo significancia estadística ($p < 0.05$) y finalmente en el apoyo social se analizaron asociaciones a factores como percibirse como una persona feliz, ausencia de malos tratos, tener amigos cercanos.

1.4.4 Responsabilidad en salud.

Ayres y Pontes (2018), realizaron un estudio correlacional con el objetivo de examinar los factores que influyen en la responsabilidad en salud de 122 adolescentes de un entorno urbano y las relaciones que tiene con el apoyo social, la resiliencia, y la promoción de salud utilizando el MPS. El estudio arrojó una relación estadísticamente significativa entre la responsabilidad en salud y las conductas promotoras, aunque no se encontró relación entre las variables apoyo social con la responsabilidad en salud, los puntajes de la subescala de responsabilidad en salud tuvieron una variación de 4 a 28 (M 16.6 DE \pm 4.23) y se descubrió que la responsabilidad en salud tuvo una repercusión significativa sobre los estilos de vida saludable ($r = 0.733$, $p = 0.001$) al examinar comportamientos que promueven la salud se evidenció en conjunto que la responsabilidad en salud tuvo relación estadísticamente positiva con las relaciones interpersonales ($r = 0.187$, $p = 0.001$).

Khin., Cho, Aye, y Htet (2017), en un estudio de corte transversal con el objetivo de evaluar las conductas promotoras de salud en 69 PAM residentes en Chan Mya Thar Si Township, Mandalay hallaron que del total de la población estudiada sólo el 50.7% informaba sobre algún signo o síntoma inusual a un profesional de salud y sólo el 10.1% acudió a programas sobre cuidado de la salud, se identificó que, con respecto a la variable de responsabilidad en salud, sólo el 36% mantenía comportamientos saludables versus un 64%

con comportamientos poco saludables; los autores mencionan que es necesario fomentar apoyo para que las PAM acudan a los programas educativos en salud para disminuir el riesgo de enfermedad y asumir una responsabilidad en salud adecuada para el propio bienestar.

1.5 Definición Operacional de Términos

Percepción de Salud; característica desarrollada por las propias experiencias de la persona definida como percepción subjetiva de cuán saludable se siente física y mentalmente una PAM. Este concepto será medido con el Cuestionario de Percepción del Estado de Salud de Stewart et al. (1988).

Apoyo Social; considerada como una influencia interpersonal, se define como la percepción subjetiva de apoyo con el que la PAM cuenta de manera emocional, instrumental, informacional y es considerado un eslabón importante dentro de los sistemas de apoyo social que permiten dar una mayor comprensión de los recursos de apoyo existentes (Murdaugh et al., 2019). Este concepto será medido con el cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart (1991).

Responsabilidad en salud; resultado del comportamiento basado en la acción de la toma de decisiones que implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar y es resultado de la educación obtenida sobre la salud y la búsqueda de atención profesional cuando es necesario. Para esta variable se utilizará la subescala de Responsabilidad en salud derivada del instrumento Perfil de Estilos de Vida Saludable (PEPS II. Health Promotion Model) elaborado por Walker et al. (1995).

1.6. Objetivo General

Determinar la relación entre la percepción de salud y el apoyo social con la responsabilidad en salud de la persona adulta mayor con hipertensión arterial.

1.6.1 Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de las Personas Adultas Mayores.
2. Describir la percepción de salud de las Personas Adultas Mayores.
3. Describir el nivel de apoyo social percibido de las Personas Adultas Mayores.
4. Describir la responsabilidad en salud que tienen las Personas Adultas Mayores.
5. Describir la relación entre la percepción de salud y la responsabilidad en salud de las Personas Adultas Mayores.
6. Describir la relación del apoyo social con la responsabilidad en salud de las Personas Adultas Mayores.
7. Describir la existencia de la relación entre la percepción de salud y el apoyo social de las Personas Adultas Mayores.

1.7 Hipótesis

H1. Si la percepción de salud tiene una relación con la responsabilidad en salud, entonces las personas con mejor percepción de salud tendrán niveles más elevados de responsabilidad en salud.

H2. Si el apoyo social se relaciona a la responsabilidad en salud, entonces las personas con mayor apoyo social tendrán mayor responsabilidad en su salud.

H3. Si la percepción de salud tiene una relación con el apoyo social, entonces las personas con mayor percepción de salud tendrán un mayor apoyo social.

Capítulo II

Metodología

Para el presente estudio, se describen a continuación; el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, criterios para la selección, instrumentos, aspectos procedimentales de la recogida de datos, aspectos éticos de la investigación, así como el análisis estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

De acuerdo con los criterios de Polit y Tatano (2018), este estudio corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, transversal, y correlacional.

2.2 Población

Se considerará para la población de estudio a Personas Adultas Mayores de 60 años, que acuden a consulta de atención primaria en una institución de salud de primer nivel en la ciudad de Puebla.

2.3 Muestreo y Muestra

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, calculado por análisis de potencia, con una potencia del 95%, un nivel de significancia de 0.05, una magnitud de efecto del .50 y un nivel de error del 5%, La muestra se calculó a partir de la fórmula de las poblaciones infinitas comprendiendo una muestra de 182 PAM.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de inclusión.

Personas Adultas Mayores de ambos géneros a partir de los 60 años que acepten participar en el estudio, sepan leer, sean derechohabientes de la unidad de atención y firmen el consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de exclusión.

Personas Adultas mayores con déficit cognitivo o que padezcan alguna enfermedad mental, lo cual se corroborará mediante el Test Mini Mental de Folstein (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

2.4.3 Criterios de eliminación.

Todo aquél participante que decida abandonar la investigación o quienes no contesten los instrumentos de manera correcta (ítems sin contestar o dobles respuestas).

2.5 Instrumentos de Medición

Para asegurar la calidad de las respuestas en las PAM se aplicará la Escala Mini Mental (MMSE) desarrollada por Folstein et al. (1975), se considera este instrumento para monitorizar de manera cuantitativa el o los cambios mentales que se puedan presentar en los participantes de este estudio, es una herramienta para el tamizaje cognitivo utilizado clínicamente y tiene una aplicación en un corto tiempo y es fácil de comprender.

Para la población a la que está dirigida la escala consta de 11 reactivos con una sumatoria total de 30 puntos donde se establece un estado cognoscitivo íntegro, con una sugerencia de 24 en el punto de corte, el puntaje de cada subtest va de 0 a 6 y ha reportado una consistencia interna de 0.89 en estudios previos (Romo y Padilla, 2019). Si la puntuación obtenida al final del test es menor a 23 puntos se considera que existe deterioro cognitivo moderado y calificaciones menores a 10 se considera un deterioro cognitivo grave (Apéndice B).

Para la recolección de datos, se utilizará una cédula de datos personales (Rodríguez y Morales, 2021) para la identificación de datos sociodemográficos, posteriormente se aplicará la encuesta de salud en general, la escala de apoyo social y por último la sub-escala de responsabilidad en salud.

Cédula de datos Sociodemográficos

La cédula de datos personales de la PAM (CDPSCPAM) desarrollada por Rodríguez y Morales (2021) contiene reactivos que colectan características personales de los participantes como edad, sexo, estado civil, parentesco de los co-residentes de la vivienda, escolaridad y posibles enfermedades crónicas o agudas concomitantes que actualmente curse (Apéndice C)

Percepción de Salud

El cuestionario para medir la Percepción de Salud (PS) en su versión corta ha sido traducido de su versión en inglés al español para aplicarlo en el contexto mexicano por Gallegos (1997); y ha sido aplicado por Cadena (1999) y Campa (1997), ha reportado alphas de Cronbach de .79 a .87 (Apéndice D)

El patrón de este cuestionario varía por cada subescala por la que está formada.

1.Subescala del estado funcional; este apartado se enfoca en medir la percepción de la salud física, social y de rol. Las preguntas de la 1 a la 6 se responden en seis opciones, todo el tiempo (1), la mayor parte del tiempo (2), buena parte del tiempo (3), algo del tiempo (4), poco tiempo (5) y nada del tiempo (6). La calificación máxima corresponde a 36 y la mínima a 6 donde a mayor calificación la persona se siente mejor y la mínima al sentirse mal.

2.Subescala de bienestar, incluye la percepción de la salud mental y del dolor, esta sección comprende del reactivo 7 al reactivo 14, del 7 al 12 tienen un patrón de respuesta de tres alternativas las cuales son: limitada por más de tres meses (1), limitada por tres meses o menos (2), y sin limitaciones (3); y los reactivos 13 y 14 con opciones de respuesta (a) sí, por más de tres meses; (b) por tres meses o menos; y (c) correspondiente a la respuesta no. El valor máximo de 24 representa sin limitación y el mínimo de 8 limitación por más de tres meses.

3.Subescala de evaluación de la salud, los reactivos del 15 al 18 se inclinan a la medición de la percepción general de salud, con cinco respuestas de opciones: Definitivamente

verdadero (1), la mayoría de las veces es verdadero (2), no estoy seguro (3), la mayoría de las veces es falso (4), y definitivamente falso (5). Las preguntas 19 y 20 con cinco opciones que son: ninguno (1), muy leve (2), leve (3), moderado (4) y severo (5), responde a una calificación máxima de 30 y mínima de seis y corresponde a mejor y peor percepción de salud respectivamente.

Para el procesamiento del puntaje de este instrumento se requiere recodificar o invertir los valores de los reactivos 3, 5, 16, 17,19 y 20, esto para mantener un sentido en la puntuación. Los puntajes crudos se transforman a una escala que va de 0 a 100, para facilitar la interpretación y las comparaciones, ya que entre mayor sean los puntajes, mayor y mejor será la percepción del estado de salud.

Apoyo Social

El Cuestionario de MOS es un instrumento desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). ha presentado una consistencia del Alpha de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar (Apéndice E).

Evalúa el nivel del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas, permite investigar el apoyo global en sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

Está constituido por 20 ítems, el ítem número 1 dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre); conforman cuatro escalas que miden: Apoyo emocional; ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación

máxima: 40, media: 24 y mínima: 8. Ayuda material o instrumental; ítems 2, 5,12 y 15.

Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

Relaciones sociales de ocio y distracción; ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño; ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3. El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19, este índice global permite identificar que a mayor calificación del apoyo en sus diferentes dimensiones mayor es el apoyo social percibido, una menor calificación se considera una situación de riesgo social elevado para la persona y su entorno.

Responsabilidad en Salud

Perfil de Estilos de Vida Promotor de Salud (PEPS II).

El PEPS II en su versión al español (Walker et al., 1995), mide la frecuencia actual de la conducta promotora de salud, con una escala tipo Likert, el instrumento cuenta con 52 reactivos con un formato de respuesta de 4 puntos que van desde Nunca (N), Algunas veces (V), Frecuentemente (F), y Rutinariamente (R). Se divide en seis subescalas: Responsabilidad en Salud (RS) (Apéndice F); la cual consta de 9 ítems para valorar responsabilidad en salud, con un valor mínimo de 9 y un máximo de 36; Actividad Física con 8 reactivos y un puntaje mínimo de 8 y un máximo de 32.

Nutrición con 9 reactivos, un puntaje mínimo de 9 y máximo de 36; Desarrollo espiritual con 9 reactivos, el valor mínimo de esta escala va de 9 a un máximo de 36; Relaciones interpersonales con 9 reactivos cuyo valor mínimo corresponde a 9 y el máximo es de 36, por último, la subescala de Manejo del Estrés se califica con un puntaje mínimo de 8 y un máximo de 32. Este instrumento se califica con puntuaciones globales mínimas de 52 puntos hasta un máximo de 208, las puntuaciones más altas reflejan un mejor estilo de vida; este instrumento

ha sido utilizado por Mellado (2011) y Chacón (2012) reportando un alfa de Cronbach de .93 y .91 respectivamente

Para este estudio, se utilizará la subescala de responsabilidad en salud derivada del PEPS II, la subescala de RS, dimensiona la responsabilidad que tiene la persona hacia su propia salud, está constituida por 9 ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51 la calificación mínima corresponde a 9 y la máxima es 36, una mayor puntuación en esta subescala representa una responsabilidad en salud mayor; esta subescala se ha utilizado por autores como Cadena (1999) y ha reportado alfas de .81 (Apéndice G).

2.6 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de los datos, se solicitará la autorización de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, una vez obtenida la autorización, se procederá a solicitar el apoyo por parte de la Unidad de Medicina Familiar de una institución de salud pública en el estado de Puebla. Al contar con la aprobación de dicha unidad, se realizará la recolección de datos en la población de estudio, se abordará a cada PAM exhortándolo a ser partícipe, informándole sobre el uso de la confidencialidad y manejo de los datos que se obtendrán al contestar los instrumentos.

La participación se consolidará al otorgar su consentimiento informado; se le hará saber que puede externar cualquier duda sobre el estudio y que su participación es totalmente voluntaria, y que puede retirarse, si así lo desea sin repercusión alguna. A continuación, se aplicará el instrumento Mini Mental de Folstein con el objetivo de descartar la presencia de deterioro cognitivo que pueda ser un impedimento y motivo de exclusión para la continuación de la recolección de información.

Si el participante no cuenta con alguna posible afección cognitiva, se continuará con la aplicación de la cédula de datos personales, el instrumento para medir la percepción de salud, seguido de la escala de apoyo social y por último la subescala de responsabilidad en salud, para este procedimiento; al finalizar la aplicación, se agradecerá la participación de los adultos mayores.

2.7 Ética del Estudio

Esta investigación se registrará de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), basados en los artículos: 17 al tener opinión sobre proyectos de investigación científica. En el Título V de investigación para la salud, capítulo único, artículo 97 que orienta el desarrollo de investigación científica, artículo 100 que establece las bases para la investigación en seres humanos. En sus fracciones I para la adaptación de principios científicos y éticos que justifican la investigación para la posible contribución en los problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos en las ciencias médicas; III al existir una seguridad razonable para la investigación al no exponer a ningún riesgo al sujeto, IV la cual establece que se debe contar con un consentimiento informado (Apéndice A) , V al realizarse por un profesional de la salud con título y cédula de Licenciatura en Enfermería, VI al contar con la posibilidad de suspender la investigación en cualquier momento y fracción VII al garantizar atención de la institución de salud al sujeto de estudio en caso de ser requerirlo.

Este estudio se ha adaptado y sustentado en los principios éticos y científicos que justifican el código de ética para los enfermeros en México preservando los principios de autonomía al contar con un consentimiento informado, la privacidad al proteger su identidad mediante la confidencialidad y anonimato al hacer uso responsable de su información, confiabilidad al transmitir información con conocimiento y responsabilidad.

2.8 Estrategias de Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizará el programa estadístico SPSS, Statistical Package for the Social Sciences, versión 23.0. Se presentarán los resultados mediante estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas describiendo características sociodemográficas de la PAM. La confiabilidad de los instrumentos se validará mediante el alfa de Cronbach, Para la elección del uso de estadística paramétrica o no paramétrica se someterán las variables a la prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov). De comprobarse la normalidad de los datos se utilizará la estadística paramétrica para el establecimiento de la correlación, en caso contrario al no mantener la normalidad de los datos se utilizará la estadística no paramétrica.

Capítulo III

Resultados de la Prueba Piloto

En este capítulo se describen los resultados obtenidos a partir de la prueba piloto, se describen las características sociodemográficas de los participantes, la confiabilidad de los instrumentos, se analizan las variables indagadas en este estudio, así como la prueba de bondad de ajuste, además de la prueba de hipótesis.

3.1 Características Sociodemográficas y Clínicas

Tabla 1
Descripción de las Variables Sociodemográficas y Clínicas

Variable		<i>f</i>	%
Género	Masculino	9	30
	Femenino	21	70
Estado Civil	Soltero (a)	7	23.3
Vive con	Casado (a)	7	23.3
	Divorciado (a)	4	13.3
	Viudo (a)	9	30
	Unión libre	3	10
Vive con	Esposa (o)	10	33.3
	Hijos	9	30
	Solo(a)	6	20
	Familia	5	16.7
	Institución	0	0

Nota: *Cédula de datos personales (Rodríguez y Morales, 2021)* n=30

Tabla 1

Descripción de las Variables Sociodemográficas y Clínicas (Continuación)

Variable		<i>f</i>	%
Escolaridad	1 a 3	8	16.7
	4 a 6	3	10
	7 a 9	10	33.3
	10 a 12	3	10
	13 o más años	6	20
Hipertensión	Si.	30	100
	No.	0	0
Años de padecer hipertensión	1 año	1	3.3
	2 a 3 años	4	13.3
	4 a 5 años	7	23.3
Comorbilidades	Más de 5 años	18	60
	DT2	16	53.3
	ECV	1	3.3
	ERC	1	3.3
	Otros	3	10
	Sin comorbilidad	9	30

Nota: *Cédula de datos personales (Rodríguez y Morales, 2021) DM2= Diabetes*

Tipo 2, ECV = Enfermedades Cardiovasculares, ERC= Enfermedad Renal

Crónica

n=30

Para la prueba piloto se recolectó una muestra de 30 PAM con diagnóstico médico de hipertensión arterial sistémica, que cumplieron con los criterios de selección descritos en la metodología. De acuerdo con las características sociodemográficas, se encontró en los

participantes un promedio de edad de 69.7 años ($DE \pm 8.8$), con un rango de edad de 60 a 93 años con un predominio del sexo femenino del 70% ($n= 21$). Del total de la población estudiada el 66.6% refiere tener pareja ($n=20$), el promedio de escolaridad es de 2.87 años ($DE \pm 1.45$). El 70 % de los participantes padecen algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa de las cuales, la Diabetes tipo 2 fue la predominante con un 53.3% ($n=16$) (Tabla 1)

3.2 Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 2
Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Cuestionario de Percepción de Salud (CPS)	20	.90
Cuestionario de Apoyo Social (CAS)	20	.96
Subescala de Responsabilidad en Salud (SRS)	9	.85

Nota: CPS (Stewart et al., 1988), CAS (Medical Outcomes Study [MOS] Sherbourne y Stewart, 1991). SRS (Perfil de Estilos de Vida Promotor de Salud [PEPS II] Walker et al., 1995)

En la tabla 2 se muestra el análisis de confiabilidad de los instrumentos utilizados para la recolección de datos. Se puede observar que la subescala de Responsabilidad en Salud es la que muestra un coeficiente más estable, seguido del Cuestionario de Percepción en Salud. No obstante, el cuestionario de Apoyo Social presenta una consistencia interna elevada, que puede representar cierto grado de colinealidad. Con estos resultados obtenidos en el Alpha de Cronbach los instrumentos se muestran aceptables para su uso en este estudio (Polit y Tatano, 2018).

3.3 Análisis de las Variables

3.3.1 Percepción de Salud.

Tabla 3

Percepción de Salud en la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica

Género	Femenino		Masculino		Ambos Géneros	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Mayor Percepción de Salud	14	66.7	5	55.6	19	63.3
Menor Percepción de Salud	7	33.3	4	44.4	11	36.7
Total	21	70	9	30	30	100

Nota: CPS (Stewart, 1988)

n=30

El punto de corte para la Percepción del Estado de Salud es con base en el percentil 50.

En la tabla 3, se describe la PS de las PAM, se observa que el género femenino presenta una mayor Percepción de Salud; en contraste, se identifica que los hombres perciben menor salud. Se aprecia que existe una mejor percepción de manera global en casi dos tercios de la muestra.

3.3.2 Apoyo Social.

Tabla 4

Apoyo Social en la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica

Apoyo Social			
Pregunta	\bar{x}	<i>DE</i>	Rango
Numero de amigos íntimos y familiares.	6.1	5.2	0 20

Nota: CAS (Sherbourne y Stewart, 1991), \bar{x} =Media, DE= Desviación Estándar n=30

Tabla 4
Apoyo social en la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica
 (Continuación)

	Femenino		Masculino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apoyo emocional.						
Máximo	10	62.5	6	16.7	16	53.3
Medio	10	47.6	2	22.2	12	40
Mínimo	1	4.8	1	11.1	2	6.7
Pregunta						
Apoyo material o instrumental.						
Máximo	8	57.1	6	66.7	14	46.7
Medio	13	61.9	3	33.3	16	53.3
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Redes sociales de ocio y distracción.						
Máximo	9	42.9	6	66.7	15	50
Medio	12	57.1	3	33.3	15	50
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Apoyo afectivo.						
Máximo	11	52.4	6	66.7	17	56.7
Medio	10	47.6	3	33.3	13	43.3
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Total	\bar{x}	DE	Rango			
Apoyo social percibido	75.93	14.72	45	95		

Nota: CAS (Sherbourne y Stewart, 1991), \bar{x} =Media, DE= Desviación Estándar $n=30$

Para complementar la tabla número 4, los datos que se arrojan en la dimensión de Apoyo Social muestran que el número de amigos y familiares íntimos que componen la red social de los participantes, en promedio es 6.1 personas ($DE \pm 5.2$), con un rango que va de 0 a 20 personas. De acuerdo con la puntuación total del instrumento, los participantes permanecen en el nivel de apoyo social percibido alto con un promedio de 75.93 ($DE \pm 14.72$)

3.3.3 Responsabilidad en Salud

Tabla 5
Porcentajes por Ítem de Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica

Item	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Rutinariamente	Total
1.- Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	3.3	26.7	50	20	100
2.- Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	16.7	53.3	20	10	100
3.- Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	0	56.7	30	13	100
4.- Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	30	53.3	10	6.7	100
5.- Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	26.7	40	33.3	0	100
6.- Examinó mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	30	33.3	26.7	10	100
7.- Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).	3.3	63.3	30	3.3	100
8.- Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	46.7	43.3	3.3	6.7	100

Nota: *SRS (Walker et al., 1995)*

n=30

Tabla 5

Porcentajes por ítem de Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica (Continuación)

Ítem	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Rutinariamente	Total
9.- Busco orientación o consejo cuando es necesario.	3.3	66.7	26.7	3.3	100
Total	\bar{x} 20.17	DE 4.7	Valor mínimo 12	Valor Máximo 31	

Nota: *SRS* (Walker et al., 1995) \bar{x} =Media, DE= Desviación Estándar $n=30$

En la tabla 5, se analizó el nivel de Responsabilidad en Salud, con promedio global de 20.17 ($DE \pm 4.77$), un rango mínimo de 12 y máximo de 31, los promedios en cada uno de los ítems mostraron en general niveles bajos de acuerdo con la ponderación del puntaje máximo del instrumento. Entre los ítems con ponderaciones más bajas destacan el ítem 1; “Informa señales inusuales o síntomas extraños a los profesionales de la salud”, con un promedio de 1.7 ($DE \pm .837$). En el ítem 2; “leo o veo programas de televisión que estén encaminados al mejoramiento de la salud”, se obtuvo una puntuación media de 2.23 ($DE \pm .858$) y en el ítem 4; “Busco una segunda opinión cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de salud”, con una media de 1.93 ($DE \pm 4.77$).

3.4 Prueba de Normalidad

Para determinar la distribución los datos generados en cada uno de los instrumentos, se realizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov, para determinar el ajuste con un marco muestral menor a 50 participantes. En virtud de haber obtenido resultados mayores al nivel de significancia ($p > .05$) para las 3 variables, se decidió utilizar estadística paramétrica a través de la correlación de Pearson (Tabla 6).

Tabla 6.

Prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Variable	K-S	Valor de p
Percepción de Salud	.471	.980
Apoyo Social	.961	.314
Responsabilidad en Salud	.989	.282

Nota: CPS (Stewart, 1988) CAS (Sherbourne y Stewart, 1991) y SRS (Walker et al., 1995). $p > .05$ $n = 30$

3.5 Prueba de Hipótesis

Tabla 7

Coefficiente de Correlación de Pearson de las Variables de Percepción de Salud, Apoyo Social y Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica

Variabes	1	2	3
1. Percepción de Salud (CPS)	1		
2. Apoyo Social (MOS)	.427* (.018)	1	
3. Responsabilidad en Salud (SRS)	.161 (.394)	.214 (.256)	1

Nota: CPS (Stewart, 1988), SRS (Walker et al., 1995), MOS (Sherbourne y Stewart, 1991)

* $p < .05$

$n = 30$

En respuesta a la pregunta de investigación y sustento de la hipótesis que indica: “Si la percepción de salud tiene una relación con la responsabilidad en salud, las personas con mejor percepción de salud tendrán niveles más elevados de Responsabilidad en Salud”; con base en la distribución de las variables Percepción de Salud y Responsabilidad en Salud, se realizó la prueba de correlación de Pearson entre las variables. Los resultados muestran una correlación con magnitud positiva, tamaño de efecto bajo y sin encontrar significancia estadística ($p > .05$) (tabla 7).

Para dar continuidad a la pregunta de investigación y sustento a la hipótesis que indica: “Si el Apoyo Social se relaciona a la Responsabilidad en Salud, entonces las personas con mayor Apoyo Social tendrán mayor Responsabilidad en su Salud”. Se realizó la prueba de

correlación de Pearson, los resultados muestran una relación con magnitud positiva, tamaño de efecto bajo y sin encontrar significancia estadística ($p > .05$) (tabla 7).

Por último, para probar la hipótesis: “Si la Percepción de Salud tiene una relación con el Apoyo Social, entonces las personas con mayor Percepción de Salud tendrán un mayor Apoyo Social”, se realizó la correlación de Pearson. Los hallazgos mostraron una correlación con magnitud positiva, tamaño de efecto bajo y estadísticamente significativo ($p < .05$) (tabla 7).

Capítulo IV

Discusión

Se estudió una muestra total de 30 PAM con diagnóstico médico de HAS. Predominó el género femenino, en concordancia con estudios previos de Navarro et al. (2020), esta proporción superior de mujeres puede deberse a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2020 en la que la cantidad de mujeres es superior.

La mayoría de las PAM refirieron tener pareja, esto coincide con lo descrito por Tapia et al. (2017), quien estudió a un grupo de PAM en su mayoría casados, además de la HAS, más de la mitad de los participantes refirieron patologías agregadas entre las que destacó la DT2; poniendo en manifiesto lo reportado por la OMS (2021), que, en su apartado descriptivo de hipertensión, menciona que una tercera parte de la población mundial padece esta enfermedad,

Los resultados en la PS arrojan puntuaciones elevadas, los datos obtenidos asemejan a lo descrito por Bustos et al. (2017), Navarro et al. (2020) y difieren con los resultados de Arévalo, et al. (2020), donde la PS obtuvo ponderaciones bajas y asoció estas calificaciones a características como las redes sociales que conforman el entorno del individuo. |

El AS percibido por las PAM arrojó niveles altos, principalmente en las mujeres, tales resultados armonizan con Navarro et al. (2020) quienes mencionan que la población femenina mantiene un nivel de AS mayor en comparación al género masculino, tal condición puede estar asociada a características demográficas que visualizan una mayor presencia de participantes del sexo femenino en ambos estudios.

Adicionalmente a esta variable Cancino et al.(2018), Mercedes et al. (2017) y Lizcano et al. (2020) mencionan que los niveles elevados de AS en las PAM tienen efectos moderadores con algunas variables como el estado de salud y el apoyo emocional, condiciones que favorecen la toma de decisiones saludables en esta población.

Para la variable RS, sólo la mitad de PAM informan a un profesional de salud la presencia de señales inusuales o síntomas, una quinta parte de los estudiados se informa acerca del mejoramiento de la salud, lo cual coincide con Khin et al. (2017) al demostrar que sólo una décima parte de los participantes se capacita con programas para el cuidado de la salud como rutina. En este estudio no se encontró relación significativa entre RS y AS y se ratifica lo que reportan Ayres y Pontes (2018).

Esta variación de los resultados puede deberse a que la población estudiada difiere en características ya que no pertenecen al mismo grupo de edad, cabe mencionar que este estudio se consideró pertinente debido a la escasa investigación sobre esta variable en la PAM.

Pender (Murdaugh, 2019) hace énfasis en aspectos relevantes que modifican la conducta de las personas, en las cuales se ven involucradas experiencias y motivaciones, los factores personales psicológicos juegan un papel importante, debido a su influencia sobre las CPS, durante esta investigación los resultados difieren de lo supuesto en el MPS, ya que no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre los factores psicológicos (PS) y el resultado conductual (RS) denominado CPS.

Este modelo, también postula la importancia de las influencias interpersonales que tienen un significado motivacional importante, por intervenir de positiva o negativamente en las CPS, en este caso, no se hallaron relaciones significativas para las variables AS y RS.

A pesar de que las relaciones no fueron significativas entre el AS y RS, para los factores personales psicológicos (PS) y las influencias interpersonales (AS), se hallaron relaciones estadísticamente significativas con una correlación positiva y un tamaño de efecto bajo.

Durante la ejecución de este estudio se presentaron limitaciones para ampliar la comprensión de las variables de estudio; el tamaño de la muestra no es lo suficientemente

grande para tener una mayor representatividad y generalizar los resultados obtenidos, a pesar de ello se encontraron resultados significativos durante el análisis.

Para aumentar los alcances y generalizar los datos de esta investigación se sugieren las siguientes recomendaciones:

- a) Concluir la recolección de la muestra final
- b) Dar continuidad a los resultados obtenidos para el sustento y desarrollo de intervenciones enfermeras que permitan incidir en las variables de este estudio ya que han sido poco abordadas en su conjunto.
- c) Realizar investigaciones centradas en la responsabilidad en salud de la PAM
- d) Realizar estudios de carácter cualitativo para ampliar la perspectiva de las variables percepción y responsabilidad en salud y profundizar en los métodos de promoción a la salud.
- e) Realizar estudios similares comparando entre las diferentes patologías, debido a que la literatura menciona la influencia que tienen las comorbilidades sobre las variables de este estudio.

Conclusión

En esta investigación, se estudió una muestra de PAM en su mayoría mujeres, con un promedio de edad de 69.7 con el objetivo de determinar la relación entre la Percepción de Salud, el Apoyo Social y la Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica; se encontró una relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Social y la Percepción de Salud, con un tamaño de efecto bajo, correlación positiva y estadísticamente significativa, tal resultado da pauta a aceptar la hipótesis que indica : Si la percepción de salud tiene una relación con el apoyo social, entonces las personas con mayor percepción de salud tendrán un mayor apoyo social.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas para las variables Percepción de Salud y Responsabilidad en Salud, y es el mismo caso para las variables Apoyo Social y Responsabilidad en Salud lo que conlleva al rechazo de las hipótesis propuestas para tales variables.

Referencias

- Arévalo, D.X., Game, C.I., Padilla, C.P., y Wong, N.I. (2020). Predictores de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador. *Revista Espacios*, 41(12).
Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a20v41n12/a20v41n11p10.pdf>
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., y Ostiguín, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es
- Ayres, C.G. y Pontes, N. M. (2018). Use of Theory to Examine Health Responsibility in Urban Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 40–45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.09.011>
- Bandura, A. (2ª ed.) (1977). *Social Learning Theory*. Estados Unidos: Prentice Hall.
- Blanco, M., Jiménez, M., Pinazo, S., Sánchez, F.J., y Torregrosa, M. (2018). Indicadores de la satisfacción con la vida en personas adultas mayores en Costa Rica y España. *Anales de Gerontología*, 10. Recuperado de <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/69209/127908.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bustos, E., Fernández, J.A. y Astudillo, C. I. (2017). Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*, 31(Supl. 1), 92-103. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>

- Cadena, F. (1999). *Apego al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas* (Tesis de Maestría). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/6111/1/1080089075.PDF>
- Campa, T.J. (1997). *Capacidad de los Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Motora* (Tesis de Maestría). Recuperada de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080071199.PDF>
- Cancino, M., Rehbein, L., y Ortiz, M.S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- De Berrazueta, J.R.(2018). Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. *Anales RANM*, 135(03), 266-280. doi: 10.32440/ar.2018.135.03.rev09
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Feather, N.T. (1982). *Expectations and Actions*. Estados Unidos: Routledge.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., y McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gallegos, E.C. (1997). *The Effect of Social, Family and Individual Conditioning Factors on Self-care Agency and Self-care of Adult Mexican Women* (Tesis Doctoral). Recuperada de https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/19342/EGallegos_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor*. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/238GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1° octubre)*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
- Khin, A., Cho, W., Aye, M. y Htet N. (2017). Health Promoting Behaviours of the Elderly in Myanmar. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 5(1B), 131-138. doi: 10.21276/sjams2017.5.1.28
- Lizcano, D., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Agudelo, M.C., y Muñoz, D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. 2016. *CES Psicología*, 13(2), 144-165. doi: <https://doi.org/10.21615/cesp.13.2.10>
- Mercedes, A., Uribe A.F., Matajira, Y.J. y Delgado, M.P. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 13(1), 215-227. doi: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.06>
- Murdaugh, C.L., Pender, N.J. y Parsons, M.A. (8a ed.). (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Estados Unidos: Pearson.
- Navarro, R.M., Salazar, C., Shnettler, B. y Denegri, M. (Febrero, 2020). Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista Médica de Chile*, 148(2), 196-203. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200196>

- Organización Mundial de la Salud (OMSa). (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud. Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMSb). (25 de agosto de 2021). *Hipertensión. Datos y Cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Países de las Américas presentan beneficios de la iniciativa para reducir el riesgo cardiovascular mediante el control de la hipertensión*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13314:países-americanos-presentan-beneficios-iniciativa-reducir-el-riesgo-cardiovascular-control-hipertension&Itemid=1926&lang=es
- Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. Experiencias de los países sobre la elaboración e implementación de programas*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53146/9789275322697_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Polit, D.F., y Tatano, C. (9ª ed.). (2018). *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. España: Lippincott Williams & Wilkins.
- Romo, D. A. y Padilla, E. (2018), Utilidad de los test. Artículo de revisión cognoscitivos breves para detectar la demencia en población mexicana. *Arch Neurocién*. 23(4): 26-34
- Rondón, L.M., Aranzazu, B., García, F.J. (Octubre, 2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas

- mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(5), 268-273. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.005>
- Sacchi, M., Hausberger, M., y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305>
- Saravia, J.C. y Chau, C. (2017). What factors are related to self-perceived health? The relationship between Sense of Coherence, behaviors and health on Peruvian emerging adults. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282255144011.pdf>
- Secretaría de Salud (SSA).(2019). Veinte principales causas de enfermedad en Puebla, por grupos de edad. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal_grupo/pue.pdf
- Shamah, T., Vielma, E., Heredia, O., Romero, M., Mojica, J., Cuevas, L., Santaella, J.A., y Rivera, J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Sherbourne, C.D., y Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Stewart, A.L., Hays, R.D., y Ware, J.E. (1988). The MOS short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724-735. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007>
- Tapia, C., Iturra, V., Valdivia, Y., Varela, H., Jorquera, M., y Carmona, A. (2017). Estado de salud y autoeficacia percibida en adultos mayores usuarios de atención primaria en

salud. *Ciencia y Enfermería* 23(3), 35-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300035>

Walker, S., Sechrist, K., y Pender N.J. (1955). *Health Promotion Model- Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)*. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>

Walker, S., Sechrist, K., y Pender N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76 -81. doi: <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>



Apéndice A
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Carta de Consentimiento Informado

Puebla, Pue a: __/__/____

La presente investigación denominada *“Percepción de Salud, Apoyo Social y su Relación con la Responsabilidad en Salud de la Persona Adulta Mayor”*. Es conducida por el Lic. Juan Salvador Rodríguez Soriano, estudiante del Programa de Maestría de la FE- BUAP de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Este estudio tiene la finalidad de generar información científica, al autorizar mi participación, se me pedirá completar una serie de encuestas, de duración aproximada de 15 minutos. Los datos proporcionados son confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, se resguardará mediante un archivo y se usará un número de identificación asegurando mi anonimato.

Si tengo duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas o retirarme del mismo sin repercusión alguna. Si las preguntas realizadas me parecen incómodas, tendré el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Mi participación en este estudio es voluntaria, durante el transcurso del estudio no habrá remuneración o consecuencia desfavorable para mí y podré solicitar información sobre el mismo, al teléfono 2211172161 con el investigador.

He leído y comprendido la información anterior, mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente, he sido informado que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Al firmar este consentimiento convengo en la participación en este estudio de investigación.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



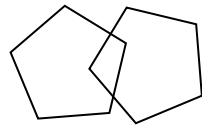
Apéndice B
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería



Mini Mental State Examination (MMSE)
Folstein, Folstein y McHugh (1975)

Folio _____

Instrucciones: Lea con atención cada pregunta y responda de acuerdo con lo solicitado, en esta evaluación no hay preguntas malas o buenas.

¿En qué año estamos?	0-1	Orientación temporal (Mínimo 1, máximo 5)
¿En qué estación?	0-1	
¿En qué día (fecha)?	0-1	
¿En qué mes?	0-1	
¿En qué día de la semana?	0-1	
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	Orientación espacial (Mínimo 1, máximo 5)
¿En qué piso (o planta, sala o servicio)?	0-1	
¿En qué pueblo?	0-1	
¿En qué estado?	0-1	
¿En qué país?	0-1	
Nombre tres palabras: Balón, Bandera, Árbol a razón de 1 por segundo. Luego se le pide al paciente que la repita. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.		Nº de repeticiones necesarias Fijación-Recuerdo Inmediato (Máximo 3)
Si tiene 30 balones y me va dando de tres en tres ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés		Atención cálculo (Máximo 5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Balón- Bandera- Árbol		Recuerdo diferido (Máximo 3)
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. REPETICIÓN. Repetir la frase: “ni si, ni no, ni pero”. ÓRDENES. Siga la orden. Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel “cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase. ESCRITURA. Que escriba una frase COPIA. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida que el sujeto los copie tal cual.		 Lenguaje (Máximo 9)



Apéndice C
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Enfermería



Cédula de datos Personales y Sociodemográficos de la Persona Adulta Mayor
(CDPSCPAM, Rodríguez y Morales, 2021)

FOLIO No. _____

1. Edad _____ años 2. Lugar de Nacimiento _____

Instrucciones: Marque con una X la opción que corresponda a su caso.

3-Sexo.	4.Estado civil.	5.Vive con.
a.) Hombre _____	a).- Soltero/a _____	a).-Esposa/o _____
b) Mujer _____	b).- Casado/a _____	b).- Hijos _____
	c) .-Divorciado/a _____	c).- Solo/a _____
	d) .-Viudo/a _____	d).- Institución _____
	e) Unión libre _____	e).- Familia _____

6. Escolaridad (en años)	7. ¿Padece usted hipertensión?	8. ¿Hace cuantos años padece hipertensión?
a).-1 a 3 años _____	a).- Si _____	a).- 1 año _____
b).- 4 a 6 años _____	b).- No _____	b). 2 a 3 años _____
c).- 7 a 9 años _____		c).- 4 a 5 años _____
d).- 10 a 12 años _____		d). Más de 5 años. _____
e) .- 13 o más años _____		
f).- Sin años de estudio		

9.-.-Si padece usted alguna otra enfermedad anótela en el siguiente espacio:



Apéndice D
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Enfermería
Cuestionario de Percepción del Estado de Salud
(Stewart, Hays y Ware, 1988)



I. Subescala del estado funcional. Instrucciones: en cada una de las siguientes preguntas, marque con una X el número de la respuesta que mejor describa la forma en la que se ha sentido durante el mes pasado. Las respuestas representan:

- 1.-Todo el tiempo 2.- La mayor parte del tiempo 3.-Buena parte del tiempo
 4.-Algo del tiempo 5.- Poco tiempo 6.- Nada del tiempo.

Pregunta	Calificación					
	1	2	3	4	5	6
1. ¿Cuánto tiempo se vio limitado en sus actividades sociales por motivos de salud? (por ejemplo, visitar a sus amigos o familiares cercanos)						
2. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?						
3. ¿Cuánto tiempo ha sido una persona calmada y con paz?						
4. ¿Cuánto tiempo se ha sentido usted una persona desanimada y triste?						
5. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona feliz?						
6. ¿Cuánto tiempo se ha sentido tan desanimado(a) que nada podía animarlo(a)?						

II. Subescala del bienestar. Por cuánto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud, le ha limitado en las siguientes actividades.

El Puntaje corresponde a:

- 1.-Más de tres meses 2.-Tres meses o menos 3.- Sin limitaciones

7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes que le agotan.	1	2	3
---	---	---	---

8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3
9. Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	1	2	3
11. Caminar una cuadra.	1	2	3
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1	2	3
13. ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?	1	2	3
14. ¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?	1	2	3

III. Subescala de evaluación de la salud. Por favor seleccione y marque con una X el número (1 al 5) que describa mejor su situación si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted.

1.- Definitivamente verdadero 2.- La mayoría de las veces es verdadero 3.- No estoy seguro 4.-La mayoría de las veces es falso 5.- Definitivamente falso

15. Estoy algo enfermo(a)	1	2	3	4	5
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco	1	2	3	4	5
17. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5
18. Me he sentido mal recientemente	1	2	3	4	5

19. En general diría usted que su salud es:	1 Buena	2 Muy buena		3 Regular	4 Deficiente
20. ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?	1 Ninguno	2 Muy leve	3 Leve	4 Moderado	5 Severo



Apéndice E
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Enfermería



**Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido
 (Sherbourne y Stewart, 1991)**

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómoda con usted y puede hablar acerca de lo que usted siente y piensa)

1.- Escriba el número aproximado de amigos y familiares cercanos:	(____)
---	--------

B. Marque con una X en el cuadro que mejor se acerque a su respuesta.

N=Nunca CN= Casi Nunca AV=A veces CS=Casi Siempre S=Siempre	N	CN	AV	CS	S
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10.- Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
11.- Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.- Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas	1	2	3	4	5
15.- Alguien que le ayude con las tareas domésticas	1	2	3	4	5
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	1	2	3	4	5
17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18.- Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.- Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.- Alguien a quien amar y sentirse querido	1	2	3	4	5



Apéndice F
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Enfermería



Cuestionario de Estilos de Vida Saludable II
(Walker, Sechrist y Pender, 1995)

Instrucciones: este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más cercano posible a su caso y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente o R = rutinariamente

Ítem	Calificación			
	N	A	F	R
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	F	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	F	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	F	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	F	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	F	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	F	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	F	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	F	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	F	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la máquina escaladora).	N	A	F	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	F	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	F	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	F	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	F	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	F	R

16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	F	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	F	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	F	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	F	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	F	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	F	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	F	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	F	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	F	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	F	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	F	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	F	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	F	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	F	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	F	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	F	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	F	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	F	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar).	N	A	F	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	F	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	F	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	F	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	F	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).	N	A	F	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	F	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	F	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	F	R

43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	F	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	F	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	F	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	F	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	F	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	F	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	F	R
50. Como y desayuno.	N	A	F	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	F	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	F	R



Apéndice G
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Enfermería



Cuestionario de Estilos de Vida Saludable II
(Walker, Sechrist y Pender, 1995)

Instrucciones: este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos

Subescala de Responsabilidad en Salud. Instrucciones: este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente o R = rutinariamente

1.- Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	F	R
2.- Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	F	R
3.- Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	F	R
4.- Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	F	R
5.- Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	F	R
6.- Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	F	R
7.- Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).	N	A	F	R
8.- Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	F	R
9.- Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	F	R