



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Programa Único de Especialidades Médicas**



**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Salud Pública  
Coordinación de Programas Integrados de Salud  
Curso de Especialización en Epidemiología**

# **Calidad de vida y discapacidad en Adultos Mayores derechohabientes de la UMF. No 68 del IMSS**

**Protocolo de Tesis  
Que para obtener el Grado de  
Especialista en Epidemiología  
Presenta:**

**Dra. Erika Silva Álvarez**

**Asesoras:**

**Dra. Gabriela Rodríguez Abrego**

**Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino**

**México D.F, Agosto de 2007**



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.

Vo. Bo.

---

Dr. Benjamín Acosta Cázares  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología  
Unidad de Salud Pública  
Coordinación de Programas Integrados de Salud

Vo. Bo.

---

Dr. Ernesto Krug Llamas  
Coordinador de Enseñanza  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Epidemiología  
Unidad de Salud Pública  
Coordinación de Programas Integrados de Salud

Vo. Bo.

---

Dra. Gabriela Rodríguez Abrego  
Médico no Familiar Epidemiólogo  
Hospital General Regional No. 1 "Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro"

Vo. Bo.

---

Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino  
Geriatra Gerontóloga  
Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, A.C.

# Gracias:

*A mi esposo Omar*

*Por su amor, comprensión, confianza, apoyo, estímulo y por compartir su felicidad y la vida misma conmigo.*

*A mi queridísima y amada hija Iorhéni*

*Por ser la luz de mi vida, por su sonrisa y por el tiempo que le he robado para poder cumplir con un ciclo de mi vida*

*A mis padres y hermanas*

*Por su confianza, por ser fuente constante de motivación y por el apoyo incondicional*

*A la Dra. Gabriela Rodríguez Abrego*

*Por sus enseñanzas, apoyo y por ser más que una profesora... una amiga*

*A la Dra. Laura A. Bazaldúa Merino*

*Por su paciencia, apoyo, enseñanzas y motivación*

*A mis profesores de la especialidad*

*Por transmitirme sus enseñanzas, experiencias y por su dedicación*

*A Ceci y Alfredo*

*Por su apoyo incondicional*

*A los adultos mayores*

*Que sin pedir nada a cambio... permitieron que entrara a su vida*

## Contenido

Resumen	1
1. Introducción	3
2. Planteamiento del Problema	33
3. Justificación	36
4. Objetivos	38
5. Hipótesis	39
6. Material y Método	40
7. Operacionalización de Variables	46
8. Plan de análisis	57
9. Consideraciones Éticas	58
10. Planificación y organización del estudio	59
11. Resultados	60
12. Discusión	64
13. Conclusiones	68
14. Bibliografía	70
15. Anexo	78
16. Instrumento de recolección de datos	94

Silva-Álvarez E,<sup>(1)</sup> Rodríguez-Abrego G,<sup>(2)</sup> Bazaldúa-Merino L,<sup>(3)</sup> **Calidad de vida y discapacidad en Adultos Mayores derechohabientes de la UMF No. 68 del IMSS.**

<sup>1</sup>Coordinación de Programas Integrados de Salud. Unidad de Salud Pública, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal

<sup>2</sup>Hospital General Regional No1. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>3</sup>Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, A.C.

**Resumen:** El fenómeno de envejecimiento de la población es uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas, reportes de la ONU mencionan que en la actualidad, en el mundo viven más de 600 millones de Adultos Mayores de 60 años y más. Este grupo poblacional es un alto consumidor de servicios de salud debido a su vulnerabilidad para presentar padecimientos crónicos asociados con la exposición a diversos factores de riesgo y estilos de vida que favorecen la pérdidas de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; es por ello que, tanto sus demandas como sus necesidades requieren ser atendidas ya que las condiciones de salud o enfermedad del adulto mayor influyen directamente en la calidad de vida. Diversos estudios han demostrado que la autonomía, el estado de salud, las relaciones familiares y contactos sociales, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica están asociados a una buena calidad de vida en adultos mayores.

**Objetivo:** Medir la Calidad de Vida y determinar su relación con la discapacidad, y otras variables sociodemográficas, del estado de salud, dinámica familiar, redes de apoyo social y hábitos de riesgo en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS.

**Material y Método:** Se llevó acabo un estudio transversal del 2 abril al 30 de junio de 2007 en Adultos Mayores de 60 y más años derechohabientes de la UMF No. 68 del IMSS. Los adultos mayores que cumplieron con los criterios de selección,

fueron elegidos a través de un muestreo aleatorio simple de los pacientes citados a la consulta externa de medicina familiar. Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS, Epi Info, Epi Data para el análisis.

**Resultados.** Se encuestaron 480 adultos mayores; la media de edad fue de 69.7 con una desviación estándar (SD) de  $\pm 6.8$  años; 59.2% pertenecen al sexo femenino y 40.8% al sexo masculino. El 59.2% de los encuestados está casado, 26.9% fueron viudos. El 18.8% reportó no saber leer y escribir, mientras que el 24.8% mencionó no haber asistido a la escuela. Los adultos mayores que refirieron tener una actividad laboral remunerada (19.4%), se dedican principalmente a actividades de ventas y comercio (31.63%), 30.61% tienen algún oficio (herrero, sastre, plomero, jardinero, chofer, carpintero, peluquero, etc). La principal fuente de ingresos económicos es la familia (45%). Respecto a la vivienda, 78.5% de los adultos mayores son propietarios de la casa que en que vive. El 10.6% mencionó ser fumador actual y el 22.9% consume bebidas con alcohol también en la actualidad. El 80.4% de los adultos mayores refirió hacer alguna actividad recreativa y el 35.6% refirió hacer alguna actividad física. El sexo femenino (RMP 1.63; IC<sub>95%</sub> 1.03-2.59), los discapacitados (RMP 2.34; IC<sub>95%</sub> 1.48-3.67), los que cursan con depresión (RMP 5.69; IC<sub>95%</sub> 2.66-12.16), con disfunción familiar (RMP 1.94; IC<sub>95%</sub> 1.05-3.59), disfunción de la red social (RMP 1.33; IC<sub>95%</sub> 0.75-3.17), los que no tiene una actividad recreativa (RMP 1.99; IC<sub>95%</sub> 1.03-3.86) y los que no tienen actividad física (RMP 1.92; IC<sub>95%</sub> 1.21-3.07), tienen más probabilidad de percibirse con mala calidad de vida.

**Palabras clave:** Adulto mayor, calidad de vida, Perfil de Salud de Nottingham, percepción estado de salud, discapacidad, transición demográfica, disfunción familiar, disfunción red de apoyo social, actividad recreativa.

## 1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno de envejecimiento de la población es uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas. Ha sido ampliamente documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento de las cifras absolutas y relativas de esta población; así el estudio de sus características y condiciones en salud adquieren mayor relevancia.

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebrada en Viena, Austria en 1982, se decidió adoptar la edad de 60 años como inicio de la vejez<sup>4</sup> y en 1996 la Resolución 50/141 de la ONU, establece la denominación “Personas Adultas Mayores”<sup>5</sup>. Reportes de la ONU mencionan que en la actualidad, en el mundo viven más de 600 millones de personas de 60 años y más; con un ritmo de crecimiento del 2% anual que aumentará hasta un 2,8% entre 2025 y 2030.

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades y también sobre el bienestar relativo no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes. De estos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación, la composición de la población activa y las modalidades de participación de la misma; los arreglos en cuanto a la familia y hogar; las transferencias intrafamiliares de una generación a otra; y las condiciones de salud de los adultos mayores.<sup>1</sup>

La información estadística disponible, permite confirmar que la población de América Latina presenta una marcada tendencia al envejecimiento, del cual México no es la excepción. En una sociedad de desarrollo intermedio con una estructura poblacional joven, subyace la existencia de un proceso de envejecimiento que tiene una alta heterogeneidad, e impone un desafío diferente



en los planes elaborados previamente, aunado al hecho que los ancianos están viviendo cada vez más tiempo, lo que constituye más que un avance demográfico, un reto para las políticas de población, planeación social y desarrollo de programas, dado que las demandas de este grupo poblacional son superiores a la capacidad del sistema.<sup>2</sup>

México es un país que se encuentra en transición demográfica ya que el número de personas de edad y su importancia relativa en la población general va en aumento. La población mayor de 60 años constituye un grupo de riesgo al presentar desventajas en las esferas física, psicológica y social, lo que hace imperativo su evaluación multidimensional para poder anticiparse a los efectos negativos que produce el envejecimiento.

En México, el grupo de adultos mayores representa un total de 7.5 millones de personas, abarcando 7.3% del total de la población y el crecimiento anual es de 3.75%.<sup>6</sup> Para la seguridad social en México, el cambio estructural en los grupos de edad, más significativo es el que experimentan los mayores de 60 años, ya que en los últimos veinte años, paso del de 4.4% en 1980 al 13.7% en el año 2005, lo que implica que en términos absolutos esta población haya crecido de 376,804 en 1980 a 4,809,141 en el año 2005.

Aunque este fenómeno de paulatino envejecimiento poblacional es parte del proceso de transición demográfica, que implica un descenso de niveles altos a moderados en la mortalidad y la fecundidad, hace necesario resaltar que en México, como en otros países de América Latina se ha demostrado un rezago de 40 a 50 años con respecto al mismo proceso en países desarrollados.

Este grupo de población debido a su condición de vulnerabilidad para presentar padecimientos crónicos asociados a la exposición de diversos factores de riesgo y estilos de vida, favorece que un número importante de personas presente pérdidas en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, siendo así que

conforme aumenta la edad, aumenta la posibilidad de tener alguna discapacidad.<sup>2,11,16</sup> Al mismo tiempo este grupo poblacional es un alto consumidor de servicios de salud y tanto sus demandas como sus necesidades requieren ser atendidas; es por ello que los sistemas de salud tanto públicos como privados requieren de dar un enfoque de desarrollo saludable que privilegie acciones preventivas más que curativas que modifiquen o posterguen los daños a la salud. Lo antes expuesto hace necesaria una respuesta de los sistemas de salud eficiente ante el reto del envejecimiento y cambio en los patrones epidemiológicos de las enfermedades que permita dar como resultado una población en proceso de envejecimiento pero funcional y autónoma que lleve una vida independiente y con satisfacciones.<sup>7,10,13</sup>

Lo antes mencionado es relevante ya que las condiciones de salud o enfermedad del adulto mayor influyen directamente en la calidad de vida, más aun cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social; siendo la mejor forma de medir el estado de salud del adulto mayor en términos de función. La valoración de la capacidad funcional, entonces, tiene como objetivo calificar la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).<sup>25,31</sup>

## **MARCO CONCEPTUAL**

El concepto de salud en los adultos mayores implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienes psicológicos y soporte social.<sup>36</sup> El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.<sup>16</sup> Zavala y col. mencionan que el envejecimiento que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social, pues son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de vida como la calidad de vida durante los años de la vejez. La calidad de vida resulta, entonces, de la interacción de múltiples factores, es por ello que debe valorarse tanto el estado objetivo de la salud como los aspectos subjetivos que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. Dentro de la investigación sobre los factores más importantes para la calidad de vida en adultos mayores, algunos autores mencionan: la autonomía, el estado de salud, las relaciones familiares y contactos sociales, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica.<sup>13,14</sup>

### **Medición del Estado de Salud**

Los aspectos de medición del estado de salud son de gran importancia ya que la descripción de este concepto permite relacionar de manera convencional los parámetros clínicos y la medición de los resultados de salud. En la actualidad el énfasis de la medición del estado de salud, desde el punto de vista clínico, se relaciona con las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento, en donde la relación entre los diferentes niveles se da en términos de probabilidad de enfermar. Por otra parte el concepto de resultado es usualmente operacionalizado por dos variables, tiempo de sobrevivencia y status de salud (refiriéndose a las limitaciones funcionales y discapacidad). Un aspecto clave es la definición de

dominio que incluye función física, psicológica y social. Para tal fin son utilizados cuestionarios de auto evaluación diaria o por observación. En el cual la palabra instrumento de medición ha sido sinónimo de cuestionario de evaluación del estado de salud, que permite medir y comparar el estado de salud de las personas.

Desde luego la operacionalización de los dominios es una elección que puede ser diferente según el cuestionario. Por ello es necesario considerar lo siguiente:

- a) Diferentes subtítulos en los conceptos de medición
- b) Diferentes procedimientos de selección de ítems ambicioso
- c) Diferente marco teórico conceptual involucrado.
- d) Instrumentos diseñados según la enfermedad específica
- e) Instrumentos de dominios específicos

Por ello, para la elección del instrumento debe considerarse que éste permita distinguir entre sólo una descripción o la evaluación integral del estado de salud, para lo cual se han utilizado diversos índices convencionales. Otro aspecto de gran importancia, es la perspectiva que se busca al realizar la medición del estado de salud y sus consecuencias para la metodología de investigación según el instrumento seleccionado. Por lo cual la aportación del estudio de la medición del estado de salud puede ser desde la perspectiva social, de políticas de salud, grupal (para estudio de enfermedades específicas) o a nivel individual.

El análisis tradicional basado en mortalidad y morbilidad es inadecuado para evaluar la situación de salud de la gente no enferma, pero que presenta limitación de sus capacidades funcionales. Durante las dos últimas décadas en particular, nuevos indicadores de salud han sido desarrollados para el análisis de las consecuencias de la enfermedad.

### **Evaluación de Calidad de Vida: Medición y Utilidad**

Un aspecto relevante en el adulto mayor es que tiene una mayor ocurrencia de enfermedades crónicas que tienden a presentar procesos discapacitantes que involucran la calidad de vida.

Existe una gran variedad de instrumentos para medir la calidad de vida, la cual se define como “aquellos aspectos de la vida y función humana considerados esenciales para una vida plena” (*Journal of Chronic Diseases*, Katz 1987). Aunque esto puede incluir el medio ambiente como atributos del hogar, vecindario, comunidad, nivel de confort, seguridad, conveniencia, trabajo comunitario, y otros factores del medio ambiente externo como las situaciones de trabajo (carga de trabajo, relaciones laborales estresantes), otros autores incluyen en la definición de calidad de vida las oportunidades educativas, ingreso y estándar de vida, aspectos sociales y demográficos, que también puede ser extendido a las redes de apoyo (familia, amigos, vecinos), religión y espiritualidad.<sup>20</sup>

En la investigación de la calidad de vida se ha incluido el estudio de niveles de bienestar económico, político, social y psicológico, resultante de variantes del sistema económico, así como políticas públicas y programas relacionados con la salud. El término calidad esta en relación al rango de las unidades de análisis que se evalúa, entre alto, bajo ó mejor, peor. En el nivel individual, los elementos pueden ser objetivos (por ejemplo, trabajo, ingreso, alimentos) ó subjetivos (felicidad, sensación de bienestar, autorrealización, valor de la vida etc).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Ware (1987) argumentó que cinco conceptos de salud son inherentes a esta definición: salud física, salud mental, función social, rol funcional y bienestar general, considerándolos un acercamiento conservador al estudio de la calidad de vida en las ciencias de la salud.

El objetivo del cuidado de la salud es maximizar el componente de la calidad de vida, sugiriendo que la medición sea restringida a la evaluación del estado de salud. Spizer 1987 incluye el peso de los síntomas en su definición operacional de salud, restringe la evaluación de los atributos de salud a aquellos que están enfermos.

Otros investigadores ofrecen sistemáticamente revisiones de numerosas mediciones utilizadas en Calidad de vida, incluyendo índices de discapacidad funcional, escalas del estado de salud, mediciones de satisfacción de vida; en su revisión, estos autores discuten la confiabilidad y validez de un gran número de mediciones y su uso en los estudios relacionados con la atención a la salud.<sup>22</sup>

La rigurosidad de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a)morbilidad, b)mortalidad, c)discapacidad, d)incomodidad, e)insatisfacción.

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. Por lo que en la actualidad existen múltiples acercamientos a la evaluación de la percepción del estado de salud.

Las dimensiones de discapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida. La discapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que está produce en la actividad física, en la ocupacional y lo cotidiano. La incomodidad se caracteriza por la

presencia ó ausencia de dolor físico y fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.<sup>21</sup>

El desarrollo del indicador salud relacionada con calidad de vida (*Health related quality of life*, HRQL) es el marco conceptual para el análisis de resultados no fatales de enfermedad. Siguiendo la descripción de Patrick y Erisson (1993), el indicador HRQL incluye los conceptos: de Oportunidad, percepción del estado funcional y daño. Cada uno de estos conceptos tiene varios dominios identificados. Por ejemplo el dominio de estado funcional puede incluir el dominio de la función social, función psicológica y función física; cada uno de estos tres dominios puede subdividirse dentro de otros dominios como afecto, integración, contacto, intimidad, ejercicio. El daño incluye síntomas, signos, alteración de tejidos y diagnóstico. Otros dominios son desventaja social y cultural, percepción de salud incluida de manera general como percepción de salud y satisfacción.

### **Definición de Salud Relacionada con la Calidad de Vida (HRQL)<sup>25</sup>**

La salud relacionada con calidad de vida es definida como el valor asignado por los individuos a la duración de vida, modificada por el daño, estados funcionales, percepciones, oportunidades sociales que son influidas por la enfermedad, tratamientos ó políticas de salud.

La salud relacionada con calidad de vida como un concepto medible se construye con relación a lo que concierne a los consumidores, proveedores, familias y tomadores de decisión, evaluando los resultados de la enfermedad o el tratamiento. El medio ambiente social, económico y características culturales, determinan la salud relacionada a calidad de vida y no siempre la salud concierne a los profesionales de la salud, cuando la gente esta enferma.

La salud relacionada con calidad de vida de una población puede ser evaluada a partir de fuentes de datos primarios. Existen diversos criterios metodológicos y

prácticos para seleccionar las mediciones a utilizar en la recolección, análisis e interpretación de datos de salud relacionada con calidad de vida

### **Medición de Salud Relacionada con la Calidad de Vida (HRQL)<sup>25</sup>**

Los instrumentos para evaluar salud relacionada con calidad de vida tienen un acercamiento multidimensional. Debe ser considerado la función física, bienestar psicológico, función, rol social y percepción de salud (Ware 1987). Algunos conceptos de HRQL (Patrick and Bergner 1990) incluyen como dominio adicional la oportunidad y los recursos para lograr los objetivos de la vida, que tiene particular relevancia en la gente con discapacidad. El HRQL incluye tanto mediciones subjetivas como objetivas en la evaluación del estado funcional y bienestar (Kaplan and Anderson 1990).

Existe una clara distinción entre vivir en un particular estado de salud y la evaluación del tiempo gastado en el estado de salud. Algunos dominios como satisfacción con salud, son obviamente una mezcla de percepción de diferentes estados de salud y la evaluación de que el estado de salud es individual. Notablemente el marco conceptual provee un orden en la relación entre conceptos y dominios que están disponibles en la literatura de HRQL.

Torrance et al, desarrolló un acercamiento conceptual en quienes los estados de salud entre perfecta salud y muerte son ponderados por la utilidad del individuo y por el tiempo gastado en cada uno de esos estados. Cada concepto fue formulado en orden al seleccionar intervenciones de salud; maximizando la utilidad ponderada por el tiempo vivido de los individuos de acuerdo a la situación más deseable.

La evaluación individual de la utilidad de cada estado de salud tiene suficiente información para predecir las preferencias de él ó ella para el tiempo gastado en ese estado. Por ello el concepto utilitario es más cercano a la clasificación de la OMS sobre discapacidad y minusvalía (ICIDH).



## **La salud relacionada con calidad de vida (HRQL)**

Esta definición incluye cinco conceptos que combinan la cantidad y calidad de vida en una escala continua de valores. Los cinco conceptos son definidos como dominios, que son estados, actitudes, conductas, percepción y otras esferas de la salud relacionada con calidad de vida. Cada dominio ilustra como cada indicador es usado para desarrollar mediciones y evaluar el estado de salud y la calidad de vida. Estos conceptos son relevantes e incluyen los conceptos de estado de salud considerados peores que la muerte.

La tabla 1 enlista los aspectos más relevantes del concepto de HRQL y propone indicadores o mediciones de los conceptos y dominios. Esto se relaciona con los conceptos de muerte y sobrevida que esta por encima de los conceptos, dominios e indicadores de oportunidad que toma un lugar en un valor continuo de menos deseable a lo más deseable. Los dominios e indicadores individuales, aunque no pueden ser fácilmente localizados jerárquicamente en un valor continuo de salud relacionada con calidad de vida en un rango de mínimo a máximo. Diferentes niveles de severidad de los síntomas pueden cubrir un amplio rango de ese estado continuo. Combinaciones de dominios e indicadores, como función física, y percepción de salud, interactúan y pueden ser considerados como diferentes niveles de salud relacionada con calidad de vida. Por ejemplo síntomas menores no pueden afectar la función psicológica ó social, aunque un mayor daño ó síntomas pueden causar una mayor disfunción psicológica ó social.

Pueden identificarse resultados:

- 1) revisando conceptos, dominios y múltiples indicadores
- 2) seleccionando lo más relevante de acuerdo a la decisión de salud y el objetivo evaluado

**Tabla 1. Conceptos y dominios de la salud relacionada con calidad de vida**

<b>Conceptos y Dominios</b>	<b>Definiciones/ Indicadores</b>
<b>Oportunidad</b> Social o Desventaja cultural Capacidad de recuperación	Desventaja , estigma, reacción social Nivel de salud, capacidad para resistir el estrés, reserva psicológica
<b>Percepción de Salud</b> Percepción de salud general Satisfacción con salud	Satisfacción con la función física, psicológica y social
<b>Estado Funcional</b> <b>Función Social</b> Limitación de roles usuales Integración Contacto Intimidad y Función sexual	Limitaciones agudas o crónicas en roles usuales (de mayor actividad) Participación comunitaria Interacción con otros Percepción de sentimientos, actividad sexual
<b>Función Psicológica</b> Afectiva Cognoscitiva  <b>Función física</b> Restricción de actividades Ejercicio	Actitud Psicológica y conducta, incluye estrés y estado de bienestar Estado de alerta, desorientación, problemas de razonamiento Reducción de actividad física aguda o crónica, movilidad, auto cuidado, sueño, comunicación Desempeño de actividades con vigor ó sin fatiga excesiva
<b>Daño</b> Síntomas/Condiciones subjetivas Signos Enfermedades de auto reporte Alteraciones fisiológicas Alteraciones tisulares Diagnóstico	Reporte de síntomas físicos y psicológicos, sensación de dolor, problemas de salud o sentimientos no directamente observables Examen físico, defecto ó anormalidad Condiciones médicas ó daño Datos de laboratorio, registros e interpretación clínica Evidencia patológica Evidencia clínica
<b>Muerte y duración de vida</b>	Mortalidad, sobrevida, años de vida perdidos

### **Otros aspectos de la Salud Relacionada con Calidad de Vida (HRQL)**

En la literatura se han utilizado los términos estado de salud, estado funcional o salud relacionada con calidad de vida, como sinónimos de calidad de vida, cuando en realidad son términos que se relacionan pero que son conceptos diferentes.<sup>14,20</sup>

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), estado de salud y dominios de salud es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud”; los dominios de salud indican áreas de la vida que se incluyen en el concepto de “salud”. Como aquellas que se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud. Estado relacionado con la salud y dominios relacionados con la salud: es el nivel

de funcionamiento dentro de un determinado “dominio relacionado con la salud” de la CIF. Estos dominios indican áreas de funcionamiento que, aún teniendo una relación importante con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud.<sup>9</sup>

En el campo de la medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones objetivas que hacía el equipo médico, sin embargo en la actualidad han tomado relevancia los aspectos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.<sup>19</sup> El concepto de calidad de vida en términos subjetivos surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos, entonces la salud relacionada con la calidad de vida esencialmente incorpora la *percepción del paciente*, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Shumaker y Naughton definen por su parte a la salud relacionada con calidad de vida (HRQL) como una evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad de individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afecta a su estado general de bienestar.<sup>14</sup>

El Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL, por sus siglas en inglés) establece una serie de puntos de consenso, en relación a la medida de salud relacionada con calidad de vida, las cuales son multidimensionales.<sup>19</sup>

La HRQL integra aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental, con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en: Estado físico y capacidad funcional, Estado psicológico y bienestar, Interacciones sociales y Estado económico y sus factores.<sup>14</sup> Además integra la capacidad funcional siendo esta la habilidad de la persona para realizar de manera independiente las acciones de su vida cotidiana<sup>21</sup> y esta capacidad, a su vez, es la resultante del funcionamiento del área física, psíquica y social. La parte física ha

sido comúnmente relacionada con las actividades de la vida diaria de la persona y otras características como la fuerza, el balance, la coordinación, etc. La parte psíquica se refiere a las actividades cognitivas y a la salud mental y personalidad; la parte social, tiene relación con el adecuado estado de la física y psíquica. La limitación funcional es entonces la restricción en acciones físicas y mentales básicas. En la discapacidad observamos esta pérdida de la funcionalidad normal.

El ritmo del declive de la capacidad funcional después de llegar al máximo en los primeros años de la edad adulta, está determinado por factores relacionados con estilos de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física, la dieta, factores externos y medioambientales, que causan enfermedades crónicas, como la diabetes y los padecimientos cardiovasculares, además existen los procesos agudos como las caídas que en su mayoría producen fracturas de cadera que merman la capacidad funcional del adulto mayor todos estos riesgos están determinado y modificado por factores como la situación socioeconómica y las experiencias durante toda la vida.<sup>23</sup>

Un orden de eventos que llevan hacia la discapacidad; comenzando con la ausencia de estilos de vida saludables (tabaquismo, alcoholismo, inactividad física, etc.) que originan enfermedades crónicas, que posteriormente llevarán a una disfunción o pérdida fisiológica, anatómica o mental en sistemas corporales específicos. Esta disfunción nos lleva a la limitación funcional, con el riesgo de presentar un problema de salud crónico asociado a discapacidad. Entonces el inicio de la discapacidad es a menudo un proceso progresivo, dinámico el cual es en gran parte la consecuencia de cambios fisiológicos y de enfermedades crónicas adyacentes asociadas con la edad y que afectan la calidad de vida.<sup>24</sup>

Existe el reporte de un estudio que evaluó salud relacionada con calidad de vida en adultos mayores se utilizó el perfil de salud de Nottingham (NPH), los resultados refieren que se obtuvo Los resultados de calidad de vida relacionada con la salud obtenidos mediante el NHP reflejan puntuaciones medias más altas

(indicador de peor estado de salud) en todas las subescalas, excepto en la de aislamiento social, destacando las áreas que miden sueño (41.9%), energía (40%) y movilidad (36,7%). La puntuación media del NHP total fue de 33,4%. Lo que se traduce en que estos pacientes presentan un mayor deterioro en su calidad de vida.

En México en 2003 se realizó la Encuesta Nacional de Coberturas del programa PREVENIMSS, encuesta a hogares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizada donde se aplicó el cuestionario SF-12 el cual califica siete dimensiones en puntaje de 0 a 100, con el valor de 100 representando el mejor estado posible de salud. En el resultado de todas las dimensiones de la HRQL el adulto mayor presenta los valores más bajos. Las dimensiones en las que se encuentra un mayor número de delegaciones del IMSS con valores altos de calidad de vida fueron las del Rol Social y Rol Emocional y las dimensiones con valores más bajos fueron las de funcionamiento físico, salud general.

### **Discapacidad: Aspectos relevantes**

Las discapacidades físicas, mentales, sociales, sensoriales, se consideran entre los problemas más importantes que afectan a salud relacionada con localidad de vida. La definición de discapacidad ha variado a través del tiempo y de un país a otro país debido a la relativa percepción y actitud que se tiene para con ella y que está sujeta a la interpretación cultural, que depende de valores, contexto, lugar y tiempo socio-histórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 aprobó una nueva versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), denominada actualmente “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” con las siglas CIF.

La “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” consta de dos partes, cada una con dos componentes:

## I. Funcionamiento y Discapacidad

- a) Funciones y Estructuras corporales
- b) Actividades y Participación

## II. Factores Contextuales

- c) Factores Ambientales
- d) Factores Personales

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como en negativos.

Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación.

Para la CIF *dominios son: un conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas, o áreas de la vida.*

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales y dentro de la CIF los factores contextuales incluyen factores personales como factores ambientales.<sup>9</sup>

En la Parte I del primer componente, encontramos los dominios de las funciones corporales que son aquellas funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) y las estructuras corporales que son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Los aspectos negativos de dicho componente es la *deficiencia en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “perdida”* y los aspectos positivos son la integridad funcional y estructural.

En la parte I del segundo componente (Actividades y Participación), encontramos el dominio de áreas vitales. Los aspectos negativos son las limitaciones en la

actividad entendidas como *las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades* y las restricciones en la participación que son los *problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales*; el aspecto positivo es la actividad que es la realización de una tarea o acción por una persona y la participación y la participación que es el acto de involucrarse en una situación vital.

Al reunir los aspectos mencionados tenemos como resultado la definición de discapacidad de la CIF, *como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.*

Funcionamiento *como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.*

**TABLA II “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”.<sup>27</sup>**

	Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2. Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicas)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos Negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras/Obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			



Evidentemente esta clasificación es útil para identificar con mayor detalle algunos aspectos relacionados con diversas discapacidades en el adulto mayor

Ya que diversas causas están asociadas a los tipos de discapacidades que tienen mayor prevalencia en este grupo de edad, tal es el caso de las *discapacidades mentales* asociadas a procesos degenerativos del Sistema Nervioso Central (Enfermedad de Alzheimer) o padecimientos relacionados con alteraciones afectivas (Depresión), adicciones como el alcoholismo, abuso de drogas psicotrópicas o sedantes; estos padecimientos como tales pueden condicionar trastornos permanentes de la persona que se traduce por un déficit en todas o en algunas de las funciones intelectuales que causan limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y que provocan restricciones en la participación social.

Diversos padecimientos son motivo de *discapacidad física* tal es el caso de padecimientos músculo esqueléticos (Osteoartritis de cadera y rodilla, Artritis reumatoide, Gota), padecimientos crónicos (Diabetes mellitus, Cardiopatía isquémica, EPOC, Desnutrición, Lesiones asociadas a traumatismos accidentales, o violencia física que se presentan de manera persistente, como afección orgánica más o menos grave que afectan la movilidad; ocasionando deficiencias físicas y limitación de las actividades en grados variables.

Otros padecimientos asociados al envejecimiento y que ocasionan *discapacidad sensorial* (por ejemplo Sordera, Glaucoma, Cataratas, Neuropatía secundaria a Diabetes mellitus entre otra) ocasionan deficiencias en las funciones y en las estructuras de los órganos de los sentidos que limitan la capacidad de llevar a cabo sus actividades y que restringen su participación social.

## **ANTECEDENTES**

Diversos estudios refieren la medición de discapacidad entre las evidencias más importantes están:

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), aplicada de 2000 a 2001 en siete ciudades de América Latina. Como variable dependiente se consideró la dificultad para realizar actividades de la vida diaria, ya fueran actividades básicas (ABVD) o actividades instrumentales (AIVD). Se recogieron variables sociodemográficas, enfermedades comorbidas, medidas antropométricas, datos de auto evaluación de salud, deterioro cognoscitivo y depresión. El deterioro cognoscitivo se evaluó mediante una versión corta del examen mínimo del estado mental (EMEM) validada en Chile y el cuestionario de actividades funcionales de Pfaifer (CAFP). La depresión se investigó mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage y col. Dentro de sus resultados en México, D.F. 69% consideró que su salud no era buena, entre 1 y 12% de los participantes del estudio mostraron signos de deterioro cognoscitivo. Sao Paulo manifestó tener el mayor porcentaje de dificultad para realizar ABVD (23%) al igual que la mayor proporción con dificultad para realizar AIVD (40%). La discapacidad se asoció con el deterioro cognoscitivo en Santiago y México. La ciudades en que se encontró el mayor número de variables asociadas con la dificultad para realizar ABVD fueron Santiago<sup>10</sup>, Sao Paulo<sup>10</sup> y México<sup>10</sup>; las ciudades con mayor número de variables asociadas con la dificultad para realizar AIVD fueron Sao Paulo<sup>15</sup> y La Habana<sup>12,30</sup>

Bayarre VH y col, estimaron la prevalencia de la discapacidad física en adultos mayores en la isla de Cuba. La definición de discapacidad física se consideró cuando el adulto mayor se encontraba imposibilitado para realizar al menos una de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), medida a través del índice Lawton (IL). Se incluyeron variables sociodemográficas, Presencia de enfermedad crónica, Presencia de secuela post-fractura de cadera, Presencia de pérdidas, Presencia de sentimientos de soledad, Ausencia de confidente, Sensación de inactividad, Inadaptación a la jubilación. Pérdida de roles sociales, Presencia de insatisfacción con actividades cotidianas, Condiciones materiales de vida inadecuada. Se estimaron las tasas de prevalencia de discapacidad física

global y según variables, tanto puntual como por intervalo. Se obtuvo una prevalencia puntual de discapacidad física del 24,9 % IC 95% (22.0- 27.7).<sup>26</sup>

En el Estudio multidimensional realizado en Córdoba Argentina en mayores de 60 años se evaluó la capacidad funcional y su relación con diversos factores sociodemográficos y sanitarios. El cuestionario utilizado fue el OARS-MFAQ (Olders Americans Resources and Services Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire), El 27.6 % del total de adultos mayores declaró necesitar ayudar para realizar al menos una de las ABVD, un 15.9% dijo ser incapaz de realizar al menos una de las AIVD, en cuanto a las ABVD, un 10.2% de los ancianos declaró precisar ayuda para realizar al menos una de las actividades, y sólo un 4% se consideró totalmente incapaz de realizar al menos una de estas actividades.<sup>31</sup>

El Instituto Nacional De Estadística, Geografía E Informática (INEGI) el cual en el Censo del 2000 revela que en México hay 1.8 millones de personas con discapacidad, que representan 1.8% de la población total. Entre la población de 60 años o más 1 de cada 10 tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades cotidianas; conforme aumenta la edad de éstos el porcentaje se incrementa y llega a ser de hasta 30% en las personas con 85 años y más. Las limitaciones motrices son el principal tipo de discapacidad entre los adultos mayores. Las limitaciones visuales son el segundo tipo de discapacidad, en tanto que los problemas auditivos constituyen el tercer tipo de discapacidad.<sup>28</sup>

En el año 2000 se llevó acabo la Encuesta Nacional de Salud ENSA, a todos los grupos de edad, donde se estimó que de los 96.9 millones de mexicanos 2.2 millones están discapacitados (2.3%). Esta proporción es mayor a la indicada por el XII Censo General de Población y Vivienda (CONAPO) 2000, el que reportó una tasa de 1.84 individuos con discapacidad por cada 100 habitantes. La distribución porcentual según tipo de discapacidad fue la siguiente: motriz (46.6%), mental (16.5%), auditiva (16.4%), visual (14.6%) y de lenguaje (2.2%). Respecto a la

proporción de severidad de la discapacidad, una cuarta parte la consideraron leve, 32.7% moderada, 34.7% grave y sólo 3.7% muy grave.<sup>29</sup>

### **Factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor**

Por otra parte en contexto de la medición de las condiciones de salud del adulto mayor, la contribución independiente que tienen diversos factores (entre los que destacan los sociodemográficos, de acceso a la atención médica, oportunidad de atención, condición de salud actual, la dinámica familiar y las redes sociales de apoyo) tienen una influencia determinante en la modificación de la calidad de vida

### **Factores sociodemográficos**

En las personas mayores la calidad de vida esta principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente; características tales como la edad, sexo, condición socioeconómica, estado civil, condición laboral.

En el estudio de calidad de vida en adultos mayores en atención primaria, Casado JM y col, muestran la distribución por sexos del deterioro de la calidad de vida medida a través del Perfil de Salud de Nottingham (PSN); teniendo en las mujeres un mayor deterioro global (28.7%) de la calidad de vida comparado con los hombres (19%); este mismo patrón puede observarse en cada uno de los dominios del PSN, existiendo además diferencias estadísticamente significativas. Al tomarse en cuenta la edad, el deterioro global fue progresivo según aumentaba esta (23.1% en 65 – 69 años, 21.1% en 70 – 74 años, 21.4% 75 –79 años, 30.5% en 80 – 84 años y 35.9% en mayores de 84 años). Los pacientes analfabetas tuvieron un deterioro porcentual mayor (de 22% hasta 37%) en cada una de las dimensiones del PSN, comparado (34)

### **Factores de la Atención Médica**

En los adultos mayores el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que sufren muchos

problemas crónicos y discapacitantes. La autonomía de los adultos mayores, como ya ha mencionado, es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos. (13)

Una situación clara en cuanto al uso de servicios de salud ambulatorios es que la tendencia de utilización se incrementa en la medida que lo hace la edad. Durante 2002 una de cada cinco consultas (22%) en Medicina Familiar del IMSS se otorgó a población adulta mayor, las mayores causas de demanda fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los adultos mayores derechohabientes del IMSS acuden con mayor frecuencia a los servicios institucionales, aunque un 10% de hombres y un 13% de mujeres reciben atención en los servicios médicos privados. (52)

## **Factores de la situación de salud**

### ***Auto percepción del estado de salud***

El estudio de auto percepción del estado de salud de Gallego-Carrillo K y col, tuvo como objetivo evaluar el estado de salud de los adultos mayores mexicanos a través del auto percepción y analizar los factores sociales, de salud y de organización asociados. Para este estudio se llevó a cabo un análisis secundario de la base de datos de la ENSA, México, del año 2000, el análisis se llevó sólo en 7,322 adultos mayores de 60 años. Se midió el estado de salud a través del auto percepción, categorizándolo en estado de salud muy bueno, bueno o regular y malo o muy malo. De acuerdo a la medición del estado de salud, sólo 19% de la población lo reportó como malo o muy malo; las mujeres representaron un 61% del total de la muestra. Según las prevalencias obtenidas, las mujeres y los que no saben leer ni escribir son los que informaron en mayor proporción tener una percepción mala o muy mala de su salud; aquellos adultos mayores que tuvieron un problema de salud tuvieron tres veces más probabilidad de percibir mal su estado de salud. Los que reportaron padecer algún tipo de discapacidad o limitación física o mental tuvieron un riesgo de 2.15 veces más (IC al 95% de 1.81-

2.54) de percibir un malo estado de salud. Los factores con mayor significancia y niveles altos de riesgo alto, se encontraron padecer diabetes, hipertensión, y enfermedades renales. (36).

En la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento 1998-1999, 44% de los adultos mayores derechohabientes del IMSS en México percibieron su estado de salud como buena, seguido de un 34% de adultos mayores que reportaron su estado de salud como pobre. (52)

Las diferencias en la esperanza de vida por género indican que los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen proclives a enfermedades crónicas, con un desenlace fatal a edades más tempranas. Por el contrario, las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan su calidad de vida durante mayor tiempo. Lo anterior influye directamente sobre las diferencias en los motivos de consulta y hospitalización, y sobre la mayor utilización de los servicios de salud que hacen las mujeres. (57)

La morbilidad clínica es un predictor fiable del uso de servicios sanitarios, así lo refieren Gude SF y col., en su estudio de morbilidad crónica y auto percepción de salud en los adultos mayores, en donde se encontraron prevalencias elevadas (72%) de enfermedades crónicas, siendo la más frecuente los trastornos visuales (71%), artrosis (71%) e hipoacusia(44%). (48)

## **Factores de la dinámica familiar**

### ***Función familiar***

La familia es la institución social basada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, cuya forma varia según las culturas (43,50). En el estudio de la familia, conviene identificar dos perspectivas que son complementarias, la estructura y la funcionalidad. Cuando en la dinámica familiar la expresión de los resultados de sus interacciones se establecen de una manera armónica, en donde cada individuo que compone a la familia tiene muy claro su

papel, así como su relación psicoafectiva, se dice que se comporta como una familia funcional. A los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se les ha denominado como familia disfuncional. (50)

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas; es por ello que el conocimiento de las familias en su estructura y funcionamiento nos permite una aproximación más amplia, objetiva y dinámica de vida del adulto mayor.

## **Factores relacionados con redes sociales**

### ***Red Social de apoyo al adulto mayor***

La participación de los adultos mayores en los grupos de socialización permite integrarlos en actividades laborales, de ocio y lúdicas. La posibilidad de verse integrado a un grupo de socialización depende de las redes sociales del sujeto. Un país subdesarrollado, como México, con amplias desigualdades, dispone de muy pocos recursos para la asistencia social. De esta manera, desde el punto de vista de la salud, las redes sociales pueden actuar como factor protector y se constituyen como una alternativa en medicina preventiva y mejoran la calidad de vida.

Existe evidencia comprobada de que las redes sociales protegen a las personas de las enfermedades, actúan como agentes de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia. El rol benéfico o protector de las redes sociales es claro para el caso de padecimientos crónicos.

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. El crecimiento personal, el tener un propósito y una meta, y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada, es por ello que ser productivos y contribuir activamente en la vida de

algún modo es una necesidad de los adultos mayores para disfrutar de la vida. (14).

La crisis de la seguridad social ha afectado a la mayoría de las naciones del mundo, y México no es la excepción. Ante las insuficiencias de seguridad social, así que la responsabilidad de proteger a los adultos mayores en situación de dependencia ha recaído en los hogares y las redes sociales y familiares de apoyo (37). La familia otorga apoyo a través de transferencias monetarias y materiales, arreglos de domicilio, y cuidados directos ante problemas de salud. Esta situación de la familia como fuente de apoyo a los adultos mayores, señala la necesidad de diseñar mecanismos que mejoren la atención que la familia puede otorgar al adulto mayor. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad en un adulto mayor dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, provocando un efecto negativo o positivo en la conducta del enfermo con respecto al cuidado de su propia salud. (41,42).

Por lo anterior en las últimas décadas se ha puesto mayor atención en conocer las formas de apoyo social del adulto mayor. Como apoyos sociales entendemos a todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida.

Los padecimientos crónicos degenerativos se caracterizan por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas; aparición ulterior de complicaciones ó discapacidad prolongada, tratamiento complejo y por último su permanencia en el individuo de por vida. Entre las estrategias que el individuo lleva a cabo para enfrentar y vivir con la enfermedad, es buscar ó recibir apoyo no sólo de profesionales de la salud, sino de los miembros más cercanos de su red social, sobre todo de su hogar, ya que los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace,



mediante la influencia directa en el desarrollo de conductas de salud y de autocuidado, así como en la observancia del tratamiento médico. La red de apoyo social es un elemento que permite al enfermo a través del conjunto de interacciones entre los contactos formales o informales, mantener una identidad social, dar apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (38).

La posibilidad de verse integrado a un grupo de socialización depende de las redes sociales del sujeto; desde el punto de vista de la salud, las redes sociales pueden actuar como factor protector y constituyen una alternativa en medicina preventiva para la protección contra enfermedades ya que actúan como agentes de ayuda y derivación, que afecta la pertinencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la supervivencia. (39,40)

En el estudio de Alustiza-Galarza sobre el entorno familiar de las personas con discapacidad, uno de los rasgos del cuidado que reciben las personas con alguna discapacidad es que la ayuda recibida proviene de algún miembro de la familia y tres cuartas partes de los cuidadores residen en el mismo hogar que el discapacitado. Los cuidadores principales son mayoritariamente mujeres (73%) y la edad promedio es de 50 a 70 años, edad en la que las mujeres tienen progenitores en una fase ya realmente avanzada de la vida; cuando los cuidadores son varones estos usualmente a quienes cuidan son a sus mujeres. Menos del 8% de los cuidadores son menores de 30 años y 65.5% son mayores de 50 años. Los cuidadores principales son mayoritariamente casados (65%). La mayoría de los cuidadores se dedican a realizar las labores del hogar (42%) o está jubilado (21%). Las mujeres cuidadoras de más de 50 años cuidan cónyuges (36%), hijos o hijas (24%), madres (20%), algún parientes (13%), hermanos (5%); quedando confirmado la importancia de la mujer madura/mayor como cuidadoras principales de las personas con discapacidad.

### **Otras variables**

## **Recreación**

La Recreación en diversos ámbitos es de especial importancia en la influencia de la salud mental del adulto mayor es el aspecto emocional que se ha demostrado que a través de la interacción social con individuos de la misma edad puede tener un efecto benéfico, ya que los adultos mayores tienen una participación activa lo que contribuye favorablemente a mantener su integración social, la necesidad de sentirse útil y la búsqueda de posibilidades locales y con recursos propios. Situación que contribuye favorablemente a la psicología geriátrica que aboga por sentimientos de abandono, soledad, minusvalía, reproche y la conciencia de estar viviendo el final de la propia existencia.

La animación sociocultural puede ser definida como "el conjunto de técnicas sociales que, basadas en una pedagogía participativa tienen como finalidad promover prácticas y actividades voluntarias, que con la participación activa de la gente, se desarrollan en el seno de un grupo o comunidad determinada". El objetivo central de la intervención sociocultural con personas mayores es desarrollar la autonomía, participación e integración de las personas mayores en su propio entorno a través de actividades sociales, culturales y educativas, sin perder de vista que lo importante es la manera de utilizar la actividad, de tal forma que provoque participación y desarrollo de procesos auto-organizativos en las personas que las realizan. (26)

Andrés E. y col llevaron a cabo un estudio experimental de intervención comunitaria con adultos mayores del área de salud de Catalina de Güines correspondiente al año 2002, que se encuentran incorporados a Círculos de Abuelos o a la Escuela del Adulto Mayor, para mostrar la influencia de la recreación como modificador de la calidad de vida en esta población. La muestra fue de 113 adultos mayores. En la escuela del adulto mayor se gestó la idea de realizar una actividad cultural cuyo propósito fundamental fue el cambio en la calidad de vida, trasladaron la idea a los círculos de abuelos y promocionaron la actividad en grupos. Se realizaron actividades vinculadas con un desfile de modas, exhibición de peinados y cultura local. Estos temas respondían a los de

mayor aceptación dentro de los grupos. Finalizada la actividad con una técnica cualitativa de lluvia de ideas se exploró la opinión que tenían los adultos sobre la actividad en los tres círculos de abuelos y en la escuela de los adultos mayores. Las respuestas se agruparon en positivas: y negativas. Algunas respuestas positivas fueron: las actividades generan distracción olvidándose de los problemas, las actividades se debe repetir, las actividades me recuerdan mi juventud, no hubo vulgaridad, todo fue muy lindo, la pasé muy bien y fue todo un éxito. Las respuestas negativas fueron: ya no estamos para eso y con jóvenes hubiese quedado mejor. Dentro de la discusión los autores mencionan que los adultos mayores lograron una participación activa, lo que contribuye favorablemente a mantener su integración social, la necesidad de sentirse útil y la búsqueda de posibilidades locales y con recursos propios. Se enfatizó el mantenimiento al cuidado personal, lo que contribuyó favorablemente a la psicología geriátrica que aboga por sentimientos de abandono, soledad, minusvalía, reproche y la conciencia de estar viviendo el final de la propia existencia y como conclusión el impacto positivo dentro de los participantes explorados. (51)

### **Factores de riesgo**

El *Global Burden of Disease Study* estima que en las economías de mercado consolidadas, se pierden el 5% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a raíz de la inactividad física y que en las antiguas economías socialistas de Europa se pierde el 3% (Murray 1996). El Health Canada (Health Canada 1999) identificó que el estilo de vida físicamente activo mejoraba el estado físico, la calidad de vida, la salud física y mental, la energía, la fuerza muscular y ósea, la postura y el equilibrio, y prolongaba la vida independiente en la edad avanzada, el bienestar fisiológico, la integración social, los beneficios emocionales y reducía el estrés. En el Reino Unido, la Physical Activity Task Force (PATF 1995) identificó que "si aquellas personas que practican un poco de actividad física (en el Reino Unido) la incrementan a actividad moderada al menos cinco veces a la semana, habría un 7% de reducción de muertes por enfermedades coronarias (EC)". (55)

Uno de los aspectos que se promovido para mejorar el bienestar de los adultos mayores es la actividad física organizada. Beaman y col. en su estudio basado en la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento 1998-1999, encontraron que solo el 15% de los Adulto Mayores derechohabientes del IMSS realizaban esta actividad y que el 72% de ellos realizaban sólo una. (52)

En el estudio de Moral y col, que tuvo como propósito conocer la relación entre las variables autonomía, soporte social, salud mental y actividad física en adultos mayores de 60 a 75 años de edad. Se tomó como base dos instrumentos; el primero es el cuestionario de calidad de vida elaborado en Costa Rica y el segundo instrumento fue una encuesta sobre actividad físico-recreativa para adulto mayor, construido con variables del Cuestionario de Actividad Física de Zutphen y del cuestionario modificado de Baecke de adultos mayores. La perspectiva subjetiva de calidad de vida, se determinó mediante cuatro variables: autonomía, soporte social, salud mental y actividad físico recreativa. En sus resultados muestran que tanto en hombres como en mujeres el promedio de autonomía fue similar. La frecuencia semanal de actividad física fue entre 3 y 4 veces a la semana para ambos sexos. Tanto hombres como mujeres tendieron a hacer actividad física más de una hora diaria pero menos de una hora y media. Por otra parte, se presentó una correlación significativa entre autonomía y actividad física semanal ( $r=.33$ ;  $p<0.05$ ;  $r^2=10.89\%$ ). Es decir que entre mayor frecuencia en la actividad física mayores niveles de autonomía presentó el adulto mayor. Además en la matriz de correlaciones de las variables calidad de vida y actividad física semanal en mujeres; se presentó una correlación significativa entre autonomía y soporte social ( $r=.24$ ;  $p<0.05$ ; el coeficiente de determinación  $r^2=5.76\%$  de varianza compartida). Por otra parte, se puede presentó una correlación significativa entre autonomía y frecuencia de la actividad física ( $r=.24$ ;  $p<0.05$ ;  $r^2=5.76\%$  de varianza compartida) y entre estado mental y actividad física semanal ( $r=.23$ ;  $p<0.05$ ;  $r^2=5.29\%$ ). Es decir que entre mayor frecuencia en la actividad física mayores niveles de autonomía y salud mental presentaron. (55)

El estudio de Gallego-Carrillo y col de auto percepción del estado de salud, midieron factores asociados como tabaquismo y alcoholismo. Quienes consumieron tabaco tuvieron 38% más de probabilidad para percibirse con una mala salud. (52)

En lo que respecta a la depresión, en el estudio de Moral y col sobre calidad de vida, las mujeres fue superiores a los hombres; sin embargo de acuerdo al puntaje obtenido, ambos se clasificaron con depresión leve. Tanto hombres como mujeres, tuvieron un promedio de estado mental que les ubicó en la categoría de 4 trastornos depresivos y alteraciones cognitivas (según INISA, 1994). (55)

De un total de 102 ancianos, 52 no presentaron síntomas depresivos, equivalente al 49.1%, mientras que 29 participantes, tuvieron síntomas leves de depresión, 17 síntomas moderados y 4 ancianos presentaron síntomas severos, así que el 50.9% mostraron síntomas leves, moderados o severos de depresión. Los resultados son alarmantes, en cuanto a la presencia de depresión en la población anciana; alrededor de la mitad de la muestra tiene al menos síntomas de depresión leves, moderados o severos. Es más preocupante, al encontrarse que la calidad de vida de las personas mayores se asocia con la depresión, se comprobó mediante un análisis estadístico, siendo significativa la correlación ( $p < 0.0001$ ). De tal suerte que cerca de la mitad de nuestros ancianos bajo estudio, además de percibir una calidad de vida pobre, presentan de leves a moderados o severos síntomas de depresión. (26)

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento poblacional es una tendencia mundial, que se ha logrado gracias a los avances científico-técnicos, sin embargo el envejecimiento de la población mundial actual va acompañado de enfermedades crónicas degenerativas y limitaciones anexas que si no se tratan de manera adecuada dificultan la independencia y la autonomía de los adultos mayores. A pesar de la trascendencia que esto tiene para la población, principalmente en los países en desarrollo aun existen limitaciones en la respuesta de los sistemas de salud a esta problemática ya que cada vez existen mayores demandas con menores recursos. Por ello el abordaje epidemiológico del envejecimiento es de la mayor relevancia con la finalidad de identificar diversos problemas de salud que afectan a este grupo de población.

La salud no puede ser medida solo en términos de presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe valorar también el grado de conservación de la capacidad funcional; un evento que no sólo mide el daño a la salud, sino la calidad de vida que se tiene a razón de vivir más tiempo y expuesto a mayores riesgos, nos lo ilustra la discapacidad. Este indicador negativo del bienestar interpreta claramente el impacto a largo plazo de los problemas de salud y sus consecuencias en la definición de una mayor esperanza de vida saludable.

El concepto de salud en los adultos mayores implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienes psicológicos y soporte social, por lo que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a en el momento en que los pacientes evalúen su calidad de vida. Dado que la calidad de vida resulta de la interacción de múltiples factores, debe entonces, valorarse tanto el estado objetivo de la salud como los aspectos subjetivos que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. Por otra parte en el contexto de la medición de las condiciones de salud del adulto mayor, la contribución independiente que tienen diversos factores

(entre los que destacan los sociodemográficos, condición de salud actual, la dinámica familiar y las redes sociales de apoyo, discapacidad) tienen una influencia determinante en la modificación de la calidad de vida.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el envejecimiento de la población representa un desafío mayor en el futuro, ya que la mayor preocupación generada por el envejecimiento está ligada al aumento de la prevalencia de padecimientos crónicos que ocasionan deterioro del estado de salud y discapacidad de larga duración y de mayor gravedad, aunado a ello la presión social que esto ejerce sobre las finanzas institucionales, la cobertura de servicios asistenciales, curativos y de rehabilitación necesarios para la atención médica.

Aun cuando existen diversos estudios sobre el tema en el país, es evidente que no es un problema estático, por lo que se requiere periódicamente actualizar la información disponible en cuestión. Por otra parte debido a que las mediciones dependen de un componente de percepción social de la discapacidad es posible que exista subestimación de la verdadera prevalencia de discapacidad y su efecto en la calidad de vida del adulto mayor.

Aunque la magnitud de la discapacidad no está plenamente cuantificada, sabemos que una buena parte de las enfermedades o accidentes derivan en discapacidad temporal o permanente y los sistemas de información miden la presencia o ausencia de enfermedad, pero no valora también el grado de conservación de la capacidad funcional. En el terreno médico, el interés del Instituto por la medición de la discapacidad se deriva de la fuerte demanda de servicios especializados y de rehabilitación; en el campo financiero, debido a los costos de la atención y la expedición de incapacidades y certificados de invalidez. La discapacidad mental, íntimamente relacionada con procesos degenerativos del sistema nervioso, cada vez más frecuente debido al aumento en la esperanza de vida, son problemas graves que el sistema de salud debe afrontar.

Por ello la investigación epidemiológica en este ámbito es de la mayor relevancia, debido a que la evaluación de la calidad de vida en este grupo de población debe considerarse dentro de las políticas de atención que garanticen acciones específicas que mejoren su bienestar a través de medidas de promoción a la salud, detección oportuna y limitación de la discapacidad.

Por otra parte factores como la participación familiar adquiere otra dimensión en el cuidado de los enfermos. Los cuidadores de origen latino, a diferencia de los anglosajones prefieren atender a sus enfermos en casa antes que recurrir a un apoyo formal de una institución.<sup>38</sup> En México, los estudios sobre apoyo social se han enfocado a otros grupos como la mujer embarazada<sup>47</sup> o pacientes diabéticos,<sup>45,46</sup> pero escasamente se ha explorado el apoyo social y familiar en pacientes adultos mayores. La falta de apoyo económica, familiar, ó de las redes de asistencia social, pueden ser factores que condicionen patologías sociales (maltrato familiar, violencia, indigencia, abandono) que pueden alterar su calidad de vida, de ahí la importancia de desarrollar intervenciones dirigidas a ayudar al adulto mayor a mantenerse dentro de una familia funcional y con redes sociales de apoyo.<sup>50</sup>

La medición de la calidad de vida y procesos de discapacidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social son eventos que se ha medido en pocas ocasiones, pero han sido tomados en cuenta parcialmente como parámetros para establecer políticas de salud que modifiquen esta problemática social.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo influye la discapacidad en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS?



### **3.- JUSTIFICACIÓN**

La evaluación de la salud relacionada con calidad de vida es una medida de resultado que mide el impacto que la enfermedad y la discapacidad producen en la vida del adulto mayor.

La información generada permite identificar los aspectos funcionales y de calidad de vida de los adultos mayores, así como conocer las principales necesidades de salud del adulto mayor que permitan identificar prioridades de atención que requieren la implementación de intervenciones preventivas o curativas que mejoren su condición de salud

La importancia que tiene este indicador (HRQL) para la salud pública es su trascendencia y vulnerabilidad, ya que una gran cantidad de efectos relacionados a deficientes condiciones de salud, falta de acceso y oportunidad a los servicios de atención médica, disponibilidad de medicamentos y otros efectos derivados de factores como alimentación, bienestar, recreación, una pensión digna pueden ser la diferencia entre una vejez sana y con calidad de vida ó lo contrario.

El uso a veces indiscriminado de nuevas tecnologías para prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre la mesa la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes. El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, permite reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente y de esta manera poder formular intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible, en este caso del adulto mayor.

La información generada permite la toma de decisiones en un afán de aplicar criterios de equidad e igualdad de oportunidades para la atención de la salud de este grupo de población, que presenta fuertes demandas de servicios debidas al

deterioro de su estado de salud, los cuales impactan en diversos indicadores, así como en costos de atención.

### Beneficios y aportaciones

Contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años y más.

Establecer la relación entre salud relacionada con la calidad de vida y otras variables sociodemográficas, de servicios de salud, dinámica familiar y redes sociales que sirvan como base para la formulación futura de nuevas hipótesis.

Otro propósitos de esta medición es utilizar la información con la fines de investigación en sistemas de salud que permita identificar los aspectos funcionales y de calidad de vida de los adultos mayores, así como las principales necesidades de salud del adulto mayor que requieren la implementación de intervenciones preventivas que mejoren su condición de salud, además de proporcionar información que permita la toma de decisiones en un afán de aplicar criterios de equidad e igualdad de oportunidades para la atención de la salud de este grupo de población que presenta fuertes demandas de servicios debidas al deterioro de su estado de salud, los cuales impactan en diversos indicadores, así como en costos de atención .

#### **4.- OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

Medir la Calidad de Vida y determinar su relación con la discapacidad y otras variables sociodemográficas, del estado de salud, dinámica familiar, redes de apoyo social y hábitos de riesgo en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS.

##### **Objetivos Específicos**

Medir la relación entre discapacidad y la calidad de vida en adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

Medir la relación entre sexo, escolaridad, ocupación, civil y calidad de vida en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

Medir la relación entre la morbilidad y la calidad de vida en adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

Medir la relación entre el tabaquismo, alcoholismo, actividad física y la calidad de vida en adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

Medir la relación entre la red social de apoyo y funcionalidad familiar con la calidad de vida en adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

Medir la relación entre la actividad recreativa y la calidad de vida en el adulto mayor de la UMF No.68 del IMSS

## **5.- HIPÓTESIS**

### **Hipótesis general**

La percepción de la calidad de Vida está influenciada por la presencia de discapacidad y factores sociodemográficos, del estado de salud, dinámica familiar, redes de apoyo social y hábitos de riesgo en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

### **Hipótesis Específicas**

Los adultos mayores de la UMF No 68 del IMSS discapacitados se perciben con una peor calidad de vida.

Las mujeres adultas mayores de la UMF No 68 del IMSS, se perciben con peor calidad de vida que los hombres.

Los adultos mayores de la UMF No 68 del IMSS que tiene una escolaridad baja se perciben con peor calidad de vida.

Los adultos mayores de la UMF No 68 del IMSS desempleados o inactivos se perciben con peor calidad de vida.

El adulto mayor de la UMF No 68 del IMSS con padecimientos crónicos se percibe con peor calidad de vida.

El adulto mayor de la UMF No 68 del IMSS que consume alcohol, tabaco y que no tiene actividad física recomendada se percibe con peor calidad de vida.

El adulto mayor de la UMF No 68 del IMSS que tiene una familia y red de apoyo social disfuncional se percibe con peor calidad de vida.

## 6.- MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

Estudio transversal, descriptivo y observacional

### Tiempo de estudio

1 de Marzo del 2007 al 30 de Junio 2007

### Población de estudio

Población Adulta Mayor usuaria de la UMF No. 68 del IMSS

### Muestreo

Se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple de los pacientes citados a la consulta externa de medicina familiar de cada uno de los consultorios de la UMF No. 68

### Tamaño mínimo de muestra.

- ❖ Utilizando la fórmula: 
$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times pq}{d^2}$$
- ❖ una prevalencia de discapacidad global del 10% ( $P$ )
  - ❖ un nivel de confianza del 95% ( $Z$ )
  - ❖ una precisión de 0.030 ( $d$ )
  - ❖ una tasa de no respuesta del 20%

Resultado: 460 tamaño mínimo de muestra.

### Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple.

### Procedimiento para la obtención de la muestra

1. Diariamente se obtuvo información de los listados de la consulta de medicina familiar seleccionando los pacientes adultos mayores

2. Se escogió aleatoriamente del listado de los adultos mayores el total de personas reunieron los criterios de inclusión. Cuando no se localizó a los adultos mayores seleccionados se sustituyó por otro; eligiéndose nuevamente al azar. Para tal procedimiento se utilizó un muestreo aleatorio simple, con la finalidad de que todos los adultos mayores tuvieran la misma probabilidad de entrar al estudio. Esto se realizó hasta alcanzar el tamaño mínimo de muestra.

### Criterios de selección

#### **Criterios de Inclusión**

- ❖ Adultos mayores (60 años y más), que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 68 del IMSS
- ❖ Ambos sexos
- ❖ Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y que además contaran con expediente clínico
- ❖ Consentimiento informado verbal

#### **Criterios de exclusión**

- ❖ Adultos mayores que por alguna alteración severa del lenguaje o auditiva no pudiera responder a la entrevista.

## **INSTRUMENTOS**

Para la medición de la salud relacionada con calidad de vida (HRQL) y auto percepción de salud se utilizará el cuestionario genérico **Perfil de Salud de Nottingham (PSN)**<sup>9</sup> que tiene de 38 ítems y consta de dos partes pertenecientes a 6 dimensiones: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. Se completa con 7 preguntas sobre limitaciones a causa de la salud en 7 actividades de la vida diaria.

Instrumento de medición validado, para el estudio de calidad de vida muestra una alta sensibilidad que permite identificar variaciones entre grupos de enfermedades.

PARTE I. Consta de 38 ítems que cubre 6 dominios energía, dolor, reacción emocional, sueño, aislamiento social, actividad física. La calificación es obtenida a partir de la técnica de preferencia-ponderada

PARTE II. De este perfil incluye percepción de problemas en siete áreas de la vida: remuneración, empleo, trabajo en casa, relaciones personales, vida social, entretenimientos y fiestas

### **Escala de DUKE-UNC**

La medición de la red social de apoyo se realizará mediante la **Escala de DUKE-UNC** (Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23), tiene muy buena correlación con  $r=0.82$  y consistencia interna entre la variable de la tamaño de la red social ( $r=0.91$ ) y la funcionalidad de la red ( $r=0.90$ ) consta de 11 ítems que recogen valores referidos al apoyo afectivo y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9 y 11 del cuestionario, con puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo

afectivo contamos con 6 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 del test, con puntuación total de 30. Si se obtiene más de 18 puntos habrá buen apoyo afectivo.

### **Mini-Mental (MMSE) de Folstein**

Se trata de un test de tamizaje de demencias. Puntúa como máximo un total de 35 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejia...) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (se redondea al entero más próximo).

La siguiente tabla proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo, y puede servir para comparar con los resultados de un paciente.

**Tabla de referencia en función de edad y nivel educativo del sujeto\***

<b>Edad en años</b>	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
<b>Estudios elementales</b>	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
<b>Estudios primarios</b>	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
<b>Estudios medios</b>	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
<b>Estudios superiores</b>	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

\*La tabla es una traducción de la contenida en la referencia 18



## **Instrumento para la recolección de datos**

Se construirá un cuestionario el cual se aplicará por medio de entrevista directa a la población de adultos mayores, este cuestionario engloba los diferentes instrumentos de medición para cada una de las áreas que se medirán.

### **Elementos del cuestionario**

Sección	VARIABLES
Datos Generales	Folio
	Fecha
Características demográficas	Sexo
	Edad
	Estado civil
	Escolaridad
	Fuente de Ingreso económico
	Actividad laboral actual
	Nivel socioeconómico
Condición de Salud	Dependencia económica
	Calidad de Vida
	Autopercepción del estado de salud
	Presencia de Enfermedad
Discapacidad	Complicaciones
	Tablas de la OMS de discapacidad
Deterioro cognoscitivo	Mini mental
Funcionamiento social	Función familiar (APGAR)
	Red Social Escala DUKE
Hábitos de riesgo	Tabaquismo
	Alcoholismo
	Actividad física recomendada

La recolección de datos se realizará por parte del investigador, con la finalidad evitar variabilidad inter-observadores, y reducir el error en la medición. Con respecto a posibles errores relacionados al instrumento de medición (cuestionario) se ha establecido la definición operacional de las variables con la finalidad de estandarizar los conceptos y evitar imprecisiones en las variables de estudio.

## 7.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### Calidad de vida

**Definición:** percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea. (13)

Se construyó un índice denominado **Perfil de Salud de Nottingham** que constó de varios dominios (variables), con el resultado obtenido se estableció un punto de corte que evaluó la salud relacionada con calidad de vida

**Naturaleza de la Variable:** Cualitativa

**Escala de medición** Ordinal.

La puntuación de los dominios consideró los valores cercanos al 0 con mala calidad en la percepción de salud y los valores cercanos a 100 calificaron con mejor percepción de salud.

Se tomó la media y desviación estándar de la puntuación y se obtuvo la variable calidad de vida dicotomizada.

- Indicador:** 1. Mala percepción de la calidad de vida  
2. Buena percepción de la calidad de vida

#### I. Nivel de energía

**Definición.** Se refiere a la percepción del individuo relacionada con la capacidad que física que tiene para realizar esfuerzos durante la realización de las actividades cotidianas.

**Naturaleza de la Variable:** Cuantitativa, **Escala de medición** Continua

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (1,12,26) Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de

ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta. (Ver anexo)

## **II. Presencia de dolor**

**Definición.** Se refiere a la percepción del individuo relacionada con la presencia de dolor causado en reposo ó con el movimiento.

**Naturaleza de la Variable:** Cuantitativa, **Escala de medición** Continua

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (2,4,8,19,24,28,36,38) (ver anexo). Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta. (Ver anexo)

## **III. Reacciones emocionales**

**Definición.** Se refiere a la percepción del individuo relacionada con la presencia cambios relacionados con el estado de ánimo.

**Naturaleza de la Variable:** Cuantitativa, **Escala de medición** Continua

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (3,6,7,16,20,23,31,32,37) (Ver Anexo). Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta. (Ver anexo)

## **IV. Concilia el sueño**

**Definición.** Se refiere a la percepción individual relacionada con la capacidad de conciliar ó no el sueño.

**Naturaleza de la Variable:** Cuantitativa, **Escala de medición** Continua

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (5, 13, 22, 29,33)

(Ver Anexo). Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta. (Ver anexo)

## **V. Aislamiento social**

**Definición.** Se refiere a la percepción individual relacionada con la capacidad de relacionarse socialmente

**Naturaleza de la Variable:** Cuantitativa, **Escala de medición** Continua

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (9, 15, 21, 30,34) (Ver Anexo). Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta. (Ver anexo)

## **VI. Movilidad**

**Definición.** Se refiere a la percepción individual relacionada con la capacidad de movilización ó de poder realizar actividades físicas

**Operacionalización.** Se establecerá un indicador para cada dominio de la escala (PSN) conformado por las respuestas positivas de las preguntas (10,11,14,17,18,25,27,35) (Ver anexo). Si fuera el caso y todas las respuestas se respondieran afirmativamente el índice de ponderación sumará 100 puntos, en el caso que sólo alguna respuesta sea afirmativa contará solo la ponderación de esa pregunta.

## VARIABLES INDEPENDIENTES

### SOCIODEMOGRÁFICAS

#### Sexo

**Definición:** Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** Durante la entrevista se observaron las características morfológicas de los individuos.

**Indicador:** 1.Masculino      2. Femenino

#### Edad

**Definición:** Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista.

**Naturaleza de la variable:** Cuantitativa.

**Escala de medición:** Razón.

**Operacionalización:** Lo referido por el adulto mayor durante la entrevista.

**Indicador:** Años cumplidos.

#### Estado civil

**Definición:** Condición en que se encuentra una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa.    **Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** Lo referido por el adulto mayor durante la entrevista.

**Indicador:** 1. Soltero (a)  
                  2. Casado (a).  
                  3. Unión libre.  
                  4. Divorciado (a) o separado (a).  
                  5. Viudo (a).

### **Nivel de escolaridad**

**Definición:** Años de educación formal aprobados por el individuo.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Ordinal y de razón

**Operacionalización:** Se obtendrá durante la entrevista, interrogando inicialmente si la persona sabe leer y escribir, y en el caso de la respuesta afirmativa se continuará interrogando acerca del último nivel alcanzado.

**Indicador:** Sabe leer y escribir

1. Si
  2. No
- a) Máximo nivel educativo aprobado
1. Primaria incompleta
  2. Primaria completa
  3. Secundaria completa
  4. Secundaria incompleta
  5. Preparatoria incompleta
  6. Preparatoria completa
  7. Carrera técnica o comercial
  8. Lic. Incompleta
  9. Lic. completa

### **Ocupación**

**Definición:** Actividad que a la que cotidianamente se dedica una persona y por la cual puede o no recibir una remuneración económica.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** Lo referido por el adulto mayor durante la entrevista. Se interrogará inicialmente la situación laboral actual; en el caso de las personas con una actividad laboral actual se continuará interrogando sobre el tipo de actividad desempeñada (con la posibilidad de agregar las no comprendidas en el cuestionario). La versión final esta variable quedará agrupada de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones<sup>1</sup>.

**Indicador:** a) Actividad laboral actual

1. Si 2. No

b) Tipo de actividad laboral

1. Ninguna 2. Jornalero 3. Obrero 4. Comerciante 5. Otra

c). Actividad laboral remunerada

1. Si 2. No

### **Dependencia económica y de vivienda**

**Definición:** Situación de una persona que no puede valerse por sí misma respecto a un bien, recurso o necesidad. Esta en relación con el apoyo económico que da otro miembro de la familia para cubrir sus necesidades básicas (Alimentación, vestido, vivienda, servicio médico)

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** La construcción de esta variable se realizará con la información proporcionada por el individuo sobre la fuente de su ingreso económico y la condición de habitación actual.

Indicador:

#### **a) Origen del ingreso económico**

1. De la familia

2. De la pens/jubilación

3. Jubilac/Pens del conyuge

4. De algún programa social

5. De sus amigos

6. De nadie

7. De la actividad laboral

#### **b) Dependencia de vivienda**

1. Casa propia

2. Cara rentada

3. Casa hogar

4. Casa de un familiar o pariente

5. Casa prestada



## **SOCIALES**

### **Funcionalidad de la Familia**

El APGAR FAMILIAR, validado, determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar; consta de 5 ítems que evalúan las cinco áreas diferentes en que los autores subdividen la función familiar: 1) adaptabilidad o capacidad de movilizar recursos; 2) cooperación o capacidad de participación; 3) desarrollo o capacidad de apoyar en la maduración física, emocional y la autorealización; 4) afectividad o expresión de cariño; y, 5) capacidad de resolución o compromiso de dedicar tiempo a la familia. Cada pregunta se evalúa con un valor de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre) sobre una escala de Likert, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. Se clasifican las familias en normofuncionales. ( $>6$ ) y disfuncionales ( $\leq 6$ )

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal dicotómica.

Definición. APGAR Familiar

**Indicador** 0. *Familia funcional* 1. *Familia disfuncional*

APGAR Familiar, variable ordinal:

1. Familia normofuncional (7-10 puntos)
2. Moderadamente disfuncional (4-6 puntos)
3. Gravemente disfuncional (0-3 puntos)

### **Red social**

**Definición:** Suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas y que le proporcionan apoyo para resolver conflictos.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** Esta variable explora el apoyo estructural, como reflejo del tamaño de la red, y el apoyo funcional, como reflejo de la percepción de apoyo. Se integrará a partir de 11 ítems. Para el apoyo estructural se solicitará información sobre el número de personas que el individuo conoce y frecuenta; con un punto de corte en 6 o más personas conocidas y frecuentadas para considerar una red

social grande. El apoyo funcional se construira a partir de la suma de las opciones seleccionadas por el individuo; con un punto de corte de 32 puntos para considerar a la red social como funcional (Para ello se utilizará la **Escala de DUKE-UNC**).

**Indicador:** Apoyo funcional

1. Red social funcional (de 33 y más)
2. Red social no funcional (de 32 y menos)

### **Método simplificado de Blake y McKay (Tamaño de la red social)**

El método simplificado de Blake y Mckay indaga sobre el apoyo estructural o la red social. Consta de una única pregunta acerca del número de personas con las que puede contar el entrevistado, cuando tiene un problema o dificultad.

¿Con cuántas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad?

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal.

**Indicador:** N° de personas **Valoración de la red**

1. Pequeña (0-1 personas)
2. Media (2-5 personas)
3. Extensa (6 ó más personas)

## **CONDICIÓN DE SALUD**

### **Presencia de Enfermedad**

**Definición:** Circunstancia en que se encuentra un individuo en relación a la presencia o ausencia de una enfermedad.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal dicotómica.

**Operacionalización:** Se interrogó sobre la existencia algún padecimiento diagnosticados por un médico, pidiéndose además especificar él o los diagnósticos,

Se evaluará con las siguientes preguntas:

- ¿algún médico le ha dicho que padece alguna enfermedad
- ¿cuál?

Se considerará presente si el adulto mayor refiere padecer una o más enfermedades diagnosticadas por un médico.

Indicador: 1. Sin patología

2. Con patología \_\_\_\_\_ (especificar padecimiento y complicación o secuela.)

### **Discapacidad**

**Definición.** De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) / OMS Discapacidad se define como “término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano”.

**Naturaleza de la variable:** Cuantitativa. **Escala de medición:** continua

Transformada a nominal dicotómica.

Operacionalización. Se utilizará una escala de ponderación de la discapacidad (***Escala de Discapacidad de Murray & López***) que establecerá de acuerdo al padecimiento, la escala de gravedad de la discapacidad. Se elaborará un mapa de discapacidades que van de un valor de 0 y 1. Los puntos de corte utilizados para clasificar la discapacidad, considero el valor de ponderación de la gravedad de la discapacidad de (PD 0.00-0.03) Sin discapacidad y (PD0.031-0.95) con discapacidad

Variable nominal dicotómica.

0. Sin discapacidad

1. Con discapacidad

### **Estado cognitivo**

**Definición:** Circunstancia en la que se encuentran las funciones mentales de memoria y concentración de un individuo.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal.

**Operacionalización:** Para la determinación de esta variable se aplicará el *miniexamen cognoscitivo* que evalúa orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria; y lenguaje y construcción. La máxima puntuación a obtener es de 35. Se aceptará que existe deterioro cognoscitivo si el individuo obtiene 24 puntos o menos para el caso de mayores de 65 años de edad; o menor de 28 puntos si el sujeto tiene 65 años o menos. Si hay que anular algún ítem (a causa de analfabetismo, ceguera, etc.) se recalculará el punto de corte de manera proporcional.

**Indicador:** 1. Sin deterioro cognitivo  
2. Con deterioro cognitivo.

### **Tabaquismo**

Tabaquismo agudo o crónico dado por un tiempo expresado en días, meses o años expuestos al humo de tabaco, estimando el número promedio de cigarrillos. Se construirá una escala de Fumador activo, Ex fumador

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal dicotómica.

**Indicador:** 1. Fumador actual 2. Ex fumador 3. Nunca fumador

### **Alcoholismo**

Consumo de bebidas alcohólicas de acuerdo a la frecuencia de consumo, número de copas y edad de inicio. Se construirá una escala de Bebedor y No bebedor.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** Nominal dicotómica

**Indicador** 1. Consumidor actual 2. Ex consumidor 3. Nunca

### **Actividad Física**

**Definición.** Cualquier movimiento corporal, producido por los músculos esqueléticos que resulta en gasto de energía.

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** nominal

**Operacionalización.** Se interrogara en forma directa si el adulto mayor hace ejercicio, cuantos minutos por sesión y cuantas veces a la semana para obtener el

**Indicador:**

1. Actividad física recomendada (Adulto mayor que realiza ejercicio aeróbico 5 días a la semana y 30 minutos por sesión)
2. Actividad física no recomendada
3. No tiene actividad física

### **Actividad Recreativa**

**Definición:** Conjunto de técnicas sociales que, basadas en una pedagogía participativa tienen como finalidad promover prácticas y actividades voluntarias, que con la participación activa de la gente, se desarrollan en el seno de un grupo, de manera individual o en una comunidad determinada".

**Naturaleza de la variable:** Cualitativa. **Escala de medición:** nominal

**Operacionalización.** Se interrogara en forma directa si el adulto mayor tiene una actividad recreativa, cuantas horas la realiza.

**Indicador:**

1. Si tiene actividad recreativa
2. No tiene actividad recreativa

## 8.- Plan de Análisis

La recopilación de la información, se sometió a revisión y codificación lo cual fue responsabilidad del investigador, con el objeto de disminuir la variabilidad y lograr un mejor control sobre la calidad de los datos.

Posteriormente se procedió a la codificación de las preguntas, captura y análisis de datos utilizando los paquetes Epi Info, SPSS y Epi Data. Se incluyeron todas las variables y sus indicadores, considerando que las variables de tipo cualitativo, fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas, en las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y se evaluó su distribución.

Para la prueba de hipótesis estadística se utilizó  $\chi^2$  de Mantel y Haenzel, se estableció diferencia de medias para variables continuas por medio de la prueba no paramétrica U Mann Whitney.

Se realizó medición de prevalencias de las variables de estudio.

Para controlar el efecto confusor se realizó estratificación de variables y un análisis multivariado para identificar las variables que mejor expliquen la percepción de la calidad de vida.

## **9.- Consideraciones Éticas**

De acuerdo a la Declaración de la Asamblea Médica de Helsinki, el presente trabajo no afectó los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto no se comprometió la integridad física moral o emocional de las personas.

Así mismo, las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación establecidas por la OMS, establecen que:

1. Se informará al sujeto seleccionado sobre los objetivos de este estudio y se deberá garantizar la confidencialidad y anonimato de la información recabada.
2. Se entrevistará al individuo sólo, en un marco de tranquilidad y sin prisas.
3. Se dará confianza para facilitar la expresión de los sentimientos.
4. Se hablará con un lenguaje claro y sencillo, aclarando las dudas que se presenten respecto al cuestionario o referentes al tema.

## **10.- Planificación y organización del estudio**

Se realizó diariamente revisión de los listados de pacientes que acudieron a consulta de medicina familiar para seleccionar a aquellos pacientes que entraron al estudio. Aquellos que reunieron los criterios de inclusión, se procedieron a encuestar una vez que aceptaron participaron en el estudio.

El cuestionario estructurado en forma cerrada se aplicó por el investigador principal a través de una entrevista directa.

A todos los pacientes incluidos se les aplicó un cuestionario estructurado que identificó calidad de vida; condición de salud, discapacidad, aspectos sociodemográficos, características de la familia (estructura y función familiar, cohesión y adaptabilidad) información que fue llenada por el responsable de la investigación (ver anexo). El diagnóstico de la presencia de enfermedad y de discapacidad se confirmó mediante los criterios diagnósticos consignados en el expediente.

---



## 11. RESULTADOS

### Características sociodemográficas y de la condición de salud

En la tabla 1a, 1b, 1c, y 1d podemos observar las características sociodemográficas y algunos factores que influyen en la percepción de salud de los adultos mayores estudiados. Se encuestaron 480 adultos mayores citados a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 68 del IMSS, con edad comprendidas entre 60 y 99 años, la media de edad fue de 69.7 con una desviación estándar (SD) de  $\pm 6.8$  años; 59.2% pertenecen al sexo femenino y 40.8% al sexo masculino. El 59.2% de los encuestados está casado, 26.9% fueron viudos, 7.1 divorciado o separado, 4.2% solteros y 2.9% en unión libre. El 18.8% reportó no saber leer y escribir, mientras que el 24.8% mencionó no haber asistido a la escuela, la mayor prevalencia para los que asistieron a la escuela fueron de aquellos que asistieron a la primaria pero no la concluyeron y el 19.6% terminó sólo la primaria. Los adultos mayores que refirieron tener una actividad laboral remunerada (19.4%), se dedican principalmente a actividades de ventas y comercio (31.63%), 30.61% tienen algún oficio (herrero, sastre, plomero, jardinero, chofer, carpintero, peluquero, etc), 5.10% ofrecen servicios domésticos, 25.51% son empleados de oficina y 3.06% son trabajadores de servicios de protección y seguridad privada. La principal fuente de ingresos económicos es la familia (45%), el 35.41% recibe de la pensión o jubilación, 19.37% de la actividad laboral y 8.95% son viudos que reciben la pensión del cónyuge. Respecto a la vivienda, 78.5% de los adultos mayores son propietarios de la casa que en que vive, el 12.3% vive en la casa de un familiar, 6.9% habita una vivienda prestada y el 2.3% tiene la necesidad de rentar.

Con respecto a las variables de la dinámica familiar, la media de habitantes por vivienda fue de 3.1 (Rango 1-13; SD  $\pm 2.11$ ), 9.8% de los adultos mayores analizados viven solos; encontrándose 70% de familias funcionales. En cuanto a la red social, la media del número de personas con las que cuenta el adulto mayor fue de 5.4 con una SD  $\pm$  de 6.42; al construir con esta variable el indicador del

tamaño de la red social del adulto mayor tenemos que un 37.9% tiene una red extensa, 50.6% una red media y el 11.5% tiene una red social pequeña. La puntuación media de la escala de DUKE Global fue de 41.81 con una SD  $\pm$  de 9.55; al analizar la funcionalidad de la red social observamos que 82.7% tiene una red social funcional y un 17.2% tiene una red disfuncional. La escala de DUKE valora un área afectiva y un área confidencial, encontrando que 62.7% de los adultos mayores tiene un área afectiva normal y un 88.8% tiene un área confidencial normal. El 93.7% reportó tener una enfermedad diagnosticada por un médico; al tomar en cuenta un padecimiento mencionado por el adulto mayor, el 36.6% mencionó ser hipertenso y el 35% diabético. Hubo concordancia del 90% entre la enfermedad mencionada por el adulto mayor y su diagnóstico en el expediente, tomándose en cuenta un sólo padecimiento por paciente. El 10.6% mencionó ser fumador actual, 55.2% nunca haber fumado y el 34.2% son exfumadores, 22.9% consume bebidas con alcohol en la actualidad, 37.1% son exconsumidores y 40% nunca han consumido bebidas con alcohol. El 80.4% de los adultos mayores refirió hacer alguna actividad recreativa (Fig.1, se puede observar los tipos de actividades recreativas consideradas hechas por los adultos mayores) y el 35.6% refirió hacer alguna actividad físicas (Fig. 2, muestra los tipos de actividades físicas realizadas por los adultos mayores).

### **Calidad de Vida relacionada con la Salud**

La prevalencia global de los adultos mayores que se percibieron con una buena calidad de vida fue del 32.9%. Tomando en cuenta únicamente a los adultos mayores que se perciben con mala calidad de vida (n=324) las mujeres se percibieron en una mayor proporción con mala calidad de vida (43.12%) (Fig.6).

Las prevalencias específicas de percepción calidad de vida de acuerdo a las características sociodemográficas y de la condición de salud en los adultos mayores se resumen en la tabla 4.

La prevalencia global de discapacidad fue del 32.5%. La prevalencia de discapacidad para el sexo femenino fue del 18.1% comparada con el 14.4% de los

hombres; con respecto a los adultos mayores que se perciben con mala calidad de vida y que están discapacitados la prevalencia es del 25.8% comparado con el 6.7% de los que se perciben con buena calidad de vida y que están discapacitados.

En la tabla 2 y 3 se observa que las puntuaciones más altas son para aquellos pacientes que refirieron que su percepción de salud era buena con respecto a aquellos que dijeron lo contrario con puntuaciones más bajas y además en el cálculo de la diferencia de las medias (U de Mann-Whitney) se observó diferencia significativa para los dominios de energía, dolor, aislamiento social, movilidad, en cada una de las categorías de discapacidad, por el contrario en los dominios reacción emocional y sueño no hubo diferencias entre los grupos.

La tabla 5 muestra las razones de momios de prevalencia (RMP, estadístico de Mantel-Haenszel),  $\chi^2$ , valor de p, correspondiente a las variables que en el análisis bivariado se asociaron significativamente con la mala percepción de calidad de vida mediante el instrumento de Percepción de Salud de Nottingham. En donde podemos observar que el sexo femenino (RMP 1.89; IC<sub>95%</sub> 1.26-2.84), los discapacitados (RMP 2.21; IC<sub>95%</sub> 1.47-3.31), los que no saben leer (RMP 1.91; IC<sub>95%</sub> 1.09-3.41), los que cursan con depresión (RMP 9.97; IC<sub>95%</sub> 4.73-21.73), con disfunción familiar (RMP 3.26; IC<sub>95%</sub> 1.90-5.64), disfunción de la red social (RMP 4.34; IC<sub>95%</sub> 2.09-9.24), los que no tiene una actividad recreativa (RMP 2.84; IC<sub>95%</sub> 1.55-5.27) y los que no tienen actividad física (RMP 2.71; IC<sub>95%</sub> 1.93-4.48), tienen más probabilidad de percibirse con mala calidad de vida, sólo el consumir alcohol tuvo una asociación protectora (RMP 0.52; IC<sub>95%</sub> 0.33-0.82).

Al observar la tendencia ( $\chi^2$  tendencia =  $\chi^2$ t) en la tabla 6 para algunos factores que se asociaron significativamente con la percepción de la calidad de vida, observamos que conforme aumenta el grado de discapacidad aumenta la probabilidad de percibirse con una mala calidad de vida, hasta 22 veces más para aquellos que cursan con discapacidad severa (RMP 22.50  $\chi^2$ t=22.33 p<0.0001), de

igual manera se observa la tendencia para los factores de depresión ( $\chi^2_t=49.29$   $p<0.0001$ ), funcionalidad familiar ( $\chi^2_t=23.32$   $p<0.0001$ ), funcionalidad de la red social ( $\chi^2_t=19.79$   $p<0.0001$ ), tamaño de la red social ( $\chi^2_t=9.98$   $p=0.001$ ) y escolaridad ( $\chi^2_t=30.87$   $p<0.0001$ ).

La tabla 7 presenta las RMP (Razones de Momios de Prevalencias) y los IC (Intervalos de confianza) al 95% del modelo de regresión logística que incorporó únicamente a las variables que permanecieron significativamente asociadas a la percepción con mala calidad de vida. En el modelo final permanecen como factores asociados: sexo, discapacidad, depresión, funcionalidad familiar, funcionalidad de la red, actividad física, actividad recreativa, saliendo del modelo variables como consumo de alcohol y el saber leer y escribir, que en el análisis bivariado habían resultado con asociación significativa.

## 12. DISCUSIÓN

La calidad de vida un concepto amplio que incluye no sólo el estado de salud sino también otros aspectos como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, por lo que, mediante el presente estudio exploramos algunas áreas que están en estrecha asociación, desde una perspectiva multidimensional, tomando en cuenta un dimensiones clave. Para explorar en este estudio estas dimensiones clave nos apoyamos en el Perfil de Salud de Nottingham en su versión validada al español<sup>59</sup>, instrumento genérico ya utilizado por otros autores para medir la percepción de la calidad de vida en adultos mayores<sup>13,16</sup> y útil para estudios transversales<sup>34</sup>; de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio las puntuaciones observadas mostraron la puntuación más alta en todos los dominios, excepto en el dominio de reacciones emocionales (Fig 9), resultados muy semejantes a los obtenidos por Azpiazu Garrido<sup>13</sup>, Casado<sup>34</sup> y García Pérez<sup>60</sup>, aunque en este último el dominio con menor puntuación fue el de aislamiento social.

En el presente estudio se construyó el indicador con la ponderación de todos los dominios del Perfil de Salud de Nottingham para obtener un indicador nominal con el que se pudiera hacer el análisis de buena y mala percepción de calidad de vida, ya que algunos autores<sup>13,14,16,34</sup> manejan su análisis sólo con la información disgregada de cada dominio, del análisis de la variable dicotómica obtuvimos una prevalencia global 32.9% de percepción buena calidad de vida. Debido a que el estudio estuvo dirigido a población usuaria de la Unidad de Medicina Familiar es posible que exista subestimación de percepción de la calidad de vida, debido a que los pacientes que acuden a la unidad, en general son los que se encuentran con mejor condición de salud, contrastando con el hecho que la población más enferma ó discapacitada y que se percibe con modificación de su calidad de vida no acude regularmente a la Unidad de atención medica ambulatoria por encontrarse con complicaciones que requieren atención especializada e inclusive hospitalaria. Y en aquellos que cursan con discapacidades moderadas o severas también limitarían su asistencia a la Unidad de Medicina Familiar, por lo que es

posible que al interior del estudio se haya incluido únicamente a población que se percibe más saludable, incurriendo en un posible sesgo de selección.

Cabe mencionar que Beaman<sup>52</sup> ha reportado en estudios realizados en población general que la proporción de adultos que se perciben enfermos o malas condiciones de salud es menor a la observada en nuestro estudio en donde efectivamente podemos suponer que el hecho de incluir a toda la población rescataron todas aquellas condiciones de enfermedad que tiene este grupo de edad. Aun así podemos decir que nuestros resultados son útiles para evaluar las condiciones de la población que demanda los servicios de 1er nivel de atención.

## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Si bien es cierto que los factores que influyen en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor destacan los sociodemográficos, fue de suma importancia dar un peso a aquellos factores como el sexo, la escolaridad, la ocupación, la fuente de ingreso, la dinámica familiar, funcionalidad de la red social, el tamaño de la red social, actividades recreativas, actividad física, hábitos de riesgo, entre otros; todo esto como parte de una evaluación multidimensional, pues cualquier análisis reducido a un concepto monofactorial para valorar la calidad de vida del adulto mayor resultaría inadmisibles. En el análisis de género la percepción de calidad de vida en las mujeres se observó con mayor deterioro, situación consistente con otros estudios<sup>34, 36,48</sup> en donde diversos factores como mayor exposición a problemas emocionales, condiciones socioculturales, oportunidades de educación, recreación, atención médica etc., que afectan a las mujeres adultas mayores, principalmente en poblaciones marginales como la estudiada e inclusive las tipo rural que ven modificada su calidad de vida de manera considerable.

Por otra parte se menciona que la mujer tiene una mayor esperanza de vida, pero muestra una esperanza libre de discapacidad menor que en el sexo masculino, lo que indica que las mujeres viven más tiempo enfermas y efectivamente su calidad de vida se ve modificada<sup>61</sup>

Con respecto al analfabetismo, la disfunción familiar, la disfunción en la red de apoyo social, encontramos resultados similares en otros estudios, como factores que influyen en la percepción del estado de salud y en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores<sup>13,14, 34,45,46, 48 ,52,60.</sup>

## **CONDICIONES DE SALUD**

El autoreporte de la morbilidad en adultos mayores, mostró concordancia con los diagnósticos reportados en expediente clínico, en un (90%). Los principales problemas de salud identificados en la población de estudio fueron: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, condiciones de salud prevalentes en este grupo de edad a nivel nacional y que son los principales motivos de demanda de consulta en los servicios de salud<sup>57,48.</sup>

Se identificó que diversos factores de riesgos se encuentran presentes en la población de estudio tales como el: consumo de alcohol, tabaquismo, menor actividad física, ausencia de actividad recreativa, disfunción familiar y deficiente apoyo social e inclusive la depresión son condiciones que favorecen una percepción de salud deteriorada, que requieren de acciones específicas de salud que permitan postergar daños y al mismo tiempo modificar la percepción del estado de salud.

Diversas patologías se identificaron en este estudio, con énfasis en padecimientos crónicos y sus complicaciones y secuelas asociadas a padecimientos de larga duración, que han sido mal tratados y que reflejan una calidad de vida deteriorada, en párrafos anteriores se mencionó que las patologías más frecuentes como son la Diabetes, Hipertensión Arterial, además de otras prioridades de atención como son: la Cardiopatía isquémica, Dislipidemias, artritis degenerativa, insuficiencia venosa periférica, pérdida de audición y pérdida de la visión, padecimientos, complicaciones y secuelas asociados a procesos de

discapacidad en la población estudiada. Estas condiciones requieren que el equipo de salud, plantee como una necesidad, la implementación de programas de trabajo y estrategias dirigidas a este grupo de población que permita integrar acciones dirigidas a modificar, hábitos, estilos de vida y factores de riesgo que modifiquen en lo posible el perfil de salud de este grupo poblacional.



### 13. CONCLUSIONES

La calidad de vida como un indicador de salud positiva considera la importancia del acceso a diversos satisfactores como alimentación, bienestar, recreación, una pensión digna, que puede ser la diferencia entre una vejez sana con calidad de vida ó lo contrario.

Por ello la atención médica debe ser orientada a mejorar el accesos a los servicios de atención preventiva, curativa y de hospitalización, además de favorecer la oportunidad de la atención con la finalidad de limitar daños y por otra parte garantizar la disponibilidad de medicamento.

Por su trascendencia social y vulnerabilidad requiere que los tomadores de decisión consideren la importancia de implementar programas dirigidos al adulto mayor y con énfasis en acciones que mejoren las condiciones de salud a través del control de diversos padecimientos y comorbilidad, muy frecuente en este grupo de edad. Por otra parte dentro de estos programas las acciones de reforzamiento de programas de bienestar social vinculando el trabajo comunitario de los servicios de salud permiten reforzar otros aspectos dentro del enfoque integral de atención al adulto mayor en el cual se debe considerar lo siguiente:

- Reforzar el apoyo social
- Promover la funcionalidad familiar
- Realización de actividad física
- Asistencia a grupos de la tercera edad.
- Actividades de Recreación

El estudio permite describir las características de la población adulta mayor y su percepción del estado de salud actual, además hace una reflexión de la patología que vive este grupo de población con respecto a los padecimientos más frecuentes, los aspectos sociales asociados a la discapacidad, las condiciones

familiares y redes sociales de apoyo que influyen en un mayor riesgo de enfermedad psicosocial.

El tema es relevante ya que la atención y control de las enfermedades crónicas y discapacidades asociadas representan un reto para los servicios de salud, debido a la trascendencia económica y social que esto tiene.

Llevar a la funcionalidad a los adultos mayores discapacitados, debe ser un objetivo primordial de los servicios de salud, ya que la rehabilitación es un acto de atención de la salud y por lo tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia a las personas en el mantenimiento de la salud y bienestar de ellos, su familia y la comunidad.

La rehabilitación que puedan proporcionar los servicios de salud unido al apoyo familiar, permiten realizar acciones de efectividad e impacto en la salud, y sobre todo, en la autonomía del adulto mayor.

#### 14.- BIBLIOGRAFIA

(1) Kalache A. Combes Y. Population Aging and Care of the elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews of Clinical Gerontology* 1995; 5:347-355)

(2) Ham Ch. "The elderly n México another challenge for a middle income country". Colegio de la Frontera Norte, Instituto Nacional de Salud Publica. México 1995;1-20

(3) Huirán R. Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. Comisión de Población y Desarrollo. Consejo Nacional de Población. Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. Edit. Consejo Nacional de Población. 1ª. Edición 1999

(4) Durán MC. García PC. Gallegos CK. Pérez CR. Gómez DH y col. Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. La Salud del Adulto Mayor. Temas y Debates. Onofre Muñoz. Carmen García Peña. Luis Durán Arenas (Editores). Primera Edición. México, 2004

(5) Resolución A/50/141 Asamblea General Organización de las Naciones Unidas. 30 enero 1996

(6) OMS. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Una Sociedad para todas las edades. Departamento de Información de las Naciones Unidas.

(7) Gómez DH. Vázquez JL. Fernández CS. La salud de los adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social. La Salud del Adulto Mayor. Temas y Debates. Onofre Muñoz. Carmen García Peña. Luis Durán Arenas (Editores). Primera Edición. México, 2004

(8) Egea GC. Sarabia SA. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad, "Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías" (editado por el Real Patronato sobre Discapacidad - España) Murcia, Noviembre de 2001 Pag. Web <http://usuarios.discapnet.es//disweb2000/art/index.thm>

(9) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2001

(10) Lozano AR. Frenk MJ. Gonzalez BM. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Salud Publica Mex 1996;38(6):419-429.

(11) Rodríguez PC. Discapacidad y calidad de vida. Rev Mult Gerontol 2000;10 (2):66-91

(12) Zavala GM. Vidal GD. Castro SM. Quiroga P. Klassen PG. Funcionamiento social del adulto mayor. Universidad de Concepción.

(13) Azpizu GM. Cruz JA. Villagrasa FJ. Abanades HC. García MN. Alvelar VF. Factores asociados a mal estado de salud percibidos o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002,76:683-699

(14) Soto M. Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Soc Esp Dolor 2004;11:505-514

(15) The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. Soc Sci Med 1998;46:1569-1585

(16) Azpizu GM. Cruz JA. Villagrasa FJ. Abanades HJ. García MN. Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria 2003;31(5):285-294

(17) Gordon HG. David HF. Donald LP. Measuring Health-related Quality of Life.. Annals of Internal Medicine 1993;118(8): 622-629

(18) Crum RM. Anthony J.C. Bassett SS. Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA 1993;269(18):2386-239

(19) Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con La Salud: aspectos conceptuales Health-Related Quality Of Life: Conceptual Aspects Laura Schwartzmann. Ciencia y Enfermería 2003;IX(2):9-21

(20) Institute of Medicine . Quality of life and technology assessment. Monograph of the council on Health Care technology.. Pp 4 1989 Institute of Medicine.

(21) Teeling Smith G. Measuring health a practical approach. John Wiley & Sons Ed London UK 1988.

(22) Guyatt GH. Feeney DH. Patrick DL. Measuring health related to quality of life. Ann Intern Med 1993;118:622-629.

(23) Envejecimiento activo: un marco político. OMS, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. Rev Esp Geriatr Gerontolol 2002;37(S2):74-105

(24) Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. J Am Geriatr Soc 1997;45(1):92-100.

(25) Erickson Patrick Health status and health policy. Oxford University Press 1993.

(25) Bayarre VH. Fernández FA. Trujillo GO. Menéndez JJ. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa. 1996 (Parte I). Rev Cubana Salud Pública 1999;25(1):16-29

(26) González –Celis RA, Esquivel HR. Jiménez FJ. Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida Revista Interamericana de Educación de Adultos Año 27 / No. 1 / enero - junio 2005 / nueva época

(27) Berumen AE. Atención a la salud en México. La discapacidad en México. Foro Silanes 1999;3(6):3-5

(28) Instituto Nacional De Estadística, Geografía E Informática México, D. F. 1 De Octubre De 2005 [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

(29) División Técnica de Información Estadística en Salud. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal. El IMSS en Cifras. Discapacidad en derechohabientes del IMSS. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 449-456

(29) Encuesta Nacional de Salud. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Instituto Nacional De Salud Pública. [www.insp.mx/ensa/ensa\\_tomo1.pdf](http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo1.pdf)

(30) XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar Y Envejecimiento (Sabe). En América Latina Y El Caribe. Informe Preliminar. Organización Panamericana De La Salud. Washington, D.C. Mayo De 2001

- (31) Espejo EJ. Martínez de la Iglesia J. Aranda LJ. Rubio CV. Enciso BI. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio-sanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997; 20: 3-11
- (32) Wong R. Pelaéz M. Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Pública*, 2005;117(5/6):323-331
- (34) Casado JM. Gonzalez N. Moraleda S. Orueta R. Carmona J. Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria Vol. 200*; 28(3):167-173
- (35) PREVENIMSS Programas integrados de salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS 2003. Instituto Mexicano del Seguro Social; México D.F. 2003
- (36) Gallegos CK. García PC. Duran MC. Reyes H. Durán AL. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):792-801
- (37) Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: *Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos;2003. p. 15-34.
- (38) Infante C. Familia, Redes sociales y uso de servicios de salud. *Salud Pub Méx* 1988;30:175-196.
- (39) Dirección General de Educación Higiénica. *Manual de Normas de Educación para la Salud*. México. SSA 1976.

- (40) Gómez RLA. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores del universo de trabajo del Hospital rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas. Tesis para obtener el grado de especialistas en Epidemiología. Febrero 2006. México, D.F.
- (41) Levin I. Investigación en educación para la salud orientada hacia la familia, consideraciones generales. Bol Of Sanit Panam 1980: 2(38):537-542.
- (42) Rodney MC. Sociología de la Medicina. Madrid: Alianza Universidad, 1984:111-139.
- (43) Willians JI. Leaman T. Estructura y función de la familia. En Howard C. Medicina Familiar. México, D.F. Interamericana 1974:64-72.
- (44) Rogers. GR .The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. Journal of Health and Social Behavior. 1996 :37; 326-338 .
- (45) Robles Silva L. Mercado Martinez FJ et al. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de México. Salud Pub Mex. 1995;37(3) :187-195
- (46) Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pub México 1993;35(5): 464-470 .
- (47) Infante C. Utilización de Servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pub Méx 1990;32:419-429
- (48) Gude SF, Fernández M, Vérez LV. Morbilidad crónica y autopercepción de salud en los ancianos en una comunidad rural. Rev Atención primaria 1996; 17(2):108-113



(49) Mahoney FI. Barthel DW. Funcional evaluation: The Barthel index . Md State Med J. 1965;14:61-65

(50) Encinas RJE. El Anciano y la familia. Publicación original. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. 1997:72-78

(51) Rodríguez CA. Rodríguez CO. Señor GR. La recreación como modificador en la calidad de vida del Adulto Mayor. Hospital Psiquiátrico Provincial. La Habana. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002;8(2)

(52) Beaman P. Reyes S. García-Peña C. Cortés AR. Grupo Nacional de Investigación sobre el Envejecimiento en el IMSS. Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS). La Salud del Adulto Mayor. Temas y Debates. Onofre Muñoz. Carmen García Peña. Luis Durán Arenas (Editores). Primera Edición. México, 2004

(53) Escala de ponderación de discapacidades de diferentes estados de salud. Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ, Barendregt JJ, Kramer PGN, van der Water HPA, Gunning-Schepers LG, van der Maas PJ. Disability weights for diseases in The Netherland. Department of public Health. Erasmus University. Rotterdam. 1997

(54) Murray JLC, Lopez A D. Global Burden of Disease and injury series. WHO 1996

(55) Mora M. Villalobos D, Araya G. Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MH Salud® 2004;1(1):pp1-11

(56) Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Programas de actividad física en el domicilio versus en el centro hospitalario para adultos mayores (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(57) Borges YS, Gómez DH. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex* 1998;40:13-23.

(58) Cid RJ, Damián MJ. Valoración de La discapacidad física: El Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71: 177-137

(59) Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish versión of the Nottingham Profile: Traslation and preliminary validity. *AJPH* 1990;80(6):704-706

(60) García PA, Leiva FF, Martos CF, García RA, Prados TR y col. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familiar* 2001; 2: 29-34

(61) Rodriguez AG, Escobedo de la Peña J, Zurita GB, Ramírez MT. Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. *Perinatal Reprod Hum* 2006: 20(1-3):4-18

## 15.- ANEXOS

Tabla 1a. Características sociodemográficas y los factores relacionados con la salud de los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

Variables	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	196	40.8
Femenino	284	59.2
<b>Edad</b>	69.7 <sup>a</sup>	± 6.8 <sup>b</sup> (60 – 93) <sup>c</sup>
<b>Grupo de edad</b>		
60 – 69	258	53.8
70 – 79	173	36.0
80 – 89	46	9.6
90 – 99	3	0.6
<b>Estado civil</b>		
Casado	284	59.2
Viudo (a)	129	26.9
Divorc/Separ	35	7.1
Soltero	18	4.2
Unión libre	14	2.9
<b>Lee y/o escribe</b>		
Si	390	81.2
No	90	18.8
<b>Escolaridad<sup>ç</sup></b>		
Nivel bajo	374	77.9
Nivel medio	87	18.1
Nivel alto	19	4.0
<b>Actividad laboral actual<sup>1</sup></b>		
Comerciante	31	28.44
Campeño <sup>2</sup>	5	4.59
Empleado	25	22.93
Oficio	24	22.02
Servicios de protecc y seg priv	3	2.75
Servicios doméstico	5	4.59
Cuidador <sup>2</sup>	11	10.09
Otros+	5	4.59
<b>Actividad laboral remunerada</b>		
Si	93	19.4
No	387	80.6
<b>Fuente de Ingresos<sup>s</sup></b>		
De la familia	216	45
De la pensión o jubilación	170	35.41
De la jubil/pens del conyuge	43	8.95
De programa Social	2	0.41
De la actividad laboral	93	19.37
De nadie	6	1.25
<b>Dependencia de vivienda</b>		
No	377	78.5
Si	103	21.5

a: Media, b: Desviación estándar, c: Rango

1 n=109

2 Actividad no remunerada

+ Gestor, Contador, Usurero, Profesor

ç Nivel bajo= máximo nivel primaria completa, Nivel medio= secundaria, preparatoria y carrera comercial/técnica,

Nivel alto= licenciatura

Tabla 1b. Morbilidad y percepción del estado de salud de los adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Calidad de vida</b>		
Mala calidad	322	67.1
Buena calidad	158	32.9
<b>Presencia de Patología</b>	469	97.7
Si	11	2.3
No		
<b>Diagnóstico de Enfermedad<sup>4</sup></b>		
DM	199	41.4
HAS	308	63.5
EPOC	38	7.9
HBP	26	5.41
IVP	19	3.9
CANCER*	10	2
<b>Percepción estado de salud</b>		
Excelente	16	3.3
Muy buena	12	2.5
Buena	135	28.1
Regular	256	53.3
Mala	61	12.7
<b>Deterioro cognitivo</b>	452	94.2
Si	28	5.8
No		

4 La suma de los porcentajes exceden el 100%, ya que algunos adultos mayores tenían mas de una patología.

\* Cáncer Mama, cervicouterino, laríngeo, próstata, pulmón

Tabla 1c. Hábitos de riesgo en adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Consumo de tabaco</b>		
Actual	51	10.6
Exfumador	164	34.2
Nunca	265	55.2
<b>Consumo de alcohol</b>	110	22.9
Actual	178	37.1
Exconsumidor	192	40
Nunca		
<b>Ejercicio</b>	171	35.6
Si	309	64.4
No		
<b>Actividad recreativa</b>	386	80.4
Si	94	19.6
No		

Tabla1d. Características de la dinámica familiar y social del adulto mayor de la UMF No. 68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Función familiar</b>		
Funcional	301	69.8
Disfuncional	130	30.2
<b>Tamaño de la Red Social</b>		
Escasa	55	11.5
Media	243	50.6
Elevada	182	37.9
<b>Funcionalidad de la Red Social</b>		
Funcional	397	82.7
Disfuncional	83	17.3

Tabla 2. Media y SD de las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham (PSN)

<b>DIMENSION</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar (SD)</b>
<b>Energía</b>	57.72	35.06
<b>Dolor</b>	60.27	31,59
<b>Reacciones emocionales</b>	66.90	18,07
<b>Sueño</b>	66.49	28,75
<b>Aislamiento social</b>	76.38	28,70
<b>Movilidad</b>	76.24	19,42

Tabla 3. Comparación de medias de cada uno de los dominios del PSN con la variable discapacidad

<b>DIMENSION</b>	<b>Discapacidad</b>		<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
	<b>Si n=278</b>	<b>No n=202</b>			
<b>Energía</b>	52.90	64.34	23159.0	-3.359	.001
<b>Dolor</b>	55.47	66.86	22208.0	-3.931	.000
<b>Reacciones emocionales</b>	65.75	68.48	25838.0	-1.501	.133
<b>Sueño</b>	64.55	69.16	26209.0	-1.310	.190
<b>Aislamiento social</b>	73.41	80.48	23904.0	-2.951	.003
<b>Movilidad</b>	72.63	81.20	20892.0	-4.805	.000

Tipo de actividad recreativa  
n=386

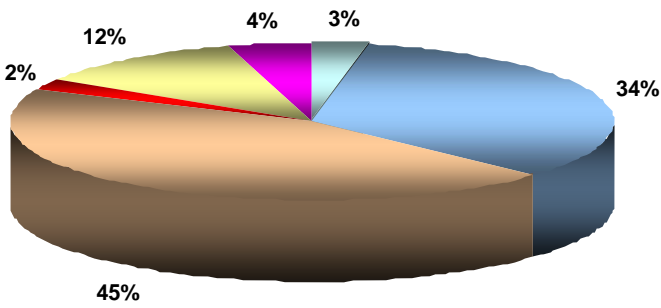


Fig. 1

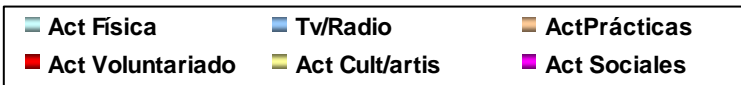
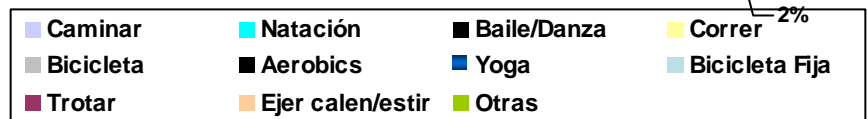
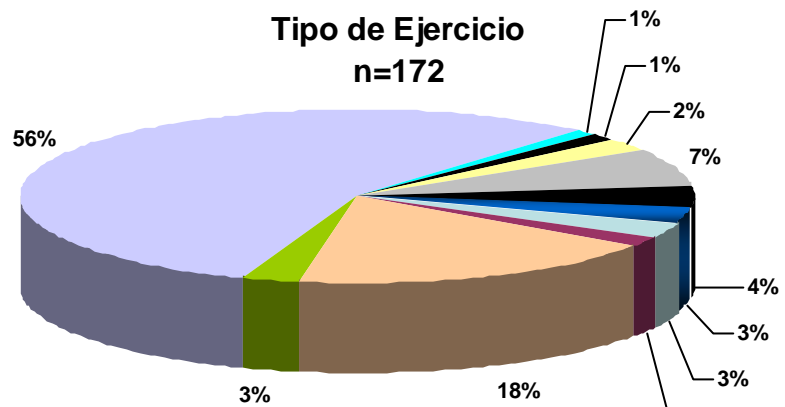


Fig. 2

Tipo de Ejercicio  
n=172



DUKE AREA CONFIDENCIAL

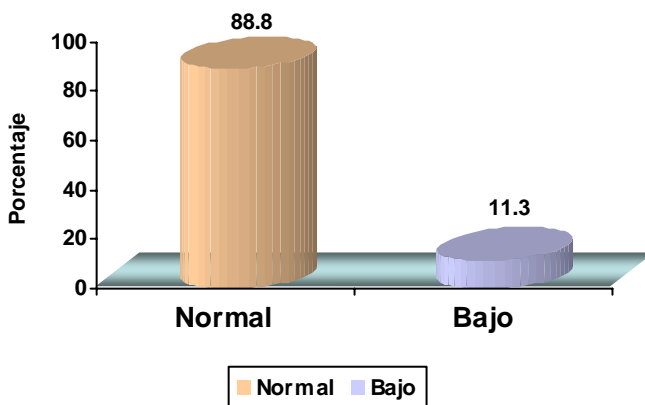
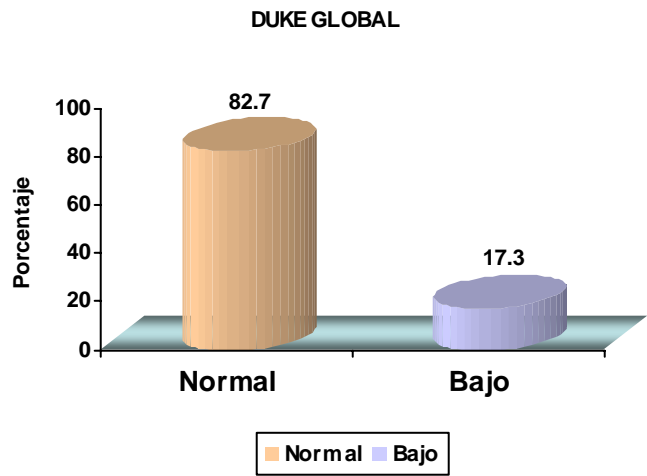
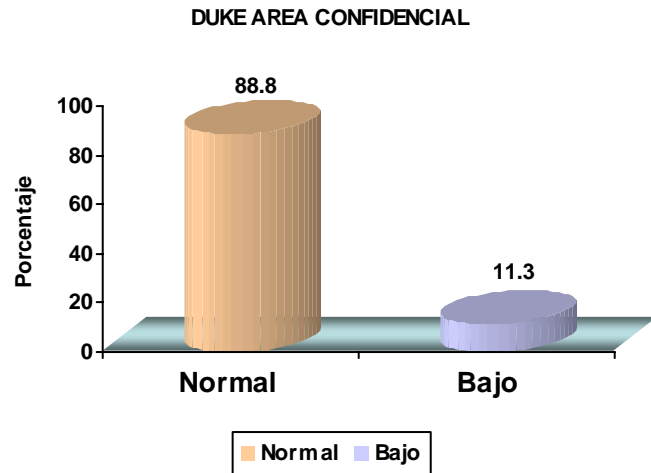


Fig. 3

**Fig. 4**



**Fig. 5**

**Fig. 6**

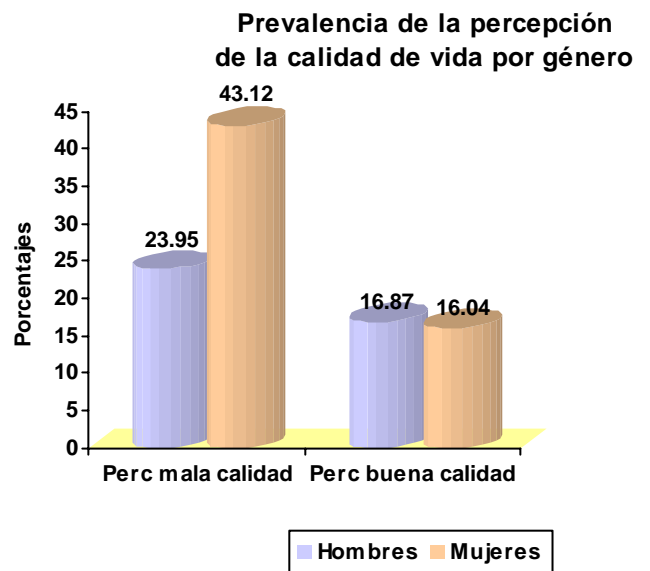


Tabla 4. Prevalencias específica de la percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud para las variables estudiadas en adultos mayores de la UMF No.68del IMSS

Variables	Percepción de la calidad de vida		Prevalencia	IC <sub>95%</sub>
	Buena	Mala		
<b>Sexo</b>				
Masculino	81	115	23.95	20.03-27.88
Femenino	77	207	43.12	38.59-47.66
Total		322		
<b>Grupo de edad</b>				
60 – 69	94	164	34.16	29.82-38.51
70 – 79	50	123	25.62	21.61-29.63
80 y más	14	35	7.29	4.86-9.72
<b>Estado civil</b>				
Casado	105	179	37.29	32.86-41.72
Viudo (a)	36	93	19.37	15.73-23.01
Divorc/Separ	7	28	5.83	3.63-8.03
Soltero	5	13	2.7	1.15-4.26
Unión libre	5	9	1.87	0.55-3.19
<b>Lee y/o escribe</b>				
Si	138	252	52.50	47.92-57.07
No	20	70	14.58	11.32-17.84
<b>Escolaridad*</b>				
Nivel bajo	101	273	56.88	52.34-61.41
Nivel medio	43	44	9.17	6.4-11.85
Nivel alto	14	5	1.04	0.33-2.41
<b>Actividad laboral remunerada</b>				
Si	30	63	13.13	10.00-16.25
No	6	10	2.08	0.70-3.46
<b>Fuente de Ingresos</b>				
De la familia	56	160	33.33	29.01-37.65
De la pensión o jubilación	73	97	20.21	16.51-23.90
De la jubil/pensión del conyuge	13	30	6.25	3.98-8.52
De la actividad laboral	30	63	13.13	10.00-16.25
Otra <sup>§</sup>	3	5	1.04	0.33-2.41
<b>Consumo de tabaco</b>				
Actual	21	30	6.25	3.98-8.52
Exfumador	56	108	22.50	18.66-26.34
Nunca	81	184	38.33	33.88-42.787
<b>Consumo de alcohol</b>				
Actual	49	61	12.71	9.62-15.79
Exconsumidor	44	134	27.92	23.79-32.03
Nunca	65	127	26.46	22.40-30.50
<b>Función familiar<sup>&amp;</sup></b>				
Funcional	121	182	37.92	33.47-42.36
Disfuncional	22	108	22.50	18.66-26.34
<b>Tamaño de la Red Social</b>				
Escasa	7	48	10.00	7.21-12.78
Media	81	162	33.75	29.41-38.08
Elevada	70	112	23.33	19.44-27.22
<b>Funcionalidad de la Red Social</b>				
Funcional	148	249	51.88	47.301-56.44
Disfuncional	10	73	15.21	11.89-18.52
<b>Actividad recreativa</b>				
Si	142	244	50.83	46.25-55.41
No	16	78	16.25	12.84-19.65
<b>Actividad física</b>				
Si	81	90	18.75	15.15-22.34
No	77	232	48.33	43.75-52.908

&n=433, ya que 47 adultos mayores viven solos \$ De programa social y de nadie

\* Nivel bajo= máximo nivel primaria completa Nivel medio= secundaria, preparatoria y carrera comercial/técnica Nivel alto= licenciatura



Tabla 5. Factores que influyen en la Percepción de calidad de vida de los adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>Mala percepción</b>	<b>Buena percepción</b>	<b>RMP</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
<b>Sexo</b>						
Masculino	115	81	1	10.61	0.001	1.26-2.84
Femenino	207	77	1.89			
<b>Discapacidad</b>						
Sin discapacidad	115	87	1	16.28	0.000	1.47-3.31
Con discapacidad	207	71	2.21			
<b>Leer y escribir</b>						
Si	252	138	1	5.73	0.017	1.09-3.41
No	70	20	1.91			
<b>Depresión</b>						
Normal	201	149	1	54.75	0.000	4.73-21.73
Depresión	121	9	9.97			
<b>Funcionalidad Familiar</b>						
Funcional	182	121	1	21.83	0.000	1.90-5.64
Disfuncional	108	22	3.26			
<b>Funcionalidad Red Social</b>						
Funcional	249	148	1	19.79	0.000	2.09-9.24
Disfuncional	73	10	4.34			
<b>Actividad física</b>						
Si	90	81	1	25.07	0.000	1.93-4.48
No	232	77	2.71			
<b>Actividad recreativa</b>						
Si	244	142	1	13.37	0.000	1.55-5.27
No	78	16	2.84			
<b>Consumo de alcohol</b>						
No	261	109	1	8.74	0.003	0.33-0.82
Si	61	49	0.52			

Las variables edad, tamaño de la red, tabaquismo no mostraron significancia estadística

Tabla. 6. Factores que incluyen en la percepción de mala calidad en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>RMP</b>	<b><math>\chi^2</math>*</b>	<b>P</b>
<b>Escolaridad</b>			
Baja	1		
Media	2.87		
Alta	7.57	30.87	0.000
<b>Discapacidad</b>			
Sin discapacidad	1		
Leve	4.20		
Moderada	8.28		
Severa	22.50	22.33	0.000
<b>Depresión</b>			
Normal	1		
Leve	8.62		
Severa	20.76	49.29	0.000
<b>Funcionalidad Familiar</b>			
Normal	1		
Disfunción moderada	2.66		
Disfunción grave	9.31	23.32	0.000
<b>Funcionalidad Red Social</b>			
Funcional	1		
Disfuncional	2.22		
Disfuncional grave	7.65	20.45	0.000
<b>Tamaño de la Red Social</b>			
Extensa	1		
Media	1.25		
Pequeña	4.29	9.98	0.001

\* $\chi^2$ tendencia

Tabla 7. Variables asociadas a percepción de mala calidad de vida en los adultos mayores de la UMF No.68 del IMSS

<b>Variables</b>	<b>RMP*</b>	<b>**IC<sub>95%</sub></b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	1		
Femenino	1.63	1.03-2.59	0.035
<b>Discapacidad</b>			
Sin discapacidad	1		
Dscapacidad	2.34	1.48-3.67	0.000
<b>Depresión</b>			
Normal	1		
Depresión	5.69	2.66-12.16	0.000
<b>Funcionalidad Familiar</b>			
Normal	1		
Disfuncional	1.94	1.05-3.59	0.033
<b>Funcionalidad Red Social</b>			
Funcional	1		
Disfuncional	1.33	0.75-3.17	0.05
<b>Actividad Recreativa</b>			
Si	1		
No	1.99	1.03-3.86	0.04
<b>Actividad física</b>			
Si	1		
No	1.92	1.21-3.07	0.006

\*Razón de momios de prevalencia

\*\*Intervalos de confianza al 95

Modelo de regresión logística ajustado por sexo, discapacidad, depresión funcionalidad familiar, funcionalidad de la red social, actividad recreativa, actividad física

Tabla 8. Discapacidad global y por género en adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

<b>DISCAPACIDAD</b>	<b>GLOBAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Con discapacidad</b>	32.5%	14.4%	18.1%
<b>Sin discapacidad</b>	67.5%	26.5%	41%

Tabla 9. Percepción de la calidad de vida y discapacidad en adultos mayores de la UMF No. 68 del IMSS

<b>Percepción calidad de vida</b>	<b>GLOBAL</b>	<b>Discapacidad</b>	
		<b>Con discapacidad</b>	<b>Sin discapacidad</b>
<b>Mala</b>	32.5%	25.8%	41.3%
<b>buena</b>	67.5%	6.7%	26.3%

Tablas de Ponderación de discapacidad en población mayor de 60 años, ambos sexos para 133 padecimientos seleccionados, complicaciones y/o secuelas. <sup>53,54</sup>

<b>Numero</b>	<b>Padecimiento- secuela</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
1	Tuberculosis	0.290	0.290
2	Parasitosis intestinal	0.000	0.000
3	VIH – Casos	0.136	0.136
4	SIDA casos	0.505	0.505
5	Enfermedad diarreica -- Episodios no complicado	0.088	0.088
6	Enfermedad diarreica -- Episodio complicado	0.402	0.402
7	Hepatitis B and hepatitis C	0.212	0.212
8	Neumonía, bronconeumonía	0.280	0.280
9	Bronquitis aguda (más de un episodio)	0.040	0.040
10	IRA Resfriado común, faringitis, sinusitis, amigdalitis	0.020	0.020
11	Otitis media	0.023	0.023
12	Otitis Sordera	0.168	0.168
13	Desnutrición	0.024	0.024
14	Anemia por deficiencia de hierro	0.021	0.021
15	Cáncer de Boca y faringe (preterminal)	0.090	0.090
16	Cáncer de Boca y faringe (terminal)	0.809	0.809
17	Cáncer cervicouterino (preterminal)	0.000	0.075
18	Cáncer cervicouterino (terminal)	0.000	0.809
19	Cáncer. de Cuerpo de útero	0.000	0.079
20	Cáncer. de Ovario	0.000	0.059
21	Cáncer de Prostata Clínicamente libre de enfermedad después de tratamiento inicial	0.180	0.000
22	Diagnostico de Cáncer. de Próstata	0.270	0.000
23	Cáncer de prostata diseminado	0.604	0.000
24	Cáncer de Vejiga (preterminal)	0.085	0.085
25	Cáncer de vejiga (terminal)	0.809	0.809
26	Linfoma y Mieloma (Preterminal)	0.057	0.057
27	Linfoma mieloma (terminal)	0.809	0.809
28	Leucemia (preterminal)	0.097	0.097
29	Leucemia (Terminal)	0.809	0.809
30	Cáncer. de Esófago (preterminal)	0.217	0.217
31	Cáncer de esófago (terminal)	0.809	0.809
32	Cáncer. de Estómago (preterminal)	0.217	0.217
33	Cáncer de estomago (terminal)	0.809	0.809
34	Cáncer de Colon y recto (preterminal)	0.217	0.217
35	Cáncer de colon (termina)l	0.809	0.809
36	Cáncer. de Hígado y vías biliares	0.239	0.239
37	Cáncer. de Páncreas	0.237	0.237
38	Cáncer. de Traquea, bronquios y pulmón	0.146	0.146
40			
	Ca. de Melanoma (preterminal)	0.045	0.045
41	Cáncer de piel y melanoma (terminal)	0.809	0.809

Numero	Padecimiento- secuela	Hombres	Mujeres
42	Cáncer de mama tumor no invasivo o < 2cm.	0.000	0.260
43	Cáncer Mama tumor de 2-5 cm. y/o con diseminación a ganglios linfáticos	0.000	0.690
44	Ca. Mama tumor localmente avanzado (> 5 cm.)	0.000	0.810
45	Ca Mama clínicamente libre de enfermedad después del primer año	0.000	0.260
46	Cáncer mama diseminado	0.000	0.790
47	Cáncer mama Terminal	0.000	0.809
48	Cáncer de encéfalo	0.809	0.809
49	Diabetes mellitus casos	0.033	0.033
50	Amputación DM	0.068	0.068
51	Neuropatía	0.064	0.064
52	retinopatía ceguera	0.488	0.488
53	Pie diabético	0.129	0.129
54	Nefropatía diabética	0.380	0.380
55	Depresión leve	0.140	0.140
56	Depresión moderada	0.350	0.350
57	Depresión severa	0.760	0.760
58	Estrés postraumático casos	0.108	0.108
59	Consumo de alcohol	0.110	0.110
60	Alcoholismo	0.550	0.550
61	Demencia senil Leve ( sólo dificultades en la actividad de la vida diaria)	0.667	0.667
62	Demencia senil Moderada (la vida independiente no es posible sin supervisión)	0.667	0.667
63	Demencia senil Severa(necesita supervisión permanente)	0.940	0.940
64	Enfermedad de Parkinson inicial	0.480	0.480
65	Enfermedad de Parkinson intermedia	0.790	0.790
66	Enfermedad de Parkinson Terminal	0.920	0.920
67	Esclerosis múltiple casos	0.437	0.437
68	Dependencia de drogas	0.250	0.250
69	Glaucoma ceguera	0.600	0.600
70	Cataratas ceguera	0.488	0.488
71	Trastornos de la visión (Pérdida leve de visión)	0.020	0.020
72	Trastornos de la visión (Pérdida moderada de visión)	0.170	0.170
73	Trastornos de la visión (Pérdida severa de visión)	0.430	0.430
74	Trastornos de audición en la vejez y relacionados con el ruido (adquirida en la edad adulta) Pérdida de audición leve	0,040	0.040
75	Trastornos de audición en la vejez y relacionados con el ruido (adquirida en la edad adulta) Pérdida de audición moderada	0.120	0.120
76	Trastornos de audición en la vejez y relacionados con el ruido (adquirida en la edad adulta) Pérdida de audición severa	0.370	0.370
77	Hipertensión arterial	0.033	0.033
78	Insuficiencia cardiaca Leve (NYHA 1-2)	0.060	0.060
79	Insuficiencia cardiaca moderada (NYHA 3)	0.350	0.350

<b>Numero</b>	<b>Padecimiento- secuela</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
80	Insuficiencia cardiaca Severa (NYHA 4)	0.650	0.650
81	Enfermedad isquémica- Infarto miocardio reciente	0.395	0.395
82	Cardiopatía isquémica (Insuficiencia card. congestiva)	0.171	0.171
83	Angina de pecho inicial	0.095	0.095
84	Angina de pecho estable-inestable severa	0.570	0.570
85	Enfermedad cerebro vascular -primer evento (28 días)	0.920	0.920
86	Enfermedad cerebro vascular no fatal recuperado	0.360	0.360
87	Enfermedad cerebro vascular No fatal no recuperado	0.476	0.476
88	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve o moderado	0.059	0.059
89	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Asma Leve o moderado (libre de síntomas con o sin terapia de mantenimiento)	0.360	0.360
90	Asma severa	0.059	0.059
91	Asma severa	0.360	0.360
92	Úlcera péptica activa	0.115	0.115
93	Cirrosis hepática casos	0.330	0.330
94	Pielonefritis aguda (1 semana)	0.010	0.010
95	Insuficiencia renal crónica	0.096	0.096
96	Hipertrofia benigna prostática	0.038	0.038
97	Enfermedades de la piel	0.056	0.056
98	Artritis reumatoide leve	0.210	0.210
100	Artritis reumatoide moderada	0.370	0.370
101	Artritis reumatoide severa	0.094	0.094
102	Osteoartritis de cadera	0.108	0.108
103	Osteoartrosis de rodilla	0.108	0.108
104	Dolor lumbar	0.060	0.060
105	Osteoporosis 2 SD debajo de lo normal (definición OMS)	0.042	
106	Caries dental (episodios)	0.081	0.081
107	Perdida de dentadura	0.050	0.050
108	Enfermedad periodontal (episodios)	0.001	0.001
109	Limitaciones de la vida diaria (Ninguna o leve limitación)	0.012	0.012
110	Limitaciones de la vida diaria (moderada o severa)	0.110	0.110
111	Limitaciones de la vida diaria (limitación extremas con dependencia completa)	0.718	0.718
112	Envenenamiento (episodios)	0.607	0.607
113	Quemaduras <20% -- Corto plazo	0.158	0.158
114	Lesión de ojos (corto plazo)	0.300	0.300
115	Lesión de ojos (largo plazo)	0.300	0.300
116	Fractura de columna vertebral	0.266	0.266
117	Lesión medular	0.725	0.725
118	Fractura de costillas y esternon	0.199	0.199
119	Fractura de clavícula, escápula y húmero	0.153	0.153
120	Fractura de radio y cubito	0.180	0.180
121	Fractura de huesos de la mano	0.100	0.100

<b>Numero</b>	<b>Padecimiento- secuela</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
122	Fractura de fémur (largo plazo)	0.272	0.272
123	Fractura de rotula, tibia y peroné	0.271	0.271
124	Fractura de tobillo	0.196	0.196
125	Fractura de huesos del pie	0.077	0.077
126	Otras luxaciones	0.074	0.074
127	Luxación de hombro	0.074	0.074
128	Luxación de cadera	0.074	0.074
129	Esguinces	0.064	0.064
130	Fractura de cadera (largo plazo)	0.247	0.247
131	Quemaduras 20 a 60%	0.441	0.441
132	Quemaduras más de 60%	0.441	0.441
133	Lesión nervios periféricos	0.064	0.064

*Escala de ponderación de discapacidades de diferentes estados de salud.* Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ, Barendregt JJ, Kramer PGN, van der Water HPA, Gunning-Schepers LG, van der Maas PJ. Disability weights for diseases in The Netherland. Department of public Health. Erasmus University. Rotterdam. 1997

*Global Burden of Disease and injury series.* Murray JLC, Lopez A D. WHO 1996

Identificación de prioridades de salud considerando las patologías más frecuentes y sus discapacidades en Adulto Mayor atendido en la UMF No. 68

Prioridad	Padecimientos	n=480	%
1	<b>Hpertensión Arterial Sistémica</b>	<b>308</b>	<b>64.17</b>
	Cardiopatía Hipertensiva	19	3.96
	Enfermedad Vascular Cerebral	7	1.46
	Insuficiencia Renal Crónica	3	0.63
2	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>199</b>	<b>41.46</b>
	Neuropatía	25	5.21
	Retinopatía	16	3.33
	Nefropatía	14	2.92
	Pie diabético	6	1.25
	Amputación	2	0.42
3	<b>Osteoartrrosis</b>	<b>44</b>	<b>9.17</b>
4	<b>Enfermedad Coronaria</b>	<b>36</b>	<b>7.50</b>
	Cardiopatía isquémica	33	6.88
	Angina de pecho inicial	2	0.42
	IAM Reciente	1	0.21
5	<b>Hiperplasia Benigna de Próstata</b>	<b>26</b>	<b>5.42</b>
6	<b>Dislipidemias</b>	<b>25</b>	<b>5.21</b>
	Hipertrigliceridemia	10	2.08
	Hipercolesterolemia	9	1.88
	Dislipidemia mixta	6	1.25
7	<b>Dolor lumbar</b>	<b>23</b>	<b>4.79</b>
8	<b>Transtornos de la audición</b>	<b>22</b>	<b>4.58</b>
	Perdida audición leve	13	2.71
	Perdida audición moderada	9	1.88
9	<b>Insuficiencia Venosa Periférica</b>	<b>19</b>	<b>3.96</b>
	Úlcera Varicosa	5	1.04
10	<b>Transtornos de la visión</b>	<b>23</b>	<b>4.79</b>
	Glaucoma	9	1.88
	Perdida visión leve	7	1.46
	Perdida visión moderada	7	1.46
11	<b>Enferm Psiquiátricas</b>	<b>13</b>	<b>2.71</b>
	Trans depre y ansie	7	1.46
	Trans afect orgán	4	0.83
	Esquizofrenia	1	0.21
	Psicosis sec depen droga	1	0.21
12	<b>Hiperuricemia</b>	<b>7</b>	<b>1.46</b>



### Ponderación de cada ítem del Perfil de Salud de Nottingham

Numero de Ítem	Dominio	Ponderación para respuestas positivas
1	Energía	39.20
12		36.80
26		24.00
2	Dolor	12.91
4		19.74
8		9.99
19		11.22
24		8.96
28		20.86
36		5.83
38		10.94
3	Reacciones emocionales	10.74
6		9.31
7		7.22
16		7.08
20		9.76
23		13.99
31		13.95
32		16.21
37	12.01	
5	Sueño	22.37
13		12.57
22		27.26
29		16.10
33		21.70
9	Aislamiento social	22.01
15		19.36
21		20.13
30		22.53
34		15.97
10	Movilidad	11.54
11		10.57
14		21.30
17		10.79
18		9.30
25		12.61
27		11.20
35	12.69	

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

**“CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES  
DERECHOHABIENTES DE LA UMF. NO 68 DEL IMSS”**

Registrado ante la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS, con el número: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_, una vez que se me ha informado de los objetivos del estudio y de que mi participación consistirá en proporcionar información, la cual se me ha asegurado se manejará confidencialmente y de que conservo el derecho de renunciar al estudio en cualquier momento que yo lo determine. Así mismo, se me ha informado de que en caso de requerirlo y si así lo deseo, podré ser derivado a la institución pertinente para recibir la atención que necesite.

**Ratifico que no se me ha obligado o inducido a tomar la decisión de participar. Por lo cual manifiesto a través de este documento mi ACEPTACIÓN DE PARTICIPAR.**

En la localidad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2007.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador/encuestador

\_\_\_\_\_  
Firma del participante



**Condición de Salud**

Haga las siguientes preguntas al Adulto Mayor

Respuestas

12.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
13.- ¿Tiene dolor por las noches?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
14.- ¿Existen cosas que le preocupan?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
15.- ¿Tiene dolor soportable?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
16.- ¿Toma tabletas para ayudarse a dormir?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
17.- ¿Ha olvidado lo que le gusta disfrutar?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
18.- ¿Se siente viejo?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
19.- ¿Le es doloroso cambiar de posición?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
20.- ¿Se siente solo?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
21.- ¿Puede caminar solo en el interior de su casa?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
22.- ¿Es difícil inclinarse (agacharse)?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
23.- ¿Todo le causa un gran esfuerzo?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
24.- ¿Se levanta temprano por las mañanas?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
25.- ¿Es incapaz de caminar?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
26.- ¿Le es difícil hacer contacto con la gente?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
27.- ¿Los días le parecen interminables?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
28.- ¿Tiene problemas para subir o bajar escaleras?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
29.- ¿Tiene dificultad para encontrar las cosas?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
30.- ¿Tiene dolor cuando camina?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
31.- ¿Pierde fácilmente el humor?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
32.- ¿Siente que no hay nadie cerca?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
33.- ¿Permanece despierto durante la noche?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
34.- ¿Se siente como si estuviera perdiendo el control?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
35.- ¿Tiene dolor cuando esta parado?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
36.- ¿Le es difícil vestirse solo?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
37.- ¿De pronto pierde las energías?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
38.- ¿Le es difícil permanecer por largos periodos (espera en una fila)?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
39.- ¿Tiene constantemente dolor?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
40.- ¿Le toma mucho tiempo conciliar el sueño?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
41.- ¿Siente que es una carga para la gente?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
42.- ¿Siente que la vida no es digna de vivirse?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
43.- ¿Le preocupa despertar en la noche?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
44.- ¿Dueme muy mal en la noche?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
45.- ¿Siente que es difícil llevarse bien con la gente?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
46.- ¿Necesita ayuda para caminar (alguien en quien apoyarse)?	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

10.- ¿De dónde recibe sus ingresos económicos?

*Si la hay, marque más de una opción*

De la familia     De sus amigos     De nadie

De la pensión     De algún programa social     De la jubilación

11. La casa donde vive actualmente es:

Casa propia     Casa hogar     Casa prestada     Casa rentada

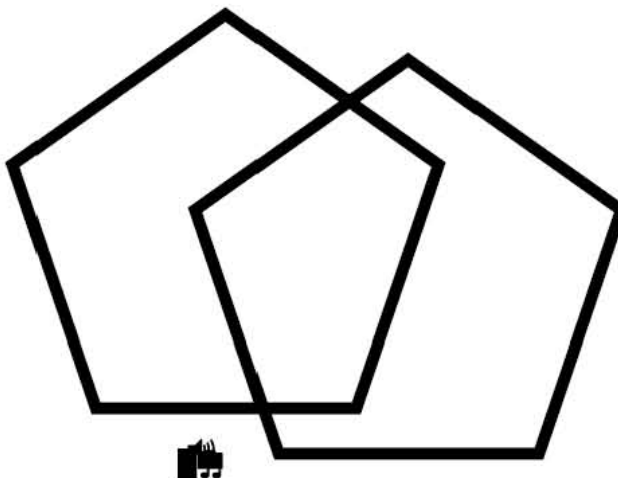
47.- ¿Tiene dolor cuando sube ó bajo las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
48.- ¿Se levanta deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49.- ¿Tiene dolor cuando esta sentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Autopercepción del Estado de Salud</b>		
<i>Pregunte al Adulto Mayor:</i>	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy Buena
50.- ¿Cómo considera su estado de salud en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Mala	
<b>Evaluación cognitiva</b>		
51.-¿Qué fecha es hoy?	Día <input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
	Mes <input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
	Año <input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
52.-¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
53.-¿En dónde estamos?	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
Pídale al adulto mayor que repita las siguientes palabras hasta que las aprenda	<i>Considere un cierto núm. de ensayos</i>	
54.- a) Flor b) Coche c) Nariz	<input type="checkbox"/> Flor	<input type="checkbox"/> Nariz
	<input type="checkbox"/> Coche	
55.-Pídale al adulto mayor que haga lo siguiente: Reste de 4 en 4 a partir de 40 Como alternativa deletree "mundo" al revés	<i>5 puntos si realiza la acción correctamente</i>	
	_____	
	_____	
	<i>Escriba lo dicho por el adulto mayor y evalúe</i>	
56.-Repetir los tres nombres aprendidos antes	<input type="checkbox"/> Flor	<input type="checkbox"/> Nariz
	<input type="checkbox"/> Coche	
57.- (Mostrar al adulto mayor un reloj y un lápiz, preguntarle ¿Qué es?	<input type="checkbox"/> Reloj	<input type="checkbox"/> Lápiz
58.-Pedirle que repita la frase "No voy si tú no llegas temprano"	<input type="checkbox"/> Sí la repitió.	<input type="checkbox"/> No la repitió
59.-Pedirle que realice la siguiente orden en 3 tiempo: <i>Sólo una vez se debe de repetir</i>	<input type="checkbox"/> Agarrar el papel con la mano derecha	
	<input type="checkbox"/> Doblar por la mitad	
	<input type="checkbox"/> Ponerlo en el piso	
60.-Pedirle que lea y ejecute la orden: "cierre los ojos"	<input type="checkbox"/> Lo realiza	<input type="checkbox"/> No lo realiza
61.-Escriba una oración	<input type="checkbox"/> Lo realiza	<input type="checkbox"/> No lo realiza



Oración

---

62.-Copie el dibujo



Dibujo

Lo realiza

No lo realiza





Depresión	
<i>Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana el Adulto Mayor</i>	
63.- ¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
64.- ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
65.- ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
66.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
67.- ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
68.- ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
69.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
70.- ¿Se siente impotente o desvalido con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
71.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
72.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
73.- ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
74.- ¿Se siente inútil tal como está ahora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
75.- ¿Se siente lleno de energía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
76.- ¿Siente que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
77.- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Funcionalidad Social										
78.- ¿Quiénes integran su familia?	<input type="checkbox"/> Pareja e hijos <input type="checkbox"/> Su Pareja <input type="checkbox"/> Solo sus hijos <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Pareja, hijos y parientes consanguíneos <input type="checkbox"/> Nueva pareja e hijos e/lo hijos de la pareja									
79.- Número de integrantes de la familia que viven con usted	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
80.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<table border="0"> <tr> <td>Casi nunca</td> <td>A veces</td> <td>Casi Siempre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2
Casi nunca	A veces	Casi Siempre								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
0	1	2								
81.- ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
82.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
83.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
84.- ¿Siente que su familia lo quiere?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
85.- ¿Con cuántas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									







**Presencia de Enfermedad**

100.- ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico?

Sí  No *Pase a Preg. 107*

101.- ¿Qué enfermedad?

*Escriba las enfermedades mencionadas por el paciente*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

102.- Anotar los diagnósticos verificados en el expediente, así como su clave y su valor de ponderación de discapacidad

*Padec 1* \_\_\_\_\_

*Padec 2* \_\_\_\_\_

*Padec 3* \_\_\_\_\_

	<i>Clave según Anexo</i>	<i>Ponderación discapacidad</i>
<i>Padecimiento 1</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _
<i>Padecimiento 2</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _
<i>Padecimiento 3</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _

103.- ¿Desde hace cuanto tiempo padece la (s) enfermedad (es)?

_ _ _ _	_	_ _ _ _	_	_ _ _ _	_
<i>Padecimiento 1</i>	<i>Clave evolucion</i>	<i>Padecimiento 2</i>	<i>Clave evolucion</i>	<i>Padecimiento 3</i>	<i>Clave evolucion</i>

104.- ¿Acude regularmente a control médico de su padecimiento?

Sí  No

105.- ¿Presenta alguna complicación, discapacidad o secuela por la enfermedad que padece?

Sí  No

106.- ¿Cuál (es) complicación (es)?

*Escriba las complicaciones mencionadas por el paciente*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

107.- Anotar complicaciones verificadas en expediente, así como su clave y valor de ponderación de discapacidad

*Complic 1* \_\_\_\_\_

*Complic 2* \_\_\_\_\_

*Complic 3* \_\_\_\_\_

	<i>Clave según Anexo</i>	<i>Ponderación discapacidad</i>
<i>Complicación 1</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _
<i>Complicación 2</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _
<i>Complicación 3</i>	_ _ _ _	_ .  _ _ _ _



Hábitos de riesgo	
108.- ¿Fuma actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <i>Pase a Preg 111</i> <input type="checkbox"/> No <i>Pase a siguiente preg</i>
109.- ¿Fumaba y actualmente no fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Pase a Preg 113</i>
110.- ¿Cuántos tiempo lleva sin fumar?	<input type="text"/> Clave
111.- ¿A que edad comenzó a fumar?	<input type="text"/> Edad
112.- ¿Cuántos cigarros fuma o fumaba?	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
113.- ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Incluye pulque)?	<input type="checkbox"/> Si <i>Pase a Preg 116</i> <input type="checkbox"/> No <i>Pase a siguiente preg</i>
114.- ¿Tomaba bebidas alcohólicas y actualmente ya no?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Pase a Preg 118</i>
115.- ¿Cuánto tiempo lleva sin tomar bebidas alcohólicas?	<input type="text"/> Clave
116.- ¿A qué edad comenzó a tomar bebidas alcohólicas?	<input type="text"/> Edad
117.- ¿Con qué frecuencia consume o consumía alcohol?	<input type="text"/> Semana <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
118.- ¿Cuándo usted bebe o bebía, llega (ba) generalmente al estado de embriaguez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
119.- ¿Práctica algún tipo de ejercicio o actividad física?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Pase a la preg 123</i>
120.-¿Qué tipo de ejercicio o actividad física realiza?	<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Baile/Danza <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Futbol <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Aerobics <input type="checkbox"/> Tai-Chi/Yoga <input type="checkbox"/> Bicicleta fija <input type="checkbox"/> Caminadora <input type="checkbox"/> Cachibol <input type="checkbox"/> Trotar <input type="checkbox"/> Ejercicios de calentamiento y estiramiento <input type="checkbox"/> Otro _____
121.-¿Cuántas veces por semana realiza ejercicio o actividad física?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0    1    2    3    4    5    6    7
122.-¿Cuántos minutos por sesión?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5    10    15    20    30    40    50    60    >60

