

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 Y 2 NOROESTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
“EL ROSARIO”

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE DEL IMSS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA

ESPECIALIDAD DE MEDICO FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ELVIRA DE LA PALMA GONZÁLEZ

ASESORA: DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2004.



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.

AUTORIZACIONES

DR. Rodolfo Arvizu Iglesias
Jefe de Educación e Investigación Médica
De la UMF, 33 “El Rosario”

Dra. Mónica Enríquez Neri
Profesora Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar de la UMF 33. “El Rosario”
Asesora de Tesis.

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.
Profesora Adjunta del curso de la especialización en
Medicina Familiar de la UMF 33 “El Rosario”

Dra. Elvira De la Palma González
Médico Residente del 3er año del curso de
Especialización en Medicina Familiar en la UMF 33
Tesina.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

por haberme dado la luz que me guió por el camino
en el sendero de la vida para terminar satisfactoriamente
Una meta más en mi vida profesional.

A mis padres:

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer toda
una vida de sacrificios y esfuerzos quiero que sepan que el objetivo logrado
también es suyo y que la fuerza que ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

A la Dra. Monica Enriquez Neri:

Quien siempre fue un ejemplo a seguir, quien siempre tuvo la disponibilidad y el
tiempo para orientarme en la elaboración de esta tesis.

A mis amigos:

Porque de una forma u otra me brindaron su apoyo y calor de su amistad
incondicional.

En especial a la Sra. Teresa Rangel Guzmán quien de una forma muy especial
me brindó su apoyo en los momentos más difíciles de mi vida personal
durante mi residencia.

A la Dra. Ma. de Lourdes Cervantes Guerrero:

Porque desde niña, me guió con su ejemplo, su disciplina, su serenidad, su
tolerancia, su paciencia siendo ella un gran estímulo para mi vida personal y
profesional

INDICE.

TITULO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	56

**“CALIDAD DE VIDA DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.”**

INTRODUCCIÓN

Previendo la magnitud que alcanzarán los adultos mayores en la composición que tendrá nuestra sociedad, cuyo porcentaje de crecimiento será casi 3.3 veces más que el de la población total del país al culminar el período 1995-2010, es necesario analizar la situación cada día más difícil que afronta este grupo poblacional.

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumenta la expectativa de incapacidad.

Dentro del instituto contamos con pocos estudios que se encarguen de evaluar la calidad de vida del adulto mayor, que nos indiquen la situación actual del anciano, sus necesidades y sus carencias, misma que debemos conocer y saber identificar y de esta manera aspirar a encontrar soluciones alternativas que permitan preservar y promover el bienestar del adulto mayor teniendo en cuenta las perspectivas, criterios y aspiraciones de éste, sin olvidar que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. El crecimiento de la población de ancianos constituye un desafío en general y para los servicios de salud en particular en lo que se refiere a la ordenación de adecuación de la oferta. Es importante conocer el estado de salud y las necesidades de nuestra población anciana para determinar las prioridades de intervención y por otra parte para medir la eficiencia y efectividad de los programas. Dentro de la UMF 33 la población adscrita a la unidad es la siguiente: de 60 a 64 años 5703, de 65 a 69 años 5073, de 75 a 79 años 2549, de 80 a 85 años 1594. Hacer el diagnóstico oportuno se convierte en responsabilidad del médico familiar. De ahí la importancia de determinar la calidad de vida del adulto mayor en un primer nivel de atención médica.

ANTECEDENTES

Demografía.

En la actualidad, el adulto mayor ha adquirido una gran relevancia, pues la importante transición demográfica que hemos sufrido en los últimos años refleja un proceso de envejecimiento de la población, provocado tanto por el incremento en la esperanza de vida, como por la disminución de los índices de natalidad. Baste mencionar, que en 1993 las estadísticas registraban que la población mundial de 60 años o más era ya de alrededor de 525 millones de personas, previéndose que para el año 2000 habrá 616 millones y en el 2025 más de 1,200 millones. La población de adultos mayores que acude a la UMF 33 es de 144609.

La población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento. En los próximos 20 años los niños y adolescentes representaran una menor proporción en la estructura poblacional del país mientras que las personas maduras y los viejos incrementarán su presencia en términos porcentuales y absolutos.

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundad y el aumento en la esperanza de vida, se han generado dos fenómenos que caracterizan a nuestro crecimiento poblacional reciente: un descenso de la velocidad de reproducción de nuestra población y su envejecimiento. La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030, por otro lado el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando. De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores)¹

Para referirnos a Adulto mayor LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167.SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Lo define como a la persona de 60 años de edad o más.²

¿cuales son las causas de la decadencia en la vejez?

Hay dos teorías principales que intentan responder esta interrogante: las teorías de la preprogramación genética y las teorías del desgaste (Bergener, Ermini y Stahelin, 1985; Whitbourne, 1986). Las teorías de la preprogramación genética de la vejez dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad de las personas, después de la cual ya no pueden separarse (Hayflick, 1974). Una parte de esta hipótesis sostiene que algunas células son genéticamente

preprogramadas para obtener un carácter maligno para el cuerpo después de algún tiempo, con lo cual la biología del organismo se transforma en "autodestructiva" (Pereira-Smith et al., 1988).

Según con las teorías del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente el cuerpo, en realidad, se desgasta.

No se sabe a ciencia cierta cuál de estas teorías da la mejor explicación acerca del proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan. No obstante, es importante entender que el envejecimiento físico no es una enfermedad, sino más bien un proceso biológico natural. Muchas de las funciones físicas no disminuyen junto con la edad. Por ejemplo, el sexo con su carácter placentero continúa hasta muy avanzada edad (aunque la frecuencia de la actividad sexual es menor), e incluso algunos ancianos dicen que el placer que les proporciona el sexo aumenta (Olshansky, Carnes y Cassel, 1990)³.

En las personas ancianas suele observarse una declinación de las funciones físicas y cognitivas. Muchos de estos cambios se deben al proceso de envejecimiento en sí mismo, pero otros se deben a la presencia de enfermedad y/o a factores psicosociales. En muchos casos, el envejecimiento y la patología pueden interactuar.

Cuando un fenómeno es universal, progresivo e intrínseco (no está influenciado por el ambiente o por la autolimitación), puede ser considerado un efecto directamente relacionado con el envejecimiento. El proceso de envejecimiento normal es relativamente benigno, ya que se caracteriza por una declinación gradual de la función de órganos que mantienen una notable capacidad de reserva. La tasa de declinación suele variar enormemente entre individuos y aun entre distintos órganos del mismo individuo. Por ello, si bien las funciones básicas se encuentran preservadas, esta homeostasis puede ser fácil y seriamente perturbada como resultado del stress o de las enfermedades. Esto ocurre especialmente en sistemas que requieren una integración compleja, como por ejemplo las funciones cognitivas.

La aptitud intelectual de los ancianos sanos tiende a conservarse en forma adecuada hasta la octava década de la vida. Las funciones atencionales no muestran cambios significativos. Tanto la atención sostenida (la vigilancia) como la atención selectiva (la capacidad de discriminar los estímulos relevantes de los irrelevantes) se encuentran relativamente preservadas. Los aspectos fonológico y semántico del lenguaje no presentan alteraciones. Sin embargo, el procesamiento del material de sintaxis compleja resulta afectado, aunque en forma leve.

Podemos observar, además, cambios mínimos en la memoria sensorial y de corto plazo y cambios evidentes en la memoria de largo plazo más reciente. Estos

últimos obedecerían a dificultades en la búsqueda de la información y no a problemas en su almacenamiento. Por último, existe evidencia de que las praxis constructivas y la capacidad de análisis visuoespacial declinan con la edad.

Es interesante destacar la influencia de la educación sobre el grado de deterioro cognitivo. La prevalencia de déficit cognitivos significativos es mayor en grupos de ancianos con escaso nivel de educación formal que en aquellos con más años de estudio. La educación aumentaría el número y la complejidad de las conexiones sinápticas, y por ende los sujetos más instruidos tendrían mayor reserva funcional.

En la población de edad avanzada, el déficit de las funciones mentales superiores está entre los más temidos porque se asocia con la pérdida de autonomía, de la misma manera que las situaciones de incapacidad física. Estas condiciones pueden provocar vivencias de desamparo, impotencia y depresión.

El bienestar y la calidad de vida se encuentran intrínsecamente relacionados con la salud, los factores socioeconómicos y el grado de interacción social.⁴

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. Las políticas de salud diseñadas en la última década para responder a las necesidades de las personas de edad avanzada buscan el mantenimiento de la capacidad del mayor para llevar una vida independiente en la comunidad con un alojamiento y un soporte social adecuados. En las personas de edad el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios y sociales, de forma directamente proporcional al grado de dependencia. La autonomía de los ancianos es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención.

Algunos estudios como “envejecer en Leganés” procuran esclarecer la relación existente entre las incapacidades funcionales de las personas mayores, el apoyo social de que disponen y la utilización de los servicios sanitarios y sociales.

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrándose como variables más importantes las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. Son componentes muy importantes de la calidad de vida la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida.⁵

¿Que es calidad de vida?

La OMS propuso, en 1994, la siguiente definición para lograr el consenso: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".⁶

Entendemos por calidad de vida a la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.⁷

Instrumentos de medición de calidad de vida

En la práctica nos encontramos con una multitud de métodos y propuestas diferentes cuyo objetivo es el de medir la calidad de vida. Para un conocimiento en profundidad sobre el contenido de los instrumentos y de sus propiedades psicométricas los lectores pueden acudir a textos como los de McDowell y Newell y el de Wilkin y revisiones críticas como la de Anderson.

Existen diferentes criterios a la hora de clasificar los instrumentos de medida de la calidad de vida asociada a la salud(CVAS), aunque la más aceptada sea la propuesta por Guyatt, que distingue entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos.

Instrumentos genéricos

Los instrumentos genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad en particular y son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, dado que incluyen un amplio espectro de dimensiones de la CVAS. Se pueden dividir en tres grandes grupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia.

Las medidas de ítem único consisten normalmente en preguntar al paciente acerca de su salud o CVAS en un período temporal. Se trata de obtener la valoración de la salud general del enfermo. La pregunta más utilizada es del tipo: ¿cómo diría que se encuentra hoy de salud?, y el paciente debe responder en una escala ordinal que va de muy bien a muy mal

Un perfil de salud es un cuestionario que mide diferentes dimensiones de la CVAS. Éste proporciona una puntuación específica para cada uno de los aspectos de la CVAS que mide, y que, como mínimo, incluyen las dimensiones física, mental y social. Además, algunos cuestionarios producen una puntuación agregada de todos los aspectos, lo que se conoce como un índice. La mayoría de

los perfiles de salud contienen expresiones que utiliza la gente cuando está, o cree estar, enferma, y son el fruto de muchos años de observación e investigación clínicas. Por su condición de genéricos, los perfiles de salud pueden utilizarse en cualquier ensayo clínico en que se considere importante evaluar la CVAS. Los perfiles de salud más utilizados son el Sickness Impact Profile (Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad), el Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham) y, recientemente, el SF-36. El instrumento lleno, conocido como el Whoqol-100, fue desarrollado simultáneamente en 15 centros del campo alrededor del mundo. Riguroso se ha probado para determinar su validez y la confiabilidad en cada uno del campo se centra, y ahora se está probando para determinar sensibilidad para cambiar. El Whoqol-bref es una versión abreviada de los 26-artículos del Whoqol-100. Ambos son self-administered; sin embargo, los respondedores que pueden tener dificultades, tales como los ancianos, seriamente enfermo o analfabeto, pueden ser asistidos por un entrevistador que lea hacia fuera las preguntas.

Instrumentos específicos

Los instrumentos específicos incluyen dimensiones de la CVAS de una determinada afección que se quiere estudiar. Las medidas concretas se centran en áreas en las que los clínicos, a través de la entrevista con el paciente y la exploración física, se encuentran más familiarizados. Normalmente incluyen preguntas sobre el impacto de los síntomas en dimensiones de la calidad de vida. Respecto a los instrumentos genéricos, tienen la ventaja de presentar una alta sensibilidad a los cambios ante el problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja radica en que no permiten comparaciones entre diferentes enfermedades y, por lo tanto, no son útiles para conocer la eficacia relativa de diferentes tratamientos. La selección de instrumentos en el ensayo clínico requiere una cuidadosa estrategia, que es diferente en cada ensayo clínico, y que ha de tener en cuenta los propósitos potenciales del instrumento, es decir, su capacidad discriminante, evaluativa o predictiva. Normalmente, en el contexto del ensayo clínico, la capacidad evaluativa de una medida de CVAS será la más apreciada. La inclusión de instrumentos genéricos (perfil de salud y medida de utilidad) y de un instrumento específico en un ensayo clínico proporciona información de distintos aspectos de la CVAS, y es siempre aconsejable si los recursos lo permiten.⁸

Algunos estudios realizados de calidad de vida en el adulto mayor.

los instrumentos de medida de la calidad de vida pueden ser de gran utilidad tanto para la valoración individual del paciente mayor en la práctica clínica como para la valoración de este grupo de población con el fin de determinar sus necesidades de salud y sus preferencias como ayuda para la planificación de servicios sanitarios y sociales.

Dentro de los instrumentos que se han utilizado para valorar la calidad de vida del adulto mayor tenemos:

El Euroqol (EQ) y el Perfil de salud de Nottingham (PSN) son cuestionarios genéricos de calidad de vida relacionados con la salud. El (EQ) describe el estado

de salud con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se definen con tres niveles de gravedad. También consta de una escalas visual analógica milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el mejor estado de salud imaginable (0) y el peor estado de salud imaginable (100). El PSN Se trata de un cuestionario de calidad de vida en relación con la salud que mide seis aspectos: sueño, dolor, movilidad física, energía, aislamiento social y reacciones emocionales. Fue elaborado en Inglaterra a finales de los años setenta y posteriormente traducido al español y validado. Consta de 38 items repartidos en las seis dimensiones de la salud citados. ⁵

Un grupo de investigadores aplicó uno de esos instrumentos a un grupo de pacientes ancianos para conocer el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un centro de salud de España.

Para ese estudio se usó el cuestionario de salud de Nottingham Health Profile (NPH). El cuestionario arrojó como resultado un deterioro porcentual del 25,46%. Con relación al sexo, las mujeres presentaron un mayor deterioro global. Teniendo en cuenta la edad, el deterioro global resultó progresivo. En general, se infirió que existe un deterioro más o menos importante de la CVRS de los ancianos. Ese deterioro se halla asociado a diferentes factores sociodemográficos y de morbilidad. Según los investigadores, el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficit encubiertos, proponiéndose la valoración integral del anciano incluyendo la autopercepción de salud⁶

La Universidad Autónoma en México Unidad Iztacala en su departamento de psicología, Evaluó la calidad de vida del adulto mayor con el instrumento WHOQoL-Bref y analizo la contribución de los cuatro componentes que la integran: salud física y psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Los recursos con que cuentan los adultos mayores para tener una buena calidad de vida son reducidos, principalmente en los aspectos de relaciones sociales y medio ambiente; sin embargo, en cuanto a la salud física y psicológica son comparables, hasta cierto punto, con los datos internacionales. Por lo que se destaca la necesidad de implementar programas interdisciplinarios que contribuyan a fortalecer y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.⁹

Otro estudio realizado en España utilizando el perfil de salud de nottingham, el Euroqol, y el EAS con las características demográficas, el nivel de recursos económicos, el grado de apoyo sociofamiliar, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional. Encontraron que dentro de los factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años fueron principalmente la salud mental y la capacidad funcional.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar no. 33 “El Rosario”, del IMSS, ubicada en Av. Renacimiento y Av. De las Culturas de la Unidad del Rosario de la delegación Azcapotzalco, en México D.F., en el periodo comprendido del 1ero al 30 de enero del 2004. en el servicio de la consulta externa de ambos turnos, con el objeto de determinar la calidad de vida del adulto mayor adscrito a esta unidad.

El diseño de estudio fue Observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo. En el grupo de estudio se incluyeron 288 pacientes Adultos mayores de 60 a 85 años de edad de ambos sexos, usuarios que acuden a la unidad de medicina familiar no. 33 el Rosario, que no presenten enfermedades mentales, cualquier nivel socioeconómico, con o sin presencia una o varias patologías crónicas o/y degenerativas. Se excluyeron los pacientes menores de 60 años y mayores de 85 años, los pacientes no adscritos y los no usuarios de la unidad de medicina familiar no. 33. los pacientes que presentaron enfermedad mental. Se eliminaron los pacientes que llenaron el cuestionario de manera parcial, y los que no desearon participar en el estudio. Se seleccionaron a los pacientes por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

A los pacientes adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión se les aplicó un test para la valoración de la calidad de vida con el Perfil de salud de Nottingham. Cada ítem describe una situación de malestar más o menos importante. El entrevistado contesta sí cuando la descripción refleja su estado actual y no en caso contrario. Se calculan puntuaciones para cada dimensión por separado sumando el número de respuestas afirmativas para cada dimensión, dividiéndolo por el total de ítems de aquella dimensión y multiplicándolo por 100. las puntuaciones van de 0 a 100 y cuando mayor es la puntuación, peor es la calidad de vida y salud percibidas.

Con el fin de poder aumentar el análisis estadístico de los diferentes aspectos de salud del PSN categorizamos cada categoría en diferentes intervalos de puntuación: Muy buena 0%, Buena 1 – 25%, Regular 25 – 50%, mala 51 – 75%, y muy mala 76 - 100%.

Estudiándose además siguientes variables universales: la edad, dividiéndose en grupos etáreos de 5 años, de la siguiente forma: Subgrupo 1: 60 a 64 años,

subgrupo 2: de 65 a 69 años, subgrupo 3: de 70 a 74 años, subgrupo 4: de 75 a 80 años y subgrupo 5 de 81 a 85 años de edad.

El Sexo, la escolaridad, la ocupación, el estado civil y el estrato socioeconómico.

El análisis estadístico de la información se realizó a través del procedimiento estadístico descriptivo, obteniéndose promedios en porcentajes, seguido de la representación de los resultados en tablas y gráficas.

La presente investigación reúne los procedimientos que están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989. Necesarios para la investigación en seres humanos en beneficio de los mismos. Así mismo será confidencial y respetando la decisión del paciente de participar o no dentro del estudio.

Finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

RESULTADOS

Se estudiaron a 288 pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 33 el Rosario.

De los cuales 173 (60%) fueron del sexo femenino y 115 (40%) de sexo masculino. (Tabla y grafica 1).

Se realizaron subgrupos por rangos edad donde se incluyeron ambos sexos. De los cuales encontramos: grupo 1: de 60 – 64 años de edad 48 pacientes (16.66%), Grupo 2: de 65 a 69 años de edad 77 pacientes (23.33%) Grupo 3: 48 pacientes de 70 a 74 años de edad (16.66%), grupo 4: de 75 a 79 años de edad 67 pacientes (23.33%), grupo 5: de 80 a 85 años de edad 48 pacientes (16.66%). (Tabla y grafica 2).

De acuerdo al estado civil encontramos a 134 pacientes casados(46.66%), 106 pacientes viudos(36.66), 19 pacientes separados(6.66%) 29 pacientes solteros (10%) de la población. (Tabla y grafica 3)

Según la escolaridad encontramos a 106 pacientes analfabetas (36.68%) a 105 que dijeron tener primaria (36.6%), 19 pacientes dijeron tener secundaria (6.6%), 10 pacientes manifestaron tener preparatoria y otros 10 pacientes manifestaron carrera técnica(3.3% para cada uno), 38 pacientes de los encuestados manifestaron haber concluido una carrera profesional (13.33%). (Tabla y grafica 4)

Según su ocupación 163 pacientes manifestaron dedicarse al hogar incluyéndose mujeres y hombres (56.6%), 19 señalaron ser empleados (6.66%), 29 pacientes refirieron tener un negocio propio (19%), y 77 pacientes manifestaron ser jubilados (26.66%) predominando aquellos que permanecen en sus hogares. (tabla y grafica 5)

Según su extracto socioeconómico 29 pacientes pertenecen al nivel alto (10%). 38 pacientes pertenecen al medio alto (13.33%), 68 pacientes pertenecen al medio bajo (20%), 134 pacientes pertenecen al nivel de obrero (46.66%). 29 pacientes quedaron dentro del grupo marginal (10%). (Tabla y grafica 6).

RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. EN AMBOS SEXOS.

Para la categoría de movilidad física:

19 pacientes de la población femenina (11.11%) y 29 pacientes de la población masculina (25%) obtuvieron una puntuación del 0%.

58 pacientes (33.33%) de la población femenina y 29 pacientes (25%) de la población masculina obtuvieron una puntuación de 1 al 25%

38 pacientes (33.33%) de la población femenina y en igual porcentaje del sexo masculino obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.

19 pacientes (16.66%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 al 75% mientras que en el sexo femenino, no presento pacientes dentro de esta puntuación.

38 pacientes (22%) de la población femenina obtuvieron una puntuación del 76 al 100% mientras que el sexo masculino no presentó pacientes dentro de esta puntuación. (Tabla y grafica 7).

Para la categoría de dolor:

38 pacientes (22 de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación de 0%.

58 pacientes (33.33%) de la población femenina y 38 pacientes (33.33%) de la población masculina obtuvieron una calificación del 1- 25%.

48 pacientes (27.7%) de la población femenina y 47 pacientes (41.66%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.

10 pacientes (5.5%) de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 al 75%

19 pacientes (11.11%) de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 76 al 100%. (Tabla y grafica 8).

Para la categoría del sueño:

10 pacientes (5.5%) de la población femenina y 29 pacientes (25%) de la población masculina obtuvieron una puntuación de 0%.

19 pacientes (11.11%) de la población femenina y 38 pacientes (33.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 1 – 25%.

38 pacientes (22.22%) de la población femenina y 29 pacientes (25%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 25 al 50%.

28 pacientes (16.66%) de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 al 75%.

78 pacientes (44.44%) de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 76 al 100%. (tabla y grafica 9)

Para la categoría de energía:

48 pacientes (27.77%) de la población femenina y 47 pacientes (41.66%) de la población masculina obtuvieron una puntuación de 0%.

10 pacientes (5.78%) de la población femenina obtuvieron una puntuación del 1 – 25 % mientras que el sexo masculino no presentó puntuación en este intervalo.

33 pacientes (19.07%) de la población femenina y 14 pacientes (12.28%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 26 – 50%.

34 pacientes (19.65%) de la población femenina y 15 pacientes (13.15%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 al 75%.

48 pacientes (27.74%) de la población femenina y 38 pacientes (33.33%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 76 al 100% (tabla y grafica 10)

Para la categoría de aislamiento social:

38 pacientes 21.96% de la población femenina y el 57 pacientes (49.56%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 0%.

68 pacientes (39.30%) de la población femenina y el 29 pacientes (25.43) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 1 – 25%.

19 pacientes (10.98%) de la población femenina y 14 pacientes (12.17%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 26 – 50%.

19 pacientes (10.98%) de la población femenina y 15 pacientes (13.04%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 – 75%.

29 pacientes (16.76%) de la población femenina obtuvieron una puntuación del 76 al 100% mientras que el sexo masculino no obtuvo puntuación en este intervalo. (Tabla y grafica 11).

Para la categoría de reacciones emocionales.

38 pacientes (33.33%) de la población masculina presento una puntuación de 0% mientras que la población femenina no obtuvo puntuación en este intervalo.

38 pacientes (22.22%) de la población femenina y 29 pacientes (25%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 1 - 25%.

68 pacientes (38.88%) de la población femenina y el 19 pacientes (16.66%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 26 - 50%.

29 pacientes (16.66%) de la población femenina y 19 pacientes (16.66%) de la población masculina obtuvieron una puntuación del 51 - 75%.

38 pacientes (22%) de la población femenina y 10 pacientes (8.33%) de la población masculina obtuvieron una calificación del 76 al 100%. (Tabla y grafica 12).

RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM POR GRUPOS DE EDAD.

Para la categoría de movilidad física por grupos de edad. (Tabla y grafica 13).

El grupo de edad de 60 a 64 años:

10 pacientes (20%) del grupo obtuvieron una puntuación del 0%.

10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 1 – 25%.

28 pacientes (60%) obtuvieron una puntuación del 26 – 50%.

No hubo puntuación en los demás intervalos.

Para el grupo de edad de 65 a 69 años:

10 pacientes (12.9%) obtuvieron una puntuación del 0%.

47 pacientes (61.03%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

10 pacientes (12.97%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.

No hubo pacientes en el intervalo del 51 –75%.

10 pacientes (12.97%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 70 a 74 años de edad:

19 pacientes (40%) presentaron una puntuación del 0%.

19 pacientes (40%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

No hubo pacientes en los dos intervalos siguientes.

Para el grupo de 75 a 79 años:

No hubo pacientes en el intervalo del 0%.

19 pacientes (28.5%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

10 pacientes (14.2%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.

19 pacientes (28.5%) obtuvieron una puntuación del 51 al 75%

Otros 19 pacientes (28.5%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de edad de 80 a 85 años:

10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 0%.

10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 1 al 25%

18 pacientes (40%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.

El intervalo de 51 al 75% no presentó pacientes.

10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 76 al 100%.

Para la categoría de dolor por grupos de edad los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 14)

El grupo de 60 a 64 años:

10 pacientes (20%) obtuvieron una calificación del 0%.
18 pacientes (40%) obtuvieron una calificación del 1 al 25%.
10 pacientes (20%) obtuvieron una calificación del 26 al 50%.
En el intervalo de 51 a 75% no hubo pacientes.
10 pacientes (20%) obtuvieron una calificación del 76 al 100%.

Para el grupo de 65 a 69 años de edad:

19 pacientes (25%) obtuvieron una puntuación del 0%.
19 pacientes (25%) obtuvieron una puntuación del 1 al 25%.
29 pacientes (37.5%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%,
En el intervalo de 51 a 75% un hubo pacientes.
10 pacientes (12.5%) obtuvieron una puntuación de 76 al 100%.

Para el grupo de 70 a 74 años:

19 pacientes (40%) obtuvieron una calificación de 0%.
10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 1 al 25%.
19 pacientes (40%) obtuvieron una calificación del 26 al 50%
Los otros dos intervalos no presentaron pacientes dentro de esta categoría.

Para el grupo de 75 a 79 años de edad:

10 pacientes (14.22%) presentaron una puntuación del 0%.
19 pacientes (28.5%) obtuvieron una puntuación del 1 al 25%.
En el intervalo de 26 al 50% no hubo pacientes.
10 pacientes (14.2%) obtuvieron una puntuación del 51 al 75%. 28 pacientes (42.8%) presentaron una puntuación del 67 al 100%.

Para el grupo de 80 a 85 años de edad:

10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 1 al 25%.
18 pacientes (40%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.
10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 51 al 75%.
En el intervalo de 76 al 100% no hubo pacientes.

Para la categoría de sueño por grupos de edad los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 15)

Para el grupo de 60 a 64 años de edad:

El intervalo de 0% no presentó pacientes.
10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
10 pacientes (20%) obtuvieron una puntuación del 26 al 50%.
En el intervalo de 51 al 75% no hubo pacientes.
28 pacientes (60%) presentaron una puntuación entre 76 al 100%.

Para el grupo de 65 a 69 años de edad:

29 pacientes (37.5%) presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes (12.5%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

19 pacientes (25%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
El intervalo del 51 al 75% no hubo pacientes.
19 pacientes (25%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 70 a 74 años de edad :

el intervalo del 0% no presento pacientes.
28 pacientes (60%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
El intervalo de 26 al 50% no hubo pacientes.
10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 75 al 79 años de edad:

El intervalo del 0% no hubo pacientes.
19 pacientes (28.5%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
28 pacientes (60%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
10 pacientes (14.2%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Otros 10 pacientes (14.2%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
28 pacientes (42.8%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 80 a 85 años de edad:

10 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 0%.
El intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.
19 pacientes (40%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Para el intervalo de 51 al 75% no hubo pacientes.
19 pacientes (40%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para la categoría de energía por grupos de edad los resultados fueron los siguientes: (Tabla y grafica 16).

60 a 64 años de edad :

19 pacientes (40%) presentaron una puntuación del 0%.
El intervalo del 1 al 25% no presento pacientes. 5 pacientes (10%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Otros 5 pacientes 10% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 65 a 69 años de edad:

29 pacientes 37.5% presentaron una puntuación del 0%.
El intervalo del 1 al 25% no presentaron pacientes.
28 pacientes 36.4% presentaron una puntuación del 26 al 50%.
20 pacientes 26% presentaron una puntuación del 51 al 75%
el intervalo de 76 al 100% no presento pacientes.

Del grupo de 70 a 74 años de edad:

28 pacientes 60% presentaron una puntuación del 0%.

El intervalo del 1 al 25% no presentaron pacientes.
5 pacientes 10% presentaron una puntuación del 26 al 50% otros
5 pacientes 10% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

El grupo de 75 a 79 años de edad:

18 pacientes 26.8% presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes 14.9% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
14 pacientes 20.89% presentaron una puntuación del 26 al 50%.
15 pacientes 22.38% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
10 pacientes 14.9% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 80 a 85 años de edad:

19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 0%.
El intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.
5 pacientes 10% presentaron una puntuación del 26 al 50% otros
5 pacientes 10% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para la categoría de aislamiento social por grupos de edad los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 17)

Del grupo de 60 a 64 años de edad:

19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
los intervalo del 25 al 50% y del
51 al 75% no presentaron pacientes.
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 71 al 100%.

El grupo de 65 al 69 años:

38 pacientes 50% presentaron una puntuación del 0%.
29 pacientes 37% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
5 pacientes 6.5% presentaron una puntuación del 25 al 50%.
5 pacientes 6.5% presentaron una puntuación del 51 al 75%
el intervalo del 76 al 100% no presento pacientes.

El grupo de 70 a 74 años:

19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 0%.
Otros 19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
6 pacientes 12% presentaron una puntuación del 25 al 50%.
4 pacientes 8% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
El intervalo de 76 al 100% no presentaron pacientes.

El grupo de edad de 75 al 79 años de edad:

10 pacientes 14.92% presentaron una puntuación del 0%.
Otros 10 pacientes 14.92% presentaron una puntuación del 1 al 25%.

16 pacientes 23.88% presentaron una puntuación del 25 al 50%.
12 pacientes 17.91% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
19 pacientes 28.35% presentaron una puntuación del 71 al 100%.

Del grupo de 80 a 85 años:

10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 0%
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
11 pacientes 24% presentaron una puntuación del 25 al 50%.
8 pacientes 16% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
El intervalo de 76 al 100% no presento pacientes.

Para la categoría de reacciones emocionales por grupos de edad los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 18).

Para el grupo de 60 a 64 años de edad:

10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 0%.
Otros 10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 1 al 25%
en el intervalo de 25 al 50% no hubo pacientes.
10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 51 al 75%.
18 pacientes 40% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el grupo de 65 a 69 años de edad:

19 pacientes 25% presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes 12.5% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
38 pacientes 50% presentaron una puntuación del 26 al 50%.
10 pacientes 12.5% presentaron una puntuación del 51 al 75%
el intervalo del 76 al 100% no presento pacientes.

Para el grupo de 70 a 74 años de edad:

el intervalo de 0% no presento pacientes.
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
10 pacientes 20% presentaron una puntuación del 26 al 50%.
19 pacientes 40% presentaron una puntuación del 51 al 75%
el intervalo de 76 al 100% no presentaron pacientes.

Para el grupo de 75 a 79 años de edad:

el intervalo de 0% no presento pacientes.
10 pacientes 14.26% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
19 pacientes 28.5% presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Otros 19 pacientes 28.5% presentaron una puntuación del 51 al 75%. y
Otros 19 pacientes 28.5% presentaron una puntuación del 76 al 100%.

RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

Para la categoría de movilidad física por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 19)

Estrato alto:

19 pacientes 65.51% presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes 34.48% presentaron una puntuación del 1 al 25%.
Los demás intervalos no presentaron pacientes.

Del Medio alto:

10 pacientes 26.31% presentaron una puntuación del 0%.
9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
Otros 9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 26 al 50%
El intervalo del 51 al 75% no presentó pacientes.
10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Del medio bajo:

22 pacientes (32.35%) presentaron una puntuación del 0%.
34 pacientes (50%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
12 pacientes (17.64%) presentaron una puntuación del 26 al 50%
Los demás intervalos dentro de esta categoría no presentaron pacientes.

Del obrero:

El intervalo del 0% no presentó pacientes.
38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
48 pacientes (35.82%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
19 pacientes (14.17%) presentaron 51 al 75%.
29 pacientes (21.64%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Del estrato marginal:

El intervalo del 0% no presentó pacientes.
10 pacientes (34.48%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
19 pacientes (65.51%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Los demás intervalos dentro de esta categoría no presentaron pacientes.

Para la categoría de dolor por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 20)

Estrato alto:

9 pacientes (31.04%) presentaron una puntuación del 0%.
10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
Otros 10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Los demás intervalos dentro de esta categoría no presentaron pacientes.

Del nivel medio alto:

10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 0%.
9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
Otros 9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
El siguiente intervalo no presentó pacientes dentro de esta categoría.

Del nivel medio bajo:

11 pacientes (16.17%) presentaron una puntuación del 0%.
46 pacientes (67.64%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
11 pacientes (16.17%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Los demás intervalos dentro de esta categoría no presentaron pacientes.

Del nivel obrero:

9 pacientes (14.17%) presentaron una puntuación del 0%.
29 pacientes (21.64%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
10 pacientes (7.46%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Del nivel marginal:

El intervalo de 0% no presentó pacientes.
10 pacientes (34.48%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
19 pacientes (65.51%) presentaron una puntuación 26 al 50%
Los demás intervalos dentro de esta categoría no presentaron pacientes.

Para la categoría de sueño por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 21).

Estrato alto:

Intervalo del 0% no presentó pacientes.
19 pacientes (65.51%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
10 pacientes (34.48%) presentaron una puntuación del 26 al 50%

Nivel medio alto:

18 pacientes (47.36%) presentaron una puntuación del 0%.
Dentro del intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.
10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Dentro del intervalo del 51 al 75% no hubo pacientes.
10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Nivel medio bajo:

11 pacientes (16.17%) presentaron una puntuación del 0%.

Dentro del intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.

46 pacientes (67.64%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

Dentro del intervalo del 51 al 75% no hubo pacientes.

11 pacientes (16.17%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Del nivel obrero:

No hubo pacientes en el intervalo del 0%.

38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

10 pacientes (7.46%) presentaron una puntuación del 26 al 50%

Y otros 10 pacientes (7.46%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.

76 pacientes (56.7%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Del nivel marginal:

9 pacientes (31.04%) presentaron una puntuación del 0%.

Dentro del intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.

10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

Dentro del intervalo del 51 al 75% no hubo pacientes.

10 pacientes (34.4) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para la categoría de energía por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: (Tabla y grafica 22)

Para el estrato alto:

29 pacientes (100%) presentaron una puntuación del 0%.

Los demás intervalos no presentaron pacientes dentro de esta categoría.

Para el nivel medio alto 10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 0%.

18 pacientes (47.36%) presentaron una puntuación del 1 al 25%

Para los intervalos del 25 al 50% y 51 al 76% no hubo pacientes.

10 pacientes (26.17%) presentaron una puntuación del 75 al 100%

Para el nivel medio bajo:

23 pacientes (33.82%) presentaron una puntuación del 0%.

Dentro del intervalo del 1 al 25% no hubo pacientes.

17 pacientes (25%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

Otros 17 pacientes (25%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.

11 pacientes (16.17%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Para el nivel obrero:

19 pacientes (14.17%) presentaron una puntuación del 0%.

10 pacientes (7.46%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

Dentro del intervalo de 26 al 50% no hubo pacientes.

38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 51 al 76%.

67 pacientes (50) presentaron una puntuación del 75 al 100%.

Para el nivel marginal:

19 pacientes (65.51%) presentaron una puntuación del 0%.

Los intervalos del 1 al 25% y 26 al 50% no presentaron pacientes.

10 pacientes (34.48%) presentaron una puntuación del 51 al 76%.

Dentro del intervalo del 75 al 100% no hubo pacientes.

Para la categoría de aislamiento social por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: (tabla y grafica 23).

Estrato alto:

19 pacientes (65.51%) presentaron una puntuación del 0%.

10 pacientes (34.48%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

Los demás intervalos de este nivel no presentaron pacientes en esta categoría

Nivel medio alto:

10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 0%.

18 pacientes (47.36%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

5 pacientes (13.15%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

Otros 5 pacientes (13.15%) presentaron una puntuación del 51 al 75%

Dentro del intervalo del 76 al 100% no hubo pacientes.

Nivel medio bajo:

34 pacientes (50%) presentaron una puntuación del 0%.

22 pacientes (32.35%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

5 pacientes (7.35%) presentaron una puntuación del 25 al 50%.

7 pacientes (10.24%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.

En el intervalo de 76 al 100% no hubo pacientes.

Nivel obrero:

29 pacientes (21.14%) presentaron una puntuación del 0%.

38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

11 pacientes (8.20%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.

27 pacientes (20%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.

29 pacientes (21.64%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Nivel marginal:

9 pacientes (31.04%) presentaron una puntuación del 0%.

10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

Otros 10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 26 al 50%

Los demás intervalos no presentaron pacientes dentro de esta categoría.

Para la categoría de reacciones emocionales por estrato socioeconómico los resultados fueron los siguientes: . (tabla y grafica 24)

Estrato alto:

9 pacientes (31.04%) presentaron una puntuación del 0%.

10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.

Otros 10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 26 al 50%

Los demás intervalos no presentaron pacientes dentro de esta categoría.

Nivel medio alto:

10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 0%.
9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
Otros 9 pacientes (23.68%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
En el intervalo de 51 al 75% no hubo pacientes.
10 pacientes (26.31%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Nivel medio bajo:

22 pacientes (32.35%) presentaron una puntuación del 0%.
12 pacientes (17.64%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
22 pacientes (32.68%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Dentro del intervalo de 51 al 75% no hubo pacientes.
12 pacientes (17.64%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Nivel obrero:

Dentro del intervalo del 0% no hubo pacientes.
29 pacientes (21.64%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
Otros 38 pacientes (28.35%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
29 pacientes (21.64%) presentaron una puntuación del 76 al 100%.

Nivel marginal:

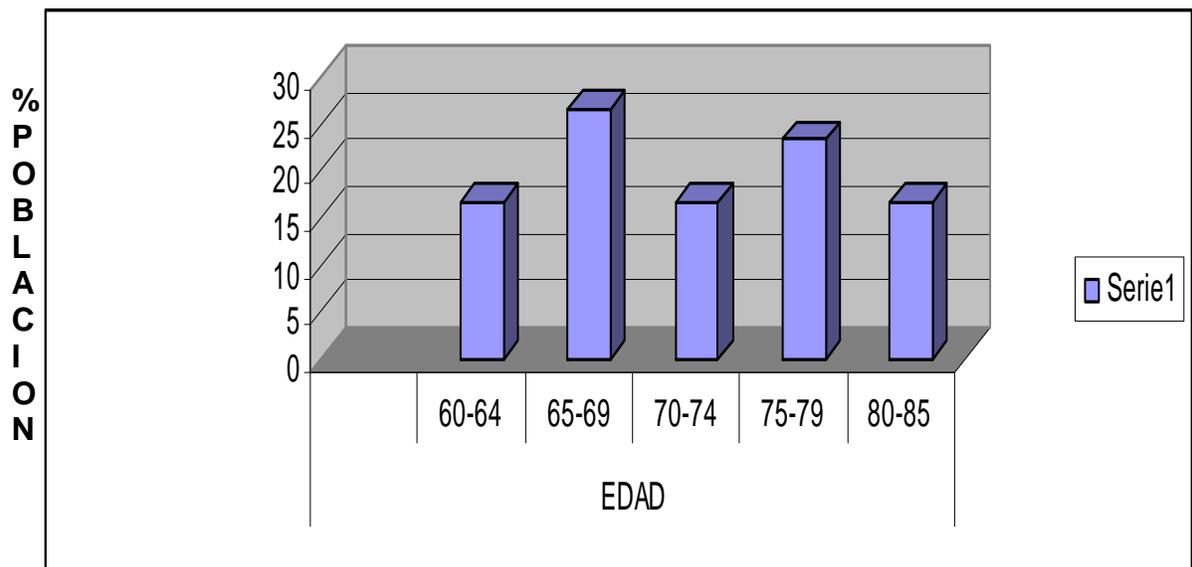
Dentro del nivel del 0% no hubo pacientes.
9 pacientes (31.04%) presentaron una puntuación del 1 al 25%.
10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 26 al 50%.
10 pacientes (34.4%) presentaron una puntuación del 51 al 75%.
Dentro del intervalo de 76 a 100% no hubo pacientes

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES POR RANGOS DE EDAD.

EDAD.	NUMERO	PORCENTAJE
60 – 64	48	16.66%
65 – 69	77	26.66%
70 – 74	48	16.66%
75 – 79	67	23.33%
80 – 85	48	16.66%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham.

GRAGICA 1. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GRUPOS DE EDAD.



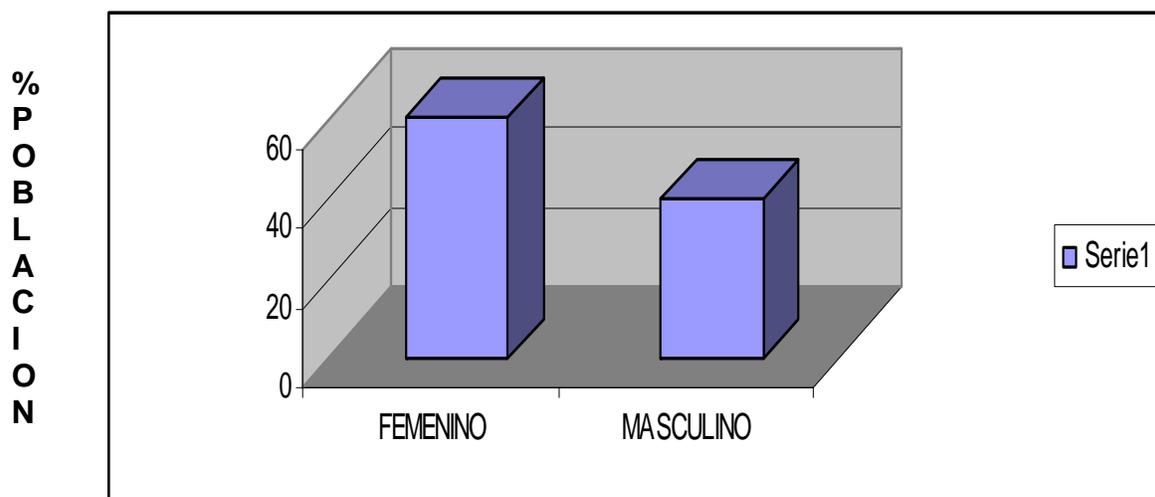
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POR SEXO.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	173	60%
MASCULINO	115	40%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 2. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO.



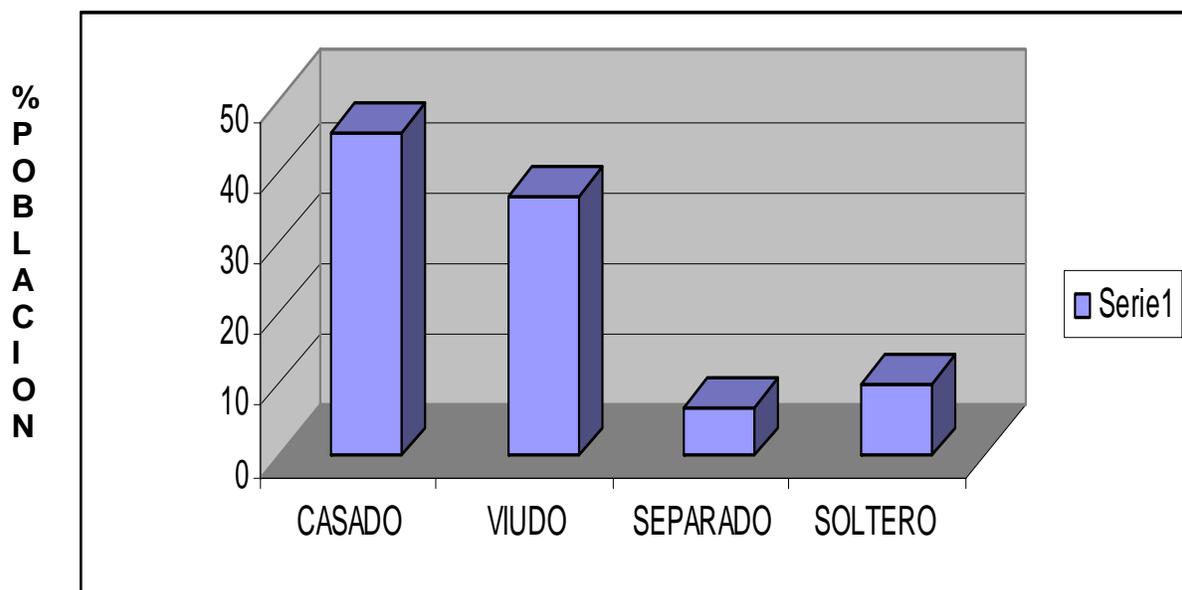
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SU ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADO	134	46.66%
VIUDO	106	36.66%
SEPARADO	19	6.66%
SOLTERO	29	10%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 3. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN SU ESTADO CIVIL



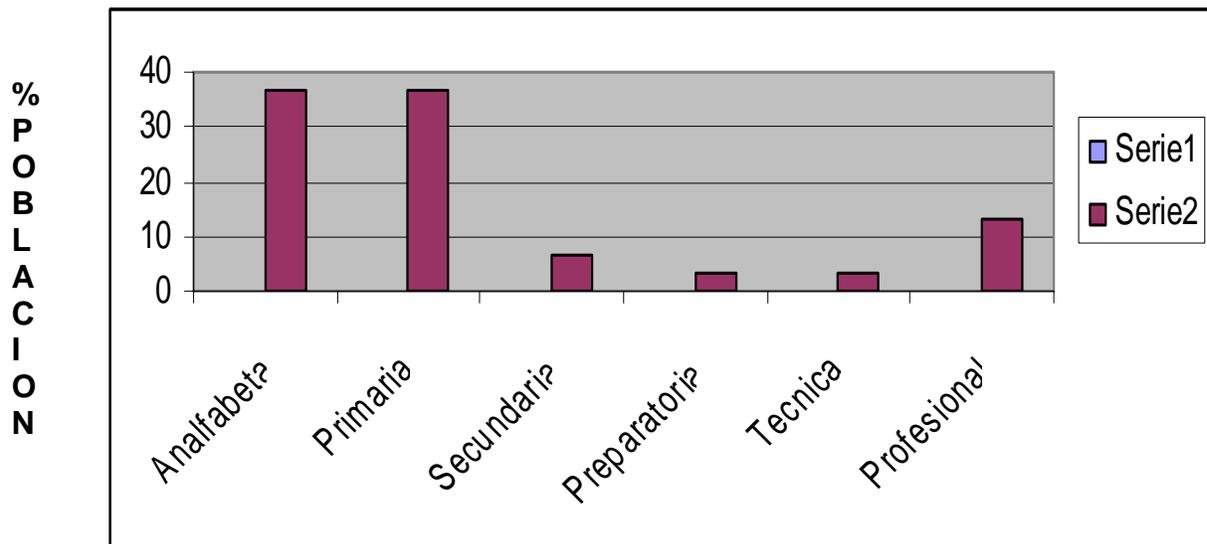
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SU ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	106	36.68%
PRIMARIA	105	36.6%
SECUNDARIA	19	6.6%
PREPARATORIA	10	3.33%
TÉCNICA	10	3.33%
PROFESIONAL	38	13.33%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 4. PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN SU ESCOLARIDAD.



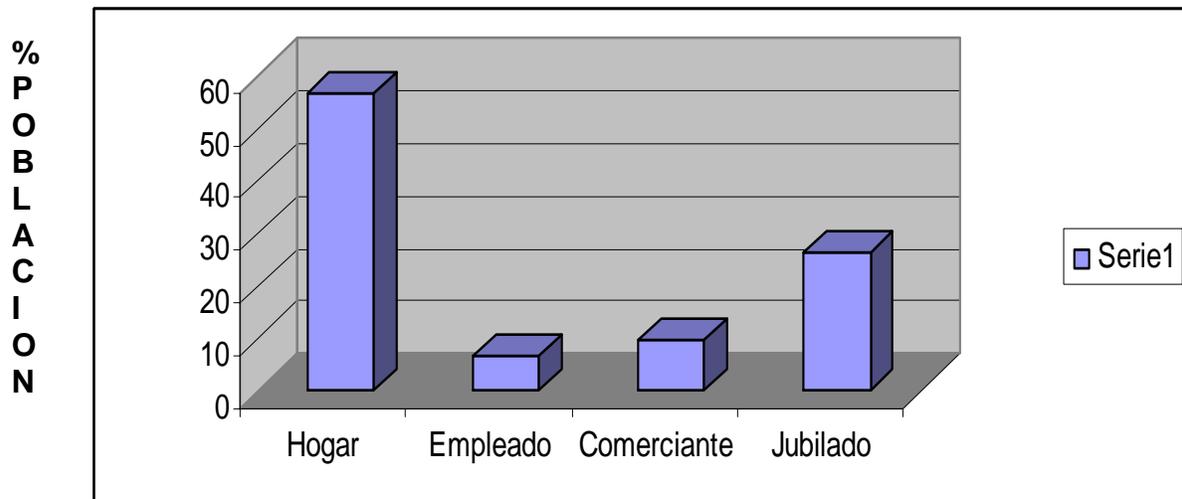
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POR OCUPACIÓN.

OCUPACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
HOGAR	163	56.6%
EMPLEADO	19	6.66%
COMERCIANTE	29	10%
JUBILADO	77	26.66%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 5. PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POR EDAD.



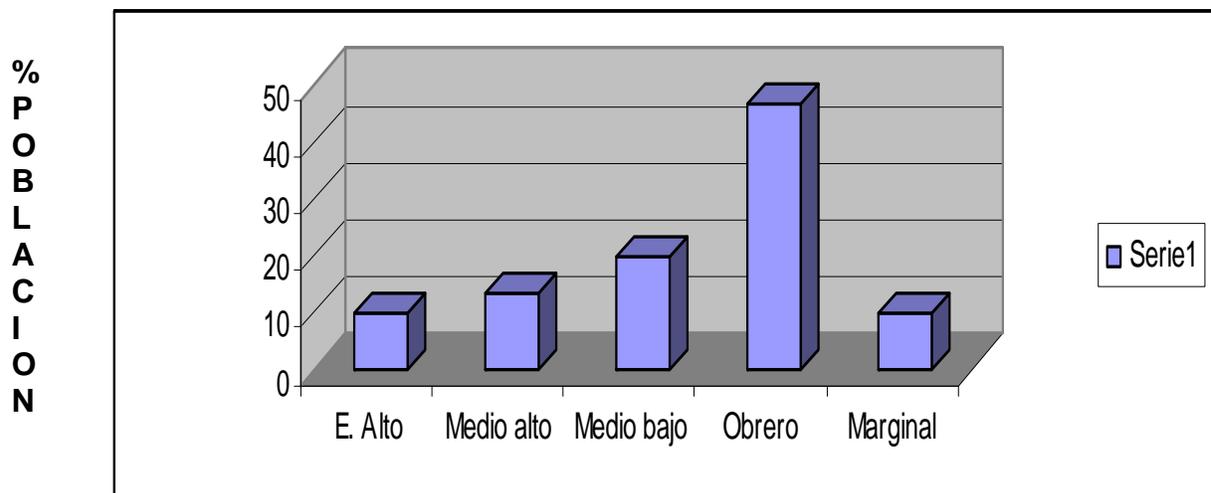
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POR ESTRACTO SOCIOECONOMICO

NIVEL	NUMERO	PORCENTAJE
ESTRACTO ALTO	29	10%
MEDIO ALTO	38	13.33%
MEDIO BAJO	68	20%
OBRAERO	134	46.66%
MARGINAL	29	10%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAGICA 6. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR ESTRACTO SOCIECONOMICO



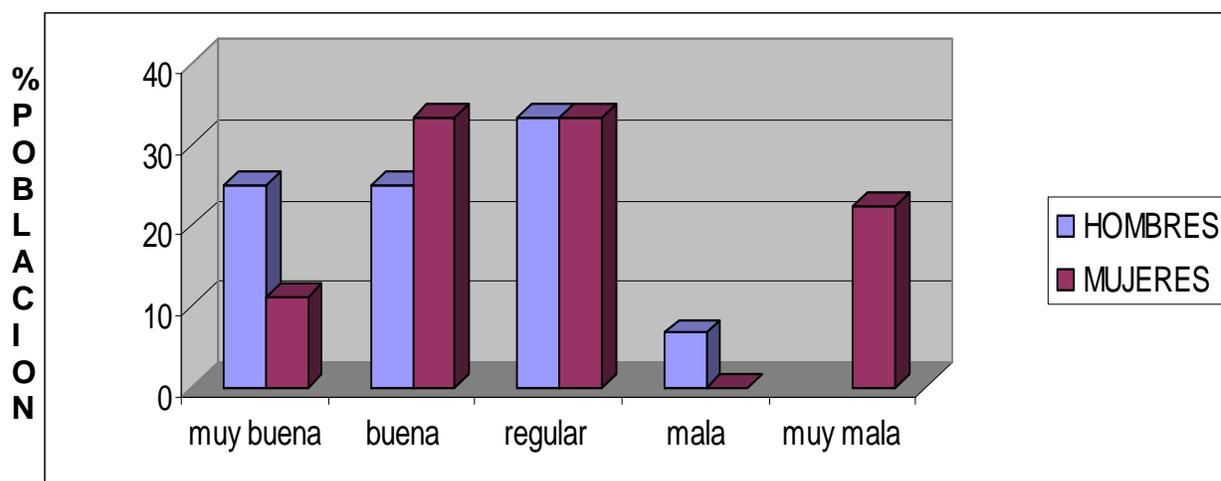
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 7. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DE LA MOVILIDAD FÍSICA CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTAJE EN AMBOS SEXOS.

MOVILIDAD PUNTAJE	Hombres.		Mujeres	
MUY BUENA (0%)	29	25%	19	11.11%
BUENA (1 – 25%)	29	25%	58	33.33%
REGULAR (26 – 50%)	38	33.33%	58	33.33%
MALA (51 – 75%)	19	6.666%	0	0%
MUY MALA (76 - 100%)			38	22.22%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE MOVILIDAD



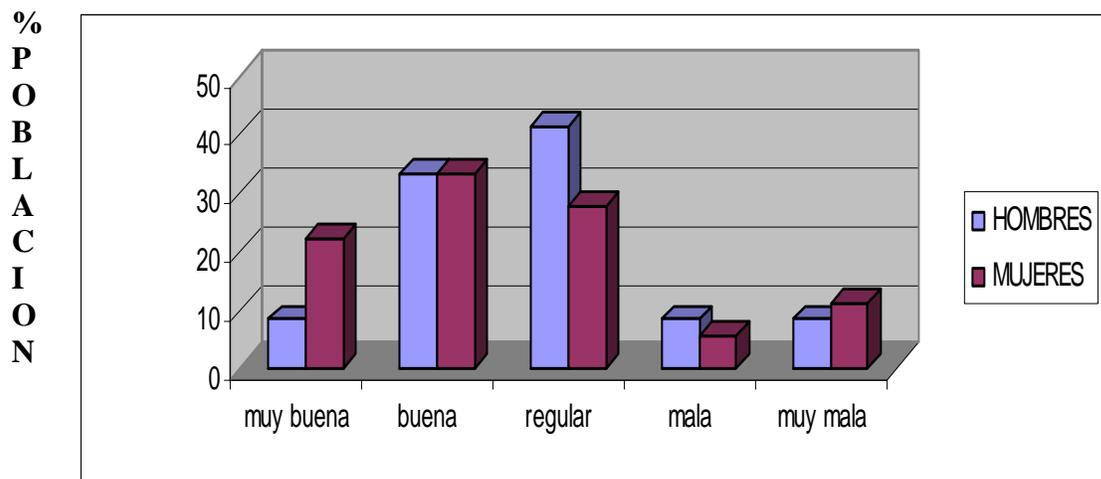
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 8. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DEL DOLOR CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTAJES EN AMBOS SEXOS

DOLOR	PUNTAJES	Hombres.		Mujeres	
MUY BUENA	(0%)	10	8.33%	38	22.22%
BUENA	(1 – 25%)	38	33.33%	58	33.33%
REGULAR	(26 – 50%)	47	41.66%	48	27.7%
MALA	(51 – 75%)	10	8.33%	10	5.55%
MUY MALA	(76 – 100%)	10	8.33%	19	11.11%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 8 . DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE DOLOR



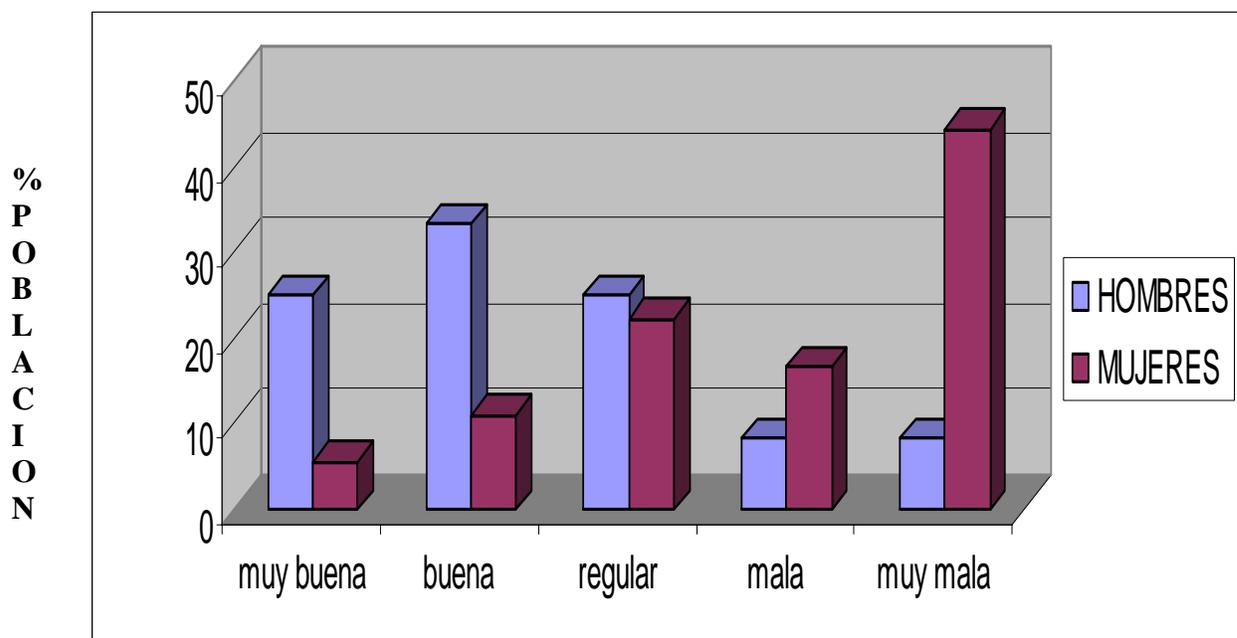
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 9. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DEL DOLOR CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN EN AMBOS SEXOS

SUEÑO	PUNTUACION	Hombres		Mujeres	
MUY BUENA	(0%)	29	25%	10	5.55%
BUENA	(1 – 25%)	38	33.33%	19	11.11%
REGULAR	(26 – 50%)	29	25%	38	22.22%
MALA	(51 – 75%)	10	8.33%	28	16.66%
MUY MALA	(76 – 100%)	10	8.33%	78	44.44%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 9. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE SUEÑO



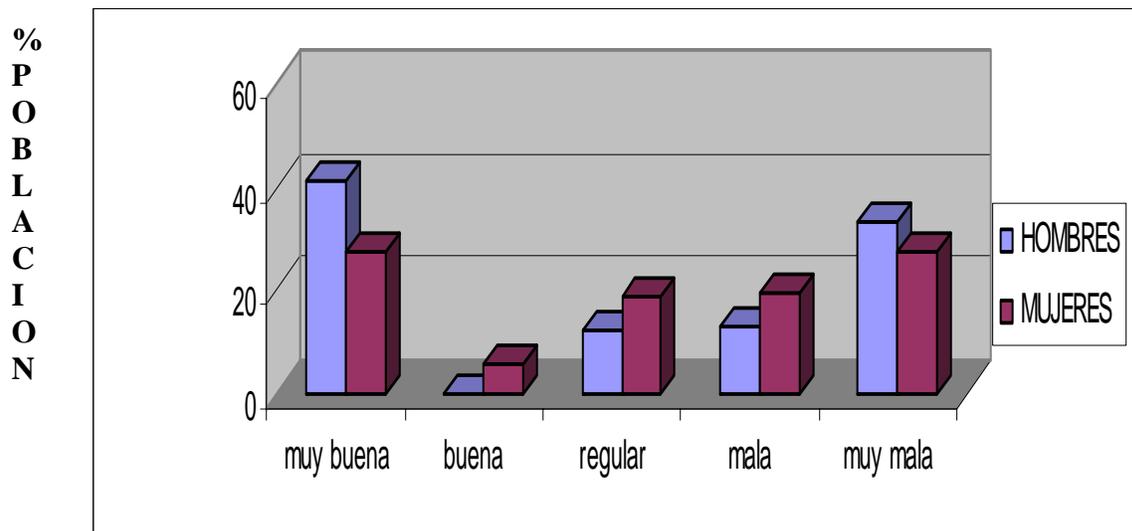
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 10 . PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DE ENERGIA CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN EN AMBOS SEXOS

ENERGIA	PUNTUACION	Hombres		Mujeres.	
MUY BUENA	(0%)	47	41.22%	48	27.74%
BUENA	(1 – 25%)	0	0%	10	5.78%
REGULAR	(26 – 50%)	14	12.28	33	19.07%
MALA	(51 – 75%)	15	13.15%	34	19.65%
MUY MALA	(76 – 100%)	38	33.33%	48	27.74%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 10. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE ENERGIA.



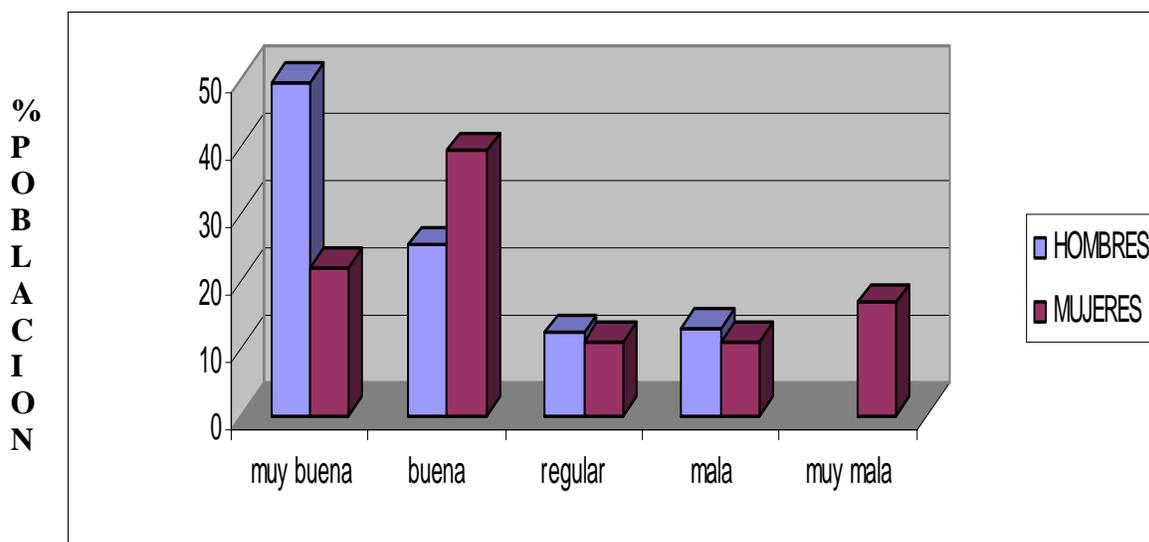
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 11. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DEL AISLAMIENTO SOCIAL CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN EN AMBOS SEXOS

AISLAMIENTO SOCIAL PUNTUACION	Hombres		Mujeres	
MUY BUENA (0%)	57	49.56%	38	21.96%
BUENA (1 – 25%)	29	25.43%	68	39.30%
REGULAR (26 – 50%)	14	12.17%	19	10.98%
MALA (51 – 75%)	15	13.04%	19	10.98%
MUY MALA (76 – 100%)	0		29	16.76%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 11. DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE AISLAMIENTO SOCIAL



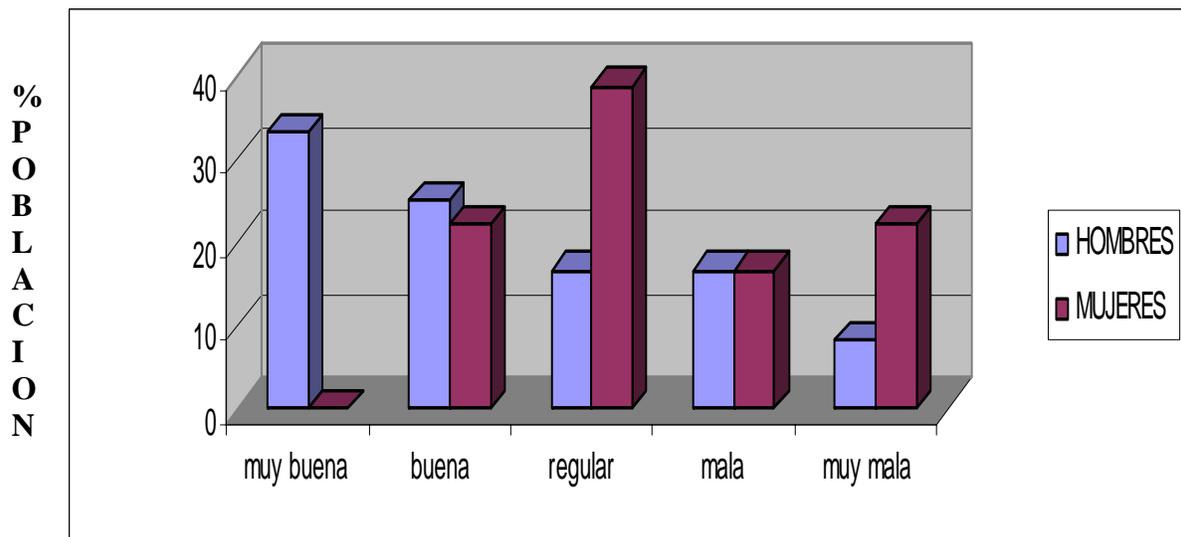
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 12. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. ANÁLISIS UNIVARIANTE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTAJACIÓN EN AMBOS SEXOS

REACCIONES EMOCIONALES PUNTAJACION	Hombres		Mujeres	
MUY BUENA (0%)	38	33.33%	0	0%
BUENA (1 – 25%)	29	25%	38	22.22%
REGULAR (26 – 50%)	19	16.66%	68	38.88%
MALA (51 – 75%)	19	16.66%	29	16.66%
MUY MALA (76 – 100%)	10	8.33%	38	22.22%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 12 . DISTRIBUCIÓN POR SEXO PARA LA CATEGORÍA DE REACCIONES EMOCIONALES.



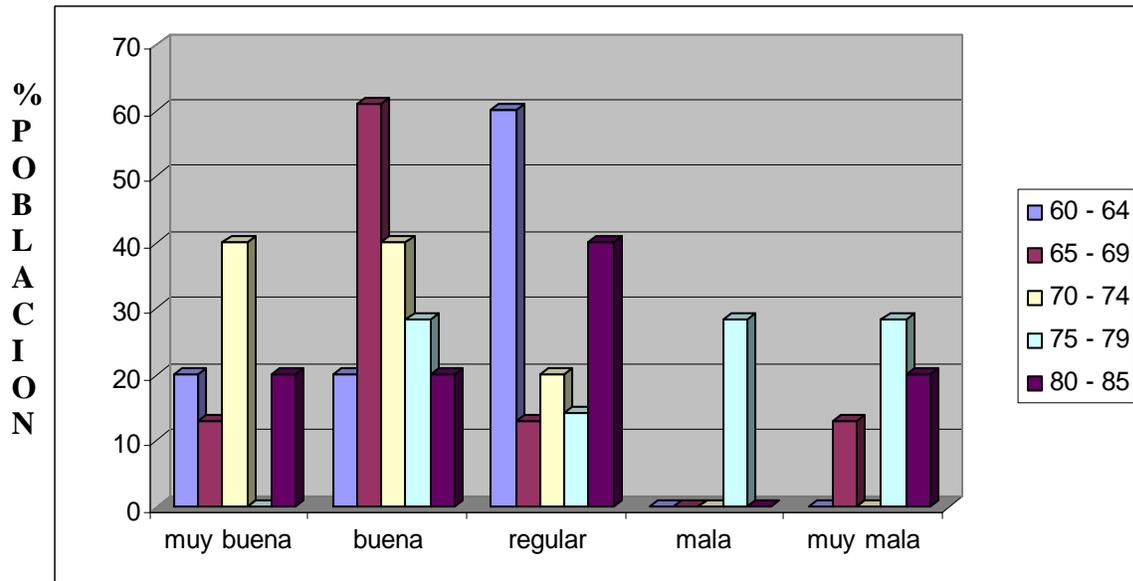
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 13. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA MOVILIDAD FÍSICA DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	10 20%	10 12.9%	19 40%	0 0%	10 20%
BUENA 1 – 25%	10 20%	47 61.03%	19 40%	19 28.5%	10 20%
REGULAR 26 – 50%	28 60%	10 12.9%	10 20%	10 14.2%	18 40%
MALA 51 – 75%	0 0%	0 0%	0 0%	19 28.5%	0 0%
MUY MALA 76 – 100%	0 0%	10 12.9%	0 0%	19 28.5%	10 20%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 13 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE MOVILIDAD



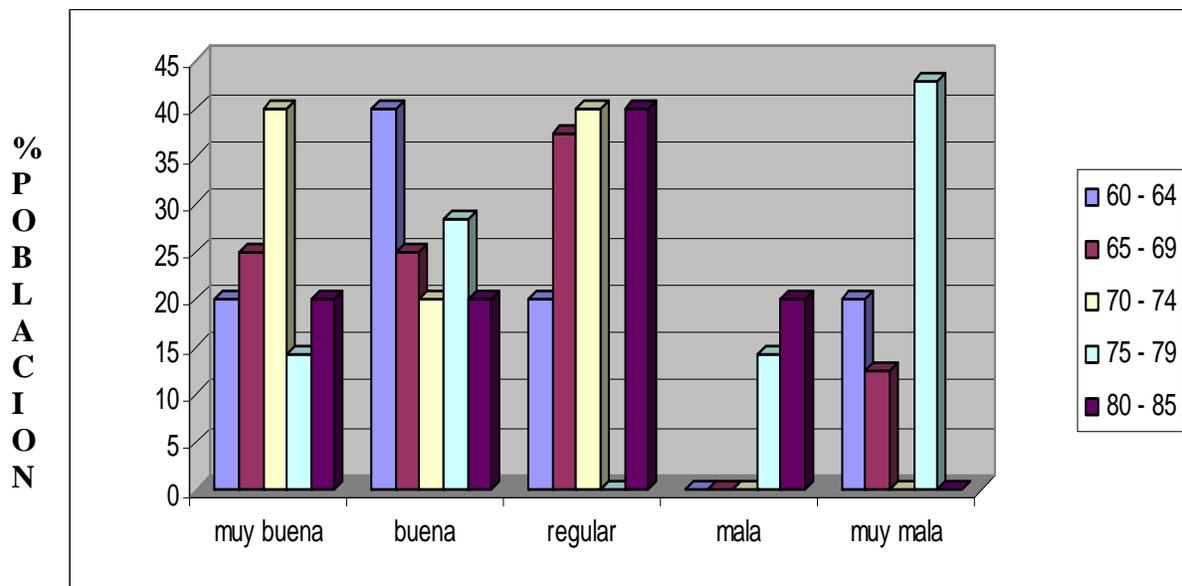
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 14. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DOLOR DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	10 20%	19 25%	19 40%	10 14.22%	10 20%
BUENA 1 – 25%	18 40%	19 25%	10 20%	19 28.5%	10 20%
REGULAR 26 – 50%	10 20%	29 37.5%	19 40%	0%	18 40%
MALA 51 – 75%	0%	0%	0%	10 14.2%	10 20%
MUY MALA 76 – 100%	10 20%	10 12.5%	0%	28 42.8%	0%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 14 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE DOLOR



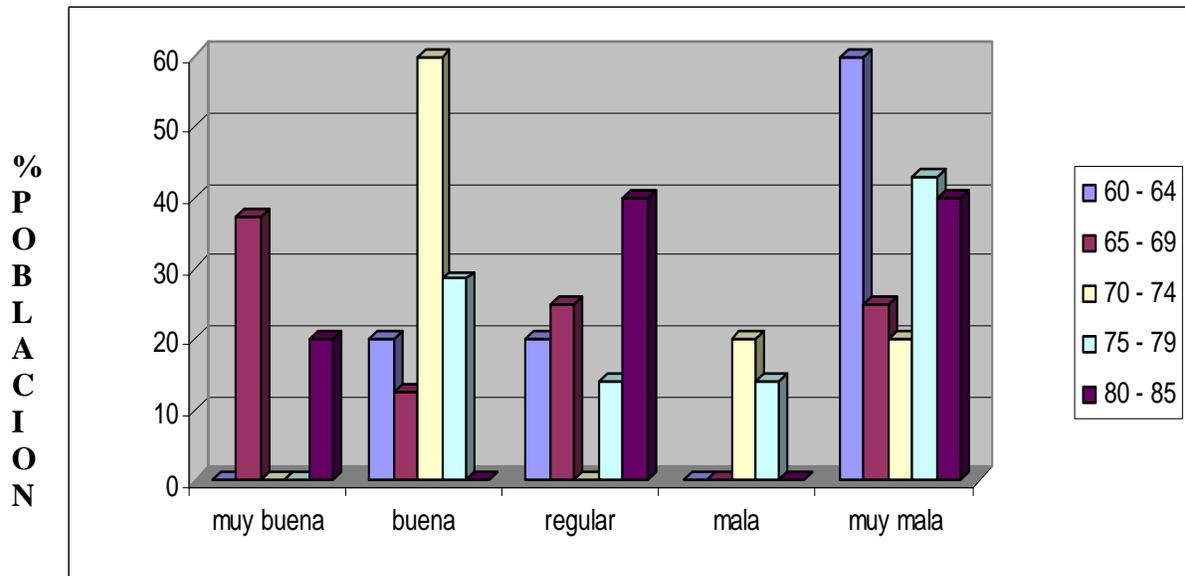
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 15. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA SUEÑO DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	10 0%	29 37.5%	0 0%	0 0%	10 20%
BUENA 1 – 25%	10 20%	10 12.5%	28 60%	19 28.5%	0 0%
REGULAR 26 – 50%	10 20%	19 25%	0 0%	10 14.2%	19 40%
MALA 51 – 75%	0 0%	0 0%	10 20%	10 14.2%	0 0%
MUY MALA 76 – 100%	28 60%	19 25%	10 20%	28 42.8%	19 40%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 15 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE SUEÑO



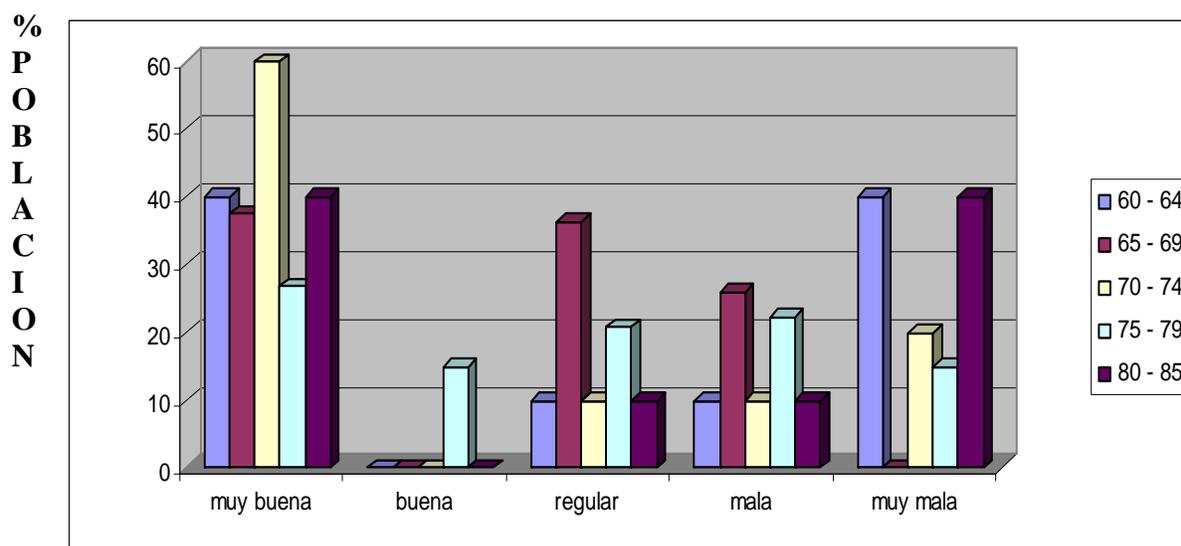
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 16. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA ENERGIA DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	19 40%	29 37.5%	28 60%	18 26.8%	19 40%
BUENA 1 - 25%	0 0%	0 0%	0 0%	10 14.9%	0 0%
REGULAR 26 - 50%%	5 10%	28 36.40%	5 10%	14 20.89%	5 10%
MALA 51 – 75%	5 10%	20 26%	5 10%	15 22.38%	5 10%
MUY MALA 76 – 100%	19 40%	0 0%	10 20%	10 14.9%	19 40%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 16 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE ENERGIA



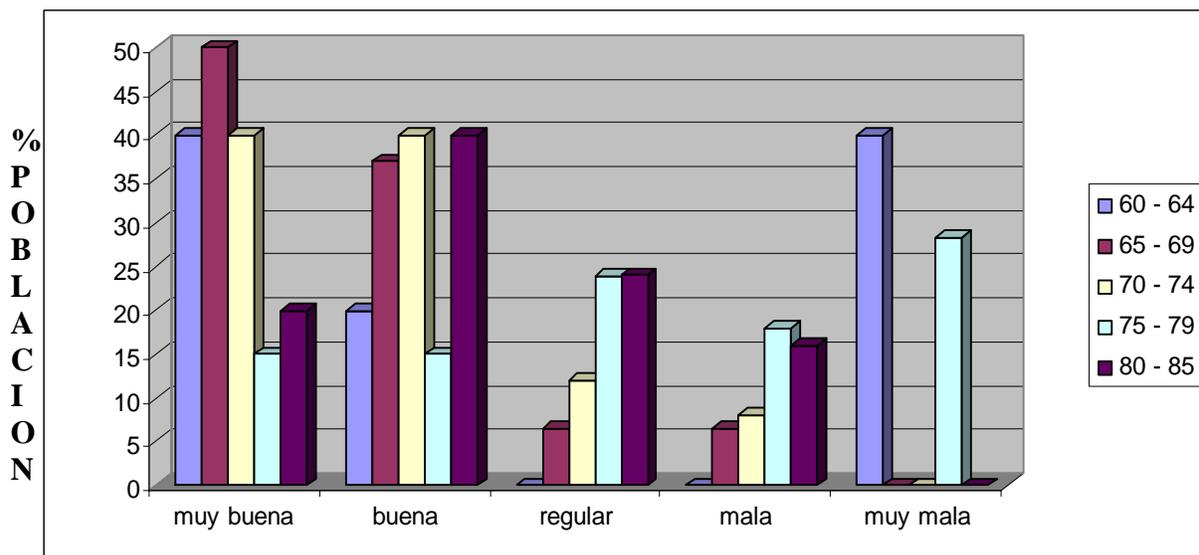
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 17. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA AISLAMIENTO SOCIAL DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	19 40%	38 50%	19 40%	10 14.92%	10 20%
BUENA 1 – 25%	10 20%	29 37%	19 40%	10 14.92%	19 40%
REGULAR 25 – 50%	0 0%	5 6.50%	6 12%	16 23.88%	11 24%
MALA 51 - 75%	0 0%	5 6.50%	4 8%	12 17.91%	8 16%
MUY MALA 71 – 100%	19 40%	0 0%	0 0%	19 28.35%	0 0%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 17 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE AISLAMIENTO SOCIAL



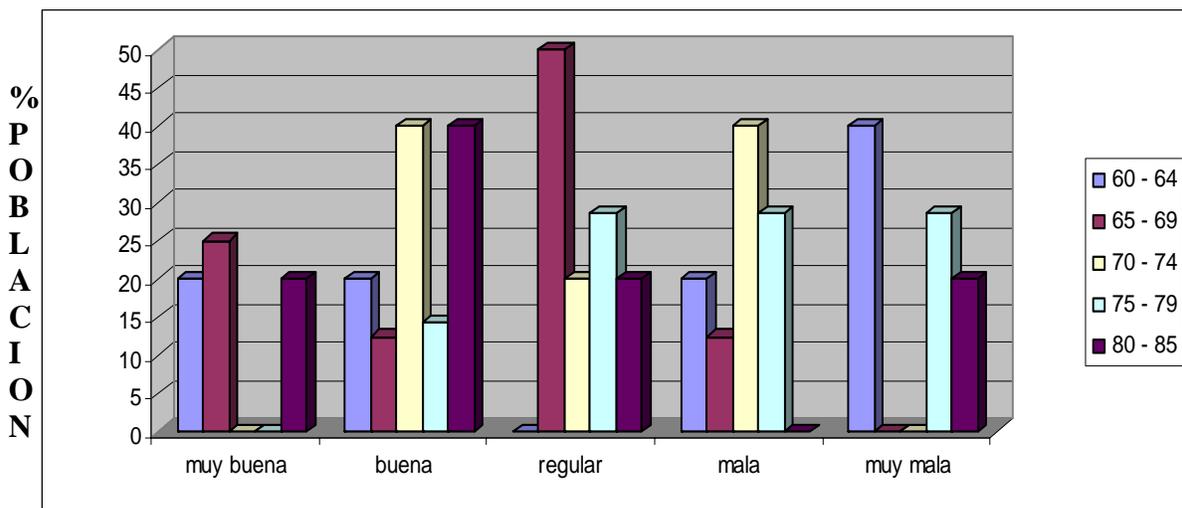
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 18. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA REACCIONES EMOCIONALES DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN PARA CADA GRUPO DE EDAD EN ESTUDIO.

GRUPO DE EDAD. CATEGORÍA PSN	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 – 79	80 – 85
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0	10 20%	19 25%	0 0%	0 0%	10 20%
BUENA 1 – 25%	10 20%	10 12.5%	19 40%	10 14.26%	18 40%
REGULAR 26 – 50%	0 0%	38 50%	10 20%	19 28.5%	10 20%
MALA 51 – 75%	10 20%	10 12.5%	19 40%	19 28.5%	0 0%
MUY MALA 76 – 100%	18 40%	0 0%	0 0%	19 28.5%	10 20%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 18 . DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD PARA LA CATEGORÍA DE REACCIONES EMOCIONALES



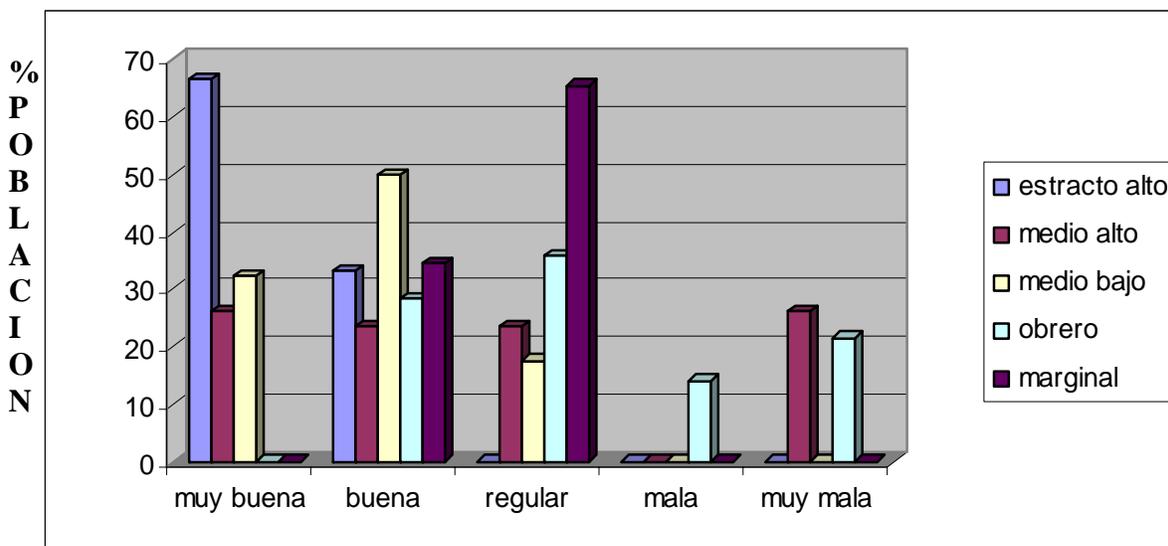
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 19. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA MOVILIDAD FÍSICA DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONÓMICO

NIVEL CATEGORÍA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0%	19 65.51%	10 26.31%	22 32.35%	0%	0%
BUENA 1-25%	10 34.48%	9 23.68%	34 50%	38 28.35%	10 34.48%
REGULAR 26-50%	0%	9 23.68%	12 17.64%	48 35.82%	19 65.51%
MALA 51-75%	0%	0%	0%	19 14.17%	0%
MUY MALA 76-100%	0%	10 26.31%	0%	29 21.64%	0%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 19 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONÓMICO PARA LA CATEGORÍA DE MOVILIDAD



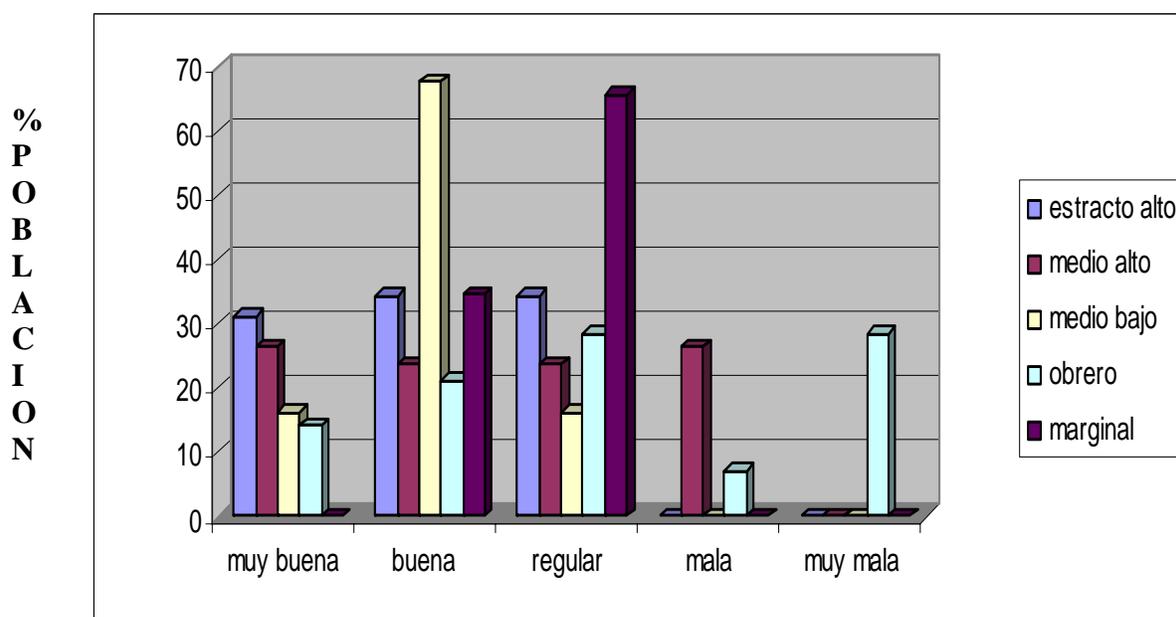
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 20. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DE DOLOR DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO

NIVEL CATEGORIA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0%	9 31.04%	10 26.31%	11 16.17%	19 14.17%	0
BUENA 1-25%	10 34.4%	9 23.68%	46 67.64%	29 21.64%	10 34.48%
REGULAR 26-50%	10 34.4%	9 23.68%	11 16.17%	38 28.35%	19 65.51%
MALA 51-75%	0	10 26.31%	0	10 7.46%	0
MUY MALA 76-100%	0	0	0	38 28.35%	0

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 20 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO PARA LA CATEGORÍA DE DOLOR



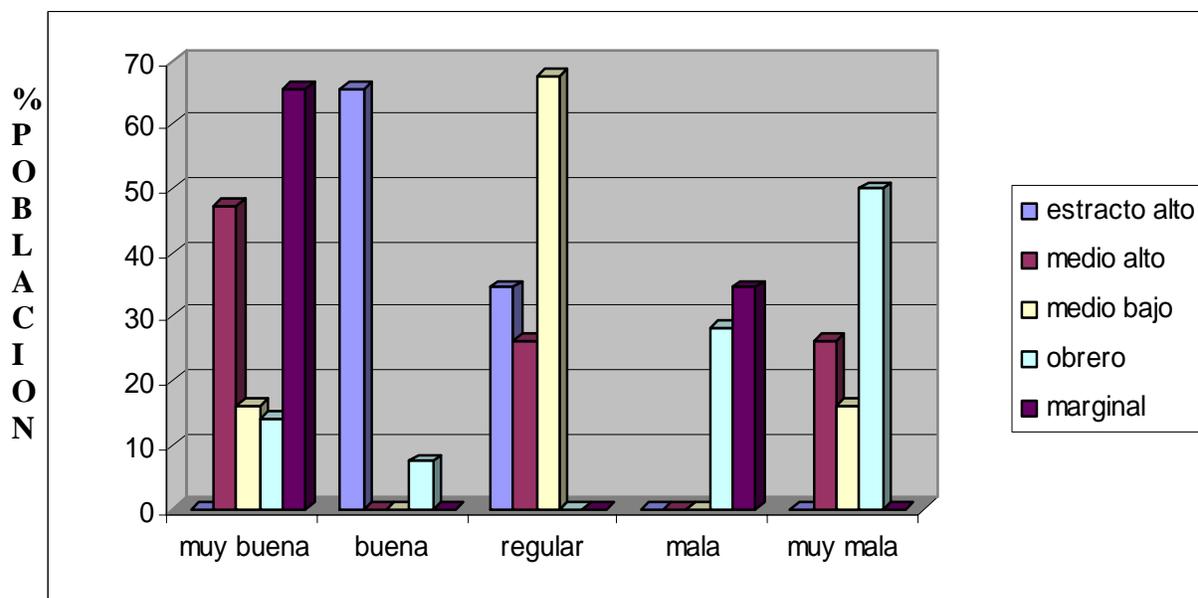
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

**TABLA 21. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DE SUEÑO DEL PSN
CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR
EXTRACTO SOCIOECONOMICO.**

NIVEL CATEGORIA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0%	0%	18 47.36%	11 16.17%	0%	9 31.04%
BUENA 1-25%	19 65.51%	0%	0%	38 28.35%	0%
REGULAR 26-50%	10 34.48%	10 26.31%	46 67.64%	10 7.46%	10 34.4%
MALA 51-75%	0%	0%	0%	10 7.46%	0%
MUY MALA 76-100%	0%	10 26.31%	11 16.17%	76 56.7%	10 34.4%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

**GRAFICA 21 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO PARA
LA CATEGORÍA DE SUEÑO**



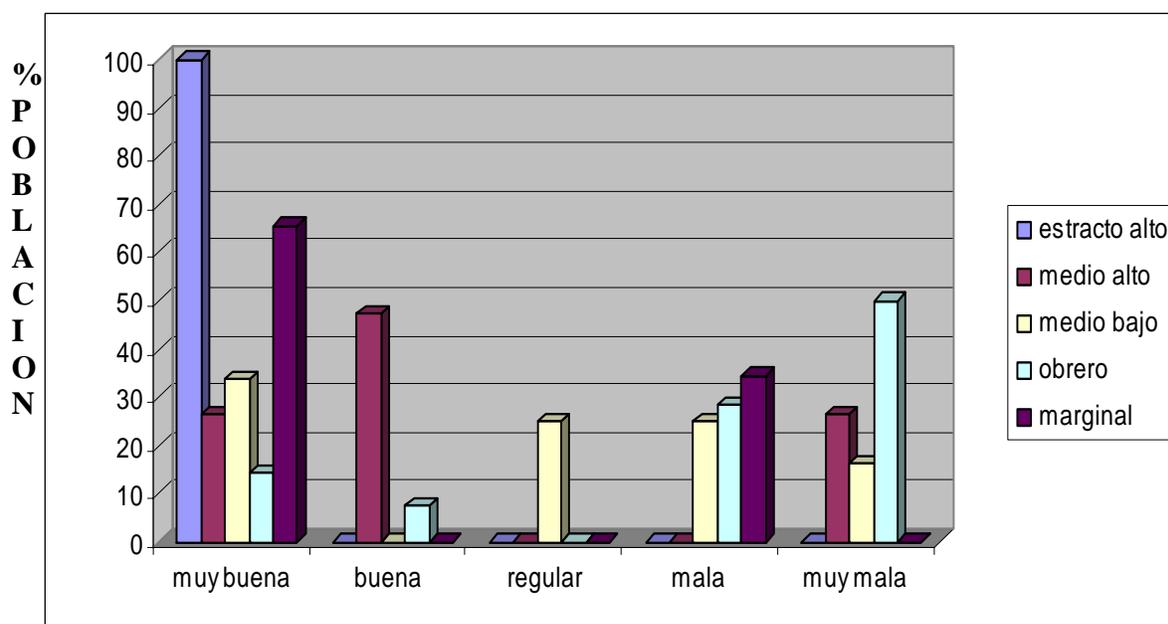
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 22. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DE ENERGÍA DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO.

NIVEL CATEGORÍA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
ENERGIA	CASOS %				
MUY BUENA 0%	19 100%	10 26.31%	23 33.82%	19 14.17%	19 65.51%
BUENA 1 – 25%	0	18 47.36%	0	10 7.46%	0
REGULAR 26 – 50%	0	0	17 25%	0	0
MALA 51 - 75%	0	0	17 25%	38 28.35%	10 34.48%
MUY MALA 76 – 100%	0	10 26.17%	11 16.17%	67 50%	0

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 22 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO PARA LA CATEGORÍA DE ENERGÍA



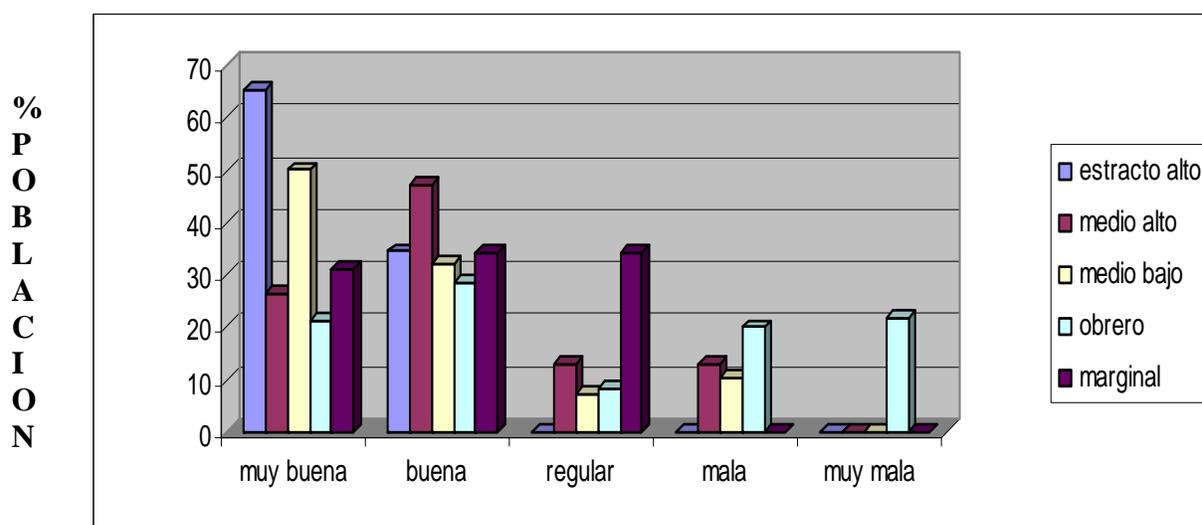
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 23. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DE AISLAMIENTO SOCIAL DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO.

NIVEL CATEGORIA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
AISLAMIENTO SOCIAL					
MUY BUENA 0%	19 65.51%	10 26.31%	34 50%	29 21.14%	9 31.04%
BUENA 1-25%	10 34.48%	18 47.36%	22 32.35%	38 28.35%	10 34.4%
REGULAR 26-50%	0%	5 13.15%	5 7.35%	11 8.20%	10 34.4%
MALA 51-75%	0%	5 13.15%	7 10.24%	27 20%	0%
MUY MALA 76-100%	0%	0%	0%	29 21.64%	0%

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 23 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO PARA LA CATEGORÍA DE AISLAMIENTO SOCIAL



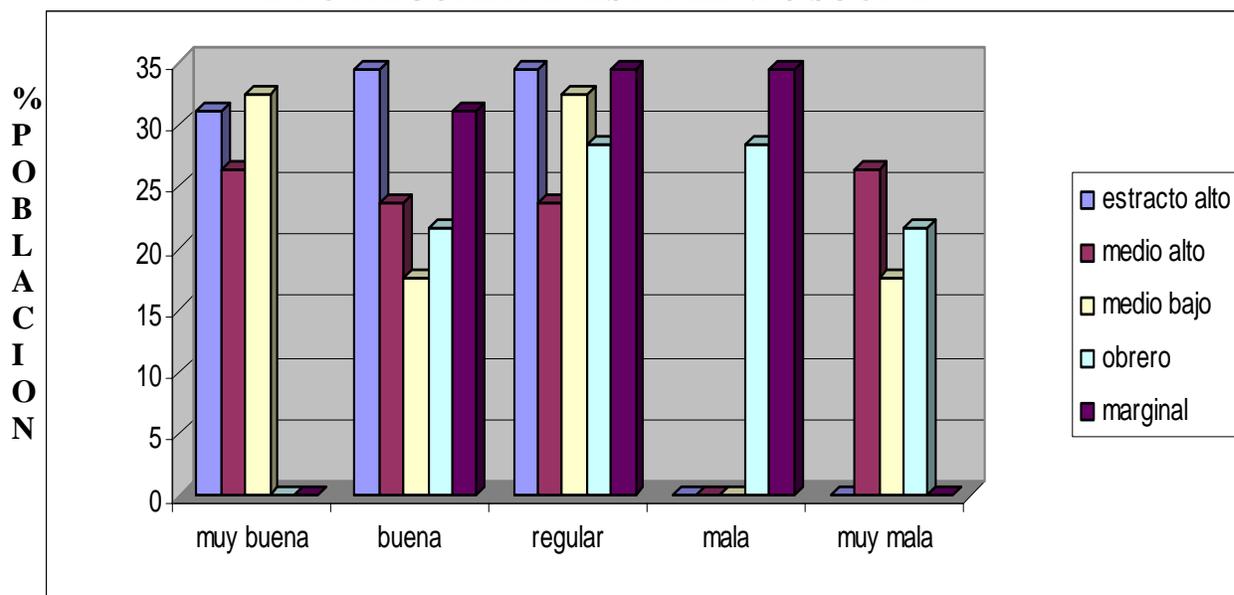
*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

TABLA 24. ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DE REACCIONES EMOCIONALES DEL PSN CATEGORIZADA EN DIFERENTES SUBGRUPOS DE PUNTUACIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO.

NIVEL CATEGORIA PSN	EXTRACTO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
MUY BUENA 0%	9 31.04%	10 26.31%	22 32.35%	0%	0
BUENA 1-25%	10 34.4%	9 23.68%	12 17.64%	29 64%	9 31.04%
REGULAR 26-50%	10 34.4%	9 23.68%	22 32.35%	38 28.35%	10 34.4%
MALA 51-75%	0%	0%	0%	38 28.35%	10 34.4%
MUY MALA 76-100%	0%	10 26.31%	12 17.64%	29 21.64%	0

*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

GRAFICA 24 . DISTRIBUCIÓN POR EXTRACTO SOCIOECONOMICO PARA LA CATEGORÍA DE AISLAMIENTO SOCIAL



*FUENTE. Encuesta perfil de salud de Nottingham

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que estos hallazgos son obtenidos en una muestra de la población adulta mayor que acude a una unidad de un primer nivel de atención, los resultados obtenidos en el presente estudio constituyen una aproximación de las condiciones de calidad de vida de la población mexicana.

Del análisis descriptivo se desprende que la población de la tercera edad o adulto mayor, que acude a la UMF no. 33 viven en pareja o permanecen en estado de viudez con una mínima diferencia entre estos dos grupos.

Se obtiene que el mayor porcentaje de la población estudiada es analfabeta.

El nivel socioeconómico que predomina es el de obrero seguido por el medio bajo.

Aproximadamente el 85% de la población que participo en esta investigación se mantiene inactiva permaneciendo solo en el hogar sin realizar otra actividad.

Una mínima población de adultos mayores tiene un nivel de estudios de bachillerato o carrera técnica o carrera profesional.

Los resultados obtenidos del estudio descriptivo del cuestionario de calidad de vida (PSN), nos indican que el sexo femenino es el mas afectado en la calidad de vida, ya que mas del 50% de la población presento puntuaciones altas en las variables analizadas para calidad de vida traduciendo una mala calidad de vida para este genero. En comparación con el sexo masculino quienes presentaron menos del 20% de la población puntuaciones altas en las variables analizadas para calidad de vida.

Las variables mas afectadas para el sexo femenino fueron sueño, energía y reacciones emocionales.

Las variables más afectadas para el sexo masculino fueron energía, y dolor.

Otros estudios donde se usó el cuestionario de salud de Nottingham health profile han arrojado como resultado un deterioro porcentual del 25,46%. Con relación al sexo, las mujeres presentaron un mayor deterioro global. Donde se afectaron principalmente el sueño, y las reacciones emocionales.

En cuanto a la edad el grupo mas afectado fue el de 75 a 79 años presentando puntuaciones elevadas para todas las dimensiones del PSN investigadas.

Y el grupo de edad, menos afectado fue el de 65 a 69 años de edad seguido por el grupo de 70 a 74 años de edad.

Por lo que podemos concluir que a mayor edad peor calidad de vida. Otros estudios nos muestran que Teniendo en cuenta la edad, el deterioro global resultó progresivo.

En general, se infirió que existe un deterioro más o menos importante de la CVRS de los ancianos

En nuestro estudio observamos que el estrato socioeconómico más afectado en la calidad de vida fue el obrero, seguido del medio bajo. Cuyas variables de estudio

de mayor puntuación fueron para movilidad física, sueño y energía, así como reacciones emocionales.

El estrato alto y el medio alto presentaron una puntuación baja en todas las dimensiones investigadas por el PSN, por lo que concluimos que un mejor nivel del estrato socioeconómico mejor calidad de vida.

En el estudio de Aspiazu y cols. Que utilizo el PSN, se tomaron además variables asociadas como recursos sociales, el grado de morbilidad: mayor número de patologías crónicas. Donde se encontraron afectadas todas las dimensiones, mayor consumo de fármacos donde se encontraron afectadas todas las dimensiones e incluso con el programa de atención domiciliaria se encontraron afectadas todas excepto dolor. se observo asociación de mayor puntuación en diversas dimensiones del PSN con el sexo femenino(todas excepto energía) mayor edad (todas excepto dolor y sueño), menor nivel educativo (energía, dolor y movilidad)

Las variables de recursos sociales, el grado de morbilidad, las patologías crónicas, el consumo de fármacos que ellos incluyeron nosotros no los manejamos en nuestro estudio, por lo que tendríamos que investigar en estudios posteriores si estos factores posiblemente se encuentran relacionados o está condicionado el deterioro en los pacientes de edad adulta mayor que acuden a la UMF.

Podemos concluir que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos. En términos generales e los pacientes adultos mayores que acuden a la UMF no. 33 el Rosario predominando el sexo femenino con respecto al masculino presentan una mala calidad de vida.

Donde a menor nivel de escolaridad y con el menor nivel socioeconómico se afecta más la salud y por ende la calidad de vida del adulto mayor.

De todo lo anterior se desprende la importancia de la participación del médico familiar en la atención de los pacientes adultos mayores en un primer nivel de atención, ya que es el profesional de la medicina responsable de: realizar acciones de prevención primaria que modifiquen los factores de riesgo como lo es el estilo de vida, emitir un diagnóstico oportuno, limitar el daño y rehabilitar las secuelas que algunos padecimientos crónico degenerativos frecuentes en esta edad pudieran influir en la presencia de: dolor, disminución de la motilidad, trastornos de sueño, disminución de la energía, trastornos emocionales como la depresión, y aislamiento, todos ellos determinantes de la calidad de vida de los pacientes.

Programas como el PREVEIMSS contempla acciones de prevención y de atención integral para los adultos mayores, en donde se marca la importancia de la participación de un grupo de salud multidisciplinario y de la integración de los pacientes a grupos de autoayuda para así lograr una mejor calidad de vida de los pacientes que sea reflejo de la calidad de los servicios de salud de nuestra institución.

REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS.

1. Programa nacional de salud 2001- 2006.
2. Norma oficial mexicana NOM-167-SSA-1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
3. Inga Aranda Julio, Vara Horna Aristóteles. calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en lima-perú estudio piloto y análisis psicométrico 2001 abril; <http://www.geocities.com/Heartland/Cabin/5900/adulto06.htm>
4. Benites Isabel. Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría; ALCMEON 18 N°3 1996
http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_02.htm
5. Aspiazu GM, Cruz JA, Villagrasa FJ, Abanades HC, García MN, Alvear VF. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002, vol. 76, N. 6: 683-99.
6. J.M. Casado, N. González, S. Moraleda, R. Orueta, J. Carmona, R.M. Gómez-Calcerrada Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria - Centro de Salud Sillería. Toledo.
<http://www.latinsalud.com/tema/>.
7. Velarde- Jurado Elizabeth, Avila-Figueroa Carlos. Evaluación del a calidad de vida. Salud pública de Mex. 2002;44(4): 349-61.
8. Badiaa Xavier, Carnéb Xavier. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin (Barc) 1998; 110: 550-556
9. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS EN PLENITUD11
ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL Carrera de Psicología MA. CRISTINA RODRIGUEZ ZAMORA Carrera de Enfermería.
<http://www.unam.mx/gaceta/gaceta2002/PDF/29abrgac.pdf>
10. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish versión of the Nottingham health profile: translation and preliminary validity. AJPB 1990; 80(6):704-707.
11. Rabel C, Uribe L. Homologación de las variables Sexo, Edad, Estado Civil, Religión y Parentesco en los Censos de Población de México de 1960, 1970, 1990 y 2000
<http://www.hist.umn.edu/~rmccaa/IPUMSI/mexico/mxdemo2.doc>
12. Perfil de salud de Nottingham.
http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion_test/080.doc

ANEXO. 1.**PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM: LISTA DE ITEM Y SUS PESOS****MOVILIDAD FÍSICA**

Me cuesta coger las cosas	9.30
Me cuesta agacharme	10.57
Me cuesta subir y baja escaleras	10.79
Me cuesta estar de pie mucho rato	11.20
Sólo puedo andar dentro de la casa	11.54
Me cuesta vestirme	12.61
Necesito ayuda para caminar fuera de la casa	12.69
Soy totalmente incapaz de andar	21.30

100.00

DOLOR

Tengo dolor al subir y bajar escaleras	5.83
Tengo dolor cuando estoy de pie	8.96
Tengo dolor al cambiar de postura	9.99
Tengo dolor cuando estoy sentado	10.49
Tengo dolor al andar	11.91
Tengo dolor por las noches	12.91
Tengo un dolor insoportable	19.74
Tengo dolor constantemente	20.86

100.00

SUEÑO

Me despierto antes de la hora	12.57
Me cuesta mucho dormirme	16.10
Duermo mal por las noches	21.70
Tomo pastillas para dormir	22.37
Me paso la mayor parte de la noche despierto	27.36

100.00

ENERGIA

Enseguida me quedo sin fuerzas	24.00
Todo me cuesta un esfuerzo	36.80

Siempre estoy muy fatigado	39.20
	<hr/>
	100.00
AISLAMIENTO SOCIAL	
Me cuesta llevarme bien con la gente	15.97
Me resulta difícil contactar con la gente	19.36
Creo que no tengo a nadie en quien confiar	20.13
Me siento solo	22.01
Creo que soy una carga para los demás	22.53
	<hr/>
	100.00
REACCIONES EMOCIONALES	
Los días se me hacen interminables	7.08
Tengo los nervios de punta	7.22
He olvidado que es pasarla bien	9.31
Últimamente me enfado con facilidad	9.76
Todo me deprime	10.47
Me despierto desanimado	12.01
Las preocupaciones me desvelan por la noche	13.95
Siento que estoy perdiendo el control	13.99
Creo que no vale la pena vivir	16.21
	<hr/>
	100.00

ANEXO 2.
CUESTIONARIO

NOMBRE:

EDAD :

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

1 ¿Me cuesta coger las cosas?

SI () NO ()

2 ¿Me cuesta agacharme?

SI () NO ()

3 ¿Me cuesta subir y baja escaleras?

SI () NO ()

4 ¿Me cuesta estar de pie mucho rato?

SI () NO ()

5 ¿Sólo puedo andar dentro de la casa?

SI () NO ()

6 ¿Me cuesta vestirme?

SI () NO ()

7 ¿Necesito ayuda para caminar fuera de la casa?

SI () NO ()

8 ¿Soy totalmente incapaz de andar?

SI () NO ()

9 ¿Tengo dolor al subir y bajar escaleras?

SI () NO ()

10 ¿Tengo dolor cuando estoy de pie?

SI () NO ()

11 ¿Tengo dolor al cambiar de postura?

SI () NO ()

12 ¿Tengo dolor cuando estoy sentado?

SI () NO ()

13 ¿Tengo dolor al andar?

SI () NO ()

14 ¿Tengo dolor por las noches?

SI () NO ()

15 ¿Tengo un dolor insoportable?

SI () NO ()

16 ¿Tengo dolor constantemente?

SI () NO ()

17 ¿Me despierto antes de la hora?

SI () NO ()

18 ¿Me cuesta mucho dormirme?

SI () NO ()

19 ¿Duermo mal por las noches?

SI () NO ()

- 20 Tomo pastillas para dormir?
SI () NO ()
- 21 ¿Me paso la mayor parte de la noche despierto?
SI () NO ()
- 22 ¿Enseguida me quedo sin fuerzas?
SI () NO ()
- 23 ¿Todo me cuesta un esfuerzo?
SI () NO ()
24. ¿Siempre estoy muy fatigado?
SI () NO ()
- 25 ¿Me cuesta llevarme bien con la gente?
SI () NO ()
- 26 ¿Me resulta difícil contactar con la gente?
SI () NO ()
- 27 ¿Creo que no tengo a nadie en quien confiar?
SI () NO ()
- 28 ¿Me siento solo?
SI () NO ()
- 29 ¿Creo que soy una carga para los demás?
SI () NO ()
30. ¿Los días se me hacen interminables?
SI () NO ()
31. ¿Tengo los nervios de punta?
SI () NO ()
32. ¿He olvidado que es pasarla bien?
SI () NO ()
33. ¿Últimamente me enfado con facilidad?
SI () NO ()
34. ¿Todo me deprime?
SI () NO ()
35. ¿Me despierto desanimado?
SI () NO ()
36. ¿Las preocupaciones me desvelan por la noche?
SI () NO ()
37. ¿Siento que estoy perdiendo el control?
SI () NO ()
38. ¿Creo que no vale la pena vivir?
SI () NO ()
- 39 ¿CUAL ES LA PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA?.
1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc
 2. profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
 3. empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
 4. obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
 5. obrero no especializado, servicio doméstico etc.

40. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE?

1. Universitaria o su equivalente
2. enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. educación primaria completa
5. primaria incompleta, analfabeta

41. ¿CUÁL ES SU PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS?

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc) deportistas profesionales.
3. sueldo quincenal o mensual
4. salario diario o semanal
5. ingresos de origen público o privado (subsidio)

42. ¿CUALES SON LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA DONDE VIVEN ACTUALMENTE?

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
5. vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.