



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN,
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA
“ARTURO MUNDET” DIF**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO NACIONAL
MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA ARTURO MUNDET.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

PRESENTA:

DR. EBERTH AGUILAR SOSA

ASESOR DE TESIS

**DRA. MARIA ELVIRA MORA SANTANA
DR. GUSTAVO ROBLES VILLELA**



MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dr. Sergio S. Valdés Rojas
Profesor Titular Del Curso De Geriatría
U.N.A.M

Dra. Maria Elvira Mora Santana
Asesor De Tesis. Medico Adscrito Del Centro Gerontológico
Arturo Mundet.

Dr. Gustavo Robles Villela
Asesor De Tesis. Medico Adscrito del centro gerontológico
Arturo Mundet.

Dr. Luis F. Uscanga Domínguez
Director de enseñanza, Instituto nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición “Salvador Zubirán”.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE

Por darme la vida, por sus consejos y enseñanzas, y por ser la base más importante de mi vida.

A MIS HERMANAS

Yanet, Yuridia y Yeni, por su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A TODOS MIS PROFESORES.

Por su ayuda, su tiempo y dedicación.

INDICE

	Pagina
Resumen.....	2
I. Introducción.....	3
I.1 El adulto mayor.....	3
I.2 Aspectos demográficos.....	4
I.3 Evolución del concepto calidad de vida	7
I.4 Calidad de vida en medicina.....	10
I.5 Medición de la calidad de vida.....	11
Justificación.....	16
Objetivos.....	18
Material y métodos.....	19
Resultados.....	21
Discusión.....	26
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	28

RESUMEN

Los cambios demográficos en nuestro país, nos muestra que hay una inversión de la pirámide poblacional, por lo que cada vez hay mas adultos mayores. Además es en este tipo de población donde se presentan con mayor frecuencia una gran cantidad de enfermedades o síndromes, que condicionan deterioro de su funcionalidad, y en general en su calidad de vida, por lo que la medición de la misma, se vuelve cada vez más importante.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, mediante la utilización de un cuestionario genérico.

Material y métodos: se trata de un estudio de tipo transversal y descriptivo. Se realizó medición de la calidad de vida a los adultos mayores institucionalizados en el centro gerontológico Arturo Mundet. Mediante la aplicación del cuestionario genérico de salud Short Form 36, versión 1, además se consignaron aspectos demográficos, de cada uno de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes, representando el 61.7% del total de residentes. Fueron excluidos 54 pacientes, 38 por presentar síndrome demencial, y 16 rehusaron ingresar al estudio. De los 87 pacientes incluidos, el 62.06% (54 pacientes) fueron mujeres, y el 37.94% (33 pacientes) fueron hombres. La calidad de vida medida con el cuestionario genérico SF-36, muestra que hay deterioro importante de la calidad de vida en los pacientes institucionalizados en este centro. Siendo esto más importante en el sexo femenino.

Conclusiones: La calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados esta muy deteriorada. Pero puede considerar que el cuestionario SF-36, puede no ser la herramienta mas adecuada para nuestra población de estudio.

Palabras clave: Calidad de vida * cuestionario SF-36 *

INTRODUCCION

I.1 EL ADULTO MAYOR.

La Organización de las Naciones Unidas abordó por primera vez el tema de la “Tercera Edad” en 1948 cuando en la Asamblea General celebrada en Argentina se presentó un proyecto de declaración sobre los derechos de la ancianidad. Se vuelve a retomar en 1969 y culmina en 1982 con la celebración en Viena de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En octubre de 1992 la Asamblea General de las Naciones Unidas designa como Año Internacional de la personas mayores el año 1999 (AIPM). Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad son: Independencia, participación, contar con los cuidados necesarios, autorrealización, y dignidad. ¹

Definir a qué edad se inicia la etapa de adulto mayor resulta difícil. Tomando en cuenta la esperanza de vida de una población, la Organización Mundial de la Salud, en el acuerdo de Kiev de 1979, consideró que los individuos que viven en países desarrollados inician la etapa de adulto mayor a partir de los 65 años de edad; para los países en vías de desarrollo, como México, la esperanza de vida es menor, se considera a partir de los 60 años de edad. Para dar más solidez a esta clasificación se toma como base el desarrollo biológico del ser humano, lo que permite marcar divisiones sutiles a partir de los 18 años de edad, momento en el que se considera a la persona como adulto joven hasta los 40 años. En esa etapa se hacen notorios los primeros signos de envejecimiento. A partir de esa edad se considera como adulto, para denominarse adulto mayor al cumplir los 60 años de edad, cuando se establece plenamente el proceso fisiológico del envejecimiento. Desde luego, se entiende que esta delimitación resulta un tanto artificiosa, ya que una gran cantidad de personas de 60 años de edad tiene sus capacidades físicas y funcionales en total plenitud; mientras que, desde el punto de vista cronológico, personas con menos edad pueden tener, desde la

perspectiva biológica, disminución de sus capacidades. Además, en 1994 la Organización Panamericana de la Salud ajustó la edad a 65 años y más, para considerar a los individuos como adultos mayores. Los datos de las tasas de morbilidad y mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática separan las edades por décadas de 55 a 64 años y de 65 y más años. Así que la clasificación según la información proporcionada, su finalidad y quién la exprese, puede variar.

I.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS.

El análisis retrospectivo mundial permite ver que desde siempre el crecimiento de la población ha sido sostenido. A partir del año 1800 y hasta la década de 1950, tomando periodos de 50 años, el crecimiento fue de 0.4, 0.5, 0.6 y 0.8%. En las décadas de 1950 y 1960 el crecimiento fue de 1.8% para alcanzar, en la siguiente década, 2.0%. A partir de 1980 este incremento se estableció en 1.8% por década, aproximadamente y para el año 2000 la tasa total de crecimiento en el mundo es de 1.29% (0.23% para los países desarrollados; 1.4% para los que están en desarrollo y 2.51% para los de bajo desarrollo). En números absolutos, desde la década de 1950, el crecimiento poblacional se ha incrementado, pasando de 2,516 millones de habitantes a 5,295 millones en el decenio de 1990, con una población de personas mayores de 60 años de edad y más, de 200.9 millones al inicio de este periodo y de 489.3 millones en 1990, lo que equivale a 7.98 y 9.24% de habitantes, respectivamente. Según la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2000 la población mundial fue de 6,057 millones; la población de 65 años de edad y más fue del 6.9% (14.3% en países desarrollados, 5.4% en países en desarrollo y 3.1% en países de bajo desarrollo). La distribución porcentual de la población mundial, basada en el promedio de

las poblaciones 2000-2025 proporcionada por la OMS en la discusión de Ginebra 2000, señala una proyección de 11.955% de la población mayor de 60 años de edad.

La ONU publicó que en el año 2000 la población mundial estaba representada por 29.9% de grupos en edad infantil y por 6.9% de grupos en edad avanzada. Así mismo, se reportó que para el año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de personas de 65 y más años aumentará notablemente hasta 15.6%.

En síntesis, en el próximo medio siglo, el envejecimiento del mundo se representará con un incremento de 1,041 millones de habitantes de 65 años y más, de los cuales 14% corresponderán a países desarrollados; 77% (800 millones) a aquellos en vías de desarrollo y sólo 9% (95 millones) a los países de bajo desarrollo.

En América Latina y El Caribe existe gran diversidad demográfica, reflejo de las situaciones históricas y socioeconómicas imperantes en cada país. En México de una pirámide de base ancha y cúspide progresivamente estrecha hacia su vértice, en los decenios de 1950 a 1970; como resultado de las elevadas tasas de fecundidad (6.5-7.0), al disminuir en las décadas de 1980 a 1990 y en el año de 1996 (4.8, 3.4 y 2.7), al igual que las tasas de mortalidad general e infantil, de 129.9 por cada 1,000 habitantes a 16.9 por cada 1,000 en los mismos periodos; se pasa a una pirámide estrecha en su base por la reducción en la tasa de fecundidad, ampliándose en su parte media y superior, con una clara tendencia al incremento de la población mayor de 60 años de edad, como consecuencia de una mayor expectativa de vida, que de 41 años en 1940, se amplía a 73 años en 1996 y a 75.3 en el año 2000. Numéricamente, en la década de 1950 este grupo constituía 5% (1.5 millones) de la población, en el decenio de 1990 la cifra se eleva al 6.3% (5 millones) y en el año 2000 representa 7% con 6.9 millones.² Y en el segundo conteo de población y

vivienda del 2005, realizado por el INEGI, la población mayor de 60 años representa el 8.2% con 8.47 millones.³

El envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentan los países en vías de desarrollo en el siglo XXI, y ejerce una presión importante en los sistemas de seguridad social, los sistemas de asistencia sanitaria y la atención y cuidado de las personas mayores.

En este nuevo siglo, además del crecimiento de la población, hay otros temas demográficos que están adquiriendo importancia política, económica y social.

El envejecimiento de la población es uno de ellos, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países y por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura y comercio, entre otros).

América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina pero inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado; aunque con niveles variables, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas.

Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se dará en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.⁴

I.3 EVOLUCION DEL CONCEPTO CALIDAD DE VIDA.

El término "Calidad de vida" fue admitido en el Index Medicus en 1977, ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente.⁵

El concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa. A principios de los años sesenta, en el concepto de calidad de vida se otorgaba mayor importancia a los aspectos objetivos del nivel de vida, desde entonces, ha evolucionado hasta centrarse en los aspectos más subjetivos del bienestar, es decir, la satisfacción personal con la vida.

Los esfuerzos de la corriente sociológica de los años sesenta, estaban encaminados a identificar los indicadores que tenían mayor peso en la calidad de vida y cubrían las necesidades básicas del individuo (nutrición, vivienda, sanidad y demás elementos necesarios para la supervivencia), sería el equivalente a la satisfacción de los dos niveles inferiores de las necesidades humanas: la subsistencia y la seguridad.

Debido a las limitaciones que planteaba el abordaje sociológico, se produjo un cambio en la concepción de la calidad de vida, pasando la perspectiva psicosocial a liderar este campo. En este enfoque, los aspectos subjetivos constituyen el pilar fundamental de la calidad de vida. Así, a mediados de los años 1970, se intentan desarrollar indicadores subjetivos, que sirvan de equivalentes de los indicadores objetivos, definidos mediante datos físicos u observables. Se mostró, de nuevo, la falta de asociación entre los datos objetivos y la apreciación subjetiva de la calidad de vida y también se concluye que no existe correlación, entre la valoración realizada por un observador y la realizada por el propio sujeto.

La década de 1980, se caracterizó por un importante desarrollo que se ha ido acercando poco a poco a la esencia de la calidad de vida. Las orientaciones de principios de los años ochenta, que seguían la búsqueda de indicadores subjetivos, se fueron perfeccionando hasta la situación actual, en la que se asume la subjetividad y el carácter multidimensional de la calidad de vida y el principal tema de debate es lograr un consenso respecto a las áreas que constituyen este fenómeno.⁶

En el ámbito de la política sanitaria, el término calidad de vida, aparece en el llamamiento mundial para la promoción de la salud, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978. En este llamamiento, se consideraba a la salud como uno de los índices indiscutibles de desarrollo y de la calidad de vida de una sociedad.

En dicha conferencia, patrocinada conjuntamente por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), realizada en Alma – Ata (Kazajstan), los representantes de 134 naciones, instaron a los gobiernos y a la comunidad mundial a que adoptaran medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. La conferencia reitera firmemente que la *“salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afecciones, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos además de la salud”*.⁶

Así mismo la Organización Mundial de la Salud define como calidad de vida: “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado

psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno”.⁷

Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

La OMS ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas: un área física (p.e., la energía, la fatiga), un área psicológica (p.e., sentimientos positivos), el nivel de independencia (p.e., movilidad), las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico), el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (p.e., significado de la vida). Los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen.

La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la calidad de vida, junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas.⁷

En definitiva, los avances alcanzados en este campo han permitido ir estrechando la polisemia existente en torno al concepto de calidad de vida y puede aceptarse que todas las definiciones. Coinciden en señalar la dualidad subjetividad-objetividad del concepto. El componente subjetivo hace referencia a “bienestar, felicidad y satisfacción con la vida. El

componente objetivo, incluye aspectos del funcionamiento social, tales como, empleo e independencia, nivel de vida e indicadores sociales.

Aún hoy, no existe un claro consenso sobre la definición de calidad de vida, aunque la mayoría de los autores que estudian este concepto coinciden en lo esencial:

1.- El carácter subjetivo, enunciado bien como sentimiento personal, bien como evaluación y juicio por el sujeto, como comparación o como experiencia personal de la propia vida.

2.- El carácter multidimensional.

Sin embargo, es en la delimitación de las dimensiones, donde existen mayores dificultades a la hora de establecer cuáles son los parámetros o áreas que participan en la calidad de vida de un sujeto y cuál es el peso de cada una de ellas en el producto final de la calidad de vida, no existiendo en la actualidad una respuesta universal a estas dos preguntas. La literatura cubre un amplio rango de componentes: la capacidad o habilidad funcional, incluyendo el desarrollo de las funciones o papeles habituales, el grado y la calidad de las interacciones sociales y comunitarias, el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas y la satisfacción con la vida.

I.4 CALIDAD DE VIDA EN MEDICINA.

En Medicina, el interés por la calidad de vida es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir. La calidad de la supervivencia de las personas es a veces cuestionable, por lo que los debates como la eutanasia, el mantenimiento artificial de la vida y la propia definición de la muerte, están adquiriendo cada vez mayor importancia.

Lo que importa en el siglo XXI es como se siente el paciente, en lugar de cómo creen los médicos que debería sentirse en función de las medidas clínicas. Las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes para determinar la calidad de vida de los pacientes, en particular, cuando éstos son tratados por condiciones crónicas. La terapia debe ser evaluada en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida, tanto en términos sociales y psicológicos como en términos físicos.⁸

La evaluación del estado funcional ha sido utilizada para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos, en estudios de comunidad y en evaluaciones económicas. La preocupación por valorar las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica producían en la vida de los pacientes, dio lugar en 1949 a la Escala de Incapacidad de Karnofsky, que evaluaba el impacto de la quimioterapia sobre la vida de los pacientes. Considerada como la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos.⁹

Desde la oncología, la medida de la calidad de vida se extendió a otros campos como la cardiología, reumatología y más recientemente a la nefrología, y otras áreas de la medicina.⁹

I.5 MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA.

Si es difícil definir y llegar a un acuerdo sobre lo que se entiende por estado de salud y calidad de vida, mucho más resulta poder medirlos. Los investigadores interesados en el cuidado de la salud centran cada vez más su atención, en la medida de los efectos o las consecuencias que estos cuidados tienen sobre la salud. Hoy se reconoce que las medidas válidas de calidad de vida relacionadas con la salud, deben ser usadas para evaluar las intervenciones sanitarias.

Si se acepta como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas. Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una Percepción subjetiva de la salud.⁹

Existen en la actualidad, una gran cantidad de cuestionarios que intentan medir la calidad de vida. Todos tienen en común dos hechos fundamentales:

1. Son cuestionarios que rellenan los pacientes y cuya realización se facilita mediante diferentes escalas e ítems.

2. La mayoría tiene en cuenta dos perfiles de salud, denominados dominios, que corresponden a 2 aspectos trascendentes: el componente físico, y el componente mental.

Para ser considerado como válido el cuestionario debe de poseer, diversas características:

- A. Amplio. Que incorpore una parte considerable de los aspectos de salud.
- B. Seguro. En el que se puedan precisar conceptos, que sea reproducible y que tenga consistencia interna. De manera que no haya contradicciones en las respuestas, y en caso de haberlas que puedan ser detectadas.
- C. Sensible. Capaz de detectar variaciones incluso pequeñas en el estado de salud, y por tanto, capaz de reflejar las variaciones sintomáticas tras un tratamiento determinado.

Básicamente hay dos tipos de instrumentos para medir la calidad de vida: los cuestionarios genéricos, y los cuestionarios específicos.⁵

Cuestionarios genéricos: Se usan para medir la calidad de vida en pacientes con más de una enfermedad y además permite comparar diferentes procesos patológicos. Intentan cubrir todos los aspectos de la vida y se resumen en una puntuación total. Son poco adecuados para determinar cambios inducidos por un tratamiento en concreto en determinada enfermedad. Los cuestionarios genéricos más utilizados son:

- A. Medical Outcomes Study --Short form 36-- (SF-36). se desarrolló para el uso en el estudio de resultados médicos, cubre 8 dimensiones del estado de salud: función física y social, limitaciones del rol por problemas emocionales o físicos, salud mental, vitalidad, dolor, y estado general de salud.¹⁰

- B. El Perfil De Salud De Nottingham I. (Nottingham health profile NHP) que mide 6 dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social.
- C. El Perfil De Salud De Nottingham II. (Nottingham health profile NHP): que mide la capacidad de realizar tareas habituales: ocupación, tareas domesticas, relaciones personales, actividad sexual y vida social.
- D. Sickness Impact Profile (SIP) tiene 12 áreas con escalas mas complejas que el SF36, requiere de aprox. 30min para llenarse, por lo que su uso es limitado.
- E. psychological adjustment illnes scale (PAIS-SR)
- F. Psychological general well-being index (PGWP).

De entre la gran cantidad de cuestionarios genéricos, el más utilizado es el SF36, la ventaja, es facilidad de aplicación, su comodidad y que esta suficientemente validado, incluso en diversos idiomas y poblaciones. Además es bastante corto y se puede utilizar tanto en pacientes ingresados como en consulta ambulatoria, en un tiempo aproximado de 10-20 min. Incluso es el cuestionario más usado para validación de cuestionarios diseñados con posterioridad y para valorar cuestionarios específicos.

El cuestionario genérico SF 36 ha sido validado ampliamente en el idioma español, y se cuenta ya con amplia experiencia con su uso para medir calidad de vida en pacientes mexicanos ambulatorios de diversas edades.^{11, 12, 13,14.}

El cuestionario SF-36 en su versión 1, ha sido adaptado al idioma español, por J. Alonso y cols. Y es el formato utilizado en los estudios realizados en América latina.¹⁵

Existen poco artículos publicados, sobre calidad de vida en ancianos, uno de ellos, del Dr. Aspiazu Garrido y cols. Realizado en España, en población mayor de 65 años, no

institucionalizada, utilizando dos cuestionarios. El Euroqol, y el Perfil De Salud De Nottingham I. (Nottingham health profile NHP), en donde encontró que las mujeres muestran una peor percepción de su estado de salud y su calidad de vida, que los hombres. Y los mayores de 80 años de edad, tienen peores puntuaciones en ambos cuestionarios, pero no perciben su estado de salud como peor.¹⁶

Cuestionarios específicos: hay una gran diversidad. Son concretos para enfermedades únicas (bronquitis crónica, incontinencia anal, insuficiencia cardiaca, Enfermedad de Parkinson, etc.).⁵

II. JUSTIFICACION

El envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentan los países en vías de desarrollo, como el nuestro, en el siglo XXI, y ejerce una presión importante en los sistemas de seguridad social, los sistemas de asistencia sanitaria y la atención y cuidado de las personas mayores.

México, al igual que el resto de América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina pero inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado; aunque con niveles variables, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas.

Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se dará en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

Estas condiciones negativas propician que los adultos mayores se encuentren en una situación de franca vulnerabilidad. Lo que conduce a una mayor demanda de asistencia social para personas de este grupo de edad. Y condicionara mayor riesgo de institucionalización para nuestros adultos mayores.

A pesar de que en la literatura medica, se comenta ampliamente que la institucionalización, por si misma condiciona deterioro de la calidad de vida de los ancianos, además de favorecer la aparición o exacerbación de múltiples síndromes geriátricos, que también influyen de manera negativa en su percepción de salud, como son: pérdida de la

funcionalidad, incontinencia fecal,y/o urinaria, dependencia, inmovilidad, alteraciones del sueño, entre muchos otros; no se cuenta con suficiente información objetiva, sobre la calidad de vida en adultos mayores, y en especial en adultos mayores institucionalizados.

Razón por la cual se propone la realización de este trabajo.

III. OBJETIVO.

Determinar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, mediante la utilización de un cuestionario genérico.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, en el que se incluyó a los adultos mayores residentes del centro Gerontológico Arturo Mundet, en un periodo comprendido de enero a julio de 2007.

Para dar cumplimiento al objetivo del estudio a todos los pacientes incluidos, se les aplicó el cuestionario de salud SF-36 Versión 1 (versión española de SF-36v1 Health Survey 1992) adaptada por J. Alonso y cols. (Con previa autorización para la utilización del cuestionario, por el Instituto Municipal de Investigación Medica, IMIM), este cuestionario, ampliamente validado, consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, y cubre 8 dimensiones del estado de salud: función física (10), función social (2), rol físico (4), rol emocional (3), salud mental (5), Vitalidad (4), dolor corporal-intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual (2), y salud general (6). Las opciones de respuesta forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de respuesta oscila entre 3 y seis dependiendo del ítem. Para cada una de las ocho dimensiones los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen: medida sumario física y mental.

Además se recopilaron los datos sociodemográficos del anciano en un instrumento diseñado ad hoc para la evaluación geriátrica (morbilidad, síndromes geriátricos, escalas validadas como Índice de Katz, Barthel, Examen minimal de Folstein).

Los datos obtenidos, se analizaron a través del software disponible para remodificación de los resultados a través del programa estadístico SPSS v10. Además de métodos de estadística descriptiva.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- ☞ Adultos mayores residentes del Centro Gerontológico Arturo Mundet. DIF nacional.
- ☞ Mayores de 60 años
- ☞ Pacientes de ambos sexos
- ☞ Aceptar la realización del cuestionario y recopilación de datos médicos y socio-demográficos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ☞ No aceptar participar en el estudio.
- ☞ Ser portador de síndrome demencial con punto de corte de 20 en el Examen minimal de Folstein.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de enero a julio de 2002, en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, se encontraron 141 adultos mayores. De los cuales se incluyeron 87 pacientes, representando el 61.7% del total de residentes. Fueron excluidos 54 pacientes, 38 por presentar síndrome demencial, y 16 rehusaron ingresar al estudio.

De los 87 pacientes incluidos, el 62.06% (54 pacientes) fueron mujeres, y el 37.94% (33 pacientes) fueron hombres, como se indica en la Tabla 1.

Tabla No. 1 Distribución Por Sexo.

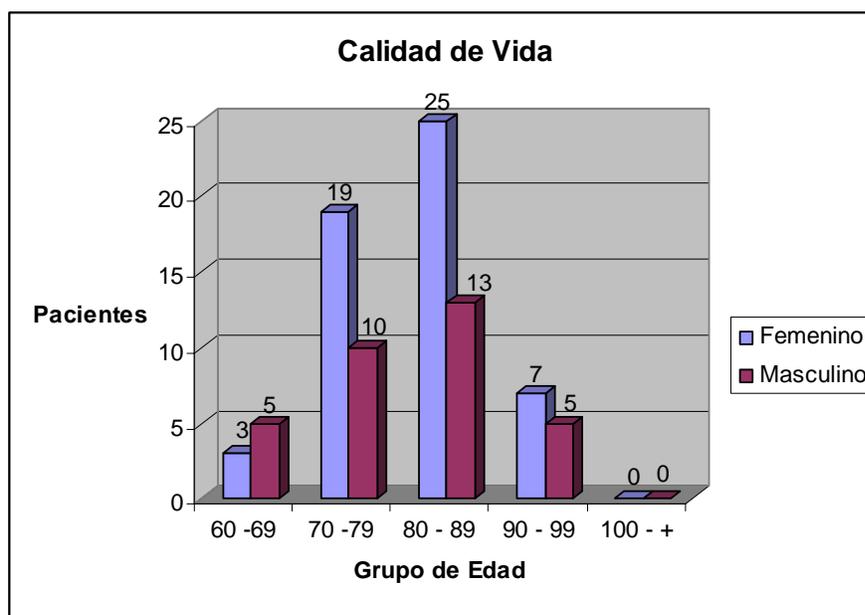
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	54	62.06
Masculino	33	37.94
Total	87	100.0

FUENTE: Hojas De Captura y Del Cuestionario SF-36

En relación a la distribución de los pacientes por grupos de edad, se encontró el mayor número de pacientes en el rango de 80 a 89 años, como se observa en la Tabla 2. (Grafica No 1).

TABLA 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
60-69	8	9.1
70-79	29	33.3
80-89	38	43.6
90-99	12	13.8
Total	87	100.0



Grafica 1. Distribución De Pacientes Por Grupo De Edad Y Sexo.

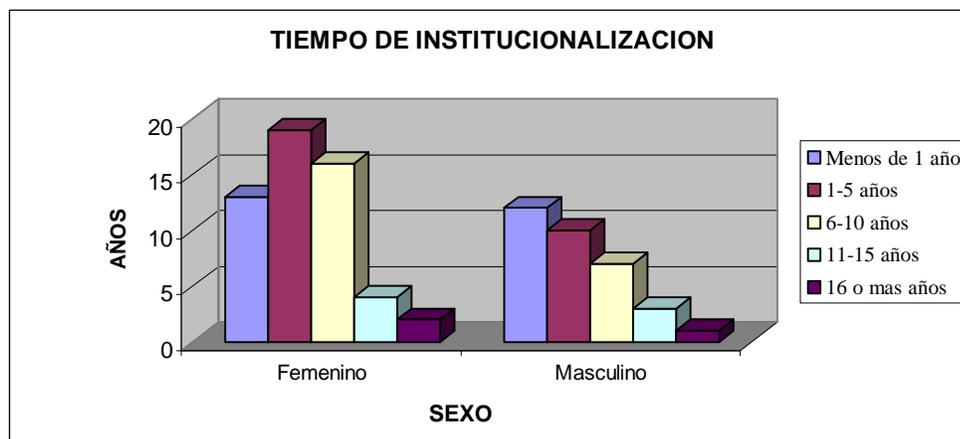
La edad de los pacientes oscilo entre los 65 y 97 años, con una edad promedio de 81.03 años. Como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3. Medidas de Tendencia Central

Medida	Edad (Años)
Media	81.03
Desviación Estándar	52

FUENTE: Hojas De Captura y Del Cuestionario SF-36

El periodo de institucionalización vario de manera importante, el periodo mas corto de evolución fue de un mes (2 pacientes), y el periodo de mayor estancia fue de 20 años (1 paciente) El tiempo promedio de institucionalización fue de 9.29 años. Como se muestra en la Grafica 2 .



Grafica. Tiempo De Institucionalización Por Sexo.

Por ultimo, la calidad de vida de los adultos mayores, institucionalizados en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, utilizando el cuestionario de salud SF-36 v1, y procesando la información con el software proporcionado por BiblioPro, (del Instituto Municipal de Investigación Medica, IMIM), en el programa SPSS v10; se encontró muy afectada en las 8 dimensiones, comparada con los valores de referencia en población mexicana. Siendo la mas afectada la función física y el rol fisico. Tabla 4.

Además, se demostró una afectación importante en las medidas sumarias física y mental. Tabla 5.

TABLA 4. ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLOGICO ARTURO MUNDET.

	N	Minimo	Maximo	media	Std. Deviation	REFERENCIAS ADULTOS MEXICANOS
SF-36 FUNCION FISICA (0-100)	87	.00	100.00	63.7931	29.7271	92
SF-36 ROL FISICO (0-100)	87	.00	100.00	62.0690	42.0862	93
SF-36 DOLOR CORPORAL (0-100)	87	.00	100.00	67.8621	32.6358	87
SF-36 SALUD GENERAL (0-100)	87	10.00	100.00	65.1494	25.3806	89
SF-36 VITALIDAD (0-100)	87	.00	100.00	64.3103	28.9263	92
SF-36 FUNCION SOCIAL (0-100)	87	.00	100.00	79.7414	30.0340	93
SF-36 ROL EMOCIONAL (0-100)	87	.00	100.00	85.0575	32.8487	95
SF-36 SALUD MENTAL (0-100)	87	8.00	100.00	72.7816	23.7259	92
Valid N (listwise)	87					

FUENTE: Cuestionario SF-36

TABLA 5. ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLOGICO ARTURO MUNDET

	N	Minimo	Maximo	media	Std. Deviation
COMPONENTE FISICO ESTANDARIZADO ESCALA-00	87	11.56	57.96	42.7001	12.5602
COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO ESCALA-00	87	21.39	70.98	51.2538	11.3776
	87				

FUENTE: Cuestionario SF-36

La calidad de vida se encuentra mas deteriorada en el sexo femenino que en el masculino, también encontrando la mayor diferencia en la función física y el rol físico. Como se observa en la tabla 6.

TABLA 6. MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA POR SEXO.

	SEXO FEMENINO					SEXO MASCULINO				
	N	Minimo	Maximo	media	Std. Deviation	N	Minimo	Maximo	media	Std. Deviation
SF-36 FUNCION FISICA (0-100)	54	.00	100.00	59.8148	31.9044	33	.00	100.00	70.3030	24.8728
SF-36 ROL FISICO (0-100)	54	.00	100.00	54.6296	43.1851	33	.00	100.00	74.2424	37.7517
SF-36 DOLOR CORPORAL (0-100)	54	.00	100.00	61.1296	33.8788	33	12.00	100.00	78.8788	27.5644
SF-36 SALUD GENERAL (0-100)	54	10.00	100.00	65.3704	25.6804	33	10.00	92.00	64.7879	25.2732
SF-36 VITALIDAD (0-100)	54	.00	100.00	62.0370	29.9137	33	.00	100.00	68.0303	27.2700
SF-36 FUNCION SOCIAL (0-100)	54	.00	100.00	74.3056	33.0645	33	12.50	100.00	88.6364	21.9560
SF-36 ROL EMOCIONAL (0-100)	54	.00	100.00	74.3056	33.0645	33	.00	100.00	87.8788	30.9773
SF-36 SALUD MENTAL (0-100)	54	8.00	100.00	71.4815	24.6337	33	20.00	100.00	74.9091	22.3668
	54					33				

DISCUSIÓN.

La medición de la calidad de vida es una práctica que cada vez se realiza con mayor frecuencia, utilizando cuestionarios o escalas para determinar con mayor objetividad, la afección de la misma. La definición por si misma de calidad de vida es confusa, y su medición por cuestionarios resulta todavía mayor, razón por la que se han descrito una gran variedad de cuestionarios genéricos y específicos, con la finalidad de obtener resultados mas confiables y reproducibles.

El cuestionario genérico SF-36 en sus diferentes versiones, es el cuestionario genérico mas utilizado, validado en múltiples idiomas y países, adaptando el cuestionario a las diferentes poblaciones. Además es de rápida y fácil aplicación, por lo que sus resultados son confiables, y se pueden hacer comparaciones con diversas poblaciones, además de que permite realizar medición de la utilidad de cierto tratamiento en determinada enfermedad.

En población de adultos mayores, también se ha utilizado el cuestionario SF-36, aunque generalmente se ha realizado en población no institucionalizada, en la revisión bibliográfica solo se cuenta con un estudio que mide la calidad de vida en adultos mayores en nuestro país, y se estudio a dos poblaciones diferentes, una del estado de Oaxaca y la otra de Sinaloa, que demográficamente son muy diferentes. Así pues no se cuenta con parámetros de referencia específicos en adultos mayores, y en especial en el medio institucional.

CONCLUSIONES

La calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, medida con el cuestionario genérico SF-36, muestra que hay deterioro importante en las ocho dimensiones de estudio: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, Vitalidad, dolor corporal-intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, y salud general. En especial en la función física, y rol físico.

La percepción de salud y en general la calidad de vida, se encuentra más afectada en la población femenina, comparada con la población masculina.

Por el rol social y físico que los adultos mayores institucionalizados en este centro Gerontológico desarrollan, se puede considerar que el cuestionario SF-36, puede no ser la herramienta mas adecuada para nuestra población de estudio.

Existen muchos factores en nuestra población que puede influir de manera negativa en su calidad de vida, por lo que se considerara en un estudio posterior analizar las variables que pueden influir en la calidad de vida, y objetivar el peso específico de cada una de ellas. Para adecuar una herramienta de medición más exacta para este tipo de población en especial.

BIBLIOGRAFIA.

1. Roqué VM, y guerrero PJ, “Bioética Geriátrica”, Rev Mult Gerontol 2002;12(1):26-30.
2. Novelo de López HI. “Aspectos Demográficos Del Adulto Mayor”. Nutrición Clínica 2003;6(1):63-69.
3. II Censo De Población Y Vivienda 2005. INEGI. www.inegi.com.mx.
4. CONAPO (Consejo Nacional de Población). “Envejecimiento Demográfico En México: Retos Y Perspectivas”. CONAPO, 1ª edición, México, DF. 1999.
5. Mones Joan. “¿Se Puede Medir La Calidad De Vida? ¿Cuál Es Su Importancia?” Cir esp 2004;76(2):71-7.
6. Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud, OMS, Ginebra, 1986.
7. Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.
8. Marshall Hechavarría R. et al. Calidad De Vida En El Adulto Mayor 2006. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVEpAZZAuctOGOuZr.php>
9. Velarde Jurado E, y Avila Figueroa C, “Evaluación De La Calidad De Vida” Salud Publica Méx. 2002;44:349-361.
10. Ware JE, et al. “SF-36 Health Survey. Manual And Interpretation Guide” Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
11. Vilagut G. et al. “El Cuestionario De Salud SF-36 Español: Una Década De Experiencia Y Nuevos Desarrollos”. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50.
12. Durán Arenas L. et al. “Hacia Una Base Normativa Mexicana En La Medición De Calidad De Vida Relacionada Con La Salud, Mediante El Formato Corto 36” Salud Publica Mex 2004;46:306-315.

13. Zúñiga MA. Et al. “Evaluación Del Estado De Salud Con La Encuesta SF-36: Resultados Preliminares En México” Salud Publica Méx. 1999;41:110-118.
14. Mora, M. et al. “Perspectiva Subjetiva De La Calidad De Vida Del Adulto Mayor, Diferencias Ligadas Al Género Y A La Práctica De La Actividad Físico Recreativa”. Rev MHSalud 2004;1(1).
15. Alonso J. et al. “La Versión Española Del SF-36 Health Survey (Cuestionario De Salud SF-36) Un Instrumento Para La Medida De Los Resultados Clínicos” Med Clin Barc 1995;104:771-6.
16. Aspiazu Garrido M. et al. “Calidad De Vida En Mayores De 65 Años No Institucionalizadas En Dos Áreas Sanitarias De Madrid”, Aten Primaria 2003;31(5):285-94.