



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR
DRA. NANCY SOSA LÓPEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS
DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES

Área de Investigación
Médica

REGISTRO
634101021



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.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE
AL CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"


AUTORA
NANCY SOSA LÓPEZ

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES



DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



ASESORA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por los padres que me dio y gracias a ellos por la vida que tengo.

En segundo lugar a mi familia (hermano, tíos, primos) y amigos que aunque siempre eh estado lejos de ellos físicamente, siempre están en mi corazón y cada día me alientan a hacer lo que tanto amo ser.

En tercer lugar a todos y cada unos de mis Adscritos que han participado en mi formación académica, sería difícil mencionar a cada uno de ellos ya que tal vez algunos perduraron mas que otros pero no por eso valen menos, especialmente a la Dra. González Salinas quien estuvo presente estos tres años de especialidad la que nos enseñó a no ser conformista sino perfeccionista, hubo tropiezos pero al final gano el esfuerzo y la perseverancia.

Agradezco el tiempo, la paciencia, y la enseñanza de dos personas que me guiaron en el desarrollo de esta tesis: Dr. Isaías Hernández Torres y Dra. Consuelo González Salinas.

No por ser el cuarto lugar vale menos que los anteriores, ya que en este punto menciono a gente muy valiosa quien a estado desde el inicio de este ciclo de mi vida: Lili, compañeros de residencia, enfermería, intendencia y por los que estoy aquí mis pacientes, gracias por enseñarme todos los días de ustedes.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.3 JUSTIFICACIÓN	22
1.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO	23
1.5 OBJETIVOS	24
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	24
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
2. MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 TIPO DE ESTUDIO	25
2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	25
2.4 MUESTRA	25
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
2.5.1 INCLUSIÓN	26
2.5.2 NOINCLUSIÓN	26
2.5.3 ELIMINACIÓN	26
2.6 VARIABLES	27
2.6.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL	27
2.6.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	28
2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO	29
2.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
2.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS	31
2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	32
2.11.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS	32
2.11.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
2.12 CRONOGRAMA	33
2.13 RECURSOS	34
2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
3. RESULTADOS	37
4. DISCUSIÓN	49
5. CONCLUSIONES	52
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	57

RESUMEN

AUTORES: Dra. Nancy Sosa López, Dr. Isaías Hernández Torres. Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. México D.F

INTRODUCCIÓN: Actualmente vivimos una etapa de cambio demográfico donde la población del adulto mayor se incrementa cada día, la esperanza de vida se modifica, los años de vida se incrementaron, y no con ello su calidad de vida, tema de interés de este estudio. De ahí la importancia de estudiar la percepción de cada adulto mayor del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, ya que es una población muy vulnerable en esta etapa de la vida, donde presentan cambios en las áreas Física, psicológica, económica y ambiental, mismas que pueden generar un cambio positivo o negativo para el bienestar del adulto mayor reflejado con su percepción de calidad de vida.

OBJETIVO: Analizar la calidad de vida percibida por los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tipo de estudio: observacional descriptivo, prospectivo y transversal. Población lugar y tiempo de estudio Adultos mayores de 60 años y más, que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana durante los meses mayo-junio del 2014. Tipo de muestra: No probabilístico por conveniencia y cuota. Tamaño de la muestra: se encuestará a todos los pacientes que reúnan criterios de selección, durante el periodo de estudio mencionado.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Plan de tabulación: se utilizaran tablas y figuras. Plan de análisis: se realizaran con medidas de resumen y tendencia central. Se realizara un análisis bivariado de los resultados de la percepción de la calidad de vida, con las principales variables incluidas en este estudio.

.RESULTADOS: La población adulto mayor estudiada, percibe buena calidad de vida. De acuerdo a las variables estudiadas se observo el mayor el número de pacientes con sexo femenino que masculino, la escolaridad que predomino fue primaria, más del 50% de la población de estudio eran casados, 72 de 90 pacientes se encuentran desempleados, y la mayoría solo percibe un salario mínimo al mes, la enfermedad crónico degenerativa más frecuente fue Hipertensión arterial sistémica. De acuerdo al Whoqol-Bref los adultos mayores perciben buena salud física, psicológica y el ambiente relacionada con su percepción de calidad de vida la mayoría la percibe como buena, solo las relaciones las marcan como malas sin embargo perciben buena calidad de vida.

CONCLUSIONES: Se puede concluir que la población de estudio del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana percibe una calidad de vida buena, al realizar las pruebas no paramétricas ninguno de los resultados muestra significancia estadística, sin embargo el área de relaciones sociales analizada por el cuestionario Whoqol-Bref un 99% de los pacientes de estudios la califica como mala, pese a estos 3 de los mismos participantes refieren percibir una calidad de vida excelente, por lo que deja mucho por pensar respecto a que tanto los adultos mayores ven a las relaciones sociales como un factor positivo o negativo para su satisfacción.

Palabras clave: Adulto mayor y calidad de v

ABSTRACT

AUTHORS: Dr. Nancy Sosa, Dr. Isaías Hernández. Health center "Dr. José Castro Villagrana". Mexico D.F

INTRODUCTION: Nowadays we live through stage of demographic change where the population of the elderly increases every day, the life expectancy is modified, the years of the life increased, and not with it his quality of life, topic of interest of this study. Of there the importance of studying the perception of every elderly of the center take Health Dr. José Castro Villagrana.

OBJETIVE: To analyze the quality of life perceived by the biggest adult patients who come to the health center Dr. José Castro Villagrana.

MATERIAL AND METHODS: Type of study: observacional descriptive, and transverse. Population place and learning time elderly than 60 years and more, that they come to the health Center Dr. José Castro Villagrana during the months in May - June, 2014. Type of sample: Not probabilístico for expediency and quota. Size of the sample: there will be polled all the patients who assemble selection criteria, during the period of mentioned study.

ANALYSIS: Tabulation plan: stage and figures will be used. Analysis plan: they will be realized by measurements of summary and central tendency. There will be realized a bivaried analysis of the results of the perception of the quality of life, with the main variables included in this study.

RESULTS: The population elderly studied, perceives good quality of life. In accordance with the studied variables the biggest observed the number of patients with sex feminine that masculine, the schooling over that I predominate was primary, more than 50 % of the population of study was married, 72 of 90 patients are unemployed, and the majority only perceives a minimum wage to the chronic month, the most frequent degenerative illness was a systemic arterial Hypertension. In accordance with the Whoqol-Bref the biggest adults perceive good physical, psychological health and the ambience related to its quality of life perception the majority perceives her as good, only the relations mark them as bad nevertheless they perceive good quality of life.

CONCLUSION: It is possible to conclude that the population of study of the health Center Dr. Jose Castro Villagrana perceives a good quality of life, on having realized the tests not paramétricas, none of the results shows significancia statistical, nevertheless the area of social relations analyzed by the questionnaire Whoqol-Bref 99 % of the patients of studies qualifies it as bad, despite these 3 of the same participants they recount to perceive an excellent quality of life, therefore it stops greatly for thinking with regard to that so much the biggest adults see to the social relations as a positive or negative factor for its satisfaction.

Key- words: Adult and greater quality of life

1. MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, centra su atención en un grupo etario que ha incrementado cada día “el adulto mayor”, del cual se han observado cambios positivos y negativos tanto a nivel familiar e individual, los cuales pueden modificar la manera de percibir su calidad de vida.

Se evaluará de manera objetiva la percepción de su calidad de vida, por medio de variables como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico, composición familiar, presencia de enfermedad crónica degenerativa, ocupación y relaciones sociales.

Se aplicará el cuestionario WHOQOL-BREF a toda la población de 60 años y más que acude al centro de Salud Dr. José Castro Villagrana el cual ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por cada individuo. Proporcionará un perfil de su calidad de vida, evaluando 4 áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, esta conformado por 26 preguntas, tipo Likert resultando a mayor puntaje mejor calidad de vida.

1.1 ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

ANTECEDENTES

A partir del siglo XX y comienzos del siglo XXI, nace la preocupación por el proceso del envejecimiento. Sin embargo la biología del envejecimiento tiene una historia metódicamente iniciada en el presente siglo. Se observa que América Latina envejece con mayor celeridad, su población logrará tasas de envejecimiento mayores que América del norte y Europa lo que a ellos les llevo un siglo. La OMS en el 2012 informa que la población del adulto de 60 años y más, equivale a 650 millones y se calcula que en el 2050 alcance los 2000 millones a nivel mundial. De acuerdo a INEGI y el censo de población 2010 el total de la población Mexicana es de 112,336 538 habitantes de los cuales 10,055 379 esta conformada por adultos mayores, equivalente al 12%, predominando el sexo femenino.^{1,2.}

CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR

En México cada día es más notable el aumento de la población de este grupo etario, de acuerdo a la OMS las personas de 60-74 años; son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años; viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. De acuerdo a la clasificación de la Sociedad de Geriatria y Gerontología la clasifican en prevejez de 45-59 años, senectud de 60-79 años y ancianidad de 80 y más.

Se ha observado que el aumento global de esta población, es favorecido por 2 factores: El descenso de la mortalidad infantil y el incremento de esperanza de vida. Lo cual es el resultado de una transición demográfica principalmente en países desarrollados donde la mitad de la población la ocupan los adultos mayores.^{2, 3, 5.}

DEFINICIÓN: VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

De acuerdo a la literatura se habla de una distinción conceptual entre vejez y envejecimiento. Refiriéndose a la primera como etapa del ciclo después de la adultez, cuyo inicio lo establece la sociedad, considerada como una situación dada por la edad cronológica y el estado físico, a diferencia del envejecimiento se considera como proceso que se da con el tiempo de manera gradual, adaptativo e individual acompañado de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y bioquímicas, propiciados por los cambios inherentes a la edad y el desgaste acumulado a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. Sin embargo es difícil plantear una estricta definición por la complejidad de dichos términos por lo que ha generado controversia con distintos autores, y prefieren integrar ambos conceptos como resultado de una misma situación.

Desde el punto de vista de la Psiquiatría, se define en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo con una menor capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir.

Diversos autores, coinciden en ver al envejecimiento como un fenómeno multidisciplinario con una serie de cambios que aparecen a lo largo de la vida; resultado del tiempo, los cambios no solo son orgánicos sino un proceso más complejo donde interactúan variables sociales y psicológicas, así como una diversidad de factores como la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las relaciones sociales, escolaridad, ocupación ejercida y la personalidad. Siendo una etapa cambiante a lo largo del tiempo. Desde un punto de vista biológico se ve al envejecimiento como disminución del número de células y cambios atróficos que disminuyen sucesivamente, reflejado con el rendimiento físico, los cuales se pueden presentar antes que las manifestaciones externas den al adulto el aspecto de anciano.^{2,5, 6.}

DEMOGRÁFIA DEL ENVEJECIMIENTO

Aumento porcentual del grupo etario de 60 años y mas dentro de una población, lo cual se puede explicar de la siguiente manera: Las poblaciones empiezan a envejecer cuando la fecundidad disminuye y las tasas de mortalidad de los adultos mayores no acrecienta sino reducen.

El envejecimiento que ocurre a nivel poblacional o social es el producto de cambio en la estructura por la edad, que se origina en una población, una de sus características es ser irreversible y puede modificarse por cambios en el

rejuvenecimiento y envejecimiento poblacional. Es considerado que una sociedad rejuvenece cuando su población de 0-14 años aumenta, y lo contrario ocurre cuando aumenta el grupo de 60 años y más. Por Consenso internacional en los países en Desarrollo se establece que la vejez se inicia a partir de los 60 años, y en países desarrollados a partir de los 65.

El envejecimiento individual es aquel que se manifiesta con el aumento de la edad cronológica visto de manera unipersonal, donde se considera que todas las personas llegaremos a él.

Existen factores que pueden ser condicionantes para que ocurra el envejecimiento poblacional, los cuales pueden determinar la evolución y el tamaño de dicha población:

- a) Descenso de la fecundidad
- b) Descenso de la mortalidad
- c) Migraciones

La fecundidad es el factor más importante que interviene en el envejecimiento poblacional y al verse disminuido implica un menor número de jóvenes en la estructura poblacional. A diferencia de lo que ocurre cuando hay un aumento ya que se presenta un rejuvenecimiento en su estructura secundario al aumento de nacimientos que dará como resultado mayor cantidad de niños.

Mortalidad: "Proceso por el cual, se extinguen las poblaciones". Este factor puede modificarse por la edad, sexo, ocupación y otras características sociales. Su incidencia refleja el nivel de vida y salud de la población. Cuando ocurre un descenso de la mortalidad influye a nivel poblacional, reflejando un aumento de la esperanza de vida lo que resulta en aumento del número poblacional de adultos mayores. Se observa una gran diferencia cuando ocurre un descenso de la mortalidad infantil dando como resultado un rejuvenecimiento poblacional presentándose lo contrario cuando hay un descenso de la mortalidad de los adultos mayores aplicando medidas de prevención, promoción y atención dando como resultado envejecimiento de la población".

Migraciones: Son los movimientos geográficos de las poblaciones. Los cuales son un componente de los cambios de las poblaciones entre países a lo que se le a denominado migración internacional a diferencia de los que ocurren de manera interna dentro de un mismo país donde los cambios son de ciudad a ciudad.

Durante el proceso del envejecimiento ocurren múltiples cambios los cuales influyen para el desarrollo y el adecuado funcionamiento de esta población ante la sociedad, un punto importante es su bienestar. Ciertos factores como los sistemas de pensión y jubilación, la composición familiar y la participación de la

misma así como las condiciones de salud de los adultos mayores, son factores muy importantes para un adecuado envejecimiento.^{3, 4, 6.}

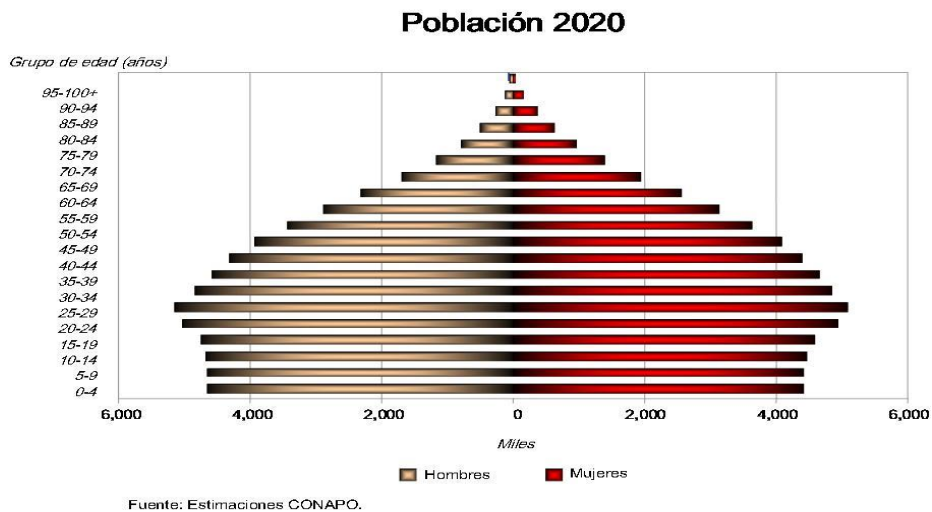
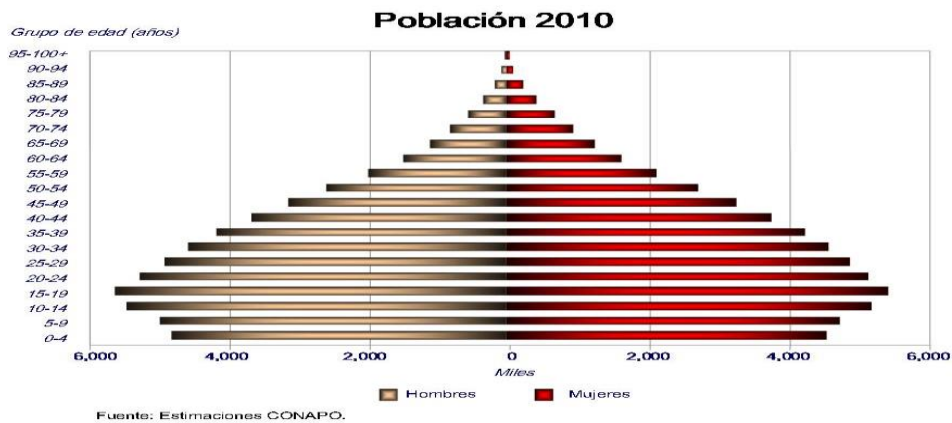
ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

A nivel Nacional de acuerdo a reportes de INEGI el Distrito Federal es la Entidad que ocupa el primer lugar por su población de adultos de 60 años y más. El consejo Nacional de Población (CONAPO) apoyándose con proyecciones demográficas menciona que dicha población para el 2030 se incrementara llegando a un millón 726 mil equivalente al 20.4% del total de la población, observando que a diferencia de 2010 se incrementaría en un 9.1 puntos.

En el periodo de 1950-2010 el envejecimiento demográfico presento las siguientes características: la población de 0-14 años disminuyo respecto a la población total, a diferencia de la población de 60 años y más la cual se incremento, en 1950 registraron 5.2% respecto de la población total, en 2030 se espera que sea ligeramente superior a 20.0 por ciento.

La última fase de transición demográfica es el envejecimiento donde se ve un descenso de la mortalidad y fecundidad, existiendo un incremento de la población de más de 60 años dando como resultado un incremento en la esperanza de vida, trayendo consigo programas de educación, promoción y prevención de enfermedades. Se pueden distinguir dos dimensiones que nos ayudan para poder evaluar al envejecimiento: Uno es el envejecimiento que ocurre a nivel poblacional y segundo, el que ocurre de manera individual. Algo que esta distinguiendo al proceso del envejecimiento el es predominio del sexo femenino, lo cual es consecuencia de una mayor esperanza de vida de las mujeres, observando que en la población del Distrito federal en el 2010 por cada 100 mujeres hay 73 hombres.^{3, 11,12}

En las siguientes gráficas podemos observar los cambios presentes en la pirámide Poblacional del 2010 de acuerdo a edad y sexo, asimismo como lo que se prevé para 2020.



ESPERANZA DE VIDA

El aumento de la esperanza de vida en este grupo, no se vincula con un aumento en su calidad de vida, por lo cual el educar al adulto mayor desde joven es un buen predictor de bienestar en edades avanzadas.

De acuerdo a la OMS la esperanza de vida “Es el número promedio de años que una persona puede prever que vivirá si se mantienen en el futuro las tasas de mortalidad por edad del momento en la población” la cual se ve influenciada por múltiples factores. En el 2012 la OMS reporta una esperanza de vida global de 76 años a la población Mexicana. La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes, generalmente se divide por sexo. Es uno de los indicadores de la calidad de vida más comunes. De acuerdo a la CONAPO (2006) se estima que la esperanza de vida al nacer en el 2030 será de 78.8

años (76.6 para los hombres y 81.0 para las mujeres); y para el 2050 de 81.9 años (79.9 para hombres y 83.9 para mujeres) diariamente en México, 800 personas cumplen 60 años, y para el año 2050 se estima que una de cada cuatro personas será adulto mayor. Se ha observado un incremento gradual con el paso de los años de 1990 a 2009 en ambos sexos, incrementado 7 años.^{3,4,6,13.}

MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

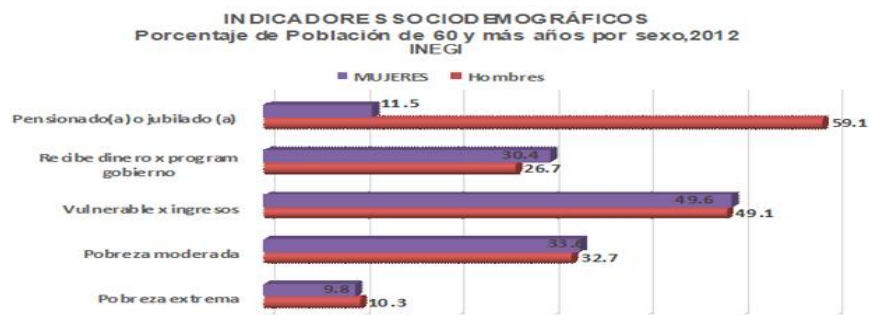
De acuerdo a INEGI en el 2011 ocurrieron 36 mil 948 defunciones de personas de más de 60 años, residentes del Distrito Federal, que equivale a 68.5% del total de fallecimientos registrados en la entidad. Del total de mujeres fallecidas 76.1% corresponden a este grupo, en el caso de los hombres es de 61.4%. Las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor de la entidad son: la diabetes mellitus (18.4%); infarto agudo del miocardio (17.9%); enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (4.7%) y neumonía (4.0%), que en conjunto fueron causa del 45.0 % de las defunciones.^{7, 10, 13,14}

RIESGOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

S.Huenchan hace una observación que ocurre durante la vejez y envejecimiento, considerado como un factor de riesgo que se presenta en ambos sexos la “Discriminación” sin embargo la experiencia es percibida de manera diferente por ambos géneros. De dicho término se pueden derivar tres factores de riesgo importantes: la pobreza, la invisibilidad y la fragilidad.²²

La ONU define pobreza como “condición caracterizada por una privación severa de necesidades humanas básicas, incluyendo alimentos, agua potable, instalaciones sanitarias, salud, vivienda, educación e información. La pobreza depende no sólo de ingresos monetarios sino también del acceso a servicios” (ONU, 1995).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en 2012, 43.2 por ciento de la población de 60 años y más, padece pobreza multidimensional.



Fuente: INEGI 2014

Más de la mitad de los adultos mayores masculinos cuenta con una jubilación y pensión, pero para las mujeres la proporción es de 11.5 por ciento, 1.1 de cada 10 adultas mayores reciben pensión o jubilación.

Invisibilidad: termino que aporta el sociólogo Johan Galtung como un tipo de maltrato, o ausencia de atención de un grupo poblacional.

Diversos autores por la complejidad de la definición de Fragilidad concuerdan que es “Estado coligado al envejecimiento, se caracteriza por una depreciación de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de desequilibrio. Lo cual se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad funcional, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. Otros autores lo traducen como una capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés.

Ciertos autores hace mención en diferencias entre el envejecimiento femenino del masculino, manifestando un riesgo mayor el ser mujer.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (Endireh 2011), en el grupo de mujeres de 60 años y más, 45 de cada 100 declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja. Lo más común es el maltrato emocional 8 de cada 10 reportan un episodio de violencia, también son víctimas de violencia económica.

El apoyo económico y el entorno físico es tan importante como la red de apoyo social que pueda recibir el anciano, la cual está asociada a la percepción que tienen las personas mayores sobre su eficacia para realizar sus actividades Cotidianas, ya que el no aceptar y adaptarse a esta nueva etapa puede generar muchos problemas en su bienestar y satisfacción.^{12, 13, 14,15, 17, 19, 22}

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Con la intención de conocer como es que se lleva a cabo el envejecimiento, desde los años 60's se realizaban trabajos para dar una explicación de este proceso, en los 90's ya se habían publicado más de 2000 teorías. Actualmente la opinión del Dr. Bernard Strehler (gerontólogo Americano) acerca de como explicar las teorías al envejecimiento hace referencia a que son secundarias a una disminución de las funciones del individuo, son progresivas e intrínsecas.

Ciertos autores dividen a las teorías del envejecimiento en dos grupos:

Estocásticas. Ven al envejecimiento como el resultado de todas las complicaciones que afectan de manera circunstancial a lo largo del tiempo, e incluyen las siguientes:

1) Teoría del desgaste. Según el cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal y a su vez se envejece debido al uso continuo.

2) Teoría de los radicales libres. Que explica que en el envejecimiento hay una lesión irreversible en la célula.

No Estocásticas. El envejecimiento forma parte del proceso de desarrollo y maduración, genéticamente programados y continuamente controlados, e incluyen:

1) Teorías Genéticas. Son las que más se acercan a la intimidad del proceso del envejecimiento, sostienen que en el ciclo de la replica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula.

Siendo la más aceptada de estos dos grupos, la Teoría de los radicales libres en donde explican la interacción de sustancias altamente reactivas resultado de la exposición a oxígeno, radiaciones y otros factores ambientales, que dañan los componentes celulares DNA, DNA-mitocondrial, proteínas, lípidos, etc., afectando a la integridad estructural y funcional de los mismos, dando como resultado al envejecimiento.^{18,20}

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO SEGÚN LA OMS

Se puede concebir al envejecimiento de 3 formas: Normal, patológico y exitoso los cuales se describirán brevemente:

Envejecimiento normal también llamado primario: involucra cambios referentes a pérdidas o deterioro de manera gradual, lento y progresivo involucrando las tres esferas; biológico, psicológico y social relacionados con la edad, que son intrínsecos e inevitables que son el resultado del paso de los años, para finalizar con la muerte.

Envejecimiento patológico o secundario: aquel donde los cambios que presenta surgen de manera inesperada, son de rápida evolución, acelerada en una o más de sus esferas simultáneamente siendo el resultado de enfermedades, en algunas situaciones se pueden prevenir y ser reversibles.

Envejecimiento exitoso u óptimo: aquel que se da en las mejores condiciones de sus tres esferas; físicas, psicológicas y sociales donde no solo hay pérdidas o deterioros ya que en este también se observan beneficios, ganancias y hay una promoción para ejercitar actividades que ayuden a minimizar las pérdidas o presencia de enfermedades y a objetivar las ganancias. Habla de la ausencia o baja probabilidad y discapacidad relacionada con la enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional. Un activo compromiso con la vida.^{10, 14,19}

ENFOQUES PARA EL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO

Podemos estudiar al envejecimiento a través de ciertos enfoques.

Enfoque Biológico

Se conceptualiza como “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte”. Se trata de ver específicamente al envejecimiento como la pérdida de las funciones fisiológicas propias de cualquier individuo, secundario a un deterioro orgánico.

Este enfoque estudia al envejecimiento de manera primaria y secundaria. El primario es el proceso que presentara de manera inevitable cada individuo que surgirá con el deterioro corporal y avanza con el paso de los años. Llamamos envejecimiento secundario al resultado de las enfermedades de un individuo, las cuales son el reflejo del cuidado y descuido de su salud en una etapa más joven, encontrándose factores que las pueden evitar.

Enfoque Psicológico

Conceptualiza al envejecimiento como la manera en que el individuo responde ante las distintas situaciones personales, laborales o de otro tipo, con el paso del tiempo. John Rowe en 1987 refiere a este enfoque como “resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos”. Dentro de este enfoque Ericsson (1985) asocia a esta etapa de la vida como la octava crisis en el desarrollo psicosocial del yo. Integridad versus desesperación”.

Enfoque Demográfico

Se consideran dos grupos: el de la tercera y cuarta edad, el primero inicia con jubilación a los 60 años y termina a los 80 cuando se pierde la independencia, posterior a esta edad se considera la cuarta edad también llamada longevidad. Un punto importante en este enfoque es la transición demográfica resultando en aumento de la esperanza de vida.

Enfoque económico

El tema de importancia en este enfoque es la jubilación, considerando que solo una pequeña parte del grupo de la tercera edad cuentan con ella. Por lo que es una etapa donde termina el ciclo de productividad económica el cual puede generar conflictos, ya que sus aportaciones son mínimas o nulas, y se ve reflejado en la posición social, calidad de vida y acceso a su salud.

Enfoque cultural

Este es uno de los enfoques que más ha cambiado con el paso de los años, y culturas.

Se puede observar que con el paso de los años se va perdiendo generación tras generación el respeto a nuestros mayores, podemos recordar que en culturas pasadas el adulto mayor era visto como un hombre sabio, el patriarca,

respetado y escuchado, sus consejos eran los más sabios para las familias, algo que actualmente no se ve de la misma manera. Los valores que se fomentan desde casa y se transmiten de generación en generación hoy en día se han perdido y con ello el respeto a los mayores, actualmente vistos como un estorbo u objeto que no sirve, y en ciertos casos solo esperan la muerte de ese integrante para obtener bienes heredados.

Enfoque Familiar

Se hace referencia en formar núcleos familiares donde haya una mejor vinculación interfamiliar ya que ocurre de manera muy frecuente que los adultos mayores vivan en los hogares de sus hijos donde se llegan a sentir discriminados, y resalta la necesidad de disminuir el aislamiento y la soledad de estos grupos.^{2, 7, 8, 12.}

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Calidad de vida es un tema muy complejo y más en el adulto mayor, se considera como resultado de las interacciones con el medio en el que se desenvuelve un individuo, teniendo una gran vinculación con la autonomía e independencia, donde se visualiza más que años, mejores años de vida cubriendo un bienestar biológico, psicológico, social y económico. Se distinguen dos componentes: una parte objetiva donde la sociedad ofrece lo necesario para satisfacer sus necesidades de salud, alimentación, educación y todo lo referente al empleo y sus generalidades, la mayoría cosas medibles. La parte Subjetiva analiza la concepción que cada individuo tiene sobre su propia satisfacción, autorrealización y el desarrollo personal, lo cual no es fácil medir.

La Organización Mundial de la Salud (2004) Define calidad de vida como condición en la que, el individuo "se percibe en la vida" Percepción auto personal de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, relacionada con sus objetivos, expectativas, valores e intereses estándares e inquietudes". Es un concepto multicausal, incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológico, nivel de independencia y las relaciones sociales, personales y creencias que influyen en su entorno".

De acuerdo a la definición previa entendemos que la calidad de vida tiene una perspectiva de manera subjetiva, se relaciona con la personalidad del individuo, su bienestar y su satisfacción. Es el reflejo de su estatus social, psicológico, ambiental y de salud.

Un punto importante para lograr una calidad de vida son las relaciones sociales (amistades, grupos de reunión, actividades recreativas) toda situación donde se interactúe con otros individuos.

Varios autores dan su conceptualización de calidad de vida, y todos coinciden en que es un concepto subjetivo-objetivo de valoración de satisfacción personal y social, la interacción dinámica de los individuos, con las condiciones de su contexto siendo participe de actividades beneficiosas tanto para ellos como para la sociedad, y su percepción interna.^{10,16, 17, 20}

Se describen 8 áreas importantes que se han planteado para estimar una adecuada calidad de vida del anciano o bien de cualquier individuo en edad adulta.

- 1) Intelectual: Todos los seres humanos tenemos capacidades; el pensar, el realizar hipótesis y el poder comunicarnos.
- 2) Emocional: Puede considerarse como un estado de ánimo derivado de impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos.
- 3) Física: De acuerdo a la OMS la salud es considerada un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, el cual se puede cuidar, afectar o dañar, se aprecian 4 factores positivos o negativos: alimentación, ejercicio, descanso y evitación de stress.
- 4) Social: Resulta de las interacciones de unos individuos con otros.
- 5) Familiar: Parte esencial para el desarrollo del bienestar de todo individuo.
- 6) Económica: A mejor percepción monetaria mejor servicios de salud durante la vejez.
- 7) Laboral: Durante la vejez es muy limitada.
- 8) Espiritual: Es una búsqueda del sentido de ser y hacer.

De acuerdo a la literatura y estudios realizados en población del adulto mayor, la calidad de vida en este grupo etario se puede ver modificado por situaciones sociales y emocionales. Desde este punto de vista podemos dar de ejemplo las diferencias que se encuentran en un paciente que tiene las facilidades económicas para recibir servicios médicos, oportunidad para realizar actividades recreativas, a diferencia de los que viven en una situación contraria, es muy frecuente la afectación a su salud y estado emocional, así como la atención que recibe por parte del núcleo familiar por varias circunstancias es mínima, lo cual influirá en su calidad de vida.

A pesar de que el envejecimiento es un proceso por el que se pasara de manera inevitable, es diferente en cada individuo con características peculiares, logrando un resultado de los cuidados y descuidos que presentó a lo largo de su vida, por lo que es visto como un reto para el personal de salud llevar al individuo a la vejez con buena calidad de vida.^{21, 22, 24}

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Calidad de vida relacionada con la salud CVRS, un concepto que evalúa la situación en la que se encuentra un individuo respecto a su salud, vista de manera subjetiva. Su definición es multidimensional incluye aspectos físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad. Intervienen Servicios de salud donde se debe tener un objetivo que implica definir prioridades, plantear, efectuar y llevar a cabo por medio de educación del individuo una adecuada atención y en caso necesario rehabilitación, con la intención de disminuir la morbimortalidad e incrementar la expectativa de vida. Sus fundamentos se dan de las siguientes bases: La CVRS se evalúa de manera subjetiva. Dicha evaluación va depender del estado de salud y de todas las actividades de promoción y prevención de la enfermedad. Posee tres pilares del funcionamiento; físico (todos los cambios fisiológicos generados por la enfermedad propia) psicológico (los distintos estados de ánimo por lo que puede cursar por la enfermedad, como tristeza, enojo, angustia) cognoscitiva (funciones que implica un estado de alerta que en caso de enfermedad se llega a perder) y social (situaciones que se llegan a dar con la sociedad derivada por la enfermedad como el aislamiento).^{9, 19.}

PROGRAMAS DE SALUD

El derecho a la protección y cuidado a la salud, es una condición primordial de toda persona adulta mayor, por tanto es una obligación moral del País así como de toda la sociedad mejorar y promover condiciones para una calidad de vida en los adultos mayores. Una estrategia es la promoción de la salud a través de información, sensibilización, comunicación y educación.

A nivel Nacional existen programas Sociales con cobertura para el adulto mayor, los cuales son proporcionados por el Gobierno de cada Estado, aportando: pensión alimentaria, visitas domiciliarias, visitas médicas, fomentó de actividades recreativas, laborales y de Salud. Mencionaremos algunas de las Instituciones que desempeñan estas funciones: la Secretaria de Desarrollo social (SEDESOL), el Instituto Nacional de las personas adultas mayores (INAPAM), Sistema Nacional para el desarrollo integral de la Familia (DIF), así como fundaciones independientes no Gubernamentales.

SEDESOL cuenta con un programa de pensión para Adultos Mayores, atiende a personas de 65 años en adelante, los beneficiarios reciben apoyos económicos de 580 pesos mensuales con entregas de 1,160 pesos cada dos meses; también participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

En el Estado de México se cuenta con programas de apoyo de salud, legislación, educación, convivencia con adultos mayores, cada uno de estos con actividades propias donde se busca como objetivo primordial, orientar, prevenir y promocionar el bienestar de los adultos mayores de manera integral.

En la Ciudad México se cuenta con el Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal el cual cuenta con varios programas para el Adulto mayor, dentro de sus actividades cuenta con apoyo alimentario, visitas médicas a adultos mayores de 68 años que forman parte de grupos vulnerables o habitan en zonas de alta marginación y pobreza se dividen en módulos dependiendo la ubicación de las viviendas.

Existen también fundaciones no Gubernamentales que brindan apoyo a este grupo etario una de ellas Caritas del adulto mayor la cual lleva un programa cuya prioridad es promover el desarrollo individual y social de los adultos mayores así como fortalecer habilidades para lograr un envejecimiento exitoso.²⁴

DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

Existen factores que influyen de manera positiva o negativa en la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida y su entorno familiar ya que pueden ser modificables en algunos casos, resultando en menos comorbilidades y limitantes para lograr una mejor calidad de vida.

Biológico

Es normal observar que con el paso de los años, el cuerpo humano va presentando cambios propios por la edad, lo cual afectara su estructura y funcionalidad. A medida que cada individuo va envejeciendo da lugar a procesos fisiológicos en algunos de manera positiva y otros negativos, donde se puede incrementar el número de casos nuevos de enfermedades crónicas degenerativas, o aquellas que se desarrollan secundarias al hábitat del adulto mayor, dando lugar a una mayor comorbilidad, vistas como dificultad en el proceso del envejecimiento.

Dichos cambios fijaran una menor funcionalidad de ciertos órganos o sistemas, los cuales pueden iniciar de manera gradual y progresiva para finalizar en una perdida total de la funcionalidad.

Se ha confirmado la vinculación que existe respecto a mayor edad, mayor enfermedades dando lugar a la polifarmacia, con lo que aumenta el riesgo de interacciones de fármacos que tiende a modificar la calidad de vida.

Ciertos autores mexicanos coinciden, en que una de las grandes dificultades para dar un diagnostico en un adulto mayor, se debe a que muchos de los

síntomas que refieren son vagos, raros u omitidos por parte del paciente al pensar que son propios de su edad.

También se ha visto que influyen los descuidos o malos hábitos durante el transcurso de la vida, aunado a esto la presencia de una respuesta inmune disminuida por la edad avanzada tiende a afectar más fácilmente e incrementar la morbimortalidad. Dentro de los padecimientos más frecuentes del adulto mayor que se les ha dado un seguimiento epidemiológico del 2005 al 2011 encontramos las enfermedades infecciosas (respiratorias, intestinales y urinarias esta última con un incremento de casi el 50% comparada con las anteriores) y las crónicas (Hipertensión arterial, gingivitis, diabetes mellitus tipo II, conjuntivitis, enfermedades isquémicas del corazón y otitis media aguda).

De las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes encontramos la hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus tipo 2 y osteoartropatía degenerativa. Distintos estudios realizados en nuestro país, confirman que uno de cada cuatro personas mayores de 60 años tiene diabetes mellitus, siendo considerada en la actualidad como la primera causa de Hospitalización y mortalidad en adultos mayores derechohabientes del IMSS.

La insuficiencia cardíaca es el resultado final de todas las cardiopatías, encontrándose en un 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

La neumonía es la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas, la mayoría se asocia con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Dicha población tiene una alta prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como la demencia.

El grupo de la tercera edad en el ámbito biológico se vuelve cada día más vulnerable, lo que hace que sea su salud la más afectada. El abordaje que se le debe dar a un adulto mayor es multidisciplinario, con el objetivo de mantener su funcionalidad dando como resultado una buena calidad de vida, preservando su independencia.^{20, 21, 25}

Social

Actualmente el adulto mayor vive en soledad, maltrato tanto social como familiar y pobreza. La sociedad es el fruto de su cultura, el tiempo en el que viven, su género, la experiencia y la educación dentro de un contexto.

Durante el proceso del envejecimiento las redes sociales forman parte importante del eslabón para el funcionamiento social del anciano. Algunos autores las refieren como un conjunto de apoyos económicos, emocionales y materiales proporcionados por otros individuos. A diferencia de lo que son las relaciones sociales las cuales son interacciones que se dan en un grupo de individuos logrando resultados buenos o malos y en muchas ocasiones aunque tengan relaciones sociales no se garantiza dicho apoyo.

El apoyo que reciben los adultos mayores a través de las redes sociales es de tipo primario y secundario. Las primarias forman parte del apoyo más importante, dadas por la familia. Las secundarias la constituyen el resto de la sociedad. Formada por amistades donde existe una mayor involucración, cohesión, compañía y apoyo en actividades de la vida diaria, se caracterizan por dar afecto y estimular su autoestima, incrementando la espiritualidad. Los grupos comunitarios; como la iglesia, grupos de autoayuda de la tercera edad, donde los ancianos pueden pertenecer y/o participar en organizaciones sociales denominados clubes donde se les accede a la participación social, las relaciones sociales con individuos de su misma edad, en actividades recreativas, proporcionándoles una entidad en la que se reconocen, asumen sus roles y se potencia el desarrollo de actividades para rehacer su vida, dando como resultado una interacción entre los mismos ancianos.^{16, 18, 20, 21}

Familiar

La familia es la célula esencial de la sociedad cuyas funciones son crear condiciones para el desarrollo biopsicosocial de cada uno de los integrantes, favoreciendo valores individuales, y las funciones de cada familia; Socialización, Afecto, Cuidado (Tanto material, financiero y de salud), Estatus y Reproducción. Permitir una participación y transmisión de características sociales, para conseguir condiciones adecuadas para la reproducción del género humano.

Ciertos autores como Henan, Cristie y Glenn, coinciden en llevar un abordaje del adulto mayor y a su familia en tres pasos los cuales fueron sintetizados por John W. Saltz en los siguientes:

- 1) Reconocer la Estructura familiar.
- 2) Entender el funcionamiento normal de la familia.
- 3) Aprender a evaluar la estructura y el funcionamiento familiar.

De acuerdo a diferentes estudios han demostrado que los adultos mayores que son institucionalizados poseen sentimientos de soledad por hallarse lejos de su familia, mostrando apatía, poca interacción con actividades programadas por los mismos centros, así como mayores factores de riesgo; sedentarismo, depresión, aislamiento y requieren más frecuentemente de ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria, a diferencia de los adultos mayores que viven con sus familias las cuales se muestran más participativas en sus actividades y algunas con mejores condiciones de vida. En otros casos los adultos mayores viven solos debido a que sus hijos forman su propia familia fuera del lugar de origen.

La enfermedad que se origina al llegar al envejecimiento en un adulto mayor con una familia funcional tiene la capacidad de interactuar y adaptarse de manera apropiada, volviéndose no solo del individuo sino de todo el grupo familiar, ya que de alguna manera todos se ven afectados.

Al llegar a la etapa del envejecimiento, los adultos mayores presentan muchos factores de riesgos que los pueden llevar a una vulnerabilidad mayor, donde la familia se convierte en su primer y en ocasiones el único recurso con el que cuentan. Actualmente el envejecer es visto diferente respecto a generaciones precursoras, ya que al haber mayor pérdidas, estas pueden enmarañar la presencia de los demás por una mala adaptación, lo que origina conflictos en el ámbito familiar por la necesidad de un cuidador. Recordando que la familia es generadora de salud o enfermedad. Algunas veces son padres de hijos ya también mayores, en otras no hay hijos y en esos casos la misma pareja se cuida pese a sus carencias propias de la edad, en otras ocasiones gente fuera de su núcleo familiar se vuelve el cuidador.

La familia al igual que otros sistemas muestra un inicio y un final, visto de manera individual; nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere. Son etapas por las que pasa, relacionado con la familia inicia con un tiempo de formación hasta su disolución y de nuevo empieza el proceso pero ahora con los sucesores que iniciaran el ciclo de la pareja siguiendo su evolución dando lugar al ciclo evolutivo familiar y en cada una de estas existen cambios. La etapa de envejecimiento es vista por unos como una desventura siendo la etapa final del ciclo evolutivo, por la que todos llegaremos a pasar, y el tener buenas o malas condiciones de vida va depender de factores: sociales, biológico, económicos y familiares.

Existen etapas del ciclo evolutivo familiar donde se plantean cambios que se originan dentro del núcleo familiar de acuerdo al momento de su vida. Geyman menciona que existen 5 etapas donde la última es referente al adulto mayor. Esta etapa inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres. También conocida como "Nido vacío". Es una etapa de muchos cambios proporcionados por la edad, se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Se presentan situaciones difíciles de afrontar como la incapacidad de laborar, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, abandono por parte de los hijos, existiendo más frecuentemente enfermedades crónicas degenerativas, en caso de haber armonía con la pareja nace un reencuentro, donde ocurre un enfrentamiento ante la sexualidad o a la ausencia de uno de los desposados.^{16, 20, 26, 28,29}

Económico

Dentro del proceso del envejecimiento se observa un cambio drástico en la economía del individuo y se habla de la jubilación y retiro. De acuerdo a ciertas definiciones jubilación denota alegría y júbilo, pero también incluye la connotación de excluir por inútil. Poniendo a prueba la fortaleza y el patrimonio de cada individuo en la que se adecuara a una nueva etapa, donde se disipa el estatus social y económico.

De acuerdo a la historia tras la Revolución Industrial se beneficio en ofrecer la jubilación a individuos a partir de los 60 años, para disfrutar de una compensación económica (pensión) resultado del trabajo previo. Se pensaba que la pensión se proporcionaría por poco tiempo de acuerdo la esperanza de vida proyectada entonces. Sin embargo todo a cambiado con el fenómeno del envejecimiento mundial, la esperanza de vida aumenta y los jubilados sobreviven más tiempo, lo cual afecta a los presupuestos sociales, no solo porque se prolonga el tiempo de paga sino porque se consumen más recursos de seguridad social principalmente por una mala salud. Actualmente el jubilado vive muchos años el promedio paso de 1-5 años hasta 20 y más, el consumo de recursos es cada día mayor y la mayoría de los jubilados se encuentran en situación de pobreza, considerando que la tercera parte del presupuesto de salud la ocupan los adultos mayores.

Se a observado que el mantener un empleo pasando los 60 años muchas veces se relaciona a un salario bajo con mala seguridad social, en el Distrito Federal, los hombres adultos mayores son económicamente activos en un 46.2% a diferencia de las mujeres, ya que éstas representan el 16.8%.

Un punto importante es la pobreza y de acuerdo al Consejo Nacional de evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en el Distrito federal se reporto en el 2012 una cifra de 217 mil adultos mayores en situación de pobreza lo que equivale al 18.7% de esta población específicamente del Distrito Federal.

Dentro de las consecuencias que tiene la jubilación es el problema económico y familiar, ya que actualmente las pensiones son insuficientes. El jubilado y su familia afectan su porte adquisitivo, observando la falta del dinero principalmente en el área de la salud, en ocasiones limitando alimentos por medicamentos o viceversa, en muchos casos el individuo se devalúa perdiendo el control de la resolución de los problemas al no poder satisfacer necesidades económicas, afectando principalmente al padre de familia, lo que los lleva a enfocarse exclusivamente a la supervivencia, tratando de emprender nuevas actividades ocupacionales encontrándose en una realidad con limitantes para el trabajo ya que existe una discriminación por la edad, y en ciertos casos llegan a recurrir a otras fuentes de apoyo económico por parte de la familia ya sean hijos o hermanos y en ocasiones a generar una dependencia.

Un problema mayor se ve en los adultos mayores que no cuentan con una pensión ya que este grupo es más numeroso y en ellos se observa una dependencia económica total con alguno de los integrantes de la familia, generando un problema mayor para los recursos de la sociedad.²⁰

INTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

A la par del desarrollo de los estudios de investigación sobre la CV se han diseñado instrumentos de evaluación que combinan características que les dan sustento conceptual, que cuenten con validez y confiabilidad, siendo fundamental que sean relevantes culturalmente, que indaguen sobre aspectos significativos para las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado. 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 y cada una de ellas representa una variable que tiene un peso específico en el contexto de una calificación global, de un factor o de un dominio que caracteriza un sector que constituye la vida del individuo. Cada uno de los dominios, físico, mental o social, que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones: la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.¹⁰

El tener un conocimiento de las evaluaciones al medir la calidad de vida permitirá incorporar acciones específicas de manera preventiva en la evaluación integral del individuo, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud. Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar áreas que integran la visión de calidad de vida. Los problemas metodológicos que enfrenta la medición de calidad de vida son dos; primero, se trata de medidas consideradas “blandas”, y segundo, que no hay un valor de referencia o estándar de oro contra el cual se pueda comparar.

Instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los más utilizados son el *Sickness Impact Profile*, el *Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham)*, el *Short Form (SF-36)*, el *EuroQol-5D* y las Láminas Coop/Wonca.

Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, son particularmente útiles para ensayos clínicos, incluyen sólo los aspectos importantes de una enfermedad, para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico. Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios, antes y después del tratamiento que los genéricos. Su mayor desventaja estriba en que no permiten comparaciones entre diferentes afecciones. Con el propósito de tener un panorama de los

instrumentos para medir calidad de vida y que podrían ser aplicados en diferentes edades y poblaciones.

La OMS desarrolla una herramienta que permite evaluar la calidad de vida, no pretendiendo medir síntomas, discapacidades o enfermedades, sino evaluar los aspectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico, repercutiendo en la calidad de vida del sujeto. Para tal fin crea el whoqol-100 (1991) y el Whoqol-Bref (1996) como único instrumento internacional de la OMS, para la medición de calidad de vida logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales.^{27, 29,31}

Es importante mencionar que el instrumento WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1996) es un instrumento genérico que posee 26 reactivos, se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100, para evaluar la calidad de vida de forma que permita resumir áreas y se emplea en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. En la población de ancianos se le ha utilizado para una gran cantidad de casos.^{34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41,42}

Dicho instrumento, fue traducido y adaptado por Sánchez-Sosa y González-Celis, el cual mide cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Consta de 26 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100; donde entre mas alta la calificación, mejor calidad de vida reportaban percibir los individuos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población cada día es mayor, aunado al incremento de la esperanza de vida es uno de los fenómenos que está provocando un gran impacto en la sociedad, donde no solo involucra al adulto mayor sino al entorno donde este se desarrolla, provocando cambios en el ámbito social, biológico, económico y familiar.

La situación actual de la vejez en América Latina revela pobreza, abuso, maltrato y discriminación, la cual puede empezar desde su hogar. Es muy frecuente el rechazo para contratar a un adulto mayor, o los empleos para este grupo etario son con un salario mínimo, donde no cuenta con seguridad social, y que al estar solos y en el extremo de la vida no hacen válido sus derechos o por la situación en la que viven los individuos no los exigen.

Cada día es más frecuente ver en la consulta externa del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana pacientes adultos mayores, los cuales acuden solos refiriendo no pudo acompañarlos un familiar, no quieren dar molestias o no tienen a nadie que los acompañe. Una parte de esta población acuden a la consulta para conversar ya que la interacción que tienen en su esfera social cada día es menor, otros acuden de manera más frecuente de lo usual por temor a presentar una enfermedad, y la gran mayoría por enfermedades crónicas degenerativas bajo tratamiento farmacológico y no farmacológico que en varias ocasiones a pesar de llevar un tratamiento, presentan un descontrol dando como resultado complicaciones de la enfermedad de base, secundario a múltiples factores. Es frecuente que en la mayoría de las situaciones mencionadas previamente, el adulto mayor presenta una mala satisfacción de su vida, existen situaciones que pueden afectar su bienestar, algunas desencadenadas por descuido de su salud en etapas jóvenes, dando como resultado el desgaste propio de la edad afectando la esfera biológica. Al llegar a la vejez el nivel económico presenta un cambio donde dejan de percibir ingresos, algunos cuentan con su pensión la cual es mínima, y otros se vuelven dependientes de algún familiar para cubrir sus necesidades básicas, este es uno de los puntos importantes que se ha observado, al no contar con solvencia económica es más difícil tener acceso a servicios de salud y que por la misma situación presentan limitación para la atención de la misma así como el realizar actividades recreativas con grupos de su misma edad afectando su esfera social, ya que evitan generar gastos. A nivel familiar ocurren muchos cambios desde roles, la atención que reciben es menor y muchas veces obligada, al no tener un lugar donde vivir, se van con los hijos donde algunas veces no viven en las mejores condiciones, pueden llegar a presentar maltrato psicológico y en ocasiones físico. Todas estas condiciones pueden originar una mala calidad de vida y por consiguiente se puede ver reflejado en malas respuestas a tratamientos, consultas innecesarias, complicaciones de alguna enfermedad tratable, de ahí la importancia de conocer la situación actual por la que viven, ya

que al ser una población que va en aumento, es necesario realizar programas con enfoque educacional y preventivo no solo dirigido al adulto mayor sino también a sus familiares, ya que ellos son un punto clave para que el adulto mayor curse sus últimos años de vida con buena calidad, de igual manera realizar evaluación geriátrica integral, ya que muchas veces solo nos vamos a lo biológico y dejamos a un lado aspectos importantes para un bienestar, lo cual si se logra se reflejara con menores gastos a la sociedad.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La Población del adulto mayor con su incremento poblacional, ha ocasionado un gran impacto no solo en México sino en toda América Latina, ya que se ha observado una serie de cambios donde no solo afecta a un individuo, sino a todo el entorno donde se desenvuelve que es la sociedad. De acuerdo a los últimos reportes del INEGI de octubre del 2013, el Distrito Federal en el 2010 fue la entidad de la República Mexicana que ocupó el primer lugar en porcentaje de población de adultos mayores de 60 años y más con 1 003 648 de habitantes. De igual las proyecciones demográficas del CONAPO, consideran que para el 2030 la población en este rango de edad ascenderá a un millón 726 mil que equivale al 20.4% de la población total, lo que significará un incremento de 9.1 puntos porcentuales respecto de 2010, cuya participación fue de 11.3 por ciento.²⁰

Es más frecuente en esta etapa diagnósticos de enfermedades crónicas degenerativas, deterioro cognitivo, hospitalizaciones prolongadas, incremento en gastos económicos de distinto tipo. Ocurre un cambio de roles ante la sociedad y en ámbito familiar, volviéndose un grupo endeble con riesgo a la discriminación y al maltrato.¹⁷

Estos son algunos de los cambios que se están presentando, originando un aumento en la demanda de servicios de salud, secundario a carencias por malas condiciones de vida.

Por lo que el personal y Médicos Familiares debemos estar preparados para brindar una mejor atención, prevención y detección de factores de riesgo, que si se trabajan en ellos se podrían evitar gastos excesivos de medicamentos, consultas innecesarias, hospitalizaciones prolongadas que esto daría como resultado una vejez con buena calidad de vida no sólo evaluando al individuo de manera biológica, sino también en su esfera psicológica, social y espiritual. Diversos autores coinciden en que la calidad de vida influye de manera diferente en cada individuo, donde las interacciones dinámicas y las condiciones de su entorno influyen en su satisfacción y lo reflejan con un bienestar. De acuerdo a información recopilada de este tema, no hay mucha información en población mexicana, sin embargo si se cuentan con estudios de otros países donde estudian el problema de acuerdo a su población.

Actualmente el conocer sobre la calidad de vida del adulto mayor, dando prioridad a factores biológicos, sociales, económicos y familiares beneficiaría al sector Salud, ya que se podrían realizar medidas educativas-preventivas evitando múltiples complicaciones y gastos, que daría por resultado una población más sana.

De acuerdo a lo anteriormente comentado fue factible realizar el estudio de Investigación dentro de las instalaciones del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, ya que cuenta con una población del adulto mayor, y consultorios donde se atienden de manera diaria de lunes a viernes cubriendo horarios tanto matutinos como vespertinos, el sitio de aplicación del instrumento fue el área de sala de espera, donde se contó con el material necesario para poder recolectar la información necesaria para realizar el estudio.

1.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Por tratarse un estudio descriptivo sólo se realizó hipótesis de trabajo.

Para que un adulto mayor tenga buena calidad de vida no solo depende de la salud física, y para tener una salud física influye de manera positiva o negativa, la economía, la familia, y lo sociedad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad de vida percibida por los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

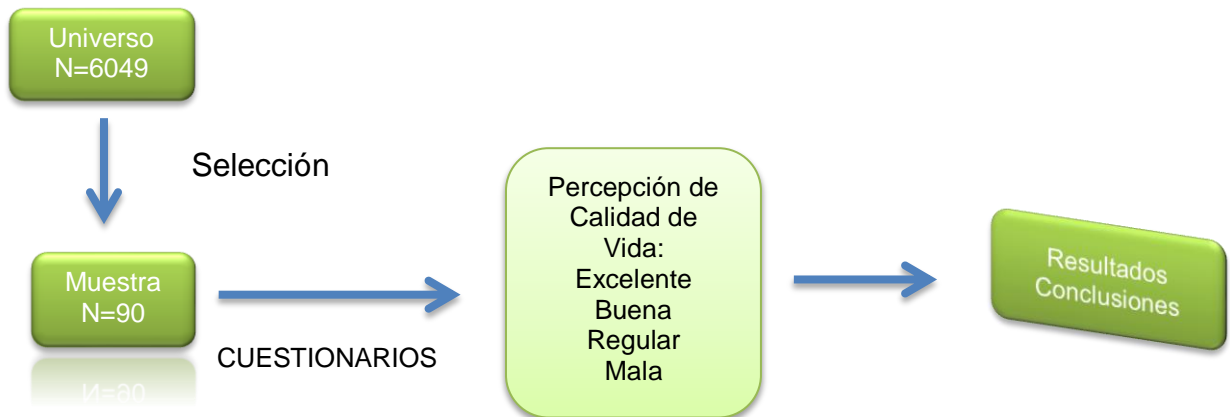
- 1) Conocer la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico mensual y ocupación actual.
- 2) Identificar las relaciones sociales de los adultos mayores.
- 3) Conocer la patología más frecuente de los adultos mayores.
- 4) Identificar la composición familiar más frecuente en los adultos mayores.
- 5) Analizar mediante el cuestionario de WHOQOL-BREF la calidad de vida correspondiente al área de salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

- Adultos mayores de 60 años y más que acudan al CSDJCV
- Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" delegación Tlalpan, México Distrito Federal.
- De mayo a junio del 2014

2.4 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No Probabilístico, por conveniencia, y por cuota; se encuestó a todos los pacientes de 60 años y más, que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y que reúnan criterios de selección, durante el periodo de estudio mencionado, obteniendo un tamaño de muestra de 90 adultos mayores.

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 Criterios de inclusión:

- 1) Todo paciente mayor de 60 años de edad que acudan al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
- 2) Adultos de 60 años y más que sepan leer y escribir.

2.5.2 Criterios de No inclusión:

- 1) Adultos mayores con enfermedad mental.

2.5.3 Criterios de Eliminación:

- 1) Pacientes que se retiren antes de concluir el cuestionario, al momento de la aplicación del mismo.
- 2) Pacientes que al momento de evaluar respuestas del cuestionario este incompleto o mal elaborado

2.6 VARIABLES DEL ESTUDIO

2.6.1 Definición conceptual:

VARIABLE	Definición
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
Sexo	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo.
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo,
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Escolaridad	Nivel educativo máximo alcanzado en el Sistema Educativo Nacional.
Ocupación laboral	Oficio o profesión en que desempeña sus actividades de trabajo.
Relaciones sociales	Interacciones sociales, reguladas por normas, entre dos o más personas.
Enfermedades crónicas degenerativas	Afección crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.
Composición familiar.	Grado de conformación de una familia.
Calidad de vida	Percepción de buenas condiciones de vida (objetivo) y grado de bienestar (subjetivo) de un individuo.

2.6.2 Definición Operacional

VARIABLES / CATEGORIA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CALIFICACIÓN
Sexo	De control	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo.	Cualitativo Nominal	1.-Femenino 2.-Masculino
Edad	De control	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Estado Civil	De control	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Nominal	1.- Soltero 2.- Unión Libre 3.- Casado 4.- Viudo 5.- Divorciado

Escolaridad	De control	Espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria	Cualitativa Nominal	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.-Licenciatura
Ingreso económico mensual	De control	Cantidad de dinero que una familia o individuo puede gastar en un tiempo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.	Cuantitativa continua	1.- 1 salario mínimo 2.- 2 salarios mínimos 3.- > De 3 salarios mínimos.
Ocupación laboral	De control	Oficio o profesión en que se desempeña sus actividades de trabajo	Cualitativa nominal	1.- Trabajador 2.-Jubilado y pensionado. 3.- Sin empleo.
Relaciones sociales	Independiente	Vinculación y participación con la sociedad.	Cualitativa Nominal	Relaciones sociales con: 1.-Familia y amistades. 2.- Sólo con familia. 3.-No sale del domicilio, sólo recibe visitas.
Enfermedad crónica degenerativa	Independiente	Enfermedad previamente diagnosticada	Cualitativa nominal	1.-Ausente 2.-DM 3.-HTA 4.-Obesidad 5.-Adicciones 6.-Osteoartritis 7.-DM/HTA/Obesidad 8.-HTA/Obesidad 9.-DM/Obesidad 10.-DM/Osteoartritis 11HTA/Osteoartritis 12.-Obesidad/ Osteoartritis 13.-DM/HTA/ Osteoartritis 14.-DM/HTA
Composición familiar	Independiente	Variedad de tipos de familia de acuerdo a su conformación.	Cualitativa Nominal	1.-Vive con familia. 2.-Vive con cónyuge. 3.-Vive con familia y cónyuge. 4.-Vive solo aunque tiene hijos. 5.-Vive solo no tiene hijos o viven alejados
Calidad de vida	Dependiente	Percepción de buenas condiciones de vida (objetivo) y grado de bienestar (subjetivo) de un individuo.	Cualitativa ordinal	Pregunta numero 1 de cuestionario WHOQOL-BREF 1. Muy mal. 2. Regular. 3. Lo normal. 4. Bastante bien. 5. Muy bien.

2.7 DISEÑO ESTADISTICO

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores la frecuencia que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”. Par lo cual se llevo a cabo por medio de una muestra no aleatoria, seleccionada por conveniencia y cuota, en donde se realizó una sola medición, con variables cuantitativas y cualitativas. Los resultados obtenidos se analizaron a través de pruebas no paramétricas donde se utilizó chi cuadrada para las diferencias en variables cualitativas, a través de las medidas de tendencia central y resumen, mediante el programa estadístico SSPS versión 18 para *Windows*.

2.8 INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se aplicó constaba de dos secciones:

1.-Cédula de datos personales, constituida por los siguientes puntos (Anexo III).

- Datos sociodemográficos

Sexo.

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

- Información de relaciones sociales.
- Presencia de enfermedades crónico degenerativas.
- Composición familiar.
- Percepción de calidad de vida.

2.- Cuestionario WHOQOL-BREF para evaluar la percepción de calidad de vida. (Anexo IV).

El cual se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) es creado por la OMS en 1994 como único instrumento genérico internacional, para la medición de calidad de vida logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales, el cual permite evaluar de manera rápida y sencilla sin perder sus propiedades psicométricas, Proporcionara un perfil de la

calidad de vida, evaluando 4 áreas o dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, esta conformado por 26 ítems, con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert resultando a mayor puntaje mejor calidad de vida. Se considera un tiempo de referencia de dos semanas y debe ser auto administrado. Dicho instrumento, fue traducido y adaptado por Sánchez-Sosa y González-Celis.

Dominios del WHOQOL-BREF

Dominio	Facetas incorporadas dentro de los dominios
1. Salud física	Actividades de la vida diaria. Dependencia de sustancias médicas. Energía y fatiga. Movilidad. Dolor y molestia. Sueño y descanso. Capacidad de trabajo.
2. Psicológicos	Apariencia e imagen del cuerpo. Sentimientos negativos. Sentimientos positivos. Autoestima. Espiritualidad/religión/creencias personales. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
3. Relaciones sociales	Relaciones personales. Apoyo social. Actividad sexual.
4. Ambiente	Recursos financieros. Libertad, seguridad, seguridad física. Cuidado social y salud, acceso y calidad. Ambiente hogareño. Oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información. Participación en y oportunidades de recreación/actividades de descanso. Ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico/clima). Transporte.

Evaluación de cada dominio de WHOQOL-BREF:

Dominio 1 Salud física se evalúa con los ítems 3, 4, 10, 15, 16,17 y 18.

Dominio 2 Salud Psicológica se evalúa con los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26.

Dominio 3 Relaciones sociales se evalúa con los ítems 20, 21 y 22.

Dominio 4 Ambiente se evalúa con los ítems 8,9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25

Para su interpretación y resultados Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100; entre mas alta la calificación, mejor calidad de vida reportaban percibir los individuos. Respecto a su puntuación: no existen puntos de corte propuestos.

Se realizó una búsqueda específica para poder estadificar por puntaje la calidad de vida, sin embargo no se cuenta con un valor reseña, ya que varía de un Autor a otro. En esta Investigación se utilizó como referencia la siguiente información del artículo publicado por Syed Qadri et al.⁴²

2.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de iniciar dicha recolección con la aplicación del instrumento, se solicitó permiso a las autoridades pertinentes del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. (Anexo I).

Posteriormente en los meses de mayo-junio se procedió a la selección de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio, el investigador principal los captaba en la sala de espera de dicha Unidad, mientras esperaban su turno para pasar a la consulta, donde de manera directa e individual se realizaba una entrevista donde les platicaba en que consistía el estudio de investigación y se les proponía el poder participar en este, el cual ameritaba un tiempo aproximado de 20-30 min. se les entregaba dos cuestionarios uno de cedula de datos y el d, en Whoqol-Bref. En caso de mostrarse interesados se les explicaba que el estudio tenía exclusivamente fines académicos y de investigación y en caso de aceptar se les otorgaba un formato de consentimiento informado mediante el cual, con su nombre y firma, aceptaban su participación voluntaria, para posteriormente al termino de llenado continuábamos con la recolección de cedula de datos y al termino de este con la auto aplicación del cuestionario de Whoqol-bref, donde se les daba su tiempo para que contestaran con calma y en caso de dudas el investigador permanecía al lado del paciente por si era necesario aclarar dudas, al termino de este se agradecía su participación y se concluía la entrevista.

De esta manera el investigador principal, obtiene la recolección de datos. De igual manera se conto con el apoyo de un Médico residente, al cual se le asesoro y capacito con la información necesaria para la correcta obtención de información de cada uno de los pacientes participantes así como del llenado de los cuestionarios.

2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS

Como estrategia para evitar sesgos de la investigación, el investigador realizó una prueba piloto con adultos mayores que se encontraban en la sala de espera del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” a quienes se les aplicó el cuestionario Whoqol-Bref para corroborar la comprensión del mismo.

Es importante mencionar que los datos obtenidos del cuestionario no pueden ser verificados, ya que es un instrumento de autopercepción y su apreciación es subjetiva, por tal motivo existe la posibilidad de sesgos en la información.

2.10.1 PRUEBA PILOTO

Antes de iniciar las entrevistas con los adultos mayores a incluir en el estudio se realizó una prueba piloto con la finalidad de medir tiempo de aplicación y dudas al momento del llenado de los cuestionarios. Se obtuvo un total de 8 pacientes. Dentro de los hallazgos reportados se observó que 5 pacientes presentaron confusión de interpretación de la pregunta 16 del cuestionario Whoqol-Bref la cual fue explicada por parte del investigador principal, y comprendida por parte de los pacientes, el tiempo de aplicación fue de 20-25 minutos por cada adulto mayor. Una vez terminada la prueba piloto se procedió a la recolección de datos de la muestra, para lo cual se lleva a cabo de la siguiente manera

2.11 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

2.11.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Una vez recolectada toda la información de los cuestionarios, se creó una base de datos en Excel, se analizaron y obtuvieron resultados mediante el programa estadístico SPSS versión 18, y dichos resultados se representaron en tablas y figuras.

2.11.2 ANALISIS ESTADISTICO

En términos descriptivos se analizarán: medidas de resumen y tendencia central (frecuencias y porcentajes), para las pruebas estadísticas analíticas se realizará un análisis bivariado de los resultados de la percepción de la calidad de vida, con las principales variables incluidas en el estudio. Se usarán pruebas estadísticas no paramétricas: Chi cuadrada.

2.12 CRONOGRAMA

		Proyecto de Investigación Residencia en Medicina Familiar Sede Centro de Salud José Castro																													
Nombre del Proyecto	Percepción de calidad de vida del adulto mayor que acude al centro de salud "Dr. José Castro Villagrana"																														
Titulación:	Oportuna																														
Residente	Nancy Sosa López																														
Asesor:	Dr. Isaias Hernández Torres																														
		2012				2013				2014																					
Mes		M	A	M	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N
Programa do		Realiza do																													
Actividad	Título																														
Conocimiento de la Especialidad y elección del tema de investigación	Referencias																														
	Marco Teórico																														
	Planteamiento del Problema																														
	Justificación																														
	Objetivos																														
	Hipótesis																														
	Materiales y Métodos																														
	Población, Lugar y Tiempo																														
Diseño de la investigación	Muestra																														
	Criterios de Selección																														
	Definición de variables																														
	Diseño Estadístico																														
	Recolección de datos																														
	Prueba Piloto																														
Etapa de Campo. Diseño de base de datos	Procedimientos estadísticos																														
	Construcción de Base de Datos																														
	Análisis de Datos																														
Integración del informe final.	Resultados																														
	Discusión																														
	Conclusiones																														

2.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Humanos:

- Investigador principal.
- 1 Residente de la especialidad en Medicina Familiar.

Materiales:

Lápices, plumas, formatos de cuestionario de WHOQOL-BREF, formatos de Mini mental, formatos de recolección de datos personales. Gafete de identificación, tanto del investigador principal como del residente de apoyo. 1 Computadora, 1 impresora y fotocopidora.

Físicos:

Salas de espera tanto de planta alta y baja del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

Financiamiento: Autofinanciado por el investigador principal.

2.13 CONSIDERACIONES ETICAS

Para poder realizar este estudio dentro de las instalaciones del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” con pacientes que acuden a esta Unidad se solicitó permisión a las autoridades Competentes de dicho Centro. Posterior a ser autorizado se inicia la fase de campo del estudio, con la población de adultos mayores, se aplico 1 cuestionario de datos sociodemográficos, 1 cuestionario Whoqol-Bref y 1 Test de Mini mental, para lo que cual antes del llenado de dicha información, se explico de manera detallada a cada uno de los pacientes candidatos en que consistía esta investigación y se solicitó su autorización para poder obtener la información necesaria, manifestando como objetivo fines académicos, teniendo la opción de participar o no participar, en caso de aceptar se les dio una carta de consentimiento informado de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Helsinki basado en los puntos XX y XXI, así como en los artículos 20, 22 y 23 de la Ley General de Salud (Anexo II).

La Ética Médica es una disciplina del conocimiento que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. Existen principios categóricos en Ética Médica; autonomía, beneficencia – no maleficencia y justicia. De acuerdo a la Declaración de Helsinki Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales. Se consideraran los siguientes puntos, al realizar investigación médica en seres humanos:

A. INTRODUCCIÓN

Punto 6 El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Punto 8 La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

Punto 14 El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Punto 20 Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Punto 21 Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

De igual manera la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, basados en el capítulo I de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos aporta lo siguiente:

Art. 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Se llevará a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso de la Secretaría.

Art. 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17. Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Art. 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto a quien se realice la investigación. Asimismo será suspendida de inmediato cuando así lo justifique.

Art. 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal indicando la información y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.

II. Será revisado y en su caso aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.

III. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, según sea el caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

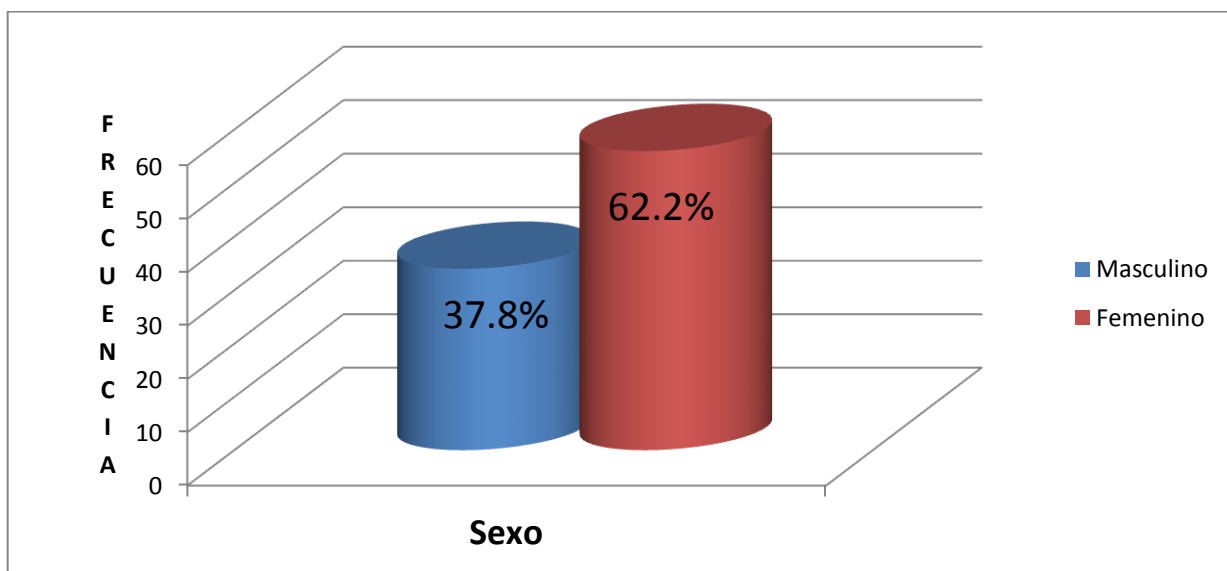
Art. 23. En caso de investigación con riesgo mínimo, la Comisión de Ética por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y, tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo con el artículo 23 de la Ley General de Salud, esta investigación presenta un riesgo mínimo refiriendo que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. Sin embargo a cada uno de los participantes se les entregó y explico un consentimiento informado.^{32,33}

3.- RESULTADOS

Se aplicaron 2 cuestionarios, el de datos sociodemográficos y el cuestionario de Whoqol-Bref, a 90 adultos mayores del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” donde predominio el sexo femenino con 56 mujeres (62.2%) y 34 hombres (37.8%) (Figura 1) El rango de edad oscilo entre 60 -91 años de edad. Acudiendo más frecuentemente a la consulta, adultos mayores de 68, 71,75, 79,84 y 90 con una media de 79 años. El motivo de no ingresar a 4 pacientes fue por no saber leer ni escribir.

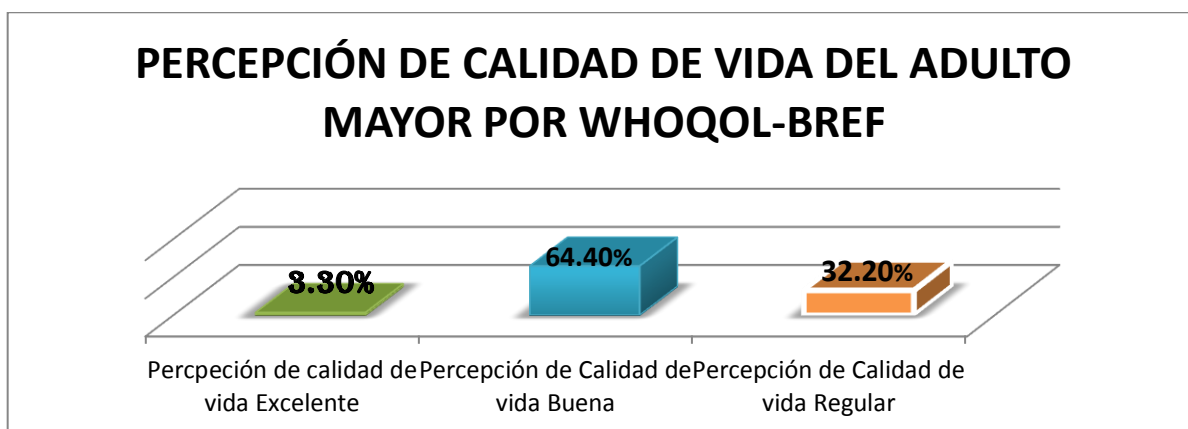
Figura 1. Distribución de los adultos mayores por sexo



Fuente: Cuestionario de Datos Personales.

Los resultados que se obtuvieron al evaluar la percepción de calidad de vida a través del cuestionario Whoqol-Bref, el cual se clasifico de acuerdo al puntaje obtenido en, excelente (110-89 puntos), buena (88-67 puntos), regular (66-45 puntos) y mala (44-22 puntos).(Figura 2)Fueron los siguientes, llama la atención que solo un 3.3% del total de la población de estudio percibe una calidad de vida excelente, siendo solo 3 casos de mujeres de 79, 64 y 65 años de edad respectivamente. Es importante mencionar que predomino el sexo femenino del masculino, sin embargo con los resultados de este cuestionario las mujeres perciben una mejor calidad de vida que los hombres. (Tabla 1) Ninguno de los participantes refirió mala calidad de vida, predominando una calidad buena.

Figura 2. Percepción de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagarana”



Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref.

Tabla 1. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref relacionada con el Sexo del paciente.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR WHOQOL-BREF RELACIONAA CON EL SEXO DEL PACIENTE			
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
EXCELENTE	3	0	3
BUENA	34	24	58
REGULAR	19	10	29
TOTAL	56	34	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref.

El estado civil de la mayoría de los adultos mayores fue casado y perciben una buena calidad de vida, el segundo más frecuente de los 5 grupos lo conforman los viudos con un total de 16 pacientes resultando 8 con buena calidad de vida y 8 regular. Solo 2 casos (2.2%) eran solteros. (Figura 3). De acuerdo a estos resultados se puede pensar que los adultos mayores con mejor percepción de su calidad de vida son los que cuentan con una pareja sentimental. (Tabla 2).

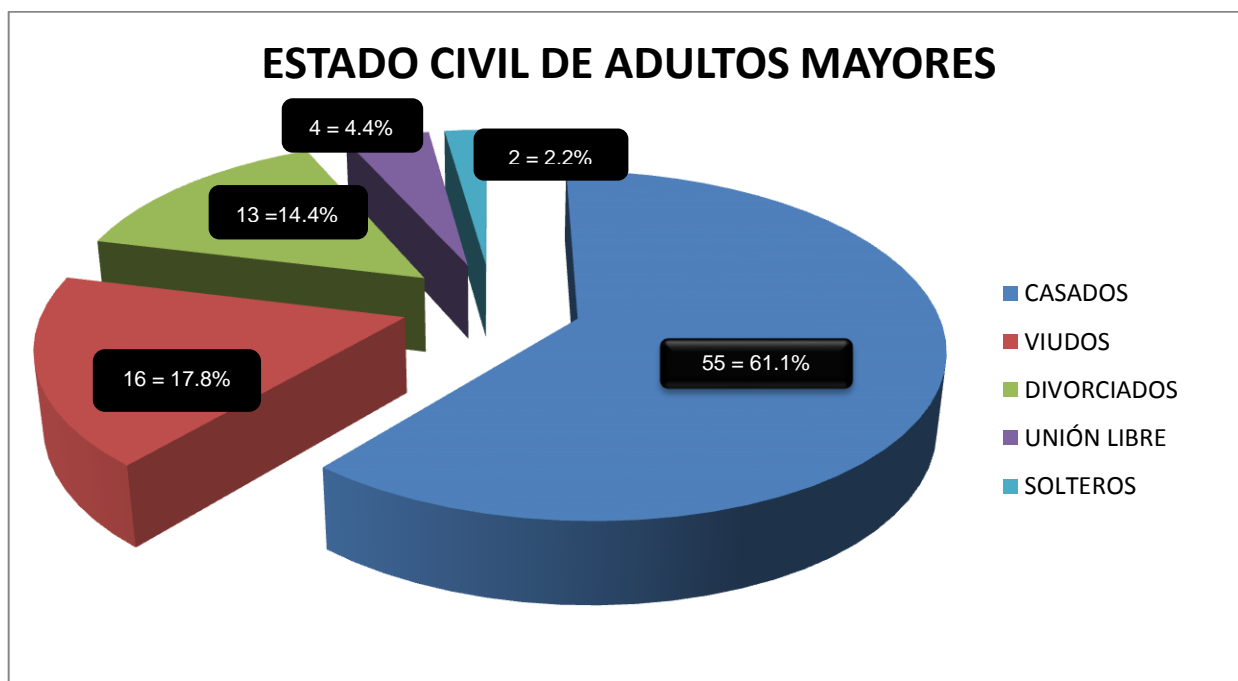
Tabla 2. Percepción de Calidad de vida por Whoqol-Bref relacionada con el Estado Civil del paciente.

Percepción de Calidad de vida por Whoqol-Bref relacionada con el Estado Civil del paciente

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	SOLTERO	UNION LIBRE	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO
EXELENTE	0	0	1	0	2
BUENA	2	4	36	8	8
REGULAR	0	0	18	8	3
TOTAL	2	4	55	16	13

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref.

Figura 3. Distribución de pacientes adultos mayores por Estado Civil.



Fuente: Cuestionario de Datos Personales.

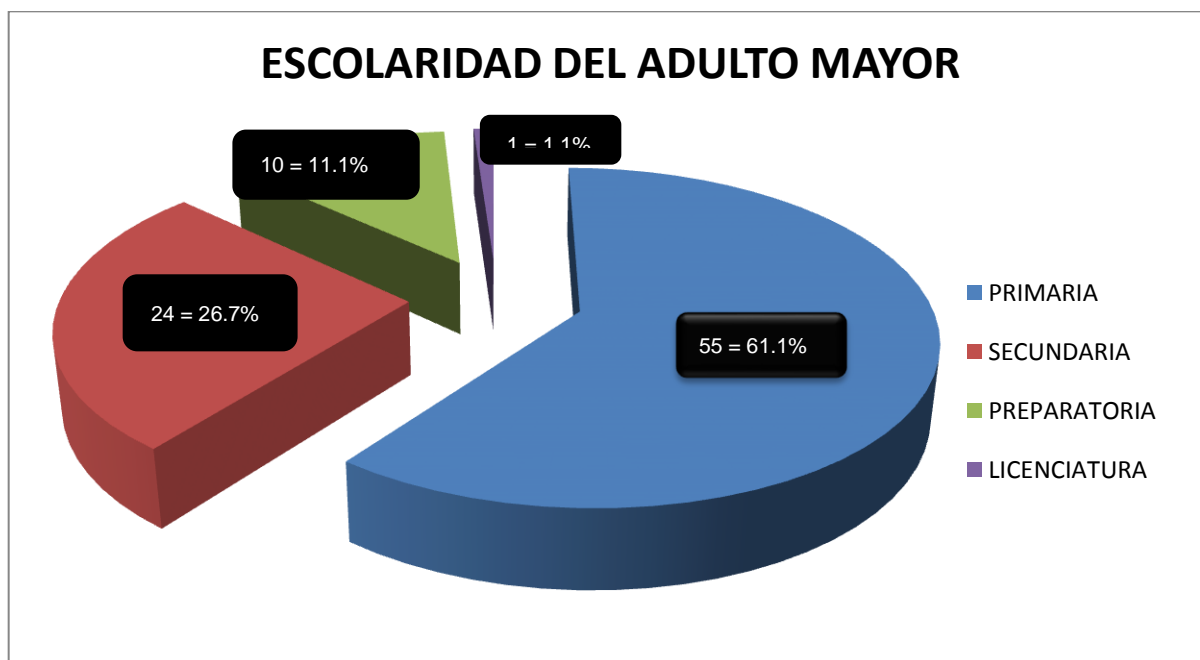
Al conocer la escolaridad de los adultos mayores (Tabla 3) se pudo observar que la mayoría (61.1%) solo cuentan con educación primaria representada por 40 pacientes del sexo femenino y 15 del masculino, de estos, 2 perciben excelente calidad de vida, 30 buena y 23 regular. Se observo mayor grado de escolaridad en el sexo masculino a partir del nivel preparatoria (11.1%) se hallaron 7 hombres y 3 mujeres, predominando en ellos buena calidad de vida, y a nivel de licenciatura (1.1%) solo se reporta un paciente de sexo masculino con buena calidad (Figura 4).

Tabla 3. Percepción de Calidad de vida por Whoqol-Bref relacionada con escolaridad del adulto mayor.

Percepción de Calidad de vida por Whoqol-Bref relacionada con la escolaridad del paciente				
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA
EXELENTE	2	1	0	0
BUENA	30	17	10	1
REGULAR	23	6	0	0
TOTAL	55	24	10	1

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref.

Figura 4. Distribución de pacientes adultos mayores por escolaridad



Fuente: Cuestionario de Datos Personales.

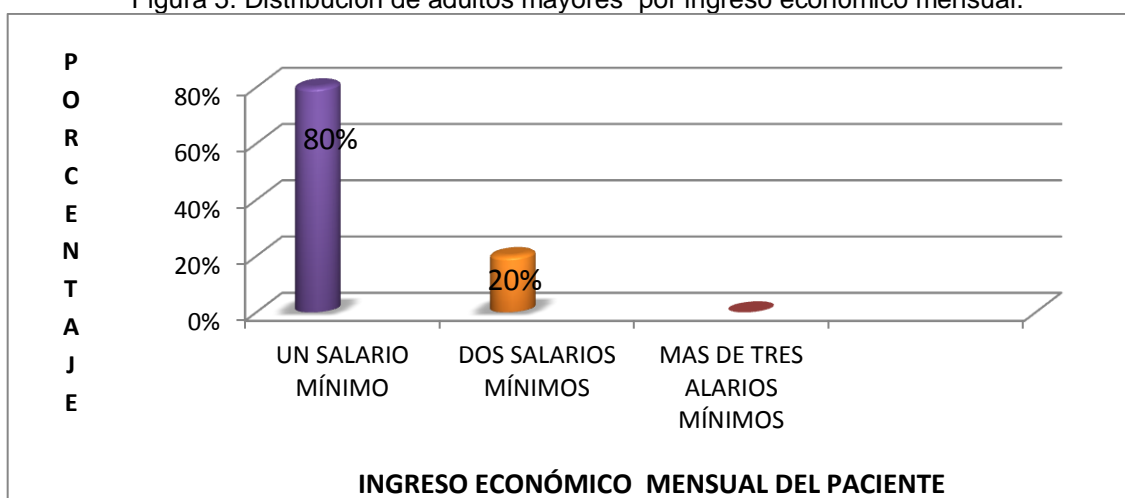
El ingreso económico mensual de los adultos mayores de este estudio se observó que la mayoría solo recibe un salario mínimo mensual (80%), ya sea por parte de los hijos, por programas del gobierno o por alguna otra institución, a diferencia de los que reciben dos salarios mínimos (20%) (Figura 5) Respecto a la calidad de vida percibida (Tabla 4) solo 3 pacientes de 90, la refieren excelente de estos 2 cuentan con un salario mínimo y 1 con dos salarios. La calidad de vida percibida en 58 pacientes fue buena pese a recibir la mayoría solo 1 salario mínimo. Todos los que perciben una calidad regular reciben un salario mínimo.

Tabla 4. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref relacionada con Ingreso económico mensual del paciente

Percepción de Calidad de vida por Whoqol-Bref relacionada con ingreso económico del paciente			
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	INGRESO ECONÓMICO MENSUAL		
	UN SALARIO MÍNIMO	DOS SALARIOS MÍNIMOS	TOTAL
EXCELENTE	2	1	3
BUENA	41	17	58
REGULAR	29	0	29
TOTAL	72	18	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

Figura 5. Distribución de adultos mayores por ingreso económico mensual.



Fuente: Cuestionario de datos Personales

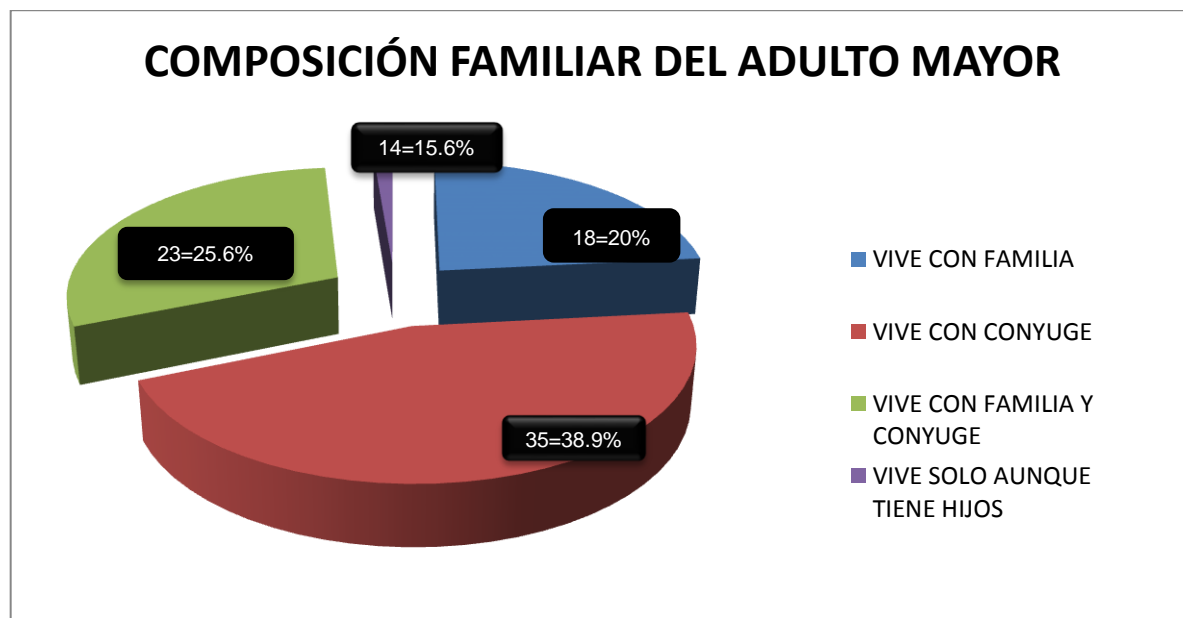
La composición familiar de este grupo de estudio (Figura 6) nos muestra que la mayoría de los adultos mayores viven con su cónyuge (38.9%), y perciben una buena calidad de vida, solo 3 pacientes refieren excelente calidad, de los cuales 2 viven con la familia, y 1 vive con la familia y el cónyuge. Dos adultos mayores entrevistados viven solos a pesar de tener hijos y perciben una calidad de vida regular. (Tabla 5)

Tabla 5. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref relacionado con la Composición familiar del paciente.

COMPOSICIÓN FAMILIAR					
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	VIVE CON FAMILIA	VIVE CON CONYUGE	VIVE CON FAMILIA Y CONYUGE	VIVE SOLO AUNQUE TIENE HIJOS	TOTAL
EXCELENTE	2	0	1	0	3
BUENA	6	33	7	12	58
REGULAR	10	2	15	2	29
TOTAL	18	35	23	14	90

Fuente: Cuestionarios Whoqol-Bref

Figura 6. Distribución de adultos mayores por composición familiar



Fuente: Cuestionario de datos Personales.

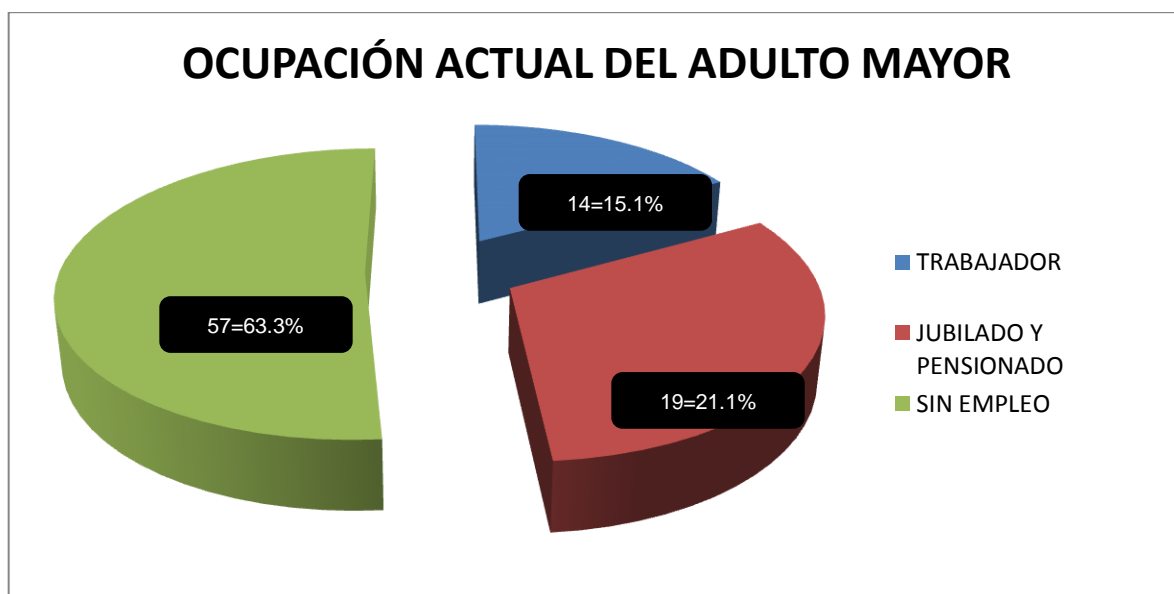
Al conocer la variable de ocupación actual en nuestro grupo de estudio, se observó una situación muy frecuente al llegar a esta edad, el no contar con un empleo (63.3%), dos pacientes de este grupo percibían una calidad de vida excelente pese a esta situación, 28 la referían como buena y 27 regular. Solo 19 adultos mayores lograron ser jubilados y pensionados. (Figura 7) El extremo de esta situación la conformaban adultos mayores con empleo los cuales correspondían a una minoría (15.1%) donde solo uno refería una excelente calidad de vida y el resto buena, ninguno percibe una mala calidad. (Tabla 6)

Tabla 6. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref en relación con la Ocupación del paciente

OCUPACIÓN ACTUAL				
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	TRABAJADOR	JUBILADO Y PENSIONADO	SIN EMPLEO	TOTAL
EXCELENTE	1	0	2	3
BUENA	13	17	28	58
REGULAR	0	2	27	29
TOTAL	14	19	57	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

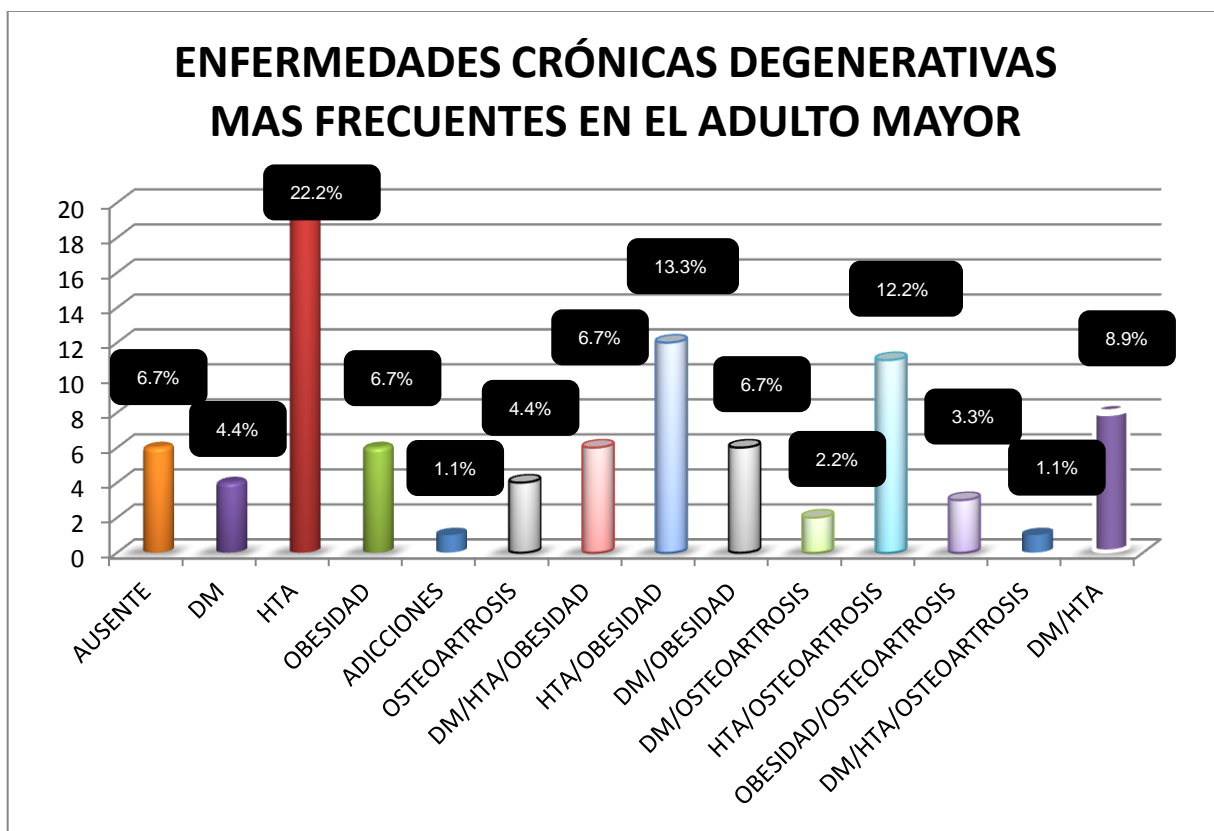
Figura 7. Distribución de adultos mayores por ocupación actual.



Fuente: Cuestionario de datos Personales.

El grupo etario del adulto mayor por su misma edad ya presenta mas factores para múltiples patologías y en este estudio se muestra como la Hipertensión arteria sistémica es la enfermedad crónica degenerativa más frecuente, reportada en un 22%, la menos frecuente las adicciones 1.1% (Figura 8). Se observo que sólo 3 adultos mayores perciben una calidad de vida excelente, el mayor porcentaje lo califican como buena 58 de 90 pacientes, y los 29 faltantes la perciben regular. Pese a que solo el 6.7% no tenía ninguna patología diagnosticada, ningún adulto mayor la percibió como mala (Tabla 7) También se analizo que el sexo femenino fue quien presento mas patologías (62.2%), sin embargo el numero de pacientes incluidos en el estudio de sexo masculino fue menor que el sexo femenino.

Figura 8. Distribución de enfermedades crónicas degenerativas por porcentaje en población de estudio.



Fuente: Cuestionario de datos Personales.

Tabla 7. Distribución percepción de calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref y enfermedades crónico degenerativas

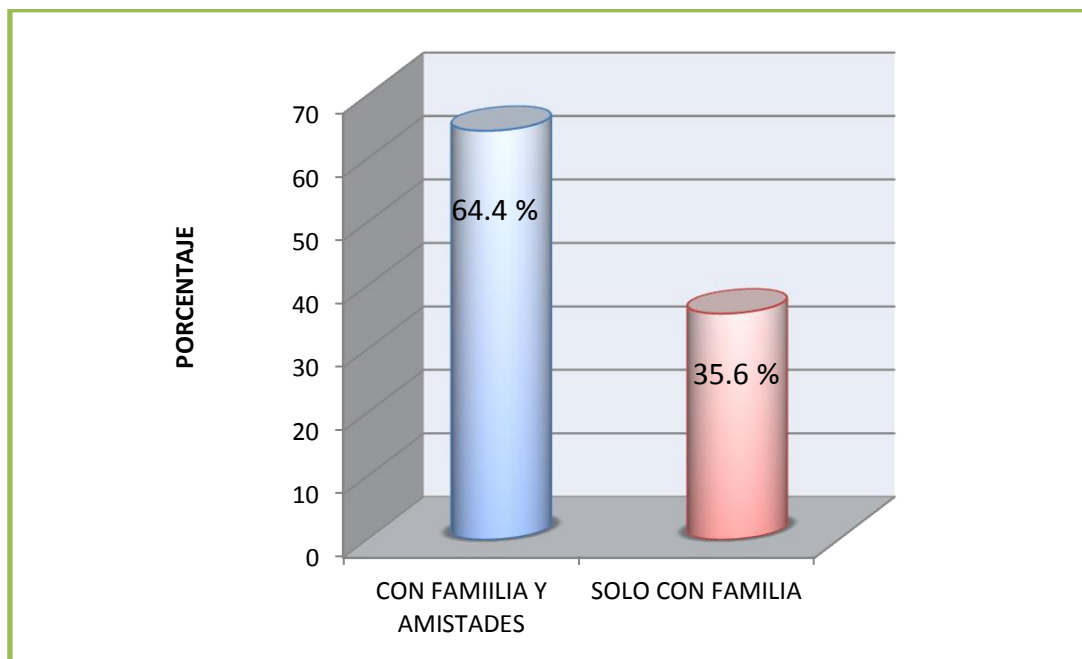
Percepción de calidad de vida y Enfermedades crónicas degenerativas presentes en el paciente adulto mayor por Whoqol-Bref

Enfermedades crónicas degenerativas	Percepción de Calidad de vida del adulto mayor por Whoqol-Bref			Total
	Excelente	Buena	Regular	
Ausente	1	4	1	6
DM2	0	1	3	4
HTA	1	13	6	20
OBESIDAD	0	6	0	6
ADICCIONES	0	0	1	1
OSTEOARTRITIS	0	4	0	4
DM2/HTA/OBESIDAD	0	5	1	6
HTA/OBESIDAD	1	10	1	12
DM2/OBESIDAD	0	4	2	6
DM2/OSTEOARTRITIS	0	0	2	2
HTA/OSTEOARTRITIS	0	3	8	11
OBESIDAD/OSTEOARTRITIS	0	2	1	3
DM2/HTA/OSTEOARTRITIS	0	0	1	1
DM2/HTA	0	6	2	8
Total	3	58	29	90

Fuente Cuestionario Whoqol-Bref.

Los resultados que se obtuvieron al analizar las relaciones sociales que tiene el adulto mayor se observó que la mayoría se relaciona tanto con la familia y las amistades.(Figura 9) de acuerdo al sexo es más frecuente en el femenino .

Figura 9. Distribución de Relaciones sociales de los adultos mayores



Fuente: Cuestionario de datos personales.

Al analizar el dominio que evalúa la salud física de acuerdo al cuestionario de Whoqol Bref, se observa que 80 adultos mayores la califican como buena, y solo 10 como mala. Al relacionar este dato con la calidad de vida se observa que solo 3 pacientes de los que la calificaron como bueno, perciben una calidad de vida excelente, predominando percepción buena. (Tabla 8)

Tabla 8 Percepción de Calidad de vida del adulto mayor relacionado con Valor total del

PERCPECIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR POR WHOQOL-BREF	Dominio de salud física por Whoqol-Bref.		Total
	BUENO	MALO	
Excelente	3	0	3
Buena	58	0	58
Regular	19	10	29
Total	80	10	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

Al analizar el dominio de salud Psicológica relacionado con la calidad de vida evaluada por el cuestionario Whoqol-Bref , 81 adultos mayores la reportan como una salud psicológica buena solo 9 del grupo de estudio la refieren como mala, predominando una percepción de calidad de vida buena. (Tabla 9)

Tabla 9. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor relacionado con Valor Total del dominio que evalúa Salud Psicológica por Whoqol-Bref.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR POR WHOQOL-BREF	Dominio de Salud Psicológica por Whoqol-Bref.		Total
	BUENO	MALO	
Excelente	3	0	3
Buena	58	0	58
Regular	20	9	29
Total	81	9	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

El tercer dominio que se analizó fue el de relaciones sociales y la percepción de la calidad de vida por medio del cuestionario Whoqol-Bref, del cual reportaron mala en 89 adultos mayores y solo 1 la refirió como buena. Pese a esto su manera de percibir su calidad de vida no se modificó, ya que dentro de este grupo 3 perciben una calidad de vida excelente, 57 buena y 29 regular. (Tabla 10)

Tabla 10. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor relacionado con Valor Total del dominio que evalúa Relaciones sociales por Whoqol-Bref.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR POR WHOQOL-BREF	Dominio de Relaciones sociales por Whoqol-Bref.		Total
	BUENO	MALO	
Excelente	0	3	3
Buena	1	57	58
Regular	0	29	29
Total	1	89	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

El último dominio que se analizó fue el de ambiente y percepción de calidad de vida por medio del cuestionario de Whoqol-Bref, observando que 84 adultos mayores lo califican como bueno dentro de este mismo grupo, 3 perciben su calidad de vida excelente, 57 buena y 26 regular. (Tabla 11).

Tabla 11. Percepción de Calidad de vida del adulto mayor, relacionado con Valor Total del dominio que evalúa Ambiente por Whoqol-Bref.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR POR WHOQOL-BREF	Dominio de Ambiente por Whoqol-Bref.		Total
	BUENO	MALO	
Excelente	3	0	3
Buena	57	1	58
Regular	26	3	29
Total	86	4	90

Fuente: Cuestionario Whoqol-Bref

Se aplicaron pruebas no paramétricas, utilizando X^2 con los cuatro dominios del cuestionario Whoqol-Bref, mediante el cual se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa con la percepción de calidad de vida.

4. DISCUSIÓN

Actualmente estamos viviendo una etapa de transición demográfica en la que cada día vemos más población adulto mayor, el presente trabajo de investigación centró su atención en este grupo etario para analizar la percepción que tienen de su calidad de vida utilizando el cuestionario Whoqol-Bref el cual es un instrumento genérico reconocido a nivel internacional que cubre aspectos interculturales, desarrollado por la OMS. Se cuenta con pocas investigaciones sobre el tema, de las más desatacadas en países latinoamericanos se encuentra Chile, Brasil, Buenos Aires y México.

Se llevó a cabo este estudio con pacientes de 60 años y más que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en la Ciudad de México, se aplicó el Cuestionario de Whoqol-Bref y un cuestionario para evaluar datos sociodemográficos como, edad, estado civil, escolaridad, composición familiar, presencia o ausencia de enfermedades crónicas degenerativas, ocupación, ingreso económico y relaciones sociales, como indicadores que influyen para una buena o mala calidad de vida, con respecto a estos datos se coincide con autores como Flores V et al.⁵ en sus resultados obteniendo un mayor porcentaje de población estudiada con sexo femenino que masculino, en su estado civil el mayor porcentaje son casados, con un nivel de escolaridad primaria. Al evaluar la percepción de calidad de vida por medio del cuestionario Whoqol-Bref se coincide también al obtener un mayor porcentaje de percepción de calidad de vida buena.

De igual manera autores como Corrales, Tardón y Creto señalan la importancia de la escolaridad, el vivir con la familia o solos y los ingresos económicos como determinantes positivos del adulto mayor respecto a su calidad de vida, puntos evaluados en esta Investigación.⁵

De acuerdo a los resultados obtenidos al relacionar la calidad de vida y el dominio de salud física se observó relaciones sociales del cuestionario de Whoqol-Bref llamó la atención que el 99% de la población calificó esta área como mala, pese a ellos, 3 de estos pacientes perciben una calidad de vida excelente, y la mayoría como buena.

Al realizar el análisis estadístico con pruebas no paramétricas (x^2) se observa que no existe una relación estadísticamente significativa, entre cada uno de los dominios del cuestionario relacionada con la calidad de vida.

En el dominio que evalúa el whoqol-Bref de salud física 80 de los pacientes perciben una calidad de vida buena y el resto del estudio la percibe mala. El dominio de salud psicológica reporto 81 pacientes con percepción de calidad de vida buena, y sólo 9 pacientes la reportan como mala, del dominio que evalúa relaciones sociales demuestra una importancia clínica bastante alta donde se podría trabajar para modificarla, aunque algunos pacientes no la perciben como un indicador negativo al evaluar su calidad de vida, y el último dominio que evalúa el cuestionario es el ambiente donde 86 pacientes perciben su calidad de vida como buena y solo 4 de ellos como mala.

Dentro de los beneficios que se encuentran en este estudio al igual que en otras investigaciones.⁵ Para mejora del paciente se puede observar que se debe trabajar más con el paciente de sexo masculino, porque muchas veces acuden por primera vez a recibir atención médica con padecimientos crónicos nunca antes tratados o no diagnosticados ya con secuelas, por una falta de apego a su salud a diferencia del sexo femenino.

Al Médico Familiar este tipo de estudios puede facilitarle el saber con que problemas de salud es más frecuente que acudan los adultos mayos y desde etapas tempranas realizar actividades preventivas y de promoción para la salud. Por ejemplo la Hipertensión arterial sistémica es la patología más frecuente en la población estudiada, con lo cual puede prever todas las complicaciones conocidas al no llevar un adecuado control, así como la derivación oportuna a otro servicio.

A nivel institucional, resultados como los obtenidos en este trabajo puede beneficiar para comprender la percepción que cada uno de los adultos mayores refleja en su bienestar físico, psicológico social y ambiental, fomentado un envejecimiento con buena calidad. Todo ello con el objetivo de evitar una población enferma y de igual manera con el apoyo de programas promover el cuidado a la salud de los ancianos.

Dentro de los límites que presenta este estudio, es la falta de claridad del instrumento para poder clasificar la percepción de calidad de vida, ya que los autores en sus trabajos originales no proporcionan la forma de calificar. Se realizó una búsqueda exhaustiva sobre referencias de cifras para calificar o evaluar los puntajes obtenidos, sin embargo no se encontró información específica, únicamente se habla de valores que van de 0 a 100 y a mayor puntaje mejor calidad de vida. De acuerdo a los artículos consultados, cada autor marca sus propios rangos no saliendo de los comentados. Para este estudio se tomó la clasificación del artículo publicado por Syed Qadri et al.⁴²

Con este estudio de Investigación podemos lograr cambios reflejados en la población geriátrica, ya que contamos con información para empezar a reforzar

las medidas preventivas con un enfoque integral, ya que no solo se ve al paciente de manera individual, considerando los puntos estratégicos de este estudio, hay áreas que pueden modificar positiva o negativamente a dicha población, el Médico Familiar no solo debe evaluar la salud física, ya que el tener salud no es sinónimo de calidad de vida, recordando que también es necesario cubrir la atención psicológica, social y ambiental, áreas donde el Médico Familiar puede orientar y lograr cambios para que cuando el paciente que vemos mensualmente en la consulta llegue a la vejez lo logre con una buena calidad de vida. Para lograr estos propósitos se debe trabajar de manera multidisciplinaria donde también debe participar todo el equipo de salud (enfermeras, trabajo social, psicología) y la familia del paciente.

5. CONCLUSIONES

El hablar de calidad de vida es un concepto muy subjetivo, y varía dependiendo de las condiciones sociales, ambientales, psicológicas y físicas donde se encuentre el paciente, hay adultos mayores que no cuentan con empleo sin embargo tienen una familia y para ellos eso es lo más importante, hay otros que aunque tengan familia no tienen salud y con ello perciben mala calidad de vida por no sentirse participes en su ambiente.

De acuerdo al estudio realizado, podemos concluir que el adulto mayor percibe su calidad de vida como un bienestar, donde en muchas ocasiones lo evalúa sólo al considerar la salud, otros también hablan de la familia, la salud y el trabajo, dejando a un lado el entorno social. Uno de los resultados que fue más representativo de las áreas que evalúa el cuestionario de Whoqol.Bref donde la mayoría lo calificó como mala.

De acuerdo a la pregunta que se plantea en este estudio podemos concluir que la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al centro de Salud Dr. José Castro Villagrana es buena.

Dentro de los objetivos que se postularon todos se lograron, cada uno con variaciones de acuerdo a la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, y su composición familiar. De acuerdo a estas variables se puede concluir que asisten más las mujeres que los hombres a recibir atención y de estos 2 grupos ambos perciben su calidad de vida como buena, se encontró que el grado de escolaridad más frecuente fue la primaria y la mayoría del grupo de estudio percibe su calidad de vida como buena, con respecto a su ocupación el mayor porcentaje son desempleados, y solo 2 de este grupo percibe su calidad de vida excelente, el resto la califica como buena, se reportó que la mayoría de los adultos mayores viven con sus cónyuges y perciben su calidad de vida como buena, con respecto al estado civil más del 50% son casados y perciben una calidad de vida buena, con respecto al ingreso económico que cada uno percibe 72 de los pacientes solo cuentan con un salario mensual y perciben una calidad de vida buena. Podemos concluir respecto a las enfermedades crónicas degenerativas que la más representativa en la población estudiada fue la Hipertensión Arterial, y en último lugar las adicciones.

Acerca del objetivo de relaciones sociales, aparentemente no son trascendentes las interacciones sociales.

Es importante recordar que la población conformada por el adulto mayor son un grupo vulnerable debido a que la calidad de oportunidades y condiciones de vida empeora a medida que envejecen.

Dentro de las propuestas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor es hacer énfasis en el autocuidado, considerado como acto ajustado por un individuo para el sostén de la vida, la salud y el bienestar a través de un

conjunto de prácticas enfocadas al cambio de costumbres, hábitos culturales y sociales, que integran a las personas con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Conservar la capacidad del autocuidado le permitirá al adulto mayor mantener su dignidad, autoestima y bienestar, favoreciendo su autonomía e independencia.

Por lo tanto el equipo de salud de acuerdo a su preparación y responsabilidad profesional, se convierte en un agente facilitador, para darle a los adultos mayores el empoderamiento necesario, convirtiéndose en un elemento participativo con el equipo de salud.

Para lograr esta propuesta de acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se requiere de una integración de los recursos con los que cuenta el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana recibiendo una Atención integral por parte de los Médicos Familiares, evaluando las áreas física, psicológica, ambiental y social, trabajando de manera directa y anticipatoria, ante pacientes con factores de riesgo, por comorbilidades que se pueden presentar propias de la misma edad, apoyarse con psicología, o psiquiatría, promocionando la salud dental y estado nutricional, fomentado el autoconocimiento de su cuerpo poder contar con estudios de laboratorio y gabinete en caso de requerirlo, haciéndolos participes de grupos de autoayuda para incrementar sus interacciones, funciones, autonomía e independencia ante la sociedad, todo esto aplicado de la manera correcta puede dar cambios para una población que cada día crece más, propiciando un cambio cultural, que valore esta etapa de la vida y proporcione un trato digno y especializado al adulto mayor, con lo que se podría lograr el disfrutar de esta última etapa, considerándola no como el declive de la existencia, sino como una fase de plenitud, con todas las características que ello conlleva.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez M.E. Un recorrido Histórico de conceptos de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS.TOG 2009 6(1): 1-10.
2. Quintenor G. A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo at través del instrumento WHOQOL-BREF. Actopan Hidalgo 2010. 1-102.
3. Instituto Nacional de estadística y geografía (México). Mujeres y hombres 2012 en línea: www.inegi.org.mx.
4. 4. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012.Organización mundial de la salud 2012. Sitio web: <http://www.who.int/about/licensing/copyright.form/en/index.html>
5. Flores V. at al. Salud mental y calidad de vida en el adulto mayor. Uaricha Revista de Psicología, 2013 10(21)1-13.
6. Gutiérrez R.L, Kershenobich S.D. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía A.C. Instituto de Geriatria. Universidad Nacional Autónoma de México. 1a. ed. México 2012.
7. Manrique-Espinoza B y col. Condición de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud pública de Mex. 2013; 55:(2),323-331
8. .8.Lizan T.L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria.2009; 41(7):411-416
9. Ramos E.J, Salinas G.J. Vejez y apoyo social. Revista de Educación y Desarrollo. 2010.69-76
10. Romero-Márquez R.S, Romero-Zepeda H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 91-102
11. González G.C. Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. Instituto Nacional de Geriatria.2009.296-30
12. Ham C.R. Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México. La situación demográfica de México 2011. 141-155
13. Banco Mundial, *Gasto en Salud per cápita*. Mayo 2014. Obtenido de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>
14. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Programa de acción específico 2007-2012. Envejecimiento. Secretaria de salud. 1a. ed. México.
15. Rodríguez D.K. Vejez y envejecimiento. Grupo de Investigación en actividad Física y Desarrollo Humano Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Colegio mayor nuestra señora del Rosario Bogotá. Editorial: Universidad del Rosario 2010. 5-38.
16. González-Celis R.A, Araujo V.A. Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Revista Kairós Gerontología, 13;(1) São Paulo, 2010: 167-90.
17. González-Celis R.A. Calidad de vida del adulto mayor. Instituto Nacional de Geriatria. 2009. 366-378.

18. Dávila C.E. Preguntas y consideraciones sobre anestesia en el anciano. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. MediSur.* 9(4): 2011. 105-133.
19. Ramos E.J. Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo.*2009. 47-56
20. González, Ciro Domingo Hernández. "TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO." *La vejez en movimiento. Un enfoque integral* (2013): 43-78. **Libro**
21. Lozano M.E at el. Investigación clínico epidemiológica en envejecimiento: metodología del proyecto encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en México. *Rev Soc Peru Med Interna* 2011; 24 (4). 186-198.
22. Huenchuan S. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Los derechos de las personas mayores *Materiales de estudio y divulgación.*2011.1-16.
23. Rodríguez GR, Lazcano BG. *Practica de la Geriatria* 2 da ed., México. McGraw-Hill Interamericana. 2007. 77-79
24. Instituto para la atención de adulto mayor. En línea: <http://www.iaam.df.gob.mx>
25. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. México D.F., 1 DE Octubre de 2013 "A propósito del día Internacional de las personas de edad"<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>
26. Membrillo L.A, Fernández O.M, Quiroz P.J, Rodríguez L.J. *FAMILIA Introducción al estudio de sus elementos.* ETM. 2008.
27. Quezada M.T, Rioseco R, Ducci M.E. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Rev Med Chile* 2009; 136: 325-333.
28. Espinoza et al. Validación del cuestionario WHOQOL-BREF en adultos chilenos. *Rev Med Chile* 2011; 139: 579-586
29. González-Celis R.A Estudio de la vejez y el temor a la muerte. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2010; 2:(2) 5-10.
30. Acosta Q.C at al. Confianza y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud.* 2013.23(2): 241-250.
31. González P. A. Vázquez N.I. Calidad de vida en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 475-484.
32. Helsinki, *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* 18ª Asamblea Médica Mundial, Finlandia. Junio 1964.
33. Ley General de Salud, *Aspectos éticos de la investigación en seres humanos,* Capítulo 1, Última Reforma DOF. 24-04-2013.
34. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. World Health Organization, Geneva 1996.
35. S.M. Skevington et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the

- international field trial A Report from the WHOQOL Group. Geneva, Switzerland March 2003
36. World Health Organization: *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment—Field Trial Version*. Geneva: WHO, 1996.
 37. The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569–85.
 38. The WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551–8.
 39. J Formos Med Assoc 2002 • Vol 101 • No 5. WHOQOL-BREF Taiwan Version.
 40. O. Gureje et al. Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan Study of Ageing. 2010 37(3): 239–247.
 41. Ganesh Kumar S. et al., Quality of Life Among Elderly. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Jan, 8(1): 54-57
 42. Syed Qadri et al. Quality of Life among Rural Elderly Population. *International Journal of Medical Science and Public Health* 2013 2 (3):514-522.
 43. WHOQOL GROUP The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J. Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag 1994.
 44. Lucas R. Versión española del WHOQOL. Ed. Ergón, Madrid 1998.

ANEXOS

ANEXO I

México D.F a 12 de mayo del 2014

Dr. Fernando Rey Monroy Ramírez
Director
C.S T III "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

PRESENTE:

La que suscribe Dra. Nancy Sosa López Médico Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, con sede en esta Unidad dignamente presidida por usted, solicito de la manera más atenta su autorización para la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF a los adultos mayores usuarios del centro de salud.

Lo anterior con el fin de obtener los requisitos para concluir el protocolo de investigación con título de tesis **PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.**

No omito mencionar que a cada paciente se le solicitara la firma de consentimiento informado de manera confidencial, y se les explicara que dicha investigación se realizara con fines académicos y de investigación.

ATENTAMENTE

Dra. Nancy Sosa López

ANEXO II

Carta de Consentimiento Informado

México D.F a

de 2014

Por medio de la presente se solicita su participación voluntaria en la investigación médica sobre **CALIDAD DE VIDA** en la cual se aplicara una serie de preguntas personales y un cuestionario de 26 preguntas que hablaran sobre su calidad de vida, los datos por usted proporcionados solo se utilizaran para fines de estudio y no se hará ningún otro uso de ellos, solo en caso de que se detecte algún dato que indique algún tipo de síntoma, se utilizaran los datos para poder contactarla y si usted quiere y acepta se enviara al servicio que corresponda. Si tiene alguna pregunta o duda puede preguntar para que quede clara su participación en el estudio. Su decisión de participar es totalmente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, no recibirá pago por su participación, y como se mencionó anteriormente, la información será manejada de manera confidencial.

Es importante enfatizar que si al momento de estar contestando el cuestionario decide no continuar, esta en todo su derecho de suspenderlo.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. También eh sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre completo del paciente

Firma

ANEXO III
CEDULA DE DATOS PERSONALES

Sexo: 1 Femenino 2 Masculino

Edad: años cumplidos.

Estado Civil: 1 Soltero. 2 Unión Libre. 3 Casado. 4 Viudo. 5 Divorciado.

Escolaridad: 1 Primaria. 2 Secundaria. 3 Preparatoria. 4 Licenciatura.

Ingreso económico mensual. Con las siguientes opciones de respuesta:

- 1.- Un salario mínimo.
- 2.- Dos salarios mínimos.
- 3.- Más de 3 salarios mínimos.

¿Vive con alguien? Para evaluar la Composición Familiar. Con las siguientes opciones de respuesta:

- 1.- Vive con familia.
- 2.- Vive con cónyuge.
- 3.- Vive con familia y cónyuge.
- 4.- Vive solo aunque tiene hijos.
- 5.- Vive solo, no tiene hijos.

¿Tiene enfermedades crónica degenerativas? Con las siguientes opciones de respuesta:

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1.- Ausente | 8.- HTA / Obesidad |
| 2.- DM | 9.- DM Tipo2 / Obesidad |
| 3.- HTA | 10.-DM Tipo2 / Osteoartritis |
| 4.-Obesidad | 11.-HTA / Osteoartritis |
| 5.- Adicciones | 12.-Obesidad / Osteoartritis |
| 6.- Osteoartritis | 13.-DM Tipo 2 / HTA / Osteoartritis |
| 7.-DM Tipo 2/HTA/Obesidad | 14.-DM Tipo 2 / HTA |

Ocupación actual. Con las siguientes opciones de respuesta:

- 1.- Trabajador
- 2.- Jubilado y pensionado
- 3.- Sin empleo

¿Tiene relaciones Sociales? Con las siguientes opciones de respuesta:

- 1.- Con familia y amistades
- 2.- Solo con familia.
- 3.- No sale del domicilio, solo recibe visitas.

ANEXO IV
Cuestionario WHOQOL-BREF

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante bien	Muy buena
1	¿Cómo puntuaría su calidad e vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho esta con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas 2 semanas.

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En que medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su	1	2	3	4	5

	capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene usted energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho/a o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

		Nada	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de si mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

