

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
CLAVE 8722.**



TESIS

**FACTORES DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE
65 AÑOS.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

OLYMPIA DAFNE BAUTISTA CAMBRÓN.

MORELIA, MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

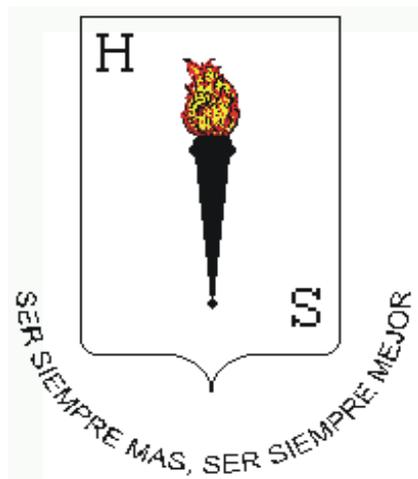
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
CLAVE 8722.**



TESIS

**FACTORES DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE
65 AÑOS.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

OLYMPIA DAFNE BAUTISTA CAMBRÓN.

MORELIA, MICHOACÁN.

DEDICATORIA.

*A mi madre y hermana: Bertha y Mayari
por su apoyo infinito en los momentos difíciles
que viví, por la paciencia que me han demostrado y tenido.*

*A mi tío Francisco Cambrón Rosas
por el apoyo y consejos que me ha dado y
por la sencillez que me ha demostrado ante
cualquier momento de la vida; por enseñarme que
quien tiene conocimientos no los presume, los demuestra
con hechos, actitudes nobles y con el fin de ayudar a otros.*

*A mis tíos Homero y Flor Cambrón Rosas por su amor
con el que me educaron, por sus consejos y su infinita confianza.*

Descansen en Paz

*A mi segunda madre: Consuelo Rosas Aguilar
porque me has permitido verte como madre y
me has educado como tal, me has aconsejado
pacientemente y con un amor incomparable.*

AGRADECIMIENTO.

*A la Dra. en Ciencias de la Educación
Guadalupe Rodríguez Gaona que con su carácter
entusiasta me brindó parte de su experiencia y por
enseñarme que los momentos difíciles son para demostrar
lo capaces que somos para tener fortaleza y lograr lo que nos proponemos.*

*Mi gratitud a la Escuela de Enfermería del
Hospital de Nuestra Señora de la Salud por
albergarme toda mi carrera y ser el cimiento
y pedáneo para mi superación que apenas
Inicio en este largo correr de la vida*

*A Todos mis Maestros que durante la carrera
me apoyaron, me dieron consejos y me permitieron a través
de su experiencia y conocimientos formarme como
profesionista y profesional de la enfermería.*

ÍNDICE GENERAL

Páginas preliminares.

Portada	i
Portadilla	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	v
Introducción	viii

Índice de contenido

Capítulo I

1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	3
1.3 Objetivos	11
1.4 Planteamiento del problema	12
1.5 Pregunta de investigación	13
1.6 Hipótesis	14
1.7 Variables	14
1.8 Justificación	17
1.9 Viabilidad	20
1.10 Limitación del estudio	20

Capítulo II

2.0 Marco teórico	23
-------------------	----

2.1 Marco conceptual	24
2.2 Marco referencial	32
2.3 Marco contextual	33

Capítulo III

3.0 Tipo de estudio	35
3.1 Definición del universo	36
3.2 Tamaño de la muestra	36
3.3 Definición de las unidades de observación	37
3.4 Proceso para la recolección de datos	37
3.5 Proceso para la tabulación y análisis de datos	39
3.6 Riesgos y preceptos éticos	39
3.7 Recursos humanos	39
3.8 Recursos materiales	40

Capítulo IV

4.0 Resultados	42
4.1 Discusión	46

Capítulo V

5.0 Conclusiones	49
5.1 Sugerencias	50

Bibliografía

Referencias bibliográficas	54
----------------------------	----

Bibliografía consultada	56
-------------------------	----

Anexos

Anexo 1	59
---------	----

Anexo 2	61
---------	----

Anexo 3	62
---------	----

INTRODUCCIÓN

Actualmente nuestro país enfrenta una situación compleja, el crecimiento poblacional del grupo de los adultos mayores de 65 años, situación inédita condicionada por la disminución de embarazos y el incremento considerable de la esperanza de vida. Etapa que cada día adquiere mayor importancia para el sistema nacional de salud, como producto del crecimiento demográfico desproporcionado en nuestro país.

Durante la formación profesional en la práctica clínica, se detectó mediante la observación, una situación que llamó la atención y de la que surgieron interrogantes con respecto a los adultos mayores de 65 años: ¿cuál es la calidad de vida de este grupo etéreo?, ¿cuáles son los factores predisponentes de calidad de vida de los senectos? Ante estas y otras preguntas surgió la necesidad de realizar el presente estudio para buscar alternativas que pudiesen ayudar a mejorar la atención a los adultos mayores.

Se realizó una investigación de campo cualitativa de tipo descriptivo, transversal y explicativo, cuyo objetivo general fue analizar los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán en el primer trimestre del año 2005. En la muestra participaron 73 adultos mayores, 38 mujeres y 35 hombres.

Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario con 21 preguntas abiertas para identificar los factores predisponentes de calidad de vida: factor económico, familiar, social, salud; y la escala M.G.H. de calidad de vida que consta de 25 ítems, para la evaluación se utilizaron las siguientes categorías: excelente, bueno, regulara y malo.

Los datos obtenidos se unificaron en una tabla por medio de paloteo para cada respuesta y se utilizó la media para cada ítem, finalmente, se englobaron todos los resultados y se analizaron en el sistema computarizado STATS_{TM}, para obtener las medidas de tendencia central.

CAPÍTULO

I

1.1. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento poblacional constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes en las últimas décadas, estos cambios demográficos indican la conveniencia de que los países consideren la esperanza de vida activa sin discapacidad funcional. Así mismo es primordial reevaluar la importancia de la función de los adultos mayores dentro de la sociedad, creando políticas dirigidas a incorporarlos al sector productivo, promocionando activamente las acciones de prevención de enfermedades crónico degenerativas; al mismo tiempo evaluar la situación de pobreza y confinamiento, maltrato familiar, rechazo y abandono en el hogar, despojo de bienes y otros factores que aumentan el estado de aislamiento que habitualmente les afecta.

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el primer trimestre del año 2005 donde se llevó a cabo esta investigación, ingresaron 143 adultos mayores y se ha observado que estos son de escasos recursos económicos, sin llegar a la pobreza. Se dedican a distintos trabajos y los que no trabajan o no tienen pareja viven con algún familiar.

En las últimas décadas se ha registrado un gran avance en la medicina así como en el mejoramiento de las condiciones de vida de algunos sectores de la sociedad; se ha elevado la esperanza de vida logrando con ello incrementar los años de la etapa de senectud, pero no ha mejorado la calidad de vida de este grupo etario. Surgiendo la necesidad de fomentar el desarrollo de programas de atención al anciano con el apoyo de

todas las disciplinas, que aporten, desde su punto de vista, los elementos indispensables para completar la actividad de atención geriátrica.

Sin embargo en nuestro medio no se dispone de estudios o estadísticas que muestren los factores predisponentes de baja calidad de vida de los adultos mayores que aporten conocimientos para la toma de decisiones en cuanto a las políticas y programas de atención integral a la salud de los ancianos.

Esto nos enfrenta a grandes retos e interrogantes, pues las condiciones de existencia de los adultos mayores será uno de los problemas principales y temas de reflexión de los próximos años.

Finalmente, se espera que quienes lean la presente investigación analicen el valor preponderantemente indispensable que tienen los adultos mayores en nuestra sociedad, como centro fundamental de conocimientos y sabiduría incomparable.

1.2. ANTECEDENTES.

En 1950 se fundó la Asociación Internacional de Gerontología, donde se despierta el interés por los aspectos biomédicos y sociales del envejecimiento; en 1982 la ONU reconoció a la población de 60 años y más; esto constituía un reto del siglo XX sobre todo en los países en vías de desarrollo; en México se fundó en 1977 la sociedad de Geriatria y

Gerontología, en 1979, se creó el Instituto Nacional de la Senectud y en 1989 se fundó el Consejo Mexicano de Geriatria. (1)

La vejez forma parte de la historia misma del ser humano acompañado de una serie de alteraciones en la homeostasis del organismo que trae como consecuencia la predisposición y aparición de enfermedades crónico degenerativas, resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, psicológico y lo socio ambiental.

En el siglo XX aumentó en términos absolutos y relativos el número de adultos mayores en los países desarrollados y sobre todo en los países en desarrollo. En la actualidad se estima que hay 81 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años, y esta proporción disminuye a 53 hombres por cada 100 mujeres mayores de 80 años o más.

Las proyecciones demográficas del envejecimiento de la población hasta finales del primer cuarto de siglo XXI son: Hacia 2020, la población japonesa será la mas vieja del mundo; el 31% tendrá mas de 60 años, y le seguirán Italia, Grecia y Suiza. Hacia 2020, cinco de los diez países con mayor población de personas mayores pertenecerán al mundo en desarrollo: China, India, Indonesia, Brasil y Pakistán.

Las afecciones crónicas mas frecuentes en los adultos mayores en todo el mundo son cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la osteoartrosis,

las pulmonares y los desordenes mentales como la depresión y la demencia; según las proyecciones, hacia 2020 las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento. En los países en desarrollo, todas las enfermedades agudas y crónicas de los adultos mayores están exacerbadas por la pobreza existente y la falta de servicios apropiados. (2)

A partir de la Asamblea Mundial acerca del envejecimiento en 1982, la Organización de las Naciones Unidas, efectuada en Viena con el fin de discutir el impacto del envejecimiento poblacional y promover políticas que permitan proveer y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias socioeconómicas y humanas a escala mundial especialmente en los países en desarrollo, que ese fenómeno acarrearía. (3)

Desde finales del siglo pasado y principios de este, se tiene comprobado estadísticamente que la esperanza de vida se está prolongando a niveles elevados, contemplándose que para el hombre es de 72 años y para la mujer de 74 años.

Del total de la población mundial en 1990 (5.327 millones) alrededor del 6,2% (328 millones) eran de edad superior a los 65 años. Con esto las cifras se considera que una de cada 16 personas es un anciano mayor de 65 años; y ya se calculaba también, que para el año 2000, 426 millones y para el año 2025,825 millones. Ello significa que la población mayor de 65 años crecerá 2,5 veces en ese período.

El punto que mas atemoriza a los ancianos es pasar sus últimos días víctima de una enfermedad crónica, incapacitante y dolorosa, de costosa atención médica, que destruya cualquier patrimonio que le restará a él y a sus familiares. En los últimos años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que unos porcentajes tan altos de la población, cada día crecientes, fuese de edad tan avanzada.

Toda esta problemática preocupa a los ancianos, pues son ellos los que reciben gran parte de las consecuencias negativas de tal hecho.

En las tribus primitivas (yakutas siberianos, fang del Gabón, chunkees del litoral de Siberia), los ancianos eran eliminados o abandonados; sin embargo en otras culturas (yánges de Tierra de Fuego), se les aceptaba y respetaba. (4)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, existe una ley de atención al adulto mayor y se enfoca hacia los aspectos prestacionales de salud, económicos y sociales. Se privilegia la medicina preventiva y de promoción. En el IMSS se fundamenta la atención de programas, tales como: el sistema de atención integral a jubilados y pensionados, y el denominado Unidad Amiga del Adulto Mayor entre otros.

En el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia de México existen los servicios para la atención a los adultos mayores, con un enfoque de atención multidisciplinario; así como los diferentes niveles de atención brindados a través de un sistema de casas-hogar transitorios, o permanentes, se aplican programas sobre nutrición, asistencia jurídica, atención médica, apoyo psicológico, cultura y recreación entre otros.

En la Ciudad de México (7 de junio de 2002), para hacer obligatoria la entrega de apoyos económicos a los capitalinos mayores de 70 años, la Comisión de Atención a la Tercera Edad, jubilados y pensionados de la Asamblea Legislativa del D.F. (ALDF) aprobó incluir la pensión universal en la ley de los adultos mayores. La pensión equivale a por lo menos medio salario mínimo mensual (636 pesos mensuales) vigente en el Distrito Federal. Sin embargo, según estimaciones del Consejo Nacional de la Población, esta cifra se incrementará en los próximos años por la elevada tasa de crecimiento del adulto mayor.

Por otro lado, la ALDF dictaminó que la familia está obligada a otorgar alimentos al adulto mayor, fomentar la convivencia familiar, y evitar que se discrimine, aísle o violenta. (5)

México, 7 de Nov. (Notimex).- El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas (INAPAM) firman un convenio, para desarrollar proyectos a favor de la vejez, como es la creación del voluntariado de jóvenes, que ayudarán al cuidado e integración de los

abuelos y abuelas de todo el país. Se enfatizó sobre el envejecimiento de la población afirmándose que en México hay poco mas de siete millones de personas mayores de 60 años, cifra que cada 15 años se duplicará para llegar a 42 millones en el 2050 es decir, “hoy uno de cada 20 adultos, es adulto mayor, pero dentro de 48 años, uno de cada cuatro estará en esta condición”.

Todo esto consecuentemente repercute en el medio económico, en las redes sociales de apoyo, en las instituciones de seguridad social y en el Sistema Nacional de Salud. Así mismo se enfatizó en que se cuenta con diversos programas que permiten al adulto mayor sentirse integrado a la sociedad además que están en marcha otros programas con el IFE y la Secretaría de Gobernación. Este convenio busca establecer vínculos interinstitucionales, conjuntando esfuerzos y recursos a fin de establecer y desarrollar acciones de cooperación, dirigidas a la atención integral de los adultos mayores y los jóvenes, además de proporcionar un intercambio de valores, con gente de edad avanzada y jóvenes, lo que permitirá enriquecer el diálogo y formación de valores. (6)

Según estudios internacionales, el porcentaje mundial de personas mayores de 65 años de edad aumentará de 6% existente en 1990 a 10% para el año 2025, para México; este aumento se traduce de 3 a 18 millones de personas. Esto fue expresado por la especialista en Salud Publica Carolina Aranda, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), en el seminario permanente de investigación. Puntualizándose que en

América Latina se espera que la población de ancianos aumentará, de 280 millones que había en 1970 a 860 para el 2025. (7)

En un reporte de investigaciones especiales el 20 de septiembre de 2002, se informó que 700 mil ancianos en México padecen de Alzheimer; según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se calcula que en México el 10% de la población adulta padece de esta enfermedad. Se trata de un mal orgánico que pasa por varias fases, y una vez transcurridas en las dos etapas más tempranas el enfermo se convierte en una persona dependiente, en las fases finales el paciente permanece postrado en un estado total de inconciencia física y psíquica. (8)

La preocupación por la salud del adulto mayor se ha reflejado más profundamente en los países industrializados, en los cuales el desarrollo económico, la disponibilidad de la tecnología avanzada, el mejoramiento de los servicios sociales y de salud, el desarrollo de programas de investigación, la amplia difusión del conocimiento sobre salud y las prácticas sanitarias por parte de grandes contingentes de la población, han producido resultados importantes que se han reflejado en la reducción de las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, trayendo como consecuencia un aumento en la esperanza de vida.

En términos generales, en América Latina las políticas y programas para la atención de los selectos han sido escasos y de baja prioridad, aunque recientemente algunos países han implementado medidas

coherentes destinadas a crear programas tendientes a la atención de este importante grupo etareo, desgraciadamente estos programas han sido obstaculizados por considerar que los recursos destinados para tal fin son improductivos.

En Michoacán encontramos una población total de 3 985 667 habitantes de los cuales el 47.9% (1 911 078) son hombres y el restante 52.1% (2 074 589) son mujeres. Así mismo el estado cuenta con una población total de 267 217 adultos mayores de 65 y mas años. En el Municipio de Morelia habitan 36 744 senectos.(9)

Continua mostrándose en la entidad un paulatino proceso de envejecimiento de la población que se manifiesta por la mayor presencia de población de la tercera edad; en efecto, no obstante que la población en su conjunto decrece, el que corresponde al sector de 60 años y mas se incrementó en poco mas de 46 mil personas, aumentando su peso relativo del 8.2% en el año 2000 al 9.4 en la actualidad. (10)

La población mayor de 65 años representa el 8% del total en Michoacán. Se trata del grupo demográfico con mayor incidencia de enfermedades, en especial crónico-degenerativas que generan gastos importantes que la mayoría no puede cubrir, ya que un porcentaje importante no cuenta con seguridad social ni recursos económicos. Es por lo anterior que la Secretaría de Salud de Michoacán puso en marcha el Programa de Atención a Adultos Mayores, mediante el cual todas las personas mayores

de 65 años de edad que carezcan de algún tipo de seguridad social tienen derecho a la gratuidad en la consulta externa y los medicamentos que deriven de ella. La atención otorgada debe ser a tiempo, precisa, digna y de calidad.

Es así como el sector de la población michoacana mayor de 65 años, recibe atención prioritaria e integral por parte del Gobierno michoacano, ya que a la cobertura médica que otorga la Secretaría de Salud Estatal, se añade la distribución de Canastas Básicas Alimentarias (dentro de las cuales se incluyen 11 alimentos básicos) que distribuye la Secretaría de Desarrollo Social cada mes.

Por su parte el DIF cuenta en el Estado con 133 estancias recreativas con un manual operativo que permite conocer los lineamientos y funciones de dichas estancias para el trato a los adultos mayores.

1.3. OBJETIVOS

En la realización de un estudio de investigación siempre se presenta la necesidad de establecer objetivos de forma adecuada, correcta, precisa y clara para hacer más sencilla la investigación. Así los objetivos “Tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 44). Ellos enfocan el itinerario y los

instrumentos de trabajo para poder llegar a la meta que se desea; llegar a un resultado palpable y aplicable.

1.3.1. General:

Analizar los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años.

Para que se lleve a cabo lo anterior fue necesario implementar objetivos específicos que se han de transformar en medios para facilitar el proceso de la investigación y de esta manera materializar el objetivo general.

1.3.2. Específicos:

- Determinar si la escolaridad, el nivel socioeconómico, el estado civil, sexo, edad, control médico y problemática de salud son factores predisponentes de la calidad de vida en los adultos mayores de 65 años en el primer trimestre del año 2005 en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
- Identificar la calidad de vida en los adultos mayores de 65 años

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

“El planteamiento del problema significa afinar y estructurar mas formalmente la idea de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 42). Durante la práctica que se realizó en el Hospital, se observó que no se disponen de estudios o estadísticas que muestren la prevalencia de

discapacidad física y mental en los adultos mayores; no hay estudios sobre los factores predisponentes de baja calidad de vida en los senectos, tampoco se han estudiado la morbilidad y la mortalidad como expresión de las diferencias de las condiciones de vida, que aporten evidencias científicas para la toma de decisiones en cuanto a los cuidados específicos que las enfermeras otorguen a los ancianos para proporcionar una atención integral. Ante esta problemática se establece el siguiente planteamiento:

Factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años en el primer trimestre del 2005 en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Las preguntas de investigación orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación, dan una cierta dirección y evitan desviaciones.

Es necesario establecer los límites temporales y espaciales del estudio, y esbozar un perfil de las unidades de observación, lo cual es útil para definir el tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo (Rojas Soriano, 2001).

¿Cuáles son los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años en el primer trimestre del 2005, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

1.6. HIPOTESIS.

Una hipótesis indica la veracidad de lo que se busca o se trata de probar en un estudio. Según ciertos autores, estas hipótesis pueden ser o no verdaderas, pues es algo tentativo acerca de las relaciones entre dos o mas variables.

El tipo de hipótesis que se utilizó en esta investigación es de tipo divariada; el primer elemento o sea X, originó el segundo: la Y, es decir una causa origina un efecto.

Los factores predisponentes de la calidad de vida en los adultos mayores de 65 años en el primer trimestre del 2005 en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud son la escolaridad, el nivel socioeconómico, el estado civil, sexo, edad, control médico y problemática de salud.

1.7. VARIABLES:

“Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández, et. al. 2003,143). Estas originan una causa y posteriormente efectos.

A) Independiente: Factores predisponentes de calidad de vida.

Indicadores:

- Factor económico: vivienda, ingresos, egresos.
- Factor familia: vivienda, comunicación, integración, rol, toma de decisiones.
- Factores sociales: participación en actividades socioculturales, participación en grupos organizados y de apoyo, participación en política, actividades recreativas, otras.
- Factor salud: afectiva, mental, física.

B) Dependiente: Calidad de vida.

Indicadores:

- Casa habitación con todos los servicios.
- Integración en el núcleo familiar.
- Estabilidad económica.
- Salud física.
- Salud mental.
- Seguridad médica y social.
- Alimentación adecuada en cantidad y calidad.

C) Intercurrentes: ocupación, escolaridad, sexo, edad, estado civil.

1.7.1. Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicadores	Tipo	Escala	Construcción	Uso
Edad	Tiempo transcurrido de una persona desde el nacimiento		Cuantitativa	Grupos de edad: 65-70, 71-75, 76-80, 81-85, 86-90, 91 y mas	No. de AM x grupos Total de AM x 100	Determinar si la edad influye en la calidad de vida de los AM.
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer		Cualitativa	Femenino Masculino	No. de AM según el sexo	Determinar la calidad de vida según el

					Total de AM x100	sexo.
Ocupación	Empleo o trabajo que ejerce una persona		Cualitativa	Empleado Jubilado Ama de casa Desempleado	No. de AM según ocupación	Determinar la influencia de la ocupación en la calidad de vida.
					Total de AM x 100	
Estado civil	Condición de un individuo correspondiente a su relación con la sociedad		Cualitativa	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	No. de AM según estado civil	Determinar se el estado civil influye en la calidad de vida.
					Total de AM x 100	
Escolaridad	Grado de estudios		Cualitativa	Sin estudios Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Profesional	No. de AM según escolaridad	Determinar si la escolaridad influye en la calidad de vida
					Total de AM x 100	
Seguridad social	Tipo de servicios de que dispone una persona para el cuidado de su salud		Cualitativa	IMSS ISSTE PEMEX OTROS	No. de AM según tipo de seguridad social	Determinar si la seguridad social influye en la calidad de vida
					Total de AM x 100	
Factores predisponentes de calidad de vida	Aquellos que inciden de forma positiva o negativa sobre el individuo	Factor económico Factor Familia Factor social Factor Salud	Cualitativa	Factores positivos. Factores negativos.	No. de AM según tipo de factor	Determinar que factores influyen de forma positiva o negativa en la calidad de vida de los AM.
					Total de AM x 100	
Calidad de Vida	Son las condiciones y acciones favorables que poseen y realizan los individuos para satisfacer sus necesidades, que les conduzcan a una vejez	Casa habitación con todos los servicios. Integración en el núcleo familiar.	Cualitativa	Excelente (25 respuestas siempre) Buena (17 a 24 respuestas siempre)	No. de AM según calidad de vida	Identificar número y porcentaje de AM según calidad de vida
					Total de AM x 100	

	con los menores riesgos posibles.	Estabilidad económica. Salud Física. Salud mental. Seguridad médica y social. Alimentación adecuada en cantidad y calidad		Regular (9 a 16 respuestas siempre) Mala (1 a 8 respuestas siempre).		excelente, buena, regular o mala.
--	-----------------------------------	---	--	---	--	-----------------------------------

1.8. JUSTIFICACIÓN.

En México se espera una transición demográfica caracterizada por el aumento de la población adulta y envejecida, ocupa el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado con un 7% de la población de 60 años y más. (11)

En México, el proceso de envejecimiento se evidencía aún más a partir de la década de los 70 y para 1990, el porcentaje de adultos mayores representó el 6.145 de la población total, con cerca de 5 millones de personas, siendo la proyección para el año 2000 del 7.2%.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 1994 señala como adulto mayor a la persona de 65 años y más.

El perfil de morbilidad y mortalidad plantea una situación compleja, además de la enfermedad y muerte atribuibles a causas infecciosas, los trastornos crónico-degenerativos se ubican entre los primeros lugares, presentándose cambios cualitativos y cuantitativos en las 10 primeras

causas de muerte, trayendo como consecuencia un incremento en la sobrevivencia de la población en dos aspectos del complejo salud-enfermedad en el adulto mayor: el primero implica que a pesar de este aumento de sobrevivencia, no necesariamente disminuirá en la misma proporción la morbilidad e incapacidades; el segundo presupone que la calidad de vida de los adultos mayores mejorará al modificar factores de riesgo relacionados con una enfermedad.

Durán (1996), señala que las instituciones de salud en México fueron diseñadas para ofrecer atención preventiva, curativa, aguda y crónica. Paradójicamente se estima que el 30% de las camas-hospital son ocupadas por adultos mayores y se les proporciona el 20% de la consulta. La población de edad avanzada que ocupa las camas posee las siguientes características:

- Prevalencia de deterioro funcional.
- Presencia de inmovilización
- Incontinencia y necesidades de ayuda para las necesidades fisiológicas cotidianas, esta última es muy alta entre los mayores de 80 años existiendo un 70-80% de dependencia.
- La fragilidad homeostática de estos adultos mayores se manifiesta al observar la frecuencia con la que sufren complicaciones y tardan en su pronta recuperación. (12)

No obstante que existen recursos para la atención del adulto mayor estos son insuficientes por el aumento progresivo de esta población. En México, actualmente siete millones de personas son mayores de 60 años y el 10%

de ellos (700,000) no cuentan con ninguna forma de apoyo, ya sea institucional, familiar o por personas conocidas. Además el 80% tiene algún padecimiento crónico: hipertensión, diabetes, artritis y depresión son los mas frecuentes, por lo que este sector consume la tercera parte de presupuesto de salud, ocupando el 50% de las cama-hospital. (13)

Los recursos para la infraestructura y el otorgamiento de los presupuestos para los servicios básicos de salud no están aparejados con el crecimiento demográfico, siendo estos deficientes en la atención de calidad que se pretende dar a los adultos mayores. Al mismo tiempo los problemas existenciales que como individuos vienen enfrentando: la falta de seguridad social, el abandono familiar, escasos recursos económicos, invalidez por problemas crónicos degenerativos, problemas demenciales, que junto a la falta de alimentación, vivienda y seguridad social ven generando una calidad de vida deficiente.

Es momento de destacar que no existen programas específicos enfocados a detectar los factores de riesgo que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores. Por tanto se buscó con esta investigación obtener información sobre los factores predisponentes de calidad de vida de dicho grupo etario, para tener bastas herramientas que ayuden a mejorar y prevenir los factores de riesgo y la calidad de vida; así mismo servir de sustento a los profesionales de la salud para continuar con investigaciones relacionadas con la problemática del adulto mayor y su atención en todas sus dimensiones vitales y sociales.

1.9. VIABILIDAD.

La investigación que continuación se presenta es viables porque se contó con los recursos humanos necesarios para su estudio como es el caso de los adultos mayores de 65 años cuestionados en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se tuvo el lugar: el hospital, siendo una gran herramienta, donde se tiene acceso a los diferentes servicios. Aunado a esta se tuvieron los recursos materiales para la adecuada construcción de la presente investigación.

Se nos permitió el acceso a la biblioteca de la Facultad de Medicina Dr. Ignacio Chávez de esta ciudad, para consultar la bibliografía correspondiente y necesaria para el desarrollo del trabajo.

Como herramienta indispensable y fundamental se utilizó el Internet, del cual se pudo obtener información actualizada, permitiendo ampliar el conocimiento. Finalmente se tuvo un asesor para llevar a cabo dicho estudio.

1.10. LIMITACION DEL ESTUDIO.

En el abordaje de esta investigación se encontraron diversos obstáculos que dificultaron la continuidad de este estudio; en el caso de la bibliografía requerida la escuela y el hospital no cuentan con la literatura adecuada y mucho menos actualizada y, por lo tanto, el material existente no llena las

expectativas que se desean. La falta de tecnología; en este caso, computadoras, Internet y programas estadísticos que apoyasen la investigación.

Dentro del factor tiempo, los tiempos reducidos para la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos y el análisis de los mismos, así mismo las actividades escolares y la práctica clínica diaria dificultaron el continuo proceso de esta investigación.

Lamentablemente el cambio erróneo por parte de la institución escolar del asesor de la tesis y la inconstancia de este en las horas de asesoramiento.

De igual manera, se contó con un precario conocimiento respecto a la manera de realizar la presente investigación. No se contaba con los suficientes conocimientos para llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO

II

2.0. MARCO TEÓRICO.

Para lograr una investigación adecuada es necesario llevar a cabo una sistematización del procedimiento a realizar. Para que el investigador logre el objetivo que se plantea, requiere conocer qué material será necesario utilizar, para que pueda vislumbrar cómo se ha investigado dicho fenómeno y tenga la capacidad de aportar nuevos conocimientos que fundamenten su investigación.

Ahora bien, en este apartado se desarrollaron todos aquellos aspectos teóricos relacionados con la presente investigación y que fundamentan el fenómeno que se pretende investigar, siendo indispensable contar con la literatura adecuada que ha surgido en los últimos años y que enlazan la construcción del presente. Para lograr lo anterior se contó con material idóneo y veraz, como son: libros, revistas, material audiovisual, páginas de Internet... que ayudaron a una mejor racionalidad de la investigación.

Para iniciar con el desarrollo de éste capítulo, fue necesario qué es una teoría para después partir con las teorías que han de sustentar el presente trabajo. Una teoría es un conjunto de leyes o principios que sirven para explicar determinados fenómenos o para relacionarlos en un orden.

El marco teórico “implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 64). Por lo anterior se facilitó y orientó el camino, lo cual evitó caer en errores y dudas que pudieran desviar al investigador.

Por lo tanto, en la presente investigación se revisaron y desarrollaron diferentes teorías que apoyaron a las variables y a los indicadores de estas.

2.1. MARCO CONCEPTUAL.

La vejez es un proceso fisiológico muy complejo, genéticamente muy variado e individual, implica cambios en todos los niveles de organización del sistema biológico desde el nivel químico, celular, tejidos, órganos, aparatos y sistemas, hasta lo que significa el organismo un todo (14). El envejecimiento se cree puede estar determinado por procesos internos como la programación genética, la capacidad continua a la adaptación así como por factores externos.

Envejecimiento, proceso normal caracterizado por una respuesta de cambios observables en la estructura y función, con aumento de la vulnerabilidad a los factores ambientales y a las enfermedades. Son transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

El término tercera edad, surgió en Francia hacia 1950, lo acuñó el Dr. J. A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en dicho país; abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas, consideradas de baja productividad y poca o nula actividad laboral; el concepto posteriormente se precisó designado al jubilado y pensionado por arriba de los 60 años.

En el organismo del ser humano se presentan cambios como:

- Disminución de la capacidad de adaptación.
- Menor capacidad inmunológica contra infecciones.
- Menor capacidad defensiva contra los riesgos extraños al organismo vivo
- Disminución progresiva en la capacidad de recuperación en el caso de agresión del entorno.

El envejecimiento no concierne sólo al período de la senectud como se ha establecido actualmente (65 años y más), sino que inicia tempranamente,

cuando el organismo alcanza el período de la madurez, con el desarrollo completo, hacia los 25 a 30 años.

El concepto epidemiológico del envejecimiento individual humano se define de la siguiente manera:

- Envejecimiento demográfico o poblacional: proceso permanente y colectivo que corresponde a la dinámica de los diversos grupos humanos, reflejándose en la esperanza de vida.
- Envejecimiento individual del organismo humano: proceso anatómico, funcional y psíquico por declinación de capacidades normales en los individuos, traducido por manifestaciones clínicas. Contribuyendo factores de dos tipos: Endógenos genéticamente programados; exógenos provenientes del medio externo, ecológico y social. (15)

La edad efectiva de una persona puede establecerse tomando en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica: se define como el hecho de haber cumplido indeterminado número de años; respecto a la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años.
- Edad fisiológica: definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir la afectación física del individuo; los cambios orgánicos se producen de manera gradual, lenta e inapreciable al comienzo del proceso, hasta afectar el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interferir con ella.
- Edad psíquica: es difícil establecer las diferencias a nivel psíquico entre los individuos de edad madura y los individuos ancianos. Los acontecimientos extremos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

- **Edad social:** establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. Esta forma de clasificar es discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria. Los límites de edad cambia según las necesidades económicas y políticas del momento. (16)

Envejecimiento, según la OMS es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción haciéndose más evidente después de la madurez. En él se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno. Los aspectos fundamentales de envejecimiento según Imre Zs-Nagy (1985), son: universalidad, irreversibilidad, progresividad y lesividad.

Según Langarica Salazar se entiende por adulto mayor sano, a la persona mayor de 65 años en el que el proceso de envejecimiento no le ocasiona dificultad para la relación, es independiente, autosuficiente, se mantiene en actividad y asume el paso del tiempo como un proceso normal. (17)

Gerontología: es el estudio de los procesos de envejecimiento y los problemas de las personas mayores. Es una ciencia aplicada, en la cual participan múltiples disciplinas, trabajo del sector salud y otros. (18)

La gerontología educativa es una rama que comprende a la enseñanza destinada a las personas ancianas, también puede incluir la información al público en general sobre el envejecimiento y la capacitación de las personas que trabajan con los ancianos o por ellos. (19)

La gerontología social estudia los aspectos sociales y psicológicos del proceso de envejecimiento y las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores, el lugar que estas ocupan en la sociedad y la forma en que los aspectos se relacionan con el envejecimiento. (14)

Geriatría: ciencia, rama de la medicina dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias o frecuentes en la vejez. La geriatría tiene a su vez subdivisiones, algunas son:

- Gerontoprofilaxis o medicina preventiva
- Geriatría clínica
- Farmacología geriátrica
- Gerontokinesiología o rehabilitación geriátrica
- Gerontohigiene
- Nutrición geriátrica (20)

Durante la edad media, los ancianos no participaban en la vida pública, la juventud sustituía sus puestos, el padre al envejecer perdía por completo la autoridad, que pasaba al hijo mayor, quien tomaba posesión de todos sus bienes, y los ancianos que no contaban con algún familiar, eran recogidos por algún asilo de beneficencia pública. (21)

Viejo: etimológicamente proviene del griego gerente y del latín senex, de donde deriva señor, senado y senil. Significa persona mayor de 60 años. Se cree que el término viejo aparece por primera vez a principios del siglo XX en una edición publicada en los Estados Unidos, donde se creía que el hablar de personas ancianas, se relacionaba con la atención de los ancianos enfermos, crónicos e inválidos. (22)

Prieto de Nicola, citado por Langarica Salazar (1998), cuando habla de edad de interés geriátrico hace la siguiente clasificación:

- 45-60 años: edad crítica o presenil
- 60-72 años: senectud gradual
- 72-90 años: vejez declarada
- Mas de 90 años: grandes viejos

El envejecer esta constituido por el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. El proceso de envejecimiento es altamente complejo y variado. Se piensa que este proceso se inicia por cambios internos, como una programación genética e influido por factores externos; pero también otros como los estresares del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyos sociales y sensación de utilidad y bienestar consigo mismo.

Teorías del envejecimiento.

En el mundo se han llevado a cabo múltiples experimentos encaminados a conocer profundamente los complejos mecanismos que rigen el proceso del envejecimiento. Por ejemplo se dice que una vida sana, con alimentación adecuada e hipocalórica, pero bien balanceada, prolonga la vida, también se afirma que realizando ejercicio físico hasta la edad avanzada, en un ambiente libre de sustancias nocivas, y con temperaturas frías, es posible tener resultados satisfactorios en lo que se refiere al tiempo de sobrevivencia, científicamente está comprobado que los grupos de personas longevas viven en estas condiciones descritas.

También se ha observado que las radiaciones aunque no constituyen patrones de envejecimiento, causan deterioro y muerte celular, y disminuye por lo tanto la probabilidad de vida.

Los gerontólogos han elaborado dos grupos de teoría que resumen cuánto ha podido lograr la ciencia humana en esta esfera: las teorías del envejecimiento genéticamente programado y las del envejecimiento genéticamente no programado.

Teorías del envejecimiento genéticamente programado:

- Limitación de la duplicación celular
- Genes modificados
- Genes pleiotrópicos

- Restricción del codón
- Reloj biológico. Sistema neuroendócrino
- Control de los tejidos
- Papel crítico del cerebro

Teorías del envejecimiento genéticamente no programado:

- Errores:
 - a) radical libre
 - b) enlace cruzado
 - c) colágeno y enlace cruzado
 - d) deficiencias en la reparación del DNA
 - e) inexactitud en la síntesis de proteínas
- Sistema inmune:
 - a) divergencias inmunológicas causadas por mutaciones
 - b) involución del ritmo
 - c) hipótesis de Burnet
- Toxicidad y productos de desecho:
 - a) lipofucina
 - b) subproductos tóxicos ligados al modelo de vida
- Desgaste y rotura (23)

Teoría de la apoptosis.

- Eliminando células dañadas: según esta teoría, la apoptosis es el resultado de un programa que se ejecuta en condiciones normales y predictibles, esto no impide que se pueda anticipar por una causa anómala.

- Pero si en cambio la apoptosis elimina células que no se pueden reemplazar, tales como neuronas o fibras miocárdicas, producen situaciones patológicas graves.

El destino de las células que van a morir está predeterminado; estas células mueren de forma ordenada y causan el menor daño posible al organismo, esencialmente al no expeler su contenido al medio extracelular y provocar, en cambio, que las fagociten; a este modo de morir se le llama apoptosis, proceso que es estrictamente controlado por moléculas propias de la célula que va a morir, distinguiéndose de otro modo de muerte celular que son perjudiciales para el organismo y están provocados por un daño severo a la célula.

Teoría de los radicales libres (de Burger)

Describe que mediante el proceso metabólico se producen radicales libres (entre los factores que producen radicales libres se encuentran la contaminación atmosférica, la radiación y determinados alimentos que consumimos) que son moléculas con tendencia a enlazarse con otras; estas moléculas pueden ser de utilidad en la oxidación energética normal, pero su acumulación produce un efecto perjudicial al combinarse con enzimas o sustancias endógenas que forman parte del mecanismo metabólico.

Teoría del desgaste.

Nos muestra que el organismo se va acabando en forma progresiva, positiva y negativa. El adulto mayor al sentir que ya no puede valerse por sí mismo, sufre interiormente por sentirse incomprendido por la familia o por personas que lo rodean, está en contra de los cambios, se siente deprimido por cualquier causa y por no poder ejercitar sus actividades, se aferra a lo que posee por que tiene miedo de quedarse sin nada, siente angustia por querer recuperar lo perdido. (24)

Teoría inmunitaria.

El sistema inmune es el responsable de las funciones de protección contra infecciones y el cáncer. Se dice que en el sistema inmunológico están los mecanismos reparadores y los de reconocimiento de las células propias del organismo, con el envejecimiento este sistema sufre una serie de cambios que podrían ser causa de la vejez, cáncer y enfermedades autoinmunes.

Se han analizado las diferentes teorías que sustentan los investigadores y expertos en geriatría y gerontología los cuales manejan los mismos conceptos, por lo tanto todas coinciden y clasificadas en: envejecimiento genéticamente programado y genéticamente no programado.

La OMS concibe a la **calidad de vida** como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. (25)

Desde el punto de vista social se entiende por calidad de vida como “la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo, en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad”. *(26)

Para la bioética, calidad de vida es que el individuo posea todos los satisfactores, económicos, sociales, ambientales, culturales, y de salud física y psíquica que le procuren una existencia óptima y con dignidad.

Factores predisponentes: son elementos que inciden sobre el individuo para causar alteraciones en la homeostasis.

2.2. MARCO REFERENCIAL.

De acuerdo con un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 20% de los ancianos derechohabientes en el país no tienen ninguna forma de ingreso, ya sea personal o por ayuda de familiares. Además el 80% tiene algún padecimiento crónico; siendo la hipertensión, diabetes mellitas, artritis y depresión los problemas de salud mas frecuentes. Este estudio reveló que hay necesidades de salud no diagnosticadas, como la salud oral, que produce estados de desnutrición importantes; además problemas severos de audición y de la visión, así como fracturas. Erróneamente se cree que los adultos mayores solamente emplean los servicios de salud porque tienen necesidad de ser escuchados, pero de acuerdo con el estudio, el 80% tiene alguno de estos padecimientos.

En las memorias del IMSS en la V reunión Regional de Occidente (1999, 31) Martín Caro, describe un estudio que realizó en Guadalajara Jalisco, en el período noviembre de 1998 a abril de 1999, llamado “Anciano, características biológicas, psicológicas, sociales, demográficas y su funcionamiento familiar”, su objetivo era correlacionar las características físicas, psíquicas y sociodemográficas del anciano y su funcionamiento familiar de la zona metropolitana.

En la revista Internacional de Gerontología-Cronomogeriatría, Diodoro Guerra Rodríguez (1998,18), describe un estudio representativo de INFRATEST (1992), sobre “la frecuencia de la dependencia en la edad avanzada” este estudio muestra que la senectud de ninguna manera es equivalente a hacerse dependiente.

En dos estudios sobre calidad de vida, el primero de Arévalo (1997) desarrollado en el Municipio de Marianao de Cuba; la segunda de Fernández (1998) realizado en el Municipio de Guantánamo, los reportes fueron: las mujeres ancianas tienen una mayor prevalencia a la baja calidad de vida en comparación de los varones. Los estudios realizados en ancianos y ancianas de diferentes territorios de las provincias de la Ciudad de la Habana, Las

Tunas y Guantánamo, evidencian desventajas del sexo femenino en relación con la presencia de discapacidades físicas y mentales, calidad de vida y mortalidad por condiciones de vida.

En algunos estudios se encontró que la calidad de vida guardaba una relación directa con habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercutían después en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad. (25)

2.3. MARCO CONTEXTUAL.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Su localización es urbana, ubicado en Morelia, Michoacán. En la calle Ignacio Zaragoza N° 276, colonia centro. Colinda al Norte con la calle Eduardo Ruíz, al Sur con el antiguo Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, al Oriente con las instalaciones de la Secretaría de Salud y al Poniente con la calle Ignacio Zaragoza. Este hospital fue creado por las hermanas de la caridad y traspasado a las Trabajadora Sociales de la Iglesia, por cuestiones económicas. El hospital es de segundo nivel, se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada; cuenta con los servicios de consulta externa, así como hospitalización general, estos servicios son atendidos por estudiantes de enfermería con bachillerato tecnológico y licenciatura en enfermería y obstetricia, así como por enfermeras tituladas y médicos generales o especialistas en ciertas áreas. Cuenta con servicios alternos como CEYE, farmacia, lavandería, cocina, oficinas de trabajo social y caja.

CAPITULO

III

3.0. TIPO DE ESTUDIO.

En la presente investigación se utilizaron los enfoques cualitativo y cuantitativo, los cuales se combinaron e integraron para valernos de las ventajas que cada uno no ofrece. Estos dos enfoques utilizaron la observación y ayudaron para la evaluación del presente estudio. En el enfoque cuantitativo se utilizó la recolección y el análisis de los datos para contestar a la pregunta de investigación y probar la hipótesis y variables establecidas previamente, basándonos en la medición numérica y el análisis estadístico. En el enfoque cualitativo se recolectaron datos sin medición numérica, mediante la descripción y la observación. Trata de reconstruir la realidad que se está viviendo confrontándolo con los avances que han surgido a lo largo de la historia. En el capítulo I y II se utilizó este enfoque ya que buscaba la realidad desde el punto de vista subjetivo por lo tanto, el enfoque cuantitativo abarca un 70% y el cualitativo un 30%.

Descriptivo: porque se describen las variables intercurrentes como la edad, escolaridad, sexo, estado civil, ocupación; los factores predisponentes de calidad de vida de los adultos mayores de 65 años.

Transversal: porque las variables a investigar se midieron una sola vez y se estudiaron simultáneamente en un tiempo determinado.

Explicativo: porque se encontraron los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores.

3.1. DEFINICION DEL UNIVERSO

Universo de trabajo: se consideraron sujetos de esta investigación, los adultos mayores de 65 años que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el primer trimestre del año 2005, siendo un total de 143.

3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se definió aplicando la fórmula para población finita, el nivel de confianza utilizado 2.58, la precisión 10 unidades y la proporción de elementos con la característica del 50%, obteniendo un tamaño de muestra de 77 adultos mayores.

$$n= 77$$

$$N= 143$$

$$Z= 2.58$$

$$p=50\%$$

$$q=50\%$$

$$D=10\%$$

$$n= \frac{NZ^2pq}{D^2(N-1)+Z^2pq}$$

$$n= \frac{143(2.58)^2(50)(50)}{(10)^2(143+1)+6.6564(50)(50)}$$

$$n= \frac{143(6.6564)(50)(50)}{100(142)+6.6564(50)(50)}$$

$$n= \frac{915.8652(2500)}{14200 +16641}$$

$$n= \frac{2379663}{30841} =77.2$$

Al realizar el estudio nos encontramos con personas que no quisieron participar en la investigación, no sabían leer, habían fallecido; quedando finalmente integrada la muestra por **73 adultos mayores: 38 mujeres y 35 hombres.**

<u>MEDIA</u>	<u>MODA</u>	<u>MEDIANA</u>	<u>RANGO</u>	<u>VALOR</u> <u>MÍNIMO</u>	<u>VALOR</u> <u>MÁXIMO</u>	<u>ERROR</u> <u>ESTÁNDAR</u>	<u>DESVIACIÓN</u> <u>ESTÁNDAR</u>
23.4	36	24	29	7	36	2.58	9.34

3.3. DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION.

- Criterios de inclusión: adultos mayores de 65 años masculinos y femeninos que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el primer trimestre del año 2005.
- Criterios de exclusión: adultos mayores de 65 años que no quieran participar en la investigación y que no sepan leer.
- Criterios de eliminación: cuestionarios incompletos.

3.4. PROCESO PARA LA RECOLECCION DE DE DATOS.

Después de la selección del tema, se analizó la problemática importante en el área de la salud, eligiéndose al grupo atareo de adultos mayores que ingresaran al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para realizar esta investigación; posteriormente se hizo la revisión de la bibliografía que apoyó en la fundamentación teórica. Se realizó la descripción y planteamiento del problema, se precisaron los objetivos que guiaron el desarrollo de la investigación, para identificar los factores predisponentes de calidad de vida de los adultos mayores; la justificación se

plantea de acuerdo a la vulnerabilidad, magnitud, trascendencia y viabilidad del problema.

Instrumentos: para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos.

1. Un cuestionario para identificar los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años, que consta de dos partes: en la primera se registraron los datos generales como nombre y domicilio; así como la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación que se consideraron en esta investigación como variables intercurrentes. La segunda parte corresponde a las preguntas para identificar los factores predisponentes de calidad de vida que se refieren a los siguientes: factor económico, factor familiar, factor social, factor salud. Es un cuestionario que consta de 21 preguntas abiertas.
2. La escala MG.H. de la calidad de vida (registrada en Cuba en la Oficina Nacional de Patentes) que consta de 25 ítems, con cuatro tipos de respuesta: 1=siempre, 2=casi siempre, 3=algunas veces, 4=nunca. Para la evaluación de calidad de vida se clasificó en las siguientes categorías: calidad de vida excelente si las respuestas correspondieron a siempre en los 25 ítems; calidad de vida buena si las respuestas siempre fluctúan entre 17 y 24; calidad de vida regular si las respuestas siempre fluctúan entre 9 y 16; y calidad de vida mala si las respuestas siempre fluctúan entre 1 y 8.

3.5. PROCESO PARA TABULACION Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis descriptivo de la información se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y porcentajes, se presentan los resultados en gráficas de pastel: número y porcentajes de los adultos mayores, por grupo de edad, sexo, estado civil, escolaridad; factores predisponentes de calidad de vida como los aspectos económicos, familiares, sociales y de salud física y mental; y la calidad de vida de los adultos mayores. Para el análisis inferencial de los datos se utilizó el programa estadístico computarizado STATSTM.

3.6. RIESGOS Y PRECEPTOS ÉTICOS.

La investigación que se realizó no presentó ningún riesgo para la vida de la población estudiada, ni para la responsable de la investigación. En la recolección de los datos y en la presente se respeta la individualidad de los investigadores, conservando el anonimato de sus nombres.

3.7. RECURSOS HUMANOS.

Para la realización de la investigación se contó con una estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y un asesor.

3.8. RECURSOS MATERIALES.

Los recursos materiales que se utilizaron fueron: pluma, lápiz, marcadores, borrador, hojas blancas, computadora, impresora, fotocopias, renta de Internet, diskettes, calculadora, discos compactos

Financiamiento: fue erogado por la autora de la investigación.

CAPÍTULO

IV

4.0 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación que se realizó con el objetivo de analizar los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el primer trimestre del año 2005. Es conveniente aclarar que la muestra obtenida estadísticamente fue de 77, sin embargo sólo fue posible estudiar a 73 que representan el 94.8%, y 4 (5.2%) no participaron en la investigación por las siguientes causas: renuentes 3 (3.9%), defunción 1 (1.3%).

Primeramente se presentan los datos obtenidos mediante el cuestionario, y se continúa con los resultados de la escala de las actividades de calidad de vida.

Resultados obtenidos a través del cuestionario.

1. La edad de los adultos mayores fluctúa entre los 65 a 95 años; de 65 a 69 son 21 (29%), de 70 a 74 años son 20 (27.3%), de 75 a 79 son 17 (23.3%), 80 a 84 años 10 (13.5%), 85 a 89 años 2 (2.6%) y de 90 a 95 años son 3 (4.3%); en cuanto al sexo son 38 mujeres que representan el 52% y 35 hombres con el 47.9% (tabla 1).
2. El estado civil se clasificó en 49 casados (67.1%), 17 individuos viudos que representan el 23.2%, 1 en unión libre (1.3%), divorciados 2 (3%), solteros 4 (5.4%) (tabla 2).

3. La escolaridad de los adultos mayores fue: analfabetas 12 (16.4%), 52 con primaria (71.2%), 2 con secundaria (2.7%), 4 se encuentran en el nivel medio superior (5.4%) y en el nivel superior 3 (4.3%) (tabla 3).
4. La ocupación de los adultos mayores es: 30 mujeres se dedican a las labores del hogar (42.5%), 5 son empleadas (7%), 3 (4.1%) mujeres se dedican al comercio. En el rubro de los hombres se encontró que 11 se dedican al comercio (15%), 5 son jubilados (7%), 5 (7%) son pensionados, desempleados 4 (5.2%), campesinos 5 (7%), 1 jardinero (1.3%), 1 músico (1.3%), 3 (4.1%) son mecánicos (tabla 4).
5. Los servicios médicos con los que cuentan los adultos mayores son: 45 (61.8%) pertenecen al IMSS, 14 (19.2%) al ISSSTE, 4 a la Secretaría de Salud (5.4%), 1 a PEMEX (1.3%), 9 perteneces a otros servicios (12.3%) (tabla 5).

Factores económicos.

1. Los ingresos mensuales de los adultos mayores son de: 600 a1000 pesos 13 adultos mayores (18.2%), de 1100 a 1500 pesos 7 (9.7%), 1600 a 2000 pesos 22 (30%), 2100 a 2500 pesos 18 (24.6%), 2600 a 3000 pesos 6 (8.1%), 3100 a 3500 pesos 3 (4%), 3600 o más 4 (5.4%) (tabla 6).
2. Dentro de la dependencia económica resultó que: 45 adultos mayores dependen de sus hijos (61.5%), 5 del esposo (6.8%), 13 son independientes (18.1%), 10 otros (13.6%) (tabla 7).
3. Tenencia de la vivienda 62 con casa propia (84.8%), casa rentada 4 (5.7%), 7 con casa prestada (9.5%) (tabla 8).

4. Egresos alimenticios semanales: de 150 a 200 pesos 19 (26%), 300 a 450 pesos 38 (52.2%), de 500 a 750 pesos 16 (21.8%) (tabla 9).
5. Egresos por ropa y calzado por semestre: a 24 se les regala (32.7%), 29 de ellos gastan entre 150 a 250 pesos (39.6%), 300 a 450 pesos 20 (27.7%) (tabla 10).
6. Egresos mensuales por médico y medicina: Institución de salud a la que pertenecen 32 (44.1%), de 100 a 250 pesos 10 (13.6%), 300 a 450 pesos 12 (16.3%), 500 a 600 pesos 15 (20.6%), de 700 a 1000 pesos 4 (5.4%) (Tabla 11).
7. Egreso bimensual por gas y luz: de 150 a 250 11 (15.2%), 300 a 450 26 (35.6%), 500 a 650 26 (35.6%), 700 a 850 10 (13.6%) (tabla 12).

Factores familiares.

1. Los adultos mayores viven con: su pareja 34 (46.8%), con hijos 29 (39.6%), con hermanos 1 (1.3%), otros 9 (12.3%) (tabla 13).
2. Número de integrantes de la familia: 1 a 2 20 (23.6%), 3 a 4 25 (34.1%), 5 a 6 14 (19%), 7 a 8 personas 8 (10.9%), 9 y mas integrantes 9 (12.4%) (tabla 14).
3. Relación familiar: buena 61 adultos mayores (83.7%), mala la relación familiar 12 (16.3%) (tabla 15).
4. Consideración para la toma de decisiones: si 59 (81%), no 14 (19%) (tabla 16).
5. Actividades de convivencia familiar: si 57 (77.9%), no 7 (9.7%), a veces (12.4%) (tabla 17).

Factores sociales.

1. Convivencia con amigos: si 42(57.8%), no 13 (17.7%), a veces 18 (24.5%) (tabla 18).
2. Participación en actividades políticas: si 27 (37.4%), no 30 (40.8%), a veces 16 (21.8%) (tabla 19).
3. Participación en actividades religiosas: si 45 (61.5%), no 11 (15%), a veces 17 (23.5%) (tabla 20).
4. Participación en clubes de amigos: si 14 (19%), no 59 (81%) (tabla 21).

Factores relacionados con el estado de salud física y mental.

1. Adultos con enfermedad: si 61(83.4%), no 12 (16.6%) (tabla 22).
2. Tipo de padecimiento: hipertensión arterial 36 (49.3%), diabetes 16 (22.5%), osteoporosis 5 (7%), artritis 3 (4.6%), otras 12 (16.6%) (tabla 23).
3. Control médico: si 42 (57.5%), no 16 (21.9%), a veces 15 (20.6%) (tabla 24).
4. Problemas para caminar: si 36 (49.4%), no 37 (50.6%) (tabla 25).
5. Problemas de memoria: si 42 (57.6%), no 31 (42.4%) (tabla 26).
6. Problemas para dormir: si 45 (61.8%), no 28 (38.2%) (tabla 27).
7. Estado de irritabilidad: si 38 (52%), no 35 (52%) (tabla 28).
8. Aceptación familiar: si 68 (93.2%), no 5 (6.8%) (tabla 29).
9. Pasea con la familia: si 13 (17.7%), no 38 (52.3%), a veces 22 (30%) (tabla 30).

10. Lo visita su familia: si 41 (56.1%), no 6 (8.2%), a veces 26 (35.7%)
(tabla 31).

Resultados de la escala de Calidad de Vida.

- La calidad de vida de este grupo de edad, clasificados por sexo es la siguiente: en las mujeres excelente 0%, buena 12 (16.5%), regular 18 (24.7%), mala 8 (10.9%). En los hombres resultó excelente 0%, buena 10 (13.6%), regular 17 (23.4%), mala 8 (10.9%). (tabla 32, 33 y 34).

4.1 DISCUSIÓN

Analizando el cuadro representativo de la edad se observa que en el grupo de 65 a 70 años son 21 adultos mayores predominando este sobre los demás y representando que la edad es determinante para tener una buena calidad de vida. Referente al estado civil encontramos 49 casados y 17 viudos, sumando de manera global son 66 infiriéndose influye significativamente para la calidad de vida. Con respecto a la escolaridad el número de analfabetas fue de 12 y 52 con primaria, cabe hacer notar que la escolaridad influye en la calidad de vida, pues se observa que el analfabetismo determina el hecho de que los adultos no puedan controlar adecuadamente el tratamiento según horario, la dosis y el medicamento. En el rubro de la ocupación se encontró que 30 mujeres se dedican al hogar, infiriéndose que esto determina una regular calidad de vida por el tipo de ocupación. En el resultado obtenido de los servicios de salud se observa que 45 adultos mayores cuentan con seguridad social a través del IMSS y 28 son otro tipo de seguridad médica, lo que indica que tienen acceso para el control médico de sus padecimientos. 32 de ellos obtienen medicamentos de la institución de salud a la que pertenecen.

Referente al sueldo cabe hacer hincapié que 22 adultos mayores no tienen sueldo fijo, de los 73 estudiados, 23 de ellos sus ingresos fluctúan entre 1600 a 2000 pesos mensuales. 45 dependen económicamente de los

hijos. 62 cuentan con casa propia, esto puede determinar una seguridad personal y una seguridad en la calidad de vida. 61 tienen buenas relaciones familiares, 57 conviven en familia, 42 conviven con amigos, 45 participan en actividades religiosas, 68 se sienten aceptados por su familia y 22 lo hacen a veces. Así mismo 41 tienen visitas familiares frecuentes y 26 a veces.

En cuanto a la salud 61 padecen alguna enfermedad y las mas frecuentes que se observaron fueron 36 adultos mayores con hipertensión arterial y 16 con diabetes mellitus, 42 de ellos acuden a control médico; 37 no tienen problemas para caminar, 42 tienen problemas de memoria, 38 se irritan fácilmente pero 45 duermen bien.

Tomando en cuenta las variables se concluye que se ratifica la hipótesis; por lo que si existe asociación altamente significativa en cuanto a los factores predisponentes y su relación con calidad de vida.

CAPÍTULO

V

5.0 CONCLUSIONES

La problemática de una población gerontológica es de difícil abordaje por la complejidad de problemas que generalmente afectan a este grupo etéreo, demandando la participación principalmente de enfermería, trabajo social, medicina gerontológica y algunas otras disciplinas para atenderlos y evaluarlos integralmente. Es obvio el reto que este fenómeno representa, por las grandes necesidades generadas biomédica y socioeconómicamente.

La edad de los adultos mayores que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el primer trimestre del año 2005, fluctúa entre los 65 y 95 años, siendo el grupo más numeroso el de 65 a 69 años; es interesante el dato de que hay mayor número de viudas. La escolaridad es alarmante pues con primaria resultó que solo 52 cursaron este nivel y a veces incompleto y 12 no estudiaron, es decir, son analfabetas. El 41% de las mujeres son desempleadas y se dedican al hogar, y solo 19.2% de los hombres son pensionados. 59 de los adultos mayores encuestados tienen seguridad social en el IMSS o en el ISSSTE, el 61.5% de los ancianos dependen económicamente de sus hijos, aunque cabe destacar que 62 de los 73 tienen casa propia, pero su ingreso mensual es bajo, lo que influye determinadamente en una calidad de vida deficiente. El estado de salud física está alterado por más de un padecimiento en los adultos mayores, entre estos se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y solo el 57.5% acude a su control médico con regularidad.

Las relaciones familiares de 83.7% de los adultos mayores son aceptables y sólo el 77.9% convive con su familia.

En la evaluación de la calidad de vida se concluye que tanto hombres como mujeres tienen una regular calidad de vida; es importante mencionar que nadie tiene una excelente calidad de vida y esto determina una estabilidad irregular en los adultos mayores. Por lo tanto el nivel de calidad de vida es directamente proporcional a los factores predisponentes de calidad de vida de los adultos mayores de 65 años.

Los resultados obtenidos nos permiten ratificar la hipótesis que se menciona en el capítulo uno de esta investigación:

Los factores predisponentes de la calidad de vida en los adultos mayores de 65 años en el primer trimestre del 2005 en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud son la escolaridad, el nivel socioeconómico, el estado civil, sexo, edad, control médico y problemática de salud.

5.1 SUGERENCIAS

Es necesario que la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y el Hospital del mismo nombre capacite al alumnado y a su personal de manera ética y teórica para dar una atención integral a los adultos mayores.

De la misma manera es urgente que la Escuela de Enfermería implemente materias que aborden únicamente la atención al adulto mayor, para que de esta manera el personal de enfermería esté preparado y capacitado para atender a esta población que demanda atención especializada fundamentada en la paciencia y el amor.

Es urgente que el hospital tenga personal capacitado en el área de gerontología que estimule a las estudiantes y al demás personal a participar activamente en la atención al adulto mayor, en la educación para la salud de la familia y de los adultos mayores para mejorar la calidad de vida de este grupo etareo.

Se sugiere que las instituciones del Sector Salud y educativas coordinen acciones tendientes a realizar un control de este grupo, fomentando la creación de círculos de abuelos como una actividad permanente y obligatoria y no como una mera utopía.

Es urgente que el Hospital de Nuestra Señora de la Salud implemente una estancia para el esparcimiento de los adultos mayores que ingresen a esta institución con el fin de que los

abuelitos se sientan en confianza y aceptados, igualmente que sirva para promover estilos de vida saludables en este grupo.

Establecer programas de prevención y de protección a los adultos mayores de acuerdo a los factores de riesgo que aquejan a los senectos. Finalmente elaborar programas con el fin de educar a la población, comenzando por los grupos infantiles y de jóvenes, con el fin de educar para la vida futura, es decir, del envejecimiento saludable y de calidad.

Es indispensable hacer hincapié en a población que los adultos mayores no son simples ancianos, sino seres capaces y sabios habidos de atención y de amor.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- ISSSTE “Programa de certificación de las Unidades Amigas del Adulto Mayor”, Guadalajara Jalisco, Anexo 3 1999. pp. 1-2.
- 2.- MARTÍN Lorrain Pedro Pablo. “Envejecimiento Saludable”. Facultad de Medicina P.U.C. Chile. 1999. pp. 1-2.
- 3.- ROCABRUNO, Juan Carlos y Prieto Osvaldo. “Tratado de gerontología y Geriátrica Clínica”. Editorial Científico-Técnica. La Habana Cuba. 1999. p. 37.
- 4.- GARCÍA, Misericordia y Torres Ma. Pilar. “Enfermería Geriátrica”. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson y Salvat. Barcelona, España. 1993. pp.5-7.
- 5.- <http://www.cadamicis.org.r/contenido/españolrelatoría.asp>. Terra 2002
- 6.- <http://mx.neus,yahoo.com/21107/713tt.html>.
- 7.- <http://www.unam.mx/iisuman/estpobla/invpob.html>.
- 8.- <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/mayo/b55-2002.html>.
- 9.- <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp>.
10. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/Mayo/comunica19.pdf>.
- 11.- <http://www.gerontologia.org/programa-deaccion-atención-al-e.htm>.
- 12.- DURAN Arenas, Luís. “Financiamiento de la Atención a la Salud de la Población de la 3ª edad”. Salud Pública de México, 1996, 501-512.

13.- boletín@imagen.com.mx

14.-BABB Stanley, Pamela. "Por qué hablar de la vejez". Enfermería al día. Vol. 16, México 1991. pág. 9.

15.-ARECHIGA, Hugo y Cerejido. "El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas". México Siglo XXI. 1999. pp. 66-68

16.- GARCÍA, Misericordia y Torres Ma. Pilar. "Enfermería Geriátrica". Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat. Barcelona, España. 1993. p.p. 8-9.

17.- LANGARICA Salazar, Raquel. Gerontología y Geriatria. Editorial Interamericana. México, 1986. pp. 10-13.

18.- BABB Stanley, Pamela. "Manual de enfermería gerontológica". McGraw-Hill. Interamericana. Editores S.A. de C.V. México, 1998. p. 2.

19.- ISSSTE. Gerontología I. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección General Médica. México. S/F pp. 21-22-29.

20.- ISSSTE. Gerontología I. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección General Médica. México. S/F pp. 24.

21.- IDEM.

22.- GARCÍA, Misericordia y Torres Ma. Pilar. "Enfermería Geriátrica". Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat. Barcelona, España. 1993. p.p. 2-5.

23.- ROCABRUNO, Juan Carlos y Prieto Osvaldo. "Gerontología y Geriatria Clínica". Ed. Ciencias Médicas. La Habana Cuba. 1992. pp. 63-64.

24.-IZQUIERDO, Ciriaco. "Envejecer y vivir con alegría". Ed. Paulinas, S.A. de C.V. México 1995. p. 2522.

25.- DULCEY Ruíz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM. Calidad de vida y situaciones de cambio. Universidad de Bogotá, 1998.

26.- <http://www.geriatrianet.com>.

SOCIALES. Plaza y Valdés. 17ª edición. México 1995.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Chile 2003. MaGraw-Hill Interamericana. 3ª edición.

ROJAS Soriano Raúl. GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Plaza Valdés. 17ª edición. México, 1995.

PEREZ Martínez Alberto. Metodología de la Investigación Científica aplicada a la Salud Pública.

INFANTE, Gil Saíd y Zárate de Lara Guillermo. MÉTODOS ESTADÍSTICOS. Ed. Trillas, sexta reimpression 2000.

HERRERA, Vargas Fernando. Bioética fundamental. Ediciones Cuellar, Guadalajara, Jalisco. 2000.

INEGI 2000

IZQUIERDO, Ciriaco. Envejecer y vivir con alegría. Ediciones Paulinas, S.A. de C.V. México, 1995.

VALDES Mier, Miguel A. Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales. Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1997

SARDUY Sánchez, Celia. GENERO: salud y cotidianidad. Ed. Oxford, México, 2002.

MAYA LE. Acción de enfermería en la gerontología. Boletín epidemiológico de Antioquia, 1997.

PLAN ESTATAL DE DESARROLLO. Secretaría de Salud. Programa 2003.

ANEXOS

No. 1. Cuestionario: Factores predisponentes de calidad de vida.

No. 2. Escala de M. G. H. Calidad de vida.

No. 3. Cuadros y gráficas.

ANEXO 1

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

Objetivo: obtener información sobre los factores predisponentes de calidad de vida en los adultos mayores de 65 años con el fin de llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos.

Instrucciones: le pedimos que conteste el siguiente cuestionario con veracidad. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

1.- Datos de identificación:

Edad_____ .Sexo_____. Edo.Civil_____. Escolaridad_____.
Ocupación_____. Jubilado_____.
Tiene servicios médicos (IMSS) (ISSSTE) (OTROS)_____.

II. Factores predisponentes de calidad de vida:

A) Factores económicos:

1.-Sueldo: semanal_____ quincenal_____ mensual_____ cuánto gana_____

2.-De quien depende_____

3.-La casa donde vive es propia_____ prestada_____ rentada_____ cuánto paga_____

Cuánto gasta en alimentos_____ en vestido_____ en
medicinas_____ calzado_____ agua_____ luz_____ gas_____.

B) Factores familiares:

4.-Con quien vive: pareja_____ hijos_____ hermanos_____ otros_____.

5.-Cuántos integran la familia: _____.

6.- Tiene buena relación con su familia: Si_____ No_____

Por qué_____.

7.-Lo toman en cuenta para decidir sobre algún problema: Si_____ No_____

Por qué_____.

8.-Realiza actividades de convivencia con su familia: Si_____ No_____ Algunas veces_____

C) Factor social:

9.-Realiza actividades de convivencia con amigos: Si _____ No _____

Por qué _____.

10.-Participa en actividades políticas: Si _____ No _____ Algunas veces _____.

11.-Participa en actividades religiosas: Si _____ No _____ Algunas veces _____.

12.-Participa en algún club de amigos: Si _____ No _____ Algunas veces _____.

D) Factores relacionados con el estado de salud física y mental:

13.-Padece alguna enfermedad: Si _____ No _____Cuál o cuáles _____.

A consecuencia de estas enfermedades ¿acude al médico? Siempre _____ No _____ Algunas veces _____.

14.-Tiene problemas para caminar: Si _____ Por qué _____

No _____.

15.-Se le olvidan las cosas fácilmente

Si _____ Por qué _____ No _____.

16.-Duerme bien: Si _____ NO _____ A qué lo atribuye _____.

17.-Se enoja Fácilmente: Si _____ No _____.

18.-Siente que en su familia es aceptado(a): Si _____ No _____ Por qué _____.

19.-Sale a pasear con su familia: Si _____ No _____ Algunas veces _____.

20.-Lo visita su familia siempre: Si _____ No _____ Algunas veces _____.

ANEXO 2

ESCALA M. G. H. CALIDAD DE VIDA

Clave: 1=siempre 2=casi siempre 3=algunas veces 4=nunca

ACTIVIDADES	1	2	3	4
1. Realizo actividades físicas que otras personas de edad pueden hacer				
2. Puedo ir a la tienda a hacer mandados				
3. Mi familia me quiere y me respeta				
4. Mi estado de ánimo es bueno				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro				
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mi mismo actividades				
8. Puedo leer el periódico o revistas				
9. Soy importante para mi familia				
10. Me siento sólo y desamparado en la vida				
11. Me muevo ayudado por otras personas o bastón				
12. Puedo usar el transporte público				
13. Mi situación económica me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole				
14. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me presentan				
15. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones				
16. Estoy satisfecho con mi situación económica				
17. En ocasiones estoy inquieto y nervioso				
18. Puedo ayudar en la atención y cuidado de mis nietos				
19. Puedo expresar a mi familia lo que pienso y siento				
20. Mi creencia religiosa me da seguridad				
21. Soy feliz con la familia que he construido				
22. Salgo a distraerme con mi familia y amigos				
23. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir y es cómoda para mí				
24. He pensado en quitarme la vida				
25. Mi familia me toma en cuenta para tomar decisiones relacionadas con el hogar.				

ANEXO 3

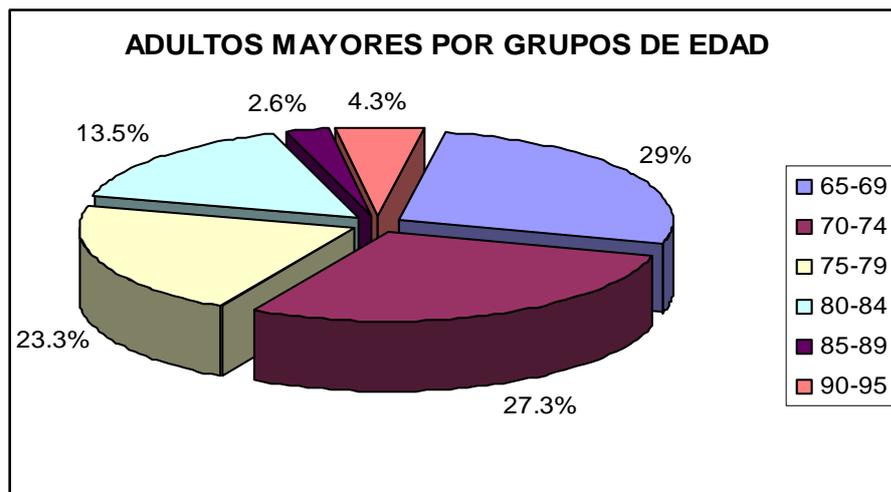
CUADROS Y GRÁFICAS

ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005

TABLA No. 1

Grupo de edad	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
65-69	10	14	11	15	21	29
70-74	11	15	9	12.3	20	27
75-79	8	11	9	12.3	17	23
80-84	6	8.2	4	5.3	10	14
85-89	1	1.3	1	1.3	2	2.6
90-95	2	3	1	1.3	3	4.3
F total	38	52.5	35	47.5	73	100

F
Fuente: cuestionario

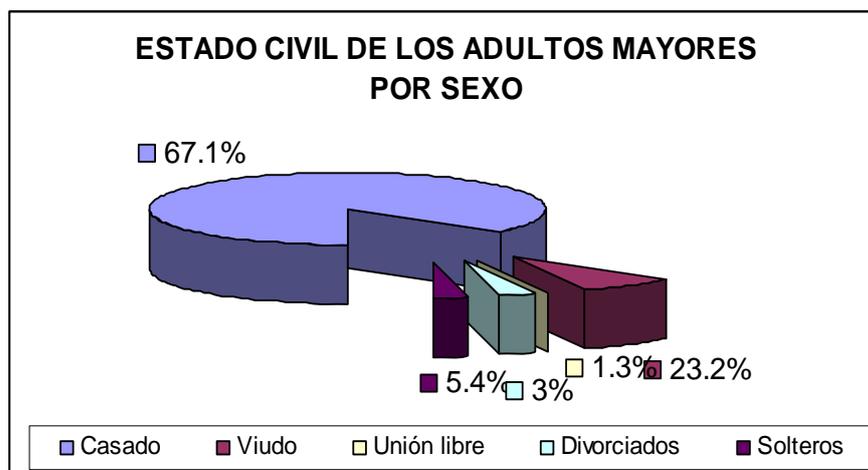


**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005**

TABLA No. 2

Estado civil	Hombre		Mujer		Total	
	No	%	No	%	No	%
Casado	30	41	19	26.1	49	67
Viudo	3	4.1	14	19.1	17	23
Unión libre	0	0	1	1.3	1	1.3
Divorciados	1	1.3	1	1.3	2	3
Solteros	1	1.3	3	4.1	4	5.4
Total	35	48	38	52	73	100

Fuente: cuestionario

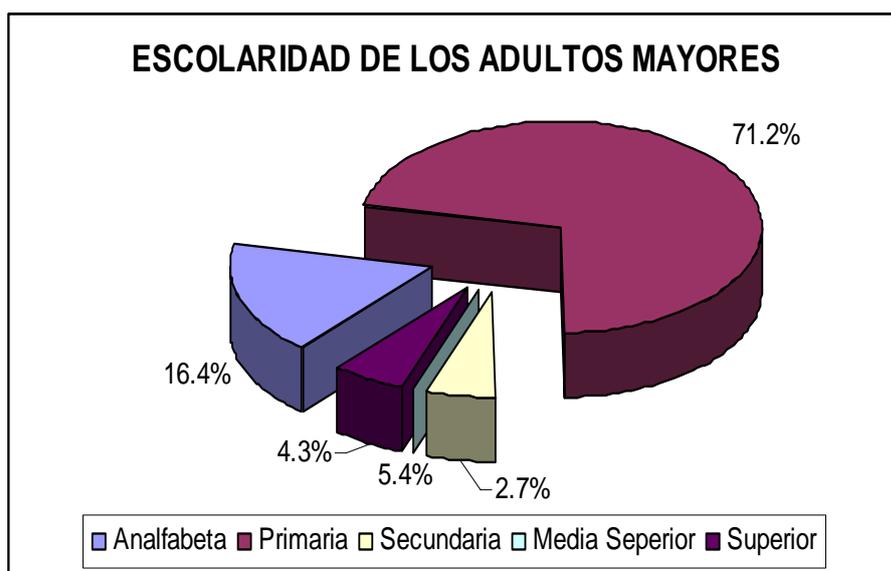


ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005

TABLA No. 3

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	No	%	No	%	No	%
Analfabeta	6	8.2	6	8.2	12	16.4
Primaria	25	34.2	27	37	52	71.2
Secundaria	2	2.7	0	0	2	2.7
Media Superior	0	0	4	5.4	4	5.4
Superior	2	3	1	1.3	3	4.3
Total	35	48.1	38	51.9	73	100

Fuente: cuestionario



OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005

TABLA No. 4

Ocupación	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hogar	30	41			30	41
Empleada	5	7			5	7
Comerciante	3	4.1	11	15	14	19.1
Jubilado			5	7	5	7
Pensionado			5	7	5	7
Desempleado			4	5.2	4	5.2
Campeño			5	7	5	7
Jardinero			1	1.3	1	1.3
Músico			1	1.3	1	1.3
Mecánico			3	4.1	3	4.1
total	38	52.1	35	47.9	73	100

Fuente: cuestionario

SERVICIO MÉDICO CON LOS QUE CUENTAN ADULTOS MAYORES POR SEXO
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005

TABLA No. 5

Servicio médico	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
IMSS	24	32.8	21	29	45	61.8
ISSSTE	6	8.2	8	11	14	19.2
S. SA.	3	4.1	1	1.3	4	5.4
PEMEX	1	1.3	0	0	1	1.3
Otros	4	5.3	5	7	9	12.3
Total	38	51.7	35	48.3	73	100

Fuente: cuestionario

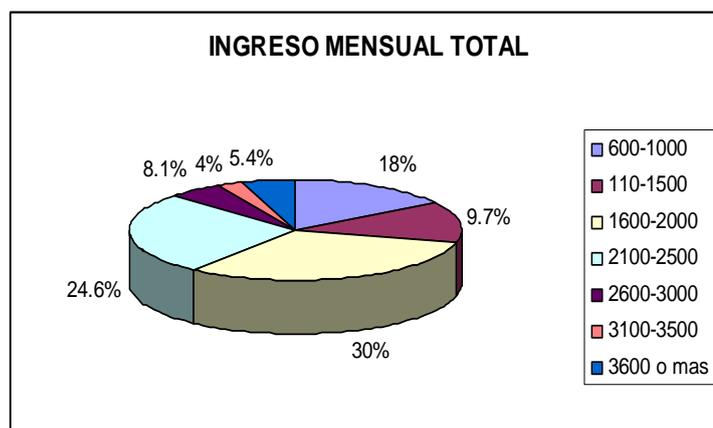
FACTORES PREDISPONENTES DE CALIDAD DE VIDA.

INGRESO MENSUAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 6

Ingreso mensual	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
600-1000	6	8.2	7	10	13	18.2
110-1500	5	7	2	2.7	7	9.7
1600-2000	12	16.4	10	13.6	22	30
2100-2500	10	13.6	8	11	18	24.6
2600-3000	2	2.7	4	5.4	6	8.1
3100-3500	1	1.3	2	2.7	3	4
3600 o mas	2	2.7	2	2.7	7	5.4
Total	38	51.9	35	48.1	76	100

Fuente: cuestionario



DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 7

Dependencia económica	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hijos	25	34.2	20	27.3	45	61.5
Esposo (a)	5	6.8	0	0	5	6.8
Solos	3	4.1	10	14	13	18.1
Otros	5	6.8	5	6.8	10	13.6
Total	38	51.9	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario



TENENCIA DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 8

Casa habitación	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Propia	30	41	32	43.8	62	84.8
Rentada	3	4.1	1	1.6	4	5.7
Prestada	5	6.8	2	2.7	7	9.5
Total	38	51.9.	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario

EGRESOS POR CONCEPTO DE ALIMENTACION, DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 9

Egresos por semana	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
150-250	13	17.8	6	8.2	19	26
300-450	20	27.3	18	24.9	38	52.2
500-750	5	6.8	11	15	16	21.8
Total	38	51.9	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario

EGRESOS POR CONCEPTO DE VESTUARIO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE
INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA,
MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 10

Ropa y calzado semestral	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Regalado	10	13.6	14	19.1	24	32.7
150-250	20	27.3	9	12.3	29	39.6
300-450	8	10.9	12	16.8	20	27.7
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario

EGRESOS MENSUAL POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 11

Egresos por medicamentos	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
De la institución a la que pertenecen	15	20.5	17	23.6	32	44.1
100-250	6	8.2	4	5.4	10	13.6
300-450	4	5.4	8	10.9	12	16.3
500-600	10	13.6	5	7	15	20.6
700-1000	3	4.1	1	1.3	4	5.4
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario.

EGRESOS POR CONCEPTO DE GAS Y LUZ DE LOS ADULTOS MAYORES QUE
INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA,
MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 12

Egresos bimensuales	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
150-250	5	6.8	6	8.4	11	15.2
300-450	10	13.6	16	22	26	35.6
500-650	18	24.6	8	11	26	35.6
700-850	5	6.8	5	6.8	10	13.6
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario

DEPENDENCIA FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 13

Vive con	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Pareja	14	19.1	20	27.7	34	46.8
Hijos	18	24.6	11	15	29	39.6
Hermanos	1	1.3	0	0	1	1.3
Otros	5	6.8	4	5.5	9	12.3
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario

INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 14

Integrantes de la familia	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
1-2	10	13.6	7	10	20	23.6
3-4	15	20.5	10	13.6	25	34.1
5-6	4	5.4	10	13.6	14	19
7-8	3	4.1	5	6.8	8	10.9
9-más	6	8.2	3	4.2	9	12.4
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

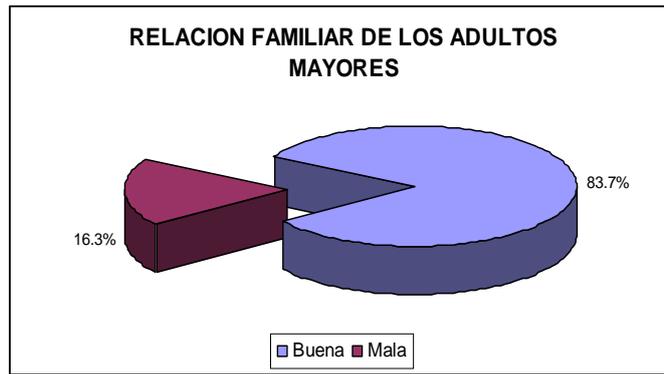
Fuente: cuestionario

RELACION FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 15

Relación interpersonal	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Buena	31	42.4	30	41.3	61	83.7
Mala	7	9.5	5	6.8	12	16.3
Total	38	51.9	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario



CONSIDERACION PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 16

Toma de decisiones	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	29	40	30	41	59	81
No	9	12	5	7	14	19
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ACTIVIDADES DE CONVIVENCIA CON LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 17

Convivencia familiar	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	30	41	27	36.9	57	77.9
No	3	4.1	4	5.6	7	9.7
A veces	5	6.8	4	5.6	9	12.4
Total	38	51.9	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario

ACTIVIDADES DE CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON AMIGOS
QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD,
MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 18

Convivencia con amigos	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	20	27.3	22	30.5	42	57.8
No	8	10.9	5	6.8	13	17.7
A veces	10	13.6	8	10.9	18	24.5
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES POLÍTICAS DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 19

Participación en actividades políticas	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	12	16.4	15	21	27	37.4
No	20	27.2	10	13.6	30	40.8
A veces	6	8.2	10	13.6	16	21.8
Total	38	51.8	35	48.2	73	100

Fuente: cuestionario

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RELIGIOSAS DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 20

Participación en actividades religiosas	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	25	34.2	20	27.3	45	61.5
No	3	4.1	8	10.9	11	15
A veces	10	13.6	7	9.9	17	23.5
Total	38	51.9	35	48.1	73	100

Fuente: cuestionario

PARTICIPACION EN CLUBES DE AMIGOS DE LOS ADULTOS MAYORES
QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD,
MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 21

Participación en clubes de amigos	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	9	12	5	7	14	19
No	29	40	30	41	59	81
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ESTADO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE
INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA,
MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 22

Padece alguna enfermedad	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	31	42.4	30	41	61	83.4
No	7	9.6	5	7	12	16.6
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

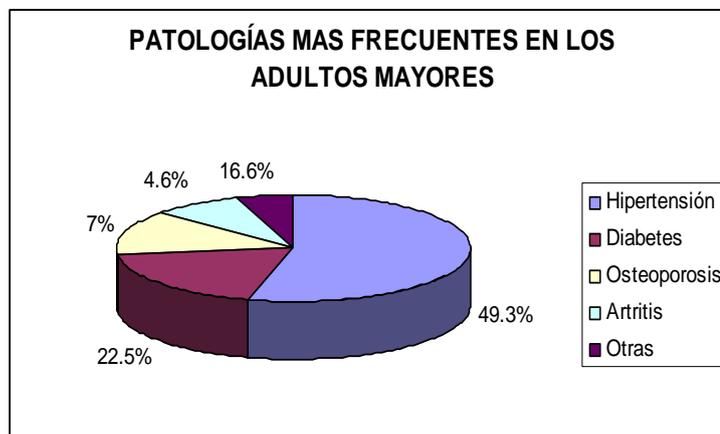


PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES EN LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 23

Patologías	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión	20	27.4	16	21.9	36	49.3
Diabetes	7	10	9	12.5	16	22.5
Osteoporosis	5	7	0	0	5	7
Artritis	3	4.6	0	0	3	4.6
Otras	2	3	10	13.6	12	16.6
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario



CONTROL MÉDICO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 24

Control médico	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	20	27.3	22	30.2	42	57.5
No	6	8.3	10	13.6	16	21.9
A veces	12	16.4	3	4.2	15	20.6
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

PROBLEMAS PARA LA DEAMBULACION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE
INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA,
MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 25

Problemas para caminar	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	22	30.1	14	19.3	36	49.4
No	16	21.9	21	28.7	37	50.6
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

PROBLEMAS DE MEMORIA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER
TRIMESTRE 2005

TABLA No. 26

Problemas de memoria	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	25	34.2	17	23.4	42	57.6
No	13	17.8	18	24.6	31	42.4
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ESTADO DE SUEÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH.
PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 27

Duerme bien	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	20	27.4	25	34.4	45	61.8
No	18	24.6	10	13.6	28	38.2
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ESTADO DE IRRITABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH.
PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 28

Irritable	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	18	24.6	20	27.4	38	52
No	20	27.4	15	20.6	35	58
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ACEPTACION POR PARTE DE LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 29

Aceptación familiar	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	35	47.9	33	45.3	68	93.2
No	3	4.1	2	2.7	5	6.8
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ESPARCIMIENTO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH.
PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 30

Pasea con su familia	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	8	10.9	5	6.8	13	17.7
No	20	27.5	18	24.8	38	52.3
A veces	10	13.6	12	16.4	22	30
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

VISITA DE FAMILIARES A LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL
 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH.
 PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No.31

Lo visitan	Mujer		Hombre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	21	28.7	20	27.4	41	56.1
No	5	6.8	1	1.4	6	8.2
A veces	12	16.5	14	19.2	26	35.7
Total	38	52	35	48	73	100

Fuente: cuestionario

ESCALA M. G. H. CALIDAD DE VIDA (HOMBRES)

Clave: 1=siempre 2=casi siempre 3=algunas veces 4=nunca

TABLA No. 32

ACTIVIDADES	1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1. Realizo actividades físicas que otras personas de edad pueden hacer	20	57.1	10	28.6	4	11.4	1	2.9
2. Puedo ir a la tienda a hacer mandados	25	71.4	8	22.8	1	2.9	1	2.9
3. Mi familia me quiere y me respeta	30	85.7	1	2.9	3	8.5	1	2.9
4. Mi estado de ánimo es bueno	20	57.1	10	28.7	2	5.7	3	8.5
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro	18	51.5	10	28.6	4	11.4	3	8.5
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido	15	43	5	14.2	10	28.6	5	14.2
7. Mi estado de salud me permite realizar por mi mismo actividades	21	60	9	25.7	4	11.4	1	2.9
8. Puedo leer el periódico o revistas	10	28.6	2	5.8	8	22.8	15	42.8
9. Soy importante para mi familia	25	71.4	7	20	2	5.7	1	2.9
10. Me siento sólo y desamparado en la vida	10	28.7	15	42.8	7	20	3	8.5
11. Me muevo ayudado por otras personas o bastón	15	42.8	3	8.7	15	42.8	2	5.7
12. Puedo usar el transporte público	23	65.7	4	11.4	7	20	1	2.9
13. Mi situación económica me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole	12	34.3	10	28.6	11	31.4	2	5.7
14. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me presentan	28	80	2	5.7	3	8.6	2	5.7
15. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones	20	57.1	10	28.6	1	2.9	4	11.4
16. Estoy satisfecho con mi situación económica	18	51.5	3	8.5	2	5.7	12	34.3
17. En ocasiones estoy inquieto y nervioso	9	25.7	14	40	11	31.4	1	2.9
18. Puedo ayudar en la atención y cuidado de mis nietos	25	71.4	6	17.1	1	2.9	3	8.6
19. Puedo expresar a mi familia lo que pienso y siento	24	68.6	7	20	2	5.7	2	5.7
20. Mi creencia religiosa me da seguridad	23	65.8	6	17.1	5	14.2	1	2.9
21. Soy feliz con la familia que he construido	32	91.3	1	2.9	1	2.9	1	2.9
22. Salgo a distraerme con mi familia y amigos	10	28.4	7	20	15	43	3	8.6
23. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir y es cómoda para mí	25	71.4	4	11.4	3	8.6	3	8.6
24. He pensado en quitarme la vida	9	25.6	15	43	7	20	4	11.4
25. Mi familia me toma en cuenta para tomar decisiones relacionadas con el hogar.	27	77.1	3	8.6	3	8.6	2	5.7

ESCALA M. G. H. CALIDAD DE VIDA (MUJERES)

Clave: 1=siempre 2=casi siempre 3=algunas veces 4=nunca

TABLA No. 33

ACTIVIDADES	1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1. Realizo actividades físicas que otras personas de edad pueden hacer	27	71	5	13.3	4	10.5	2	5.2
2. Puedo ir a la tienda a hacer mandados	22	57.8	13	34.2	2	5.4	1	2.6
3. Mi familia me quiere y me respeta	11	28.9	11	28.9	10	26.5	6	15.7
4. Mi estado de ánimo es bueno	24	63.1	10	26.3	2	5.3	2	5.3
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro	24	63.1	12	31.7	1	2.6	1	2.6
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido	20	52.8	5	13.1	4	10.5	9	23.6
7. Mi estado de salud me permite realizar por mi mismo actividades	25	66	5	13.1	5	13.1	3	7.8
8. Puedo leer el periódico o revistas	17	45	6	15.7	9	23.6	6	15.7
9. Soy importante para mi familia	37	97.4	1	2.6	0	0	0	0
10. Me siento sólo y desamparado en la vida	20	52.8	10	26.3	5	13.1	3	7.8
11. Me muevo ayudado por otras personas o bastón	18	47.3	7	18.6	10	26.3	3	7.8
12. Puedo usar el transporte público	25	65.7	6	16	3	7.8	4	10.5
13. Mi situación económica me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole	10	26.3	13	34.2	12	31.7	3	7.8
14. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me presentan	29	76.5	3	7.8	5	13.1	1	2.6
15. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones	15	39.4	12	31.5	5	13.1	6	16
16. Estoy satisfecho con mi situación económica	10	26.3	18	47.5	6	15.7	4	10.5
17. En ocasiones estoy inquieto y nervioso	12	31.7	20	52.6	5	13.1	1	2.6
18. Puedo ayudar en la atención y cuidado de mis nietos	30	79	2	5.3	1	2.6	5	13.1
19. Puedo expresar a mi familia lo que pienso y siento	31	81.7	5	13.1	2	5.2	0	0
20. Mi creencia religiosa me da seguridad	34	89.5	4	10.5	0	0	0	0
21. Soy feliz con la familia que he construido	30	78.9	5	13.1	3	8	0	0
22. Salgo a distraerme con mi familia y amigos	10	26.3	15	39.6	11	28.9	2	5.2
23. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir y es cómoda para mí	25	65.7	7	18.6	0	0	6	15.7
24. He pensado en quitarme la vida	11	28.9	20	52.6	5	13.3	2	5.2
25. Mi familia me toma en cuenta para tomar decisiones relacionadas con el hogar.	32	84.3	5	13.1	0	0	1	2.6

CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, MORELIA, MICH. PRIMER TRIMESTRE 2005

TABLA No. 34

Calidad de vida	Mujeres		Hombres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	0	0	0	0	0	0
Bueno	12	16.5	10	13.6	22	30.1
Regular	18	24.7	17	23.4	35	48.1
Malo	8	10.9	8	10.9	16	21.8
Total	38	52.1	35	47.9	73	100

Fuente: Escala M.G.H. de Calidad de Vida

