

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

19
2ej

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO DE CHIAPAS**

**UNIDAD ACADEMICA
TUXTLA GUTIERREZ**

**FACTOR SALUD Y SOCIO-ECONOMICO RELACIONADOS
A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA
TERCERA EDAD, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSTECH, EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA

Dra. Patricia Castillejos Flores



ISSTECH

**CHIAPAS.
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

271315

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTOR SALUD Y SOCIO-ECONOMICO RELACIONADOS
A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA
EDAD, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSTECH, EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA :

DRA. PATRICIA CASTILLEJOS FLORES.

AUTORIZACIONES



**ISSTECH
SUBDIRECCION MEDICA**

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

**FACTOR SALUD Y SOCIO-ECONOMICO RELACIONADOS
A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA
EDAD, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSTECH, EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. PATRICIA CASTILLEJOS FLORES.

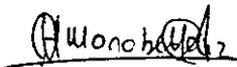
AUTORIZACIONES



**DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.**



**DR. ROGELIO SANCHEZ FIGUEROA
ASESOR DE TESIS
I.S.S.T.E.CH.**



**DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNANDEZ.
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.**

TUXTLA GUTIERREZ, JUNIO DE 1997.

**“FACTOR SALUD Y SOCIO-ECONOMICO RELACIONADOS
A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA
EDAD, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSTECH, EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

INDICE GENERAL

	PAGINA
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
METODOLOGIA.....	17
RESULTADOS.....	20
DISCUSION	60
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS.....	66

MARCO TEORICO

Se consideran viejos y se les dicen viejos a los sujetos de más de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS).

Para el año de 1975, la población total del mundo registró 4'033'308 millones de habitantes, de los cuales 343'151 millones tenían más de 60 años de edad, para el año 2'000 se calcula una población mundial de 6'199'361 millones y los mayores de 60 años serán 579'995 millones esta cifra representa un incremento de casi un 100%. Esta cifra corresponde al 11.13% de la población mundial de viejos. Para los países desarrollados los viejos representarán el 16%. En México actualmente existen cerca de 4 millones de personas que tienen más de 60 años (12).

La vejez y la enfermedad son entidades disfuncionantes, pero la primera es resultado de un fenómeno fisiológico involutivo y la segunda es un fenómeno patológico. La vejez implica, por definición, mayor vulnerabilidad a la patología. No es posible afirmar que la persona "muera de vieja" sino como resultado de un fenómeno patológico incompatible con la vida.

Sin embargo es común encontrar entre dos fenómenos simultáneamente, la enfermedad enmascarando los procesos involutivos seniles y confundirlos como entidades patológicas. De ahí que la vejez suele ser, equivocadamente, sinonimia de enfermedad.

El proceso de envejecimiento paulatino posee connotaciones biológicas, psicológicas y sociales; las tres dimensiones están íntimamente interrelacionadas, que nada biológico deja de tener consecuencias psicológicas y ambas están impregnadas por la realidad social. Hay disfunciones orgánicas que sólo la son en el interior de un sistema social y problemas psicológicos causados por las representaciones sociales e ideológicas. Se puede hablar de deficiencias anatómicas y funcionales derivadas de trastornos orgánicos, de discapacidades que merman las opciones vitales y de desventaja social que disminuye las posibilidades derivadas de una manera concreta de organización social.

La interdependencia entre los factores físicos, mentales y sociales exige un abordaje pluridisciplinar y multisectorial

La realidad de la persona mayor es inseparable de la realidad de la juventud, del paro, de las pensiones, de la vivienda; lo cual lleva necesariamente a un trabajo con la familia y la comunidad, sin poder separar sus componentes sanitarios, su inserción social, su aceptación familiar y su autoestima.

No hace mucho que las tres cuartas partes de la población vivían en el campo. No había crisis de retiro; se iba dejando poco a poco el trabajo contentándose con ayudar a los hijos el mayor tiempo posible.

No había que pagar el alquiler, pues se vivía en casa propia. No había graves problemas de alimentos, bastaban los productos de la tierra. Actualmente los problemas son muy diferentes, alrededor de las dos terceras partes de la población viven en ciudades, en razón de las mayores facilidades de trabajo y hasta de enriquecimiento que proporcionan.

Debido al trabajo en colectividades, la condición es con frecuencia, la del asalariado o del funcionario, lo cual comporta necesariamente el retiro: es decir, el cese del trabajo, con la consiguiente disminución de las entradas causado por la inactividad.

Podemos resumir la calidad de vida como un concepto en el que se junten el bienestar social y de confort y ese otro tipo de bienestar, el psicológico, que se basa en el estado de ánimo, en la satisfacción por la vida y lo que ella nos ha dado; y un tercer punto, el bienestar subjetivo, que añade el aspecto de autoestima y salud percibido por uno mismo.

Son muchos los problemas de la tercera edad, todos ellos contribuyen de una manera u otra, a disminuir o modificar esa "calidad de vida" (14).

Por una razón propia de la edad, es lógico que se van perdiendo amigos y familiares que se mueren; otros se desplazan del lugar que nacieron. Los viejos se van quedando solos. A veces han de cambiar su hogar por otro nuevo y que tal vez no les pertenece, o sienten el rechazo de la familia que no puede soportar la carga económica de atención que supone el anciano que han de cuidar, dificultando y entorpeciendo la vida normal de la familia, haciéndose dura para ésta la atención que necesita la persona anciana.

También la sociedad les rechaza, porque su dinamismo es tan escaso que siempre entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy. Sus reflejos son tan lentos, su aspecto tampoco es agradable.

Una vez retirados por la sociedad de su vida y de su trabajo habitual, sirvan o no para ello, emprenden el camino de su retiro. Cada uno lo vive según su personalidad y sus motivaciones y así para unos es la liberación y el poder de relajarse y hacer lo que le plazca el resto de su vida; para estos es muy bueno y pueden ocuparse de otras cosas que siempre desearon. Pero hay otros grupos que no viven así el retiro, sino que, al contrario, les crea problemas graves, como sucede con el que había organizado su vida alrededor del trabajo. El tiempo de trabajo marca fuertemente a los otros tiempos sociales en la sociedad desarrollada; el hombre durante sus años de actividad se encuentra como encerrado y condicionado por el tiempo de trabajo, de pronto llega a los 65 años, la jubilación se le impone desde afuera como un

“no trabajo forzado” y se debe enfrentar a una situación nueva e imprevista de un tiempo libre, sin estar preparado de cómo utilizarlo; como consecuencia, debe desarrollar la capacidad de ocupar el tiempo libre en forma creativa y placentera para poder sentirse útil (15).

En la sociedad industrial el comienzo de la vejez coincide con el hecho jubilatorio. Esto trae como consecuencia, una disminución de los ingresos y un abandono de los roles definidos del adulto en la sociedad; de ahí surge la necesidad de adaptarse a menos roles. La utilización del tiempo libre plantea problemas serios provenientes unos del individuo, de su personalidad previa de su historia vital, de los tiempos aprendidos e impuestos por el tipo de vida y del trabajo ejercido previamente. Otros provienen del medio cultural, es decir de las costumbres, creencias y formas de conducta del grupo humano al cual pertenece y de la sociedad en que vive (15).

La relación de la calidad de vida, función y estado de salud es valorada y la conclusión muestra que el significado de vida cambia según las etapas de la vida (2).

De acuerdo a tablas vitales, una persona mayor japonesa a la edad de los 60 años se espera que gaste cerca de 18.7 años (81%) en independencia funcional y cerca de 4.4 años (19%) en incapacidad a través de su restante periodo de vida (10).

En cuanto al aspecto psíquico hay que distinguir dos campos: el campo de la inteligencia y el de la emoción. En la esfera intelectual el entecimiento del ritmo y de la actividad intelectual; aparece una disminución de la memoria de fijación y de la capacidad de aprendizaje de nuevos símbolos y operaciones. Aparecen trastornos en el sueño, muchas personas mayores se quejan que les cuesta conciliar el sueño (14).

Pacientes de edad avanzada sobre todo mujeres con posición social baja reportaron pobre calidad de vida con relación a pacientes más jóvenes, del sexo masculino y de posición social alta. Por lo que parecería que estos pacientes deberían ser valorados psicológicamente y ser tratados con apoyo psicológico y social para mejorar su calidad de vida (9).

Por lo que se refiere a la vida afectiva del anciano, disminuye la facultad de amar, de simpatía, de compasión; a veces se produce una mayor permeabilidad afectiva que puede conducir a una sensibilidad llorona o alegría exuberante, marcada a veces por llantos y otras por una sonrisa espasmódica, a causa del debilitamiento de las funciones de control y por tanto de inhibición.

Desaparecen muchos seres queridos sin que, al parecer, afecte al anciano, con excepción de los seres allegados, hijos y cónyuge; cuya pérdida se siente a veces tan cruelmente que ocasiona la muerte del que aún queda, como si la vida ya no tuviera sentido alguno.

En cuanto al carácter, el anciano se vuelve muy autoritario, reacciona exageradamente ante las dificultades, se suele volver muy impaciente ante la menor contrariedad, con arrebatos de cólera a veces muy violentos. Con frecuencia se repliega sobre sí mismo y se niega a explicar las razones del propio silencio (14).

Unos de los problemas que más preocupa a los ancianos es la salud. El envejecimiento es un proceso general que afecta a tejidos y funciones; en las personas ancianas el restablecimiento es más lento y los procesos de reconstrucción corporal resaltan cada vez más deficientes. La falta de aceptación y adaptación a estas alteraciones crea una importante problemática; dentro de los trastornos más frecuentes podemos observar trastornos circulatorios a causa de la hipertensión y arteriosclerosis vascular, insuficiencia cardíaca y trastornos de la presión arterial, trastornos del aparato motor como osteoporosis, artrosis y artritis reumatoide. Problemas cutáneos como consecuencia de la piel seca, queratosis seborreica, cáncer cutáneo y úlceras. Trastornos gastrointestinales como colón irritable, diverticulosis, acidez gástrica, estreñimiento y colitis isquémica. Trastornos urogenitales como infecciones e incontinencia, en hombres frecuentemente condicionados por hipertrofia de próstata, en mujeres por prolapsos uterinos o atrofia vaginal. Trastornos del oído y de la vista como presbiacusia y tinnitus, o bien cataratas, retinopatías y glaucoma. Problemas respiratorios como bronquitis crónica, asma bronquial y enfisema pulmonar. Trastornos cerebrovasculares, psíquicos y psico-orgánicos (14).

La ancianidad no implica una declinación patológica en el balance emocional o una tendencia a alejarse de la salud mental. El anciano puede seguir siendo un individuo enérgico, alerta y confiable hasta el momento de su muerte. Sin embargo muchos ancianos se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones económicas, físicas y psicosociales que intervienen en su funcionamiento y que se hallan operantes en el medio.

Los siguientes cambios físicos de la ancianidad pueden considerarse normales: visión, audición, sabor y percepción del olor reducidos, disminución de la masa muscular y disminución de la fuerza motora, osteoartrosis con tendencia a fracturas de cadera y cifosis, cambios en el tejido conjuntivo y disminución de la elasticidad de la piel y descenso general de las funciones de los órganos internos. El anciano puede funcionar adecuadamente dentro de estas limitaciones hasta que sucede algo a lo cual no se puede adaptar. Entonces puede ocurrir una descompensación parcial o avanzada.

Ciertos cambios psicológicos ocurren con tanta frecuencia en el anciano que pueden considerarse como integrantes normales del envejecimiento. Es común la disminución del intelecto, aunque parece ser que en personas con

coeficiente intelectual más elevado y en aquellas que desempeñan ocupaciones creativas e intelectuales hasta bien entrada la ancianidad sufren el menor deterioro, otro cambio característico es la alteración de la memoria, más frecuente para los acontecimientos recientes que para los remotos, lo cual conduce a otras manifestaciones de conducta; estas incluyen locuacidad, interacción, el olvidar lo que se ha dicho y volviendo a decir una y otra vez, el retroceder al pasado cada rato y con cualquier acontecimiento presente, el perder objetos y cosas. La pérdida de la memoria en la etapa senil es la ansiedad ante la posibilidad de perder las capacidades. Cuando la pérdida de la memoria es frecuente, constante y permanente se dice que hay un síndrome orgánico cerebral (11).

En forma continua a lo que a menudo se piensa, el anciano no siempre es una persona feliz viviendo con sus familiares. Los ancianos con ingresos adecuados a menudo se hallan contentos de vivir solos y se satisfacen por tener pocas visitas en lugar de muchas por parte de sus familiares. Los ancianos que viven con sus familiares son a menudo la causa de mucha discordia. El resentimiento y el celo acerca de las solicitudes y demandas del anciano pueden llevar a una hospitalización prematura (11).

Mucha gente vive en su propia casa, 10% es por así llamarlos servicios de apartamento y solamente un 5% vive en instituciones. Más del 90% tiene un buen estándar de vivienda, pero solo un 11% quiere modificarlos en su vivienda y solo un 8% quería mudarse de su propia vivienda, en muchos casos debidos a problemas con escaleras o necesidad de más ayuda (3).

En la ancianidad, la seguridad económica puede constituir un valor más importante que la buena salud (11).

Las consecuencias sociales y de salud del envejecimiento para mujeres en América Latina los grupos revelaron severas desventajas educacionales, económicas y por virtud su longevidad, probablemente terminaron viudas y sufriendo los efectos físicos del envejecimiento prematuro. Mujeres mayores también soportan la mayor carga para la supervivencia económica y la vitalidad emocional de la familia. Las estrategias que ellas desarrollaron para responder a estas necesidades fueron innovativas y frecuentemente involucran la creación de cómo las normas familiares se basan en la cooperación entre mujeres (6).

Respondiendo a preguntas acerca de las cosas más importantes en sus vidas (buenas o malas), mencionaron como la primera, la más importante, las relaciones con su familia o parientes seguidas por su propia salud, la salud de otra persona (cercana) y los estándares financieros de vida/vivienda. En cuanto a la prioridad de áreas, el área de la vida más frecuentemente mencionada fue el estándar de finanzas de vida/vivienda, seguido por las

relaciones con la familia y amigos, propia salud, salud de otros (cercaños) y actividades sociales de vida/ocio. Aquellas quienes reportaron una enfermedad crónica, las condiciones que con más frecuencia reportaron como que afectaban sus vidas fueron: condicionantes respiratorias, desórdenes de las articulaciones, enfermedades del corazón y circulatorias. Las condiciones más comúnmente mencionadas como efectos de enfermedades crónicas en sus vidas fueron: habilidad para salir, pararse y caminar al ir de compras, ser hábiles para trabajar, encontrar un trabajo y efectos en actividades sociales de vida/ocio (7).

Las dificultades realistas para obtener y mantener empleos y el temor de la pérdida del trabajo son amenazas para la autoestima. La jubilación requiere la habilidad de adaptarse a un nuevo estilo de vida y a desarrollar un panorama y menos intereses en la vida. El cambio comúnmente implica el retroceso a la dependencia, con la aparición nuevamente de problemas de dependencia que hubiesen sido reprimidos o hubiesen pasado inadvertidos.

Si los ancianos no se encuentran preparados para ello, la jubilación comúnmente va asociado a sentimientos de inutilidad, pérdida de interés y pérdida de prestigio; puede resultar también en depresión, apatía, ansiedad o ira. La reacción a la jubilación depende del grado de elasticidad y fuerza del ego del individuo y de su posición económica previa. La persona francamente dependiente, que tiene un trabajo monótono de rutina, es factible que reciba con alegría la jubilación, mientras que el hombre que está temeroso de la dependencia con la amenaza resultante para su seguridad no tendrá esa alegría. En muchos individuos puede ocurrir una deteriorización rápida en las habilidades físicas e intelectuales con depresión a menos que el individuo sea ayudado a aceptar su nueva posición con dignidad (11).

La depresión constituye el hallazgo y trastorno psiquiátrico más común en los ancianos. La adaptabilidad declinante del anciano y los factores psicosociales y socioeconómicos adversos, contribuyen a la depresión. El paciente se puede volver pendenciero, quejumbroso, irritable, negativista, agitado, apático, amenazador verbal, físicamente e inclusive agresivo y constituye un constante riesgo suicida (11).

Se ha demostrado que no solamente la gente mayor puede hablar y pensar acerca de la calidad de vida, pero también resalta como la calidad de vida varía para diferentes grupos de edades en la población geriátrica que vive en su hogar, en diferentes áreas geográficas. Tempranas conclusiones indican que hay más calidad de vida que salud, verdaderamente contactos sociales parecen ser como componentes valiosos de una buena calidad de vida como de estado de salud (8).

Hay una débil asociación entre puntaje, edad, salud, ingresos adecuados para alcanzar gastos de vida y cuidados relativos, son en promedio los factores más importantes (> 65%). Algunos de estos factores fueron aquellos asociados con una falta de satisfacción de vida, con un puntaje más alto de 6 puntos fueron la clase social alta y logros educacionales, ingresos adecuados para alcanzar gastos de vida, planes satisfactorios de vida, cristianismo, buen apoyo social, participación en actividades sociales, independencia funcional, buena salud autopercebida, buena audición, visión, ejercicio diario, ausencia de caídas recurrentes y síntomas depresivos mínimos.

En los ancianos, los factores sociales tales como el sostén provistos por los familiares, también el ingreso adecuado para alcanzar los gastos de vida juegan un rol igual a aquellos factores físicos que contribuyen a la satisfacción de vida (1).

Enfocándose en la cambiante distribución de edad de la población americana y en la necesidad resultante de desarrollar y establecer esfuerzos efectivos en la promoción a la salud para los ancianos americanos. Adultos mayores sufren de una carga incrementada de enfermedades crónicas, pero contrario a suposiciones pasadas, ellas se benefician substancialmente de la promoción a la salud y esfuerzos de prevención de enfermedades. Aún cuando numerosas actividades de promoción a la salud podrían ser enfocadas a poblaciones seniles, hay que prestar particular atención al rol benéfico de la promoción de actividad física, suspensión de uso de tabaco y buena nutrición para los adultos mayores, se describen algunas implicaciones de sus cambios demográficos en términos de servicios de salud y necesidades de los adultos mayores y sugerimos prioridades para las futuras promociones de salud pública y programas de enfermedades (4).

Mejoramientos en la calidad de vida son probablemente las razones más sobresalientes para motivar a los adultos mayores a dejar de fumar (5).

Entre los indicadores para medir la calidad de vida se encuentran aquellos relacionados con la renta y el poder adquisitivo, en íntima relación con la satisfacción de las necesidades de vivienda, salud, alimentación, vestido e incluso con otras mas secundarias como la seguridad, el poder y el prestigio.

Son múltiples los intentos de valorar cuantitativamente la calidad de vida. Siempre se llega a la conclusión de que para determinarla, a pesar de las dificultades de cuantificación por su individualidad, nos podemos fijar en los siguientes factores: autonomía, competencia, independencia, autoenjuiciamiento. La valoración de estos puntos precisan la descripción del

paciente, lo que debe hacerse de una forma esquemática y desde los siguientes aspectos:

Escala de autoevaluación de McNair.

Se enumera en esta escala una serie de frases que describen trastornos de la atención o de la memoria que cada uno de nosotros puede observar en sus actividades diarias. Mediante esta lista se puede evaluar la intensidad de estos trastornos.

1. Frecuentemente me cuesta trabajo recordar los números telefónicos que utilizo.
2. Dejo las cosas (gafas, llaves, cartera, portamonedas, papeles) y luego me cuesta encontrarlas.
3. Cuando interrumpo lo que estoy leyendo, luego me cuesta encontrar dónde dejé la lectura.
4. Cuando tengo que hacer gestiones, debo hacer una lista para no olvidarme.
5. Olvido citas, las fechas o las clases.
6. Olvido corresponder a una llamada telefónica.
7. Tengo dificultades en introducir la llave en la cerradura.
8. Olvido en el camino los recados que tenía que hacer.
9. Me resulta difícil recordar los nombres de las personas que conozco.
10. Me resulta difícil concentrarme en un trabajo o tareas.
11. Tengo problemas en describir un programa que acabo de ver en la televisión.
12. No digo exactamente lo que quiero decir.
13. No logro reconocer a las personas que conozco.
14. Me cuesta hacer salir la información que tengo en la punta de la lengua.
15. Tengo problemas en reconocer el nombre de las cosas.
16. Me cuesta entender lo que leo.
17. Pierdo el hilo de lo que otras personas están diciendo.
18. Olvido el nombre de las personas al poco tiempo de serme presentadas.
19. Pierdo el hilo de mis propias ideas cuando escucho a alguien.
20. Olvido una receta de cocina que conozco bien y tengo que releerla.
21. Olvido el día de la semana en que estamos.
22. Olvido abrochar o cerrar la cremallera de mi vestido.

23. Tengo que comprobar o recomprobar si he cerrado la puerta, si apagué el gas, etc.
24. Me equivoco al escribir, al mecanografiar o al accionar una calculadora.
25. No puedo concentrarme en una cosa.
26. Se me deben repetir las instrucciones varias veces.
27. Me olvido de los ingredientes cuando cocino.
28. Tengo problemas en manipular botones, cierres, tijeras o taponés de botella.
29. Me coloco mal los vestidos.
30. Me cuesta coser o remendar.
31. Me cuesta concentrarme en lo que estoy leyendo.
32. Olvido rápidamente lo que la gente me dice.
33. Cuando paseo o viajo, olvido cómo me he ido de un sitio a otro.
34. Me cuesta determinar si he recibido el cambio correcto.
35. Me olvido de pagar facturas, registrar los cheques o enviar el correo.
36. Tengo que hacer las cosas muy lentamente para estar seguro de que las hago bien.
37. A veces mi mente se queda en blanco.
38. Olvido la fecha del mes.

Escala de Hassanyeh.

En ella se mide, contestando sí o no a las preguntas que a continuación se detallan, la relación ansiedad-depresión-vulnerabilidad de la persona encuestada.

1. ¿Se considera frecuentemente una persona voluble?
2. ¿Se siente con frecuencia triste sin razón aparente?
3. ¿Cuándo está triste puede animarle la gente?
4. Cuando le cuentan una cosa divertida, ¿es capaz de reír?
5. ¿Se siente deprimido? Si se siente deprimido ¿lo está todo el tiempo? a) ¿Está más deprimido por la mañana? ¿Está más deprimido por la tarde? b) ¿Está ligeramente deprimido?
6. ¿Normalmente se encuentra preocupado, inquieto?
7. ¿Normalmente es fácil herirle?
8. ¿Se siente lleno de sufrimiento?
9. ¿Normalmente siente mucha responsabilidad ante los problemas?
10. ¿Cree que normalmente necesita mucho afecto?
11. ¿A menudo hace cosas de las que después se arrepiente?

12. ¿Tiene esperanzas en el futuro?
13. ¿Siente con frecuencia que no puede respirar?
14. ¿Ha perdido la confianza?
15. ¿Se encuentra sin energía?
16. ¿Llora mucho?
17. ¿Cree que la vida no tiene sentido?
18. ¿Se siente tan deprimido que no puede llorar?
19. ¿Siente que con frecuencia se le acelera el pulso?
20. ¿Tiene a menudo palpitaciones?
21. ¿Tiene frecuentes transpiraciones o sudores nerviosos?
22. ¿Se siente inquieto o incapaz de relajarse?
23. ¿Se siente como apartado de los demás?
24. ¿Se siente solo a menudo?
25. ¿Se organiza ahora mejor que antes?
26. ¿Se siente absolutamente inútil?
27. ¿Cree que ha cambiado para peor?
28. ¿Posee cualidades que otros admiran de usted?
29. ¿Siente pánico cuando se encuentra entre la muchedumbre?
30. ¿Piensa que merece ser castigado?
31. ¿Puede hacer planes para el futuro?
32. ¿Tiene que ser empujado para hacer las cosas ya que usted no tiene voluntad para hacerlas por sí mismo?
33. ¿Prefiere actuar por sí mismo?
34. ¿Cree que no le importa a nadie que usted viva o muera?
35. ¿Cree que tiene suficiente para trabajar cada día?
36. ¿Se considera un amigo para sus amigos?
37. ¿Está decepcionado de cómo es usted?
38. ¿Padece a menudo de estreñimiento o diarrea?
39. ¿Cree que la gente le aborrece o le odia?
40. ¿Ha perdido el interés por todo?
41. ¿Cree que todo es una gran carga para usted?
42. ¿Se odia?
43. ¿Le torturan los sentimientos de culpabilidad?
44. ¿Le gusta ser feliz?
45. ¿Tiene dificultades para dormir? a) ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? b) ¿Se despierta al poco tiempo de dormirse?
c) ¿Se despierta antes de lo normal y ya no puede volver a dormirse?
46. ¿Se siente abandonado por los demás, rechazado?
47. ¿Recientemente ha perdido el apetito?

48. ¿Ha perdido en los dos últimos meses más de 6 kilos?
49. ¿Normalmente tiene su mente llena de pensamientos cuando se va a la cama?
50. ¿Se siente lleno de culpa?
51. ¿Tiene a alguien a quien acudir si necesita ayuda?
52. ¿Está normalmente preocupado por pensamientos que no puede alejar de su cabeza?
53. ¿Se siente a menudo nervioso y vacilante?
54. ¿Ha sido siempre tímido y reservado?
55. ¿Tiene muchos dolores de cabeza?
56. ¿Tiene la boca seca a menudo?
57. Si las cosas le van mal ¿Pierde la calma?
58. ¿La gente le dice a menudo que es demasiado emotivo?
59. ¿Oye como voces que dicen cosas malas de usted cuando no hay nadie delante?
60. ¿Normalmente está preocupado por su salud?
61. ¿Siente que es débil, que los demás no le consideran?
62. ¿Siente a menudo vértigos o desmayos?
63. ¿Tiene dificultades para concentrarse?
64. ¿Le asusta o le asustaría viajar en autobús?
65. ¿Siente que sus pensamientos son tan lentos que no puede pensar?
66. Si usted critica a alguien por alguna razón, ¿Le preocupa mucho después él haberlo hecho?
67. ¿Cree que es una carga para sus amigos y parientes?
68. ¿Cree que le desaparecerán sus alteraciones? (14).

Valoración de la calidad de vida.

Se valora la calidad de vida mediante los ítems sacados de la escala de Garay Lillo, aquellas circunstancias que más van a influir en la calidad de vida de la persona mayor y en su valoración subjetiva. Se les da un valor numérico a cada una de las respuestas, para así, al finalizar el análisis, poder marcar unos parámetros estandarizados que nos señalen la “calidad de vida” de la persona preguntada. Estos serían: vivienda (donde se valora la presencia de barreras arquitectónicas como escaleras y desniveles que en caso de existir no se obtienen puntos, disponibilidad de agua caliente, aire acondicionado y/o calefacción los cuales si están disponibles suman un punto cada uno obteniéndose un subtotal de 4 puntos). Transporte urbano (valorándose la facilidad de encontrar transporte urbano cerca del domicilio, paradas de transporte urbano y la facilidad de ascender o descender del transporte, las

cuales sí reportan positividad sumarán un punto cada una obteniéndose un subtotal de 3 puntos). Economía (Se valora si se recibe una pensión mensual, otro ingreso adicional y si recibe ayuda económica por parte de familiares, dando un punto por cada respuesta afirmativa, obteniéndose un subtotal de 3 puntos). Circunstancias personales y familiares (Se valora si vive solo, si vive con su cónyuge, si tiene relaciones con sus hijos, con el resto de la familia y si mantiene contactos periódicos con ésta, asignándose un punto en caso de respuesta negativa en la primera pregunta y un punto por cada respuesta afirmativa en las subsecuentes, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). Servicios sociales (Valora la existencia de servicios sociales en la comunidad, la utilización de los mismos, así como el grado de cooperación del personal de los mismos para con los pacientes de la tercera edad, sumando un punto en caso de respuestas afirmativas para las dos primeras preguntas y 2 puntos en caso de cooperación buena o un punto si es escasa, no obteniéndose puntos en caso de que sea nulo, sumándose un subtotal de 4 puntos). Servicios médicos (Se valora la asistencia regular por parte de este tipo de pacientes con su médico familiar, con el geriatra, con algún otro especialista, así como la accesibilidad de la clínica de consulta externa con respecto a su domicilio y si cuenta con seguro de enfermedad, sumándose un punto en caso de respuesta afirmativa en la primera pregunta, dos puntos si es afirmativa la segunda, 3 puntos si es afirmativa la tercera, un punto si la distancia es poca y ninguno si es mucha en la cuarta pregunta y un punto si su respuesta es afirmativa en la quinta pregunta, obteniéndose un subtotal de 8 puntos). Entorno y circunstancias (Valora sobre la existencia de mercado o centro comercial, iglesia y centros de distracción cerca del domicilio del paciente, así como si puede salir solo de casa y si lo acompaña algún familiar, sumándose un punto por respuesta afirmativa y si es acompañado por algún familiar, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). Aseo personal (Valora si el paciente se puede vestir solo, si necesita ayuda, si quién le ayuda es un familiar, si acude a la peluquería y si puede asearse solo, sumándose un punto si es afirmativa la primera pregunta, otro punto si es negativa la segunda pregunta, un punto si es un familiar quién le ayuda y un punto por respuesta afirmativa a la cuarta y quinta pregunta respectivamente, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). Distracciones (Valora en que distracciones emplea su tiempo, sumándose un punto por cada una de ellas, televisión, música, lectura, conversación y juegos, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). Grado de satisfacción (Se valora el grado de satisfacción consigo mismo, sumándose dos puntos si es bueno, un punto si es regular y ningún punto si es nulo, obteniéndose un subtotal de 2 puntos). Y finalmente alimentación (Donde se valora cantidad de alimentación y el número de comidas que acostumbra realizar al día, sumándose un punto si

es abundante o racional y ninguno si es escasa, asimismo se suman 2 puntos si realiza tres o más comidas por día, un punto si realiza dos y ningún punto si realiza una, obteniéndose un subtotal de 3 puntos). Después de marcar estas pautas de valoración se podría llegar a las siguientes conclusiones:

- Calidad de vida “óptima”: 40-49 puntos.
- Calidad de vida buena: 30-39 puntos.
- Calidad de vida poco satisfactoria: 20-29 puntos.
- Calidad de vida no satisfactoria: menos de 20 puntos.

Se llega a valorar desde un punto de vista social y de personalidad, la satisfacción, más o menos subjetiva, de la vida de relación de la persona encuestada (14).

Vamos a continuación a establecer unos parámetros de salud, mediante los cuales, la persona mayor podrá evaluar su “nivel salud”. Iniciando con: 1) Aparato Circulatorio (Donde se evalúa si tiene hipertensión, si se le olvidan fácilmente las cosas, si tiene frecuentes dolores de cabeza, si presenta edema de pies y piernas, si presenta adormecimiento de pies, manos y piernas, si sufre de varices y si nota las mucosas azuladas, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 7 puntos). 2) Aparato locomotor (se valora si hay dolor de “huesos”, si nota deformidad de dedos de las manos, si se cae con frecuencia, si le cuesta trabajo subir/bajar escaleras, sumándose un punto por cada respuesta negativa a las preguntas, obteniéndose un subtotal de 4 puntos). 3) Problemas Cutáneos (Se valora si tiene la piel seca, si tiene manchas, si padece de prurito continuo y si suelen hacerse úlceras con frecuencia, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 4 puntos). 4) Aparato digestivo (Se valora si sufre de diarreas habituales, si sufre de estreñimiento, si padece habitualmente de acidez, si le faltan piezas dentarias, si acude al dentista a revisiones periódicas y si lleva dentadura postiza, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 6 puntos). 5) Trastornos Urogenitales (Se valora si se sufre de incontinencia, si se tiene constantes deseos de orinar, si se tiene picor o escozor al orinar, en el caso de mujeres si tiene prolapso uterino y en el caso de hombres si le cuesta orinar, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 4 puntos). 6) Trastornos del oído y la vista (Se valora si usa lentes para visión lejos/cerca, si padece de conjuntivitis con frecuencia, si ve las imágenes borrosas a pesar de usar lentes, si puede llevar una conversación en un tono normal y si entiende normalmente lo que le dicen, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). 7) Aparato

respiratorio (Se valora si hay fatiga al caminar, o al realizar algún esfuerzo, si tose con frecuencia, si tose al levantarse y si expectora, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). 8) Trastornos Endocrinos (Se valora si es obeso, si sufre de diabetes, si tiene colesterol y si sigue algún régimen, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 4 puntos). 9) Nivel Psiquiátrico (Se valora si se siente deprimido, si está ansioso, si tiene ideas negativas, si ha deseado alguna vez la muerte y si se siente solo, sumándose un punto por cada respuesta negativa, obteniéndose un subtotal de 5 puntos). 10) Nivel Neurológico (Se valora si tiene algún tipo de parálisis, si tiene pérdida de memoria, si padece de dolores de cabeza, si padece de parestesias en miembros, si camina bien, si tiene temblores y si presenta rigidez o dificultad en los movimientos, sumándose un punto por cada respuesta negativa en las preguntas a excepción de la quinta pregunta donde se agregará un punto si la respuesta es positiva obteniéndose un subtotal de 7 puntos).

Después de esta autoevaluación del anciano, podríamos considerar las siguientes conclusiones:

- Índice de salud óptimo: de 52 a 45 puntos.
- Índice de salud bueno: de 44 a 34 puntos.
- Índice de salud mejorable: de 33 a 25 puntos.
- Índice de salud malo: menos de 25 puntos. (14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento en la población de la tercera edad ha señalado una mayor frecuencia de enfermedades crónico degenerativas y una nueva problemática médica, psicológica, social y económica, planteada por las personas de la tercera edad, en el campo de la atención de la salud.

El envejecer con una adecuada calidad de vida es quizá una de las cosas que pueden hacer de la vejez una etapa gratificante y feliz.

La sociedad ha establecido estereotipos considerando al anciano como una persona deteriorada, enferma, improductiva e incapaz de gozar de las cosas buenas de la vida. Esta imagen es estimulada por los agentes socializadores como la radio, televisión, prensa, etcétera; y captada por jóvenes y niños.

Nuestro sistema social ha establecido la jubilación que significa el retiro del trabajo, ello tiene importantes repercusiones sobre la persona, que debe adoptar y adaptarse a un nuevo rol, del que desempeñaba hasta ese momento. Se plantean varias situaciones, tales como sentimiento de inutilidad, pérdida del status familiar y social, reducción del nivel económico, carencia de actividad y afectación de la salud psicofísica.

El individuo que siempre ha controlado su vida en relación con su trabajo, pasa a depender de su jubilación o pensión, de su familia y a veces de su residencia. El daño que se produce en su psiquis y su físico contribuyen a despertar enfermedades latentes o a empeorar las existentes y puede transformarse en un consumidor de los servicios médicos y medicamentos.

En 1970, las personas mayores constituían el 6.4% de la población latinoamericana. Para el año 2'000 se pronostican las cifras de 7.6%, lo que significa la presencia de 35 millones de ancianos con una expectativa de vida de 69.4 años, en una población de 455 millones de habitantes (16).

Si nos preparamos convenientemente para tener una vejez feliz, veremos que está llena de satisfacciones y alegrías.

En la vejez, si se tienen las necesidades materiales cubiertas y no se tienen enfermedades, es una edad tranquila, ya no hay prisas, responsabilidades, etc. Incluso se encuentra uno con un tiempo libre que no se ha tenido a lo largo de su vida para realizar aficiones y gustos.

Pero para llegar a estas condiciones no es nada fácil; ya que esto cuesta esfuerzo y hasta sacrificio prepararse convenientemente, comenzando en la madurez, valorando los pequeños fallos que vayan apareciendo, para así llegar a la vejez en las mejores condiciones posibles.

¿Cómo es la calidad de vida en relación a los factores socio-económico y salud en pacientes de la tercera edad, en la clínica de medicina familiar, del ISSTECH, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACION

Es importante identificar cuales son los factores socioeconómicos y médicos que afectan la calidad de vida en la tercera edad, considerado de suma importancia, dado que aunado al deterioro físico, es frecuente el rechazo o abandono familiar.

En el esquema actual de atención médica se han omitido aspectos relacionados a la calidad de vida, tales como estándar de vivienda, actividad física, suspensión del uso del tabaco y del alcohol, nutrición, relaciones familiares, etcétera; siendo importante valorar todas estas variantes para mejorar la calidad de vida de éste grupo étnico. Por lo que importante sensibilizar y educar al equipo de salud, así como a la misma población derechohabiente, hacia el autocuidado de su salud, para que sea capaz de continuar realizando la mayoría de sus actividades cotidianas, modificar estilos de vida que interfieran o incidan en su salud, así como continuar siendo productivos para si mismos o su familia.

En la clínica de consulta externa del instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), no existen datos, registros o trabajos de investigación en esta área, los cuáles serían de mucha utilidad para la realización de planes y estrategias, dirigidos a la atención primaria a la salud de éste grupo de población en especial.

La factibilidad para la realización del presente estudio es posible ya que se cuenta con los recursos materiales, físicos y humanos para poder realizarlo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el grado de calidad de vida promedio de la población de la tercera edad que acude al consultorio número 13, de la Clínica de consulta externa del ISSTECH.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Valorar desde un punto de vista social y de personalidad, la satisfacción de la vida de relación de los pacientes pensionados por jubilación o vejez.
- Determinar en que sexo se presenta una mejor calidad de vida.
- Conocer el grupo etáreo en el que se presenta una mejor calidad de vida.
- Evaluar el nivel salud de los pacientes de la tercera edad que acuden a consulta.
- Evaluar la relación de los factores socio-económico y salud en la afectación de la calidad de vida de este grupo de pacientes.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó a pacientes mayores de 60 años, pensionados y jubilados, que acuden a la consulta externa del consultorio N° 13, de la Clínica del ISSTECH en Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. Durante el periodo de Enero a Noviembre de 1997.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se utilizó un muestreo probabilístico, teniendo como marco muestral, a la población de pensionados de jubilación y vejez adscritos a la clínica de consulta externa del ISSTECH, siendo éste un total de 533 pensionados. Estimándose un tamaño de la muestra de 75 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron en el estudio:

- Todos los sujetos pensionados por jubilación y vejez adscritos al consultorio N° 13.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes del sexo masculino y femenino.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron del estudio:

- Pacientes pensionados por invalidez y viudez.
- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes con negativa a ser encuestados.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminaron del estudio:

- Pacientes que hayan omitido datos en las encuestas.
- Pacientes con cambios de adscripción.

INFORMACION A RECOLECTAR.

VARIABLE	TIPO	CODIGO
Sexo	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Edad	Cualitativa Continua	No satisfactoria Poco satisfactoria Buena Optima
Nivel de Salud	Cualitativa Ordinal	Malo Mejorable Bueno Optimo
Tipo de Pensión	Cualitativa Nominal	Vejez Jubilación

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se tomó como instrumento para la recolección de información la escala de Garay-Lillo, formulario de autoevaluación que contiene preguntas cerradas de opción múltiple, el cual incluye las siguientes secciones: A) Edad, sexo,

tipo de pensión. B) Aspectos para evaluar la calidad de vida como: vivienda (con un total de 4 puntos), transportes urbanos (con un total de 3 puntos), economía (con un total de 3 puntos), circunstancias personales y familiares (con un total de 5 puntos), servicios sociales (con un total de 5 puntos), servicios médicos (con un total de 8 puntos), entorno y circunstancias (con un total de 5 puntos), aseo personal (con un total de 5 puntos), distracciones (con un total de 5 puntos), grado de satisfacción (con un total de 3 puntos) y alimentación (con un total de 5 puntos). C) Aspectos para evaluar el nivel salud como: Aparato circulatorio (con un total de 7 puntos), aparato locomotor (con un total de 4 puntos), aparato digestivo (con un total de 6 puntos), trastornos urogenitales (con un total de 5 puntos), trastornos del oído y la vista (con un total de 5 puntos), aparato respiratorio (con un total de 5 puntos), trastornos endocrinos (con un total de 4 puntos), nivel psiquiátrico (con un total de 5 puntos) y nivel neurológico (con un total de 7 puntos), (Anexo I).

Evaluando la calidad de vida con el siguiente puntaje:

- Calidad de vida optima: 40-49 puntos.
- Calidad de vida buena: 30-39 puntos.
- Calidad de vida poco satisfactoria: 20-29 puntos.
- Calidad de vida no satisfactoria: menos de 20 puntos.

El nivel salud se evaluó con el siguiente puntaje:

- Indice de salud optimo: 52-45 puntos.
- Indice de salud bueno: 44-34 puntos.
- Indice de salud mejorable: 33-25 puntos.
- Indice de salud malo: menos de 25 puntos.

Antes de la aplicación del cuestionario se realizó un estudio piloto, consistente en la aplicación de 5 cuestionarios que fueron excluidos de los resultados finales. Esto se hizo con el objetivo de validar el instrumento de medición.

El levantamiento de la encuesta fue efectuado por un solo entrevistador (el investigador principal), La entrevista fue realizada en el consultorio número 13 de la clínica de consulta externa del ISSTECH, con una duración aproximada de 15 minutos por entrevista. El levantamiento se efectuó del 1º de Septiembre al 30 de Octubre de 1997.

CONSIDERACIONES ETICAS.

La investigación se realizó con profesionabilidad y discreción, respetado el anonimato de los pacientes, los cuales decidieron libremente y sin coerciones el participar o no. Además por tratarse de un estudio observacional con información obtenida por entrevistas, no representa ningún riesgo para la salud de los pacientes que ingresaron al estudio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio durante la etapa comprendida del 1º de septiembre al 30 de octubre de 1997, son los siguientes:

Se encontró que la distribución de pensionados de la tercera edad según sexo corresponde a 38 pacientes del sexo masculino (50.7%) y 37 pacientes del sexo femenino (49.3 %). (Tabla 1).

En relación a la distribución de pensionados de la tercera edad por grupos etareos, del sexo masculino, se encontró que la edad promedio fue de 70 a 74 años, que corresponde a 10 pacientes (26.3%). (Tabla 2).

Asimismo la edad promedio de pacientes pensionados de la tercera edad del sexo femenino correspondió al rango de 70-74 años, con 7 pacientes (19%). (Tabla 3).

El tipo de pensión en pacientes de la tercera edad del sexo masculino, correspondió a lo siguiente: 14 pacientes (36.9%) con pensión por vejez y 24 pacientes (63.1%) con pensión por jubilación. (Tabla 4).

En cuanto al tipo de pensión en pacientes de la tercera edad del sexo femenino, se encontró que a 3 pacientes (8.1%) le corresponde pensión por vejez y 34 pacientes (91.9%) pensión por jubilación. (Tabla 5).

La calidad de vida encontrada en pacientes masculinos pensionados de la tercera edad fue la siguiente: Calidad de vida no satisfactoria 0 pacientes (0%); calidad de vida poco satisfactoria 22 pacientes (57.8 %); calidad de vida buena 15 pacientes (39.4%) y calidad de vida óptima 1 paciente (2.7%). (Tabla 6).

Los resultados obtenidos en cuanto a calidad de vida en pacientes pensionados de la tercera edad del sexo femenino fue la siguiente: Calidad de vida no satisfactoria 0 pacientes (0%); calidad de vida poco satisfactoria 21 pacientes (56.7%), calidad de vida buena 16 pacientes (43.3%) y calidad de vida óptima 0 pacientes (0%). (Tabla 7)

El grupo étareo con mejor calidad de vida en pacientes del sexo masculino de la tercera edad correspondió al grupo de 70 a 74 años con 4 pacientes con

calidad de vida buena (10.5%) y 1 paciente (2.6%) con calidad de vida óptima. (Tabla 8).

En cuanto al sexo femenino el grupo étareo con una mejor calidad de vida correspondió al grupo de 70 a 74 años con 5 pacientes (13.5%) con calidad de vida buena. (Tabla 9).

En lo referente a factores socio-económicos que afectan a la calidad de vida en pacientes pensionados de la tercera edad del sexo masculino, se encontraron los siguientes datos:

- En el factor vivienda, 36 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 4, de los cuáles 8 obtuvieron 1 punto y 28 obtuvieron 2 puntos, debido a la existencia de escaleras y desniveles en la vivienda, así como la falta de agua caliente, correspondiendo estos pacientes un 94.7 %.
- En Transportes Urbanos, 6 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 3, de los cuáles 2 no obtuvieron puntaje alguno y 4 obtuvieron 1 punto, debido a la existencia de barreras dimensionales en los transportes y el no tener cerca de su domicilio la parada de dicho transporte, correspondiendo estos pacientes un 15.7 %.
- En cuanto a economía, 3 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 3, de los cuáles el total de los mismos alcanzó 1 punto, debido a que estos pacientes no perciben otro ingreso adicional a su pensión y si reciben ayuda económica de familiares, correspondiendo estos pacientes un 7.8 %.
- En el factor circunstancias personales y relaciones familiares, solamente 2 pacientes obtuvieron puntuación menor de 5, de los cuáles uno no obtuvo puntaje alguno y el otro obtuvo 2 puntos, debido a que dichos pacientes viven solos por muerte del cónyuge, correspondiendo estos pacientes un 5.2 %.
- En servicios sociales, 27 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 4, de los cuáles 21 no obtuvieron puntaje alguno y 6 obtuvieron 2 puntos, debido a la inexistencia de los mismos en las localidades de algunos pacientes y en otros casos el no utilizar los mismos, correspondiendo a estos pacientes un 71 %.
- En servicios médicos, 22 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 8, de los cuáles 15 pacientes obtuvieron 2 puntos y 7 pacientes 3 puntos, debido al no asistir de los pacientes al servicio de geriatría o de alguna otra especialidad de 2º nivel por un lado y por el otro la distancia considerable de la clínica de consulta externa respecto a su domicilio, correspondiendo a estos pacientes un 57.8 %.

- En el factor entorno y circunstancias, 16 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 5 puntos, de los cuáles 9 obtuvieron 1 punto y 7 obtuvieron 2 puntos, debido a no encontrar en la cercanía a su domicilio un mercado o supermercado, iglesia y centros de distracción, correspondiendo a estos pacientes un 42.1 %.
- En el factor distracciones, 24 pacientes obtuvieron una puntuación menor de 5 puntos, de los cuáles 3 obtuvieron 1 punto y 21 obtuvieron 2 puntos, debido a la ausencia de escuchar música, ver televisión y distraerse con algún juego, correspondiendo a estos pacientes un 63.1 %.
- En grado de satisfacción, solamente 5 pacientes obtuvieron puntuación menor de 3 puntos, alcanzando en su totalidad 1 punto, siendo calificado su grado de satisfacción consigo mismo como “regular”, correspondiendo a estos pacientes un 13.1 %.
- En el factor alimentación 14 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5 puntos, de los cuáles la totalidad obtuvo 2 puntos, realizando 2 comidas por día, siendo su alimentación calificada como racional, correspondiendo a estos pacientes un 36.8 % (tabla 10).

En las pacientes pensionadas de la tercera edad del sexo femenino se encontraron los siguientes datos en cuanto a como afectan los factores socioeconómicos la calidad de vida.

- En el factor vivienda 35 pacientes obtuvieron puntuación menor de 4 puntos, de las cuáles 1 de ellas no alcanzó ninguna puntuación, 11 obtuvieron 1 punto y 23 obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de barreras arquitectónicas, escaleras y ausencia de agua caliente en la vivienda, correspondiendo a estas pacientes un 94.5 %.
- En transportes urbanos, únicamente 5 pacientes obtuvieron una puntuación menor a 3 puntos, de las cuáles 1 de ellas no alcanzó ningún puntaje y 4 obtuvieron 1 punto, debido a la existencia de barreras dimensionales en los transportes y la existencia de la parada de transporte urbano lejos de su domicilio, correspondiendo a estas pacientes un 13.5 %.
- En el factor economía, 12 pacientes obtuvieron puntuación menor de 3, de las cuales la totalidad alcanzó solamente 1 punto, debido a que no perciben otro ingreso adicional y reciben ayuda económica de familiares, correspondiendo a estas pacientes un 32.4 %.
- En el factor, circunstancias personales y relaciones familiares, solo 4 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, de las cuáles una no obtuvo ningún punto y 3 obtuvieron 2 puntos, debido a que viven solas y su cónyuge ya falleció, correspondiendo a estas pacientes un 10.8 %.

- En el factor, servicios sociales, 18 pacientes obtuvieron puntuación menor a 4, de las cuáles 17 no obtuvieron ningún punto y 1 obtuvo un punto, debido a que no existen servicios sociales en la comunidad y en el caso de existir no los utilizan, correspondiendo a estas pacientes un 48.6 %.
- En servicios médicos, 18 pacientes obtuvieron puntuación menor a 8, de las cuáles 9 obtuvieron puntuación de 2, 7 obtuvieron 3 puntos y 2 obtuvieron 4 puntos, debido a que no asisten al servicio de geriatría, en algunos casos donde es necesario no acuden a valoración a 2º nivel, la distancia de la clínica de consulta externa es mucha con respecto a su domicilio, correspondiendo a estas pacientes un 48.6 %.
- En el factor entorno y circunstancias, 16 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, de las cuáles 6 obtuvieron 1 punto y 10 obtuvieron 2 puntos, debido a que no hay cerca de su domicilio la existencia de un mercado o supermercado, iglesia y centros de distracción, correspondiendo a estas pacientes un 43.2 %.
- En el factor distracciones, 20 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, de las cuáles, 6 pacientes obtuvieron 1 punto y 14 obtuvieron 2 puntos, debido a que no utilizan como distracción la lectura, escuchar música y practicar algunos juegos, correspondiendo a estas pacientes un 54 %.
- En cuanto al grado de satisfacción solamente 3 pacientes alcanzaron puntuación menor a 3, de las cuáles 3 obtuvieron 1 punto, debido a que el grado de satisfacción consigo mismo fue regular, correspondiendo a estas pacientes un 8.1 %.
- En el factor alimentación, 12 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, de las cuáles 3 pacientes obtuvieron 1 punto y 9 obtuvieron 2 puntos, debido a que su alimentación fue calificada como racional y el hecho de realizar una comida al día, correspondiendo a estas pacientes un 32.4 % (tabla 11).

El índice salud en pacientes pensionados de la tercera edad del sexo masculino, resultó de la manera siguiente: Índice de salud malo en 0 pacientes (0%), Índice de salud mejorable en 10 pacientes (26.3%), Índice de salud bueno en 27 pacientes (71%) e Índice de salud óptimo en 1 paciente (2.6 %), (Tabla 12).

En pacientes pensionados de la tercera edad del sexo femenino el índice de salud resultó de la manera siguiente: Índice de salud malo en 0 pacientes (0 %), Índice de salud mejorable en 15 pacientes (40.5 %), Índice de salud bueno en 22 pacientes (59.5%) e Índice de salud óptimo en 0 pacientes (0%), (tabla 13).

Entre los trastornos que afectan al índice de salud en pacientes pensionados de la tercera edad del sexo masculino se encontraron los siguientes datos:

- En alteraciones del aparato locomotor, resultaron afectados 13 pacientes con puntuación menor a 4, de los cuáles 2 pacientes obtuvieron un punto y 11 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido a que presentaban artralgias, se les dificultaba subir o bajar escaleras y por deformidad en los dedos de las manos, correspondiendo a estos pacientes un 34.2 %.
- En alteraciones del aparato digestivo, resultaron afectados 24 pacientes con puntuación menor a 6, de los cuáles, 2 obtuvieron un punto, 7 obtuvieron 2 puntos y 15 obtuvieron 3 puntos, debido a que presentaban datos de estreñimiento, acidez, adoncia parcial, uso de dentadura postiza y diarrea habitual, correspondiendo a estos pacientes un 63.1 %.
- En trastornos urogenitales, resultaron afectados 5 pacientes con una puntuación menor a 5, de los cuáles 1 paciente obtuvo un punto y 4 obtuvieron 2 puntos, debido a que presentaron incontinencia urinaria y deseos constantes de orinar, correspondiendo a estos pacientes un 13.1 %.
- En trastornos del oído y la vista, resultaron afectados 22 pacientes con una puntuación menor a 5, de los cuáles 7 pacientes obtuvieron un punto y 15 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido al uso de lentes para visión de cerca/lejos y alteraciones en la agudeza auditiva, correspondiendo a estos pacientes un 57.8 %.
- En alteraciones del aparato respiratorio, resultaron afectados 2 pacientes, con puntuación menor a 5, de los cuáles en su totalidad obtuvieron un punto, debido a la presencia de disnea de medianos esfuerzos y presencia de tos con frecuencia, correspondiendo a estos pacientes un 5.2%.
- En trastornos endocrinos, resultaron afectados 18 pacientes con puntuación menor a 4, de los cuáles 4 obtuvieron un punto y 14 obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de diabetes mellitus, obesidad y el seguimiento de algún régimen, correspondiendo a estos pacientes un 47.3%.
- En trastornos psiquiátricos, resultaron afectados 13 pacientes con puntuación menor a 3, de los cuáles 2 no obtuvieron puntuación alguna, otros dos obtuvieron un punto y 9 obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de ansiedad, depresión e ideas negativas, correspondiendo a estos pacientes un 34.2%, (tabla 14).

Entre los trastornos que afectan el índice de salud en pacientes pensionados de la tercera edad del sexo femenino, se encontraron los siguientes datos:

- Trastornos del aparato circulatorio, en 9 pacientes con puntuación menor a 7, de las cuáles 1 paciente obtuvo un punto, 3 obtuvieron 2 puntos y 5 obtuvieron 3 puntos, debido a la presencia de hipertensión arterial sistémica, varices, cefalea y edema de miembros inferiores, correspondiendo a estas pacientes un 24.3 %.
- En alteraciones del aparato locomotor, 16 pacientes obtuvieron una puntuación menor a 4, de las cuáles 2 obtuvieron un punto y 14 obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de artralgiás, dificultad para subir/bajar escaleras y deformidad de los dedos de las manos, correspondiendo a estas pacientes un 43.2 %.
- En problemas cutáneos 6 pacientes obtuvieron puntuación menor de 6, de las cuáles un paciente obtuvo 1 punto y 5 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido la presencia de manchas en la piel y presencia de piel seca, correspondiendo a estas pacientes un 16.2 %.
- En alteraciones del aparato digestivo, 28 pacientes obtuvieron una puntuación menor a 6, de las cuáles 5 obtuvieron un punto, 16 obtuvieron 2 puntos y 7 obtuvieron 3 puntos, debido a la presencia de adoncia parcial, uso de dentadura postiza, datos de estreñimiento, acidez y/o diarrea habitual, correspondiendo a estas pacientes un 75.6%.
- En trastornos urogenitales, solamente 3 pacientes obtuvieron puntuación menor a 5, de las cuáles en su totalidad obtuvieron 2 puntos debido a la presencia de incontinencia urinaria y sentir deseos constantes de orinar, correspondiendo a estas pacientes un 8.1 %.
- En trastornos del oído y la vista, 35 pacientes obtuvieron una puntuación menor a 5, de las cuáles, 5 pacientes obtuvieron un punto y 30 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido al uso de lentes para visión cerca/lejos y alteraciones en la agudeza auditiva, correspondiendo a estas pacientes un 94.5 %.
- En alteraciones del aparato respiratorio, solamente un paciente obtuvo puntuación menor a 5, alcanzando únicamente 2 puntos, debido a la presencia de fatiga al caminar y al realizar esfuerzos, correspondiendo a esta paciente un 2.7%.
- En trastornos endocrinos, 18 pacientes obtuvieron puntuación menor a 4, de las cuáles 7 pacientes obtuvieron un punto y 11 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y al hecho de seguir algún régimen alimenticio, correspondiendo a estas pacientes un 48.6%.

- En alteraciones en el nivel psiquiátrico, 18 pacientes obtuvieron una puntuación menor a 5, de las cuáles 3 pacientes, no obtuvieron puntuación alguna, 7 pacientes obtuvieron 1 punto y 8 pacientes obtuvieron 2 puntos, debido a la presencia de ansiedad, depresión y sentimientos de soledad, correspondiendo a estas pacientes un 48.6 % (tabla 15).

DISTRIBUCIÓN DE PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD SEGÚN SEXO.

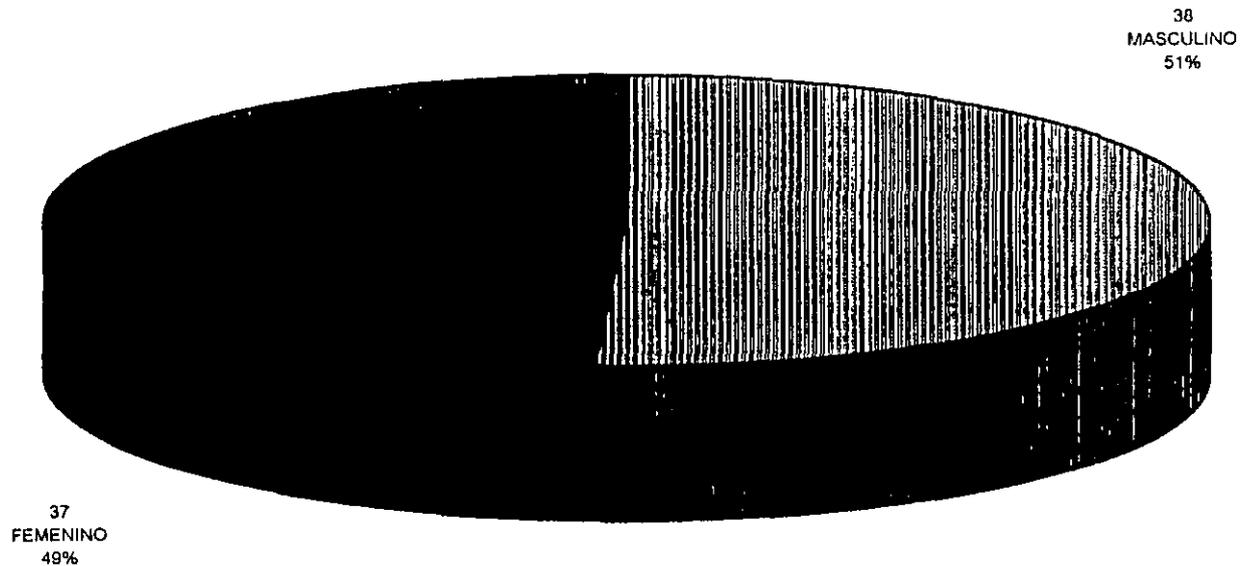
SEXO	No. DE PENSIONADOS	%
MASCULINO	38	50,7
FEMENINO	37	49,3

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION DE PENSIONADOS DE TERCERA EDAD SEGUN SEXO.

31



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DE SEXO MASCULINO.

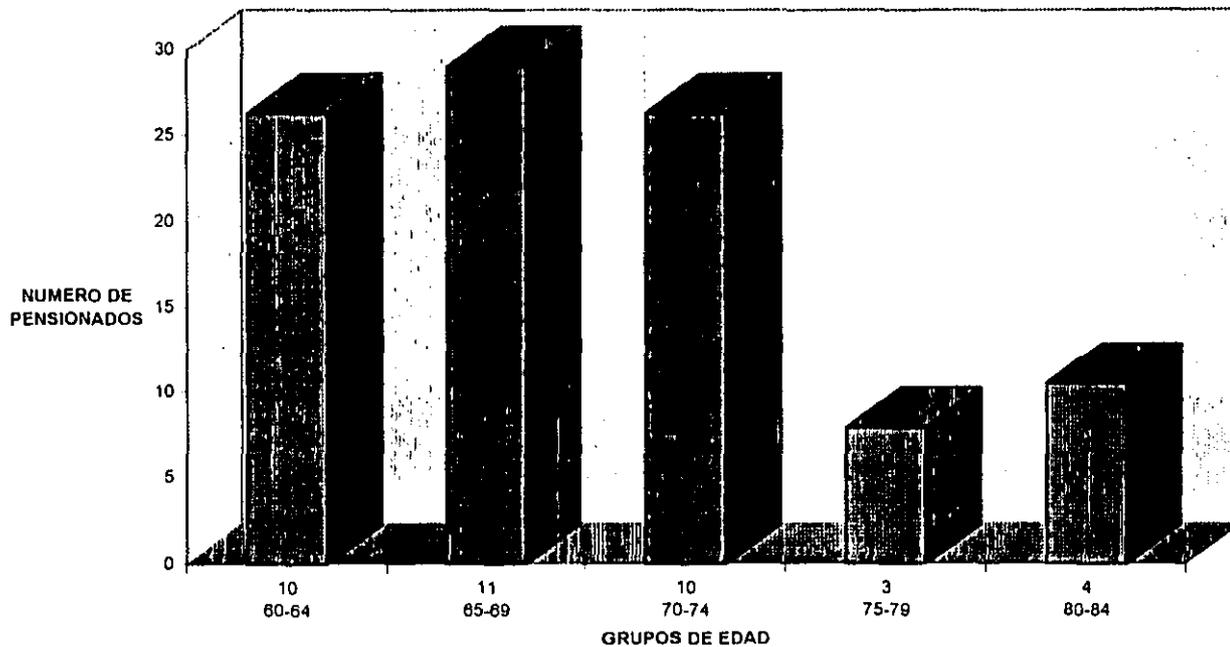
32

EDAD	Nº DE PENSIONADOS	%
60-64	10	26,3
65-69	11	29
70-74	10	26,3
75-79	3	7,9
80-84	4	10,5
TOTAL	38	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL
SEXO MASCULINO**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DE SEXO FEMENINO.

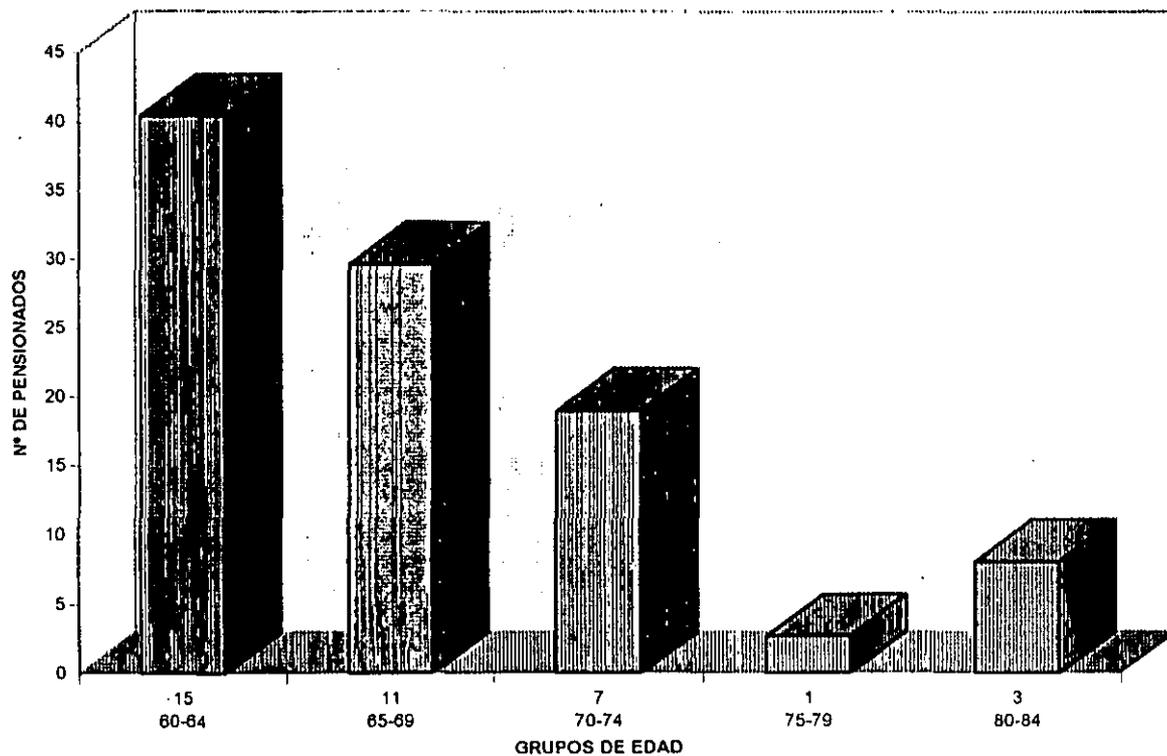
34

EDAD	Nº DE PENSIONADOS	%
60-64	15	40,5
65-69	11	29,7
70-74	7	19
75-79	1	2,7
80-84	3	8,1
TOTAL	37	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 3

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA Nº 3

TIPO DE PENSION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO

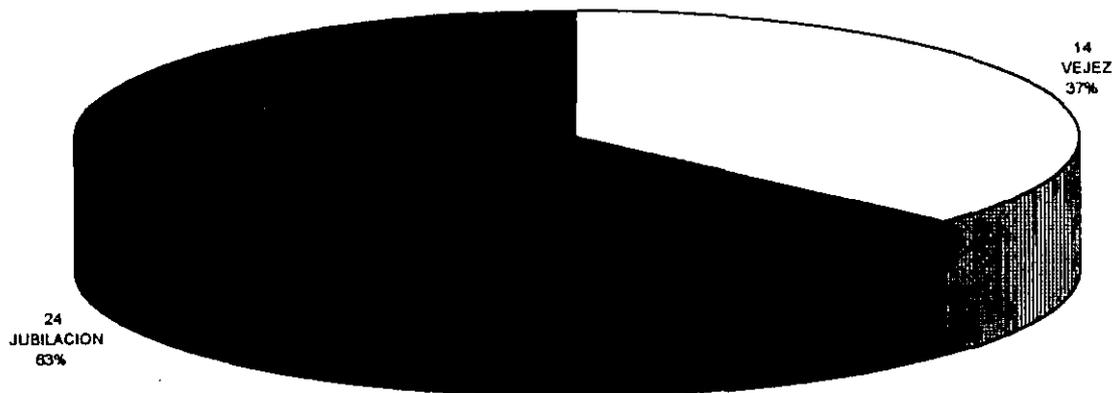
36

PENSION	No. DE PENSIONADOS	%
VEJEZ	14	36,9
JUBILACION	24	63,1

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 4

TIPO DE PENSION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA Nº 4

TIPO DE PENSION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO

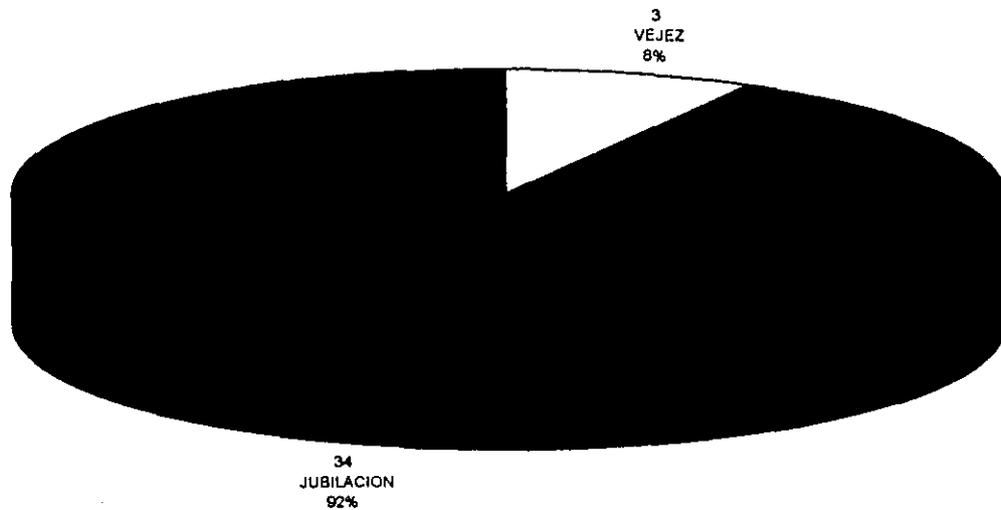
38

PENSION	No. DE PENSIONADOS	%
VEJEZ	3	8,1
JUBILACION	34	91,9

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 5

TIPO DE PENSION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



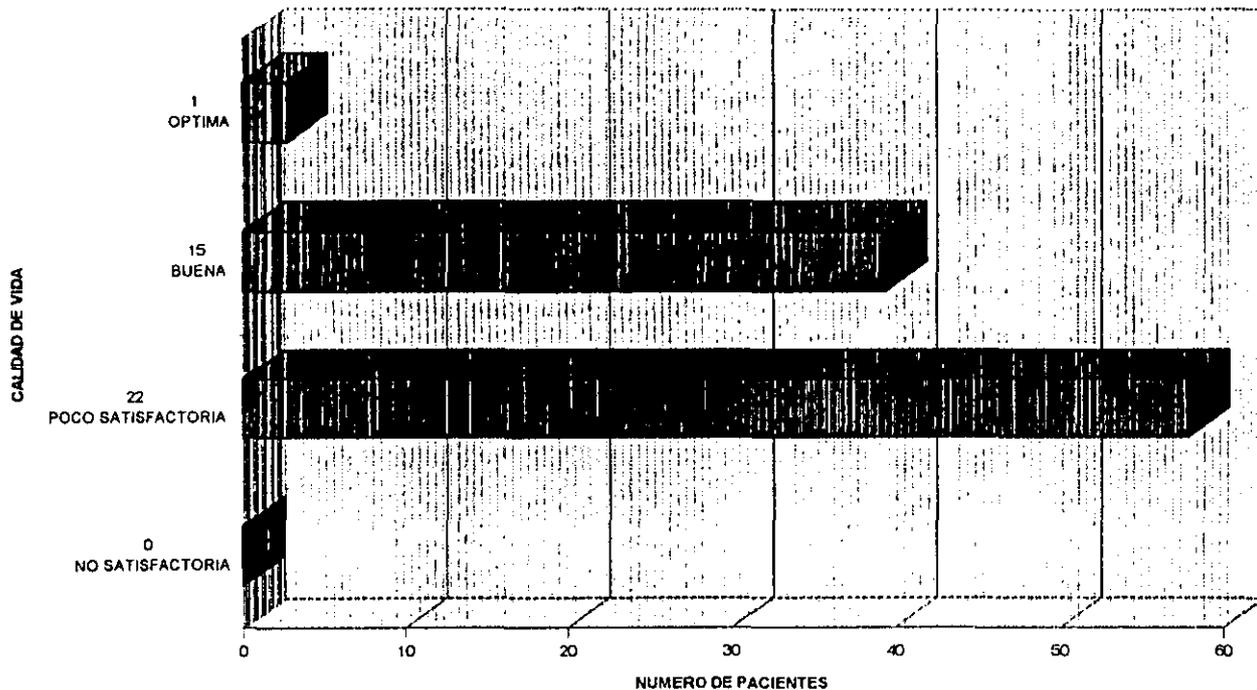
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA
EDAD DEL SEXO MASCULINO**

CALIDAD DE VIDA	Nº DE PENSIONADOS	%
NO SATISFACTORIA	0	0
POCO SATISFACTORIA	22	57.8
BUENA	15	39.4
OPTIMA	1	2,7

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 6

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 6

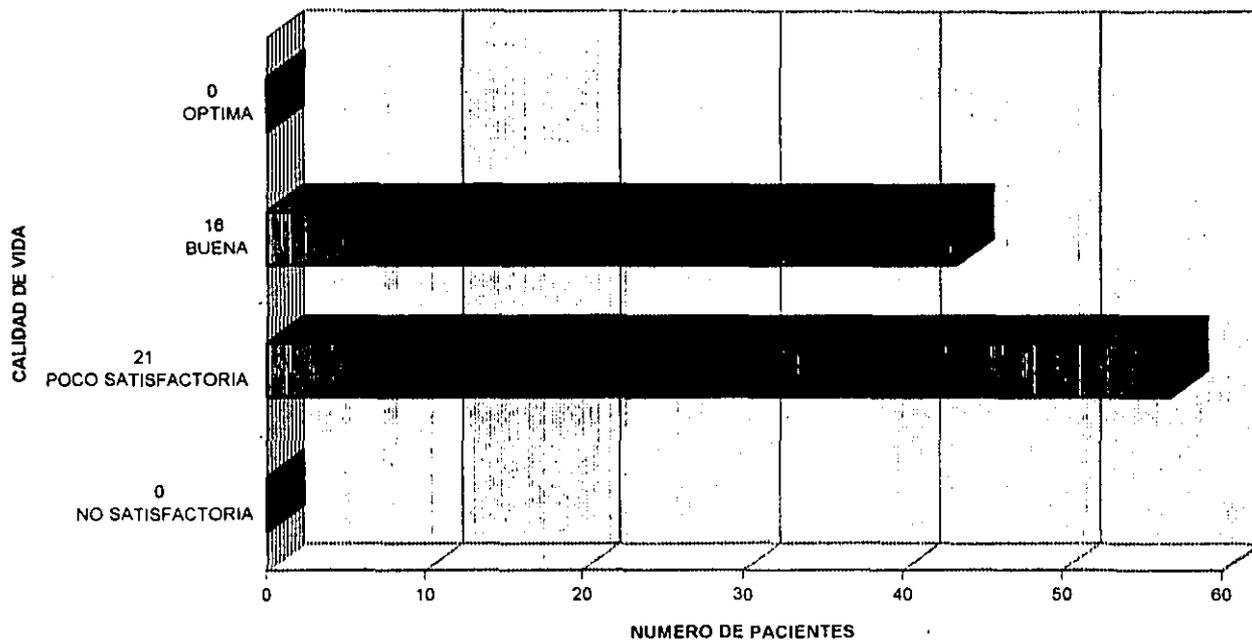
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA
EDAD DEL SEXO FEMENINO**

CALIDAD DE VIDA	Nº DE PENSIONADOS	%
NO SATISFACTORIA	0	0
POCO SATISFACTORIA	21	56,7
BUENA	16	43,3
OPTIMA	0	0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 7

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 7

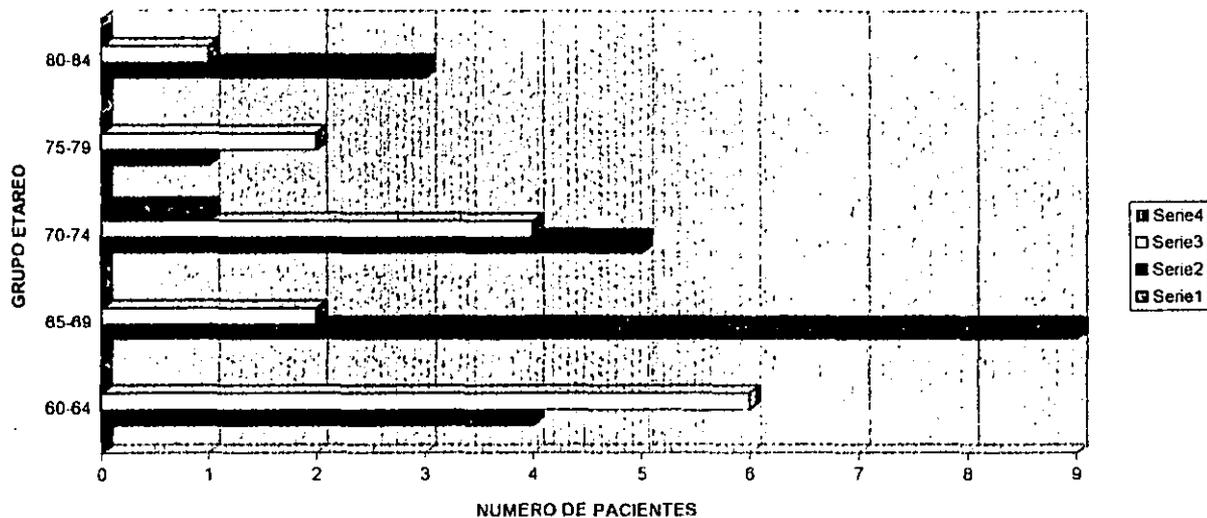
**CALIDAD DE VIDA SEGUN GRUPO ETAREO EN PACIENTES PENSIONADOS
DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO**

EDAD	CALIDAD DE VIDA			
	NO SATISFACTORIA	POCO SATISFACTORIA	BUENA	OPTIMA
60-64	0	4	6	0
65-69	0	9	2	0
70-74	0	5	4	1
75-79	0	1	2	0
80-84	0	3	1	0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 8

CALIDAD DE VIDA SEGUN GRUPO ETAREO EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 8

	CALIDAD DE VIDA NO SATISFACTORIA
	CALIDAD DE VIDA POCO SATISFACTORIA
	CALIDAD DE VIDA BUENA
	CALIDAD DE VIDA OPTIMA

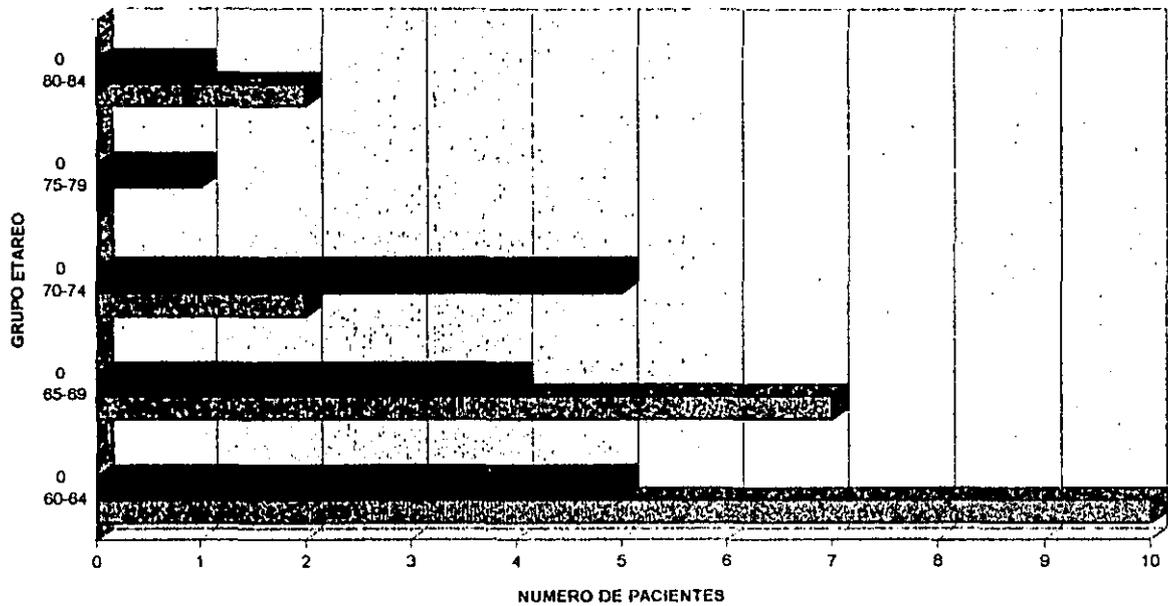
**CALIDAD DE VIDA SEGUN GRUPO ETAREO EN PACIENTES PENSIONADOS
DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO**

EDAD	CALIDAD DE VIDA			
	NO SATISFACTORIA	POCO SATISFACTORIA	BUENA	OPTIMA
60-64	0	10	5	0
65-69	0	7	4	0
70-74	0	2	5	0
75-79	0	0	1	0
80-84	0	2	1	0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 9

CALIDAD DE VIDA SEGUN GRUPO ETAREO DE PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 9

-  CALIDAD DE VIDA POCO SATISFATORIA
-  CALIDAD DE VIDA BUENA

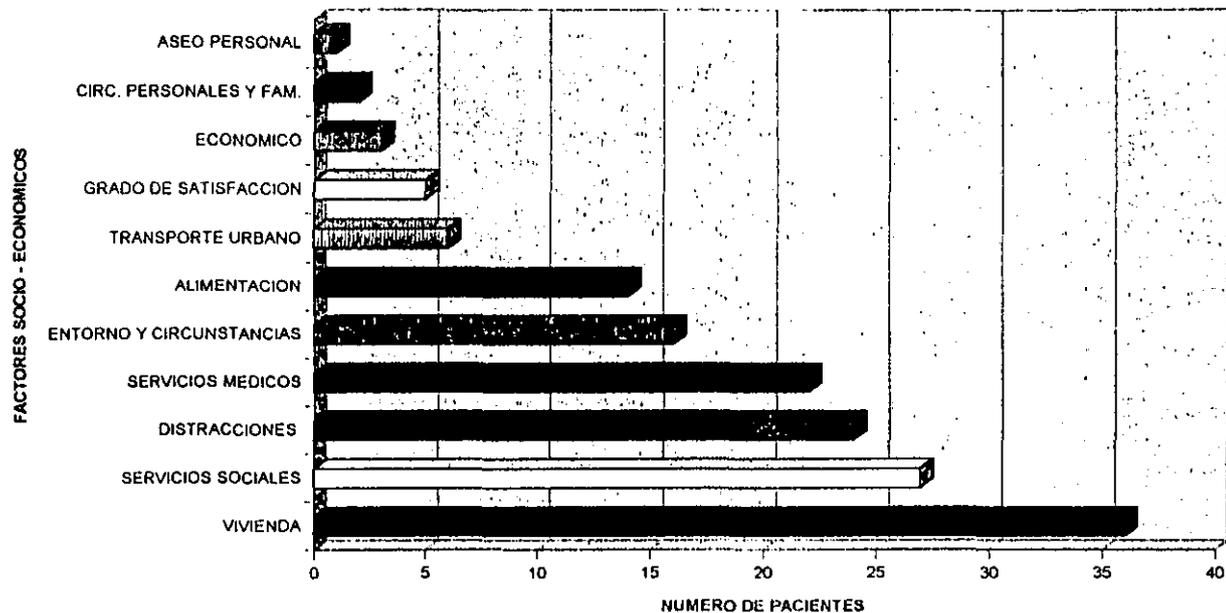
**FACTORES SOCIO-ECONOMICOS QUE AFECTAN LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA
EDAD DEL SEXO MASCULINO**

FACTORES SOCIO ECONOMICOS	Nº DE PENSIONADOS	%
VIVIENDA	36	94,7
SERVICIOS SOCIALES	27	71
DISTRACCIONES	24	63,1
SERVICIOS MEDICOS	22	57,8
ENTORNO Y CIRCUNSTANCIAS	16	42,1
ALIMENTACION	14	36,8
TRANSPORTE URBANO	6	15,7
GRADO DE SATISFACCION ECONOMICO	5	13,1
CIRC. PERSONALES Y FAM.	3	7,8
ASEO PERSONAL	2	5,2
	1	2,6

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 10

FACTORES SOCIO - ECONOMICOS QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 10

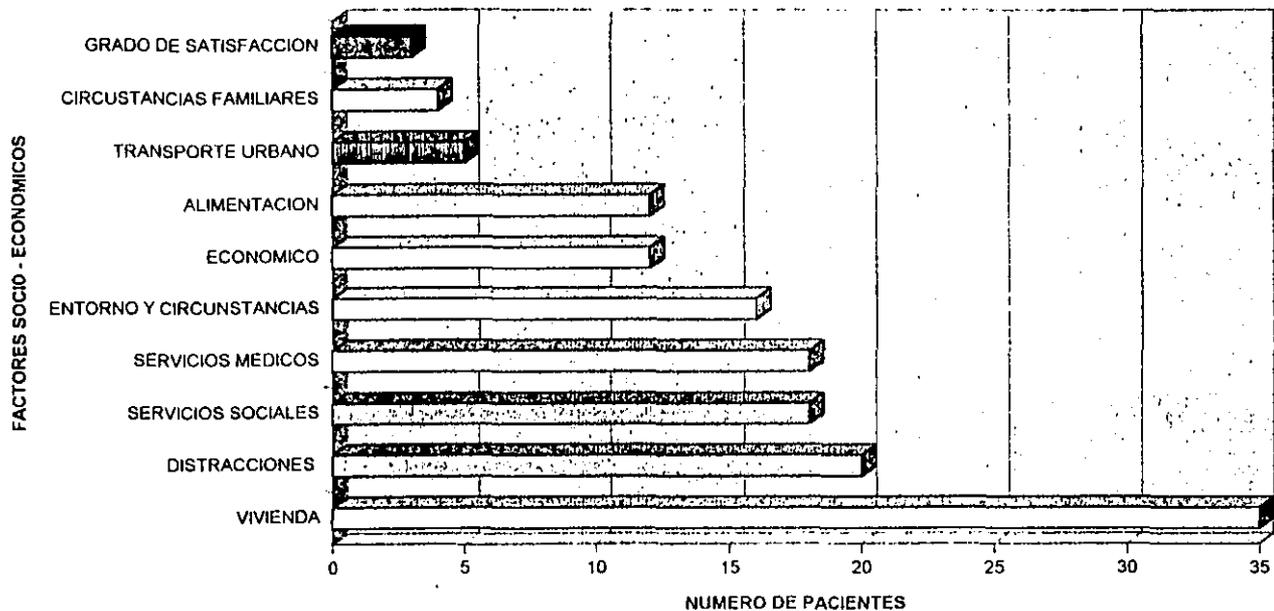
**FACTORES SOCIO-ECONOMICOS QUE AFECTAN LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA
EDAD DEL SEXO FEMENINO**

FACTORES SOCIO ECONOMICOS	Nº DE PENSIONADOS	%
VIVIENDA	35	94,5
DISTRACCIONES	20	54
SERVICIOS SOCIALES	18	48,6
SERVICIOS MEDICOS	18	48,6
ENTORNO Y CIRCUNSTANCIAS ECONOMICO	16	43,2
ALIMENTACION	12	32,4
TRANSPORTE URBANO	12	32,4
CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	5	13,5
GRADO DE SATISFACCION	4	10,8
	3	8,1

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 11

FACTORES SOCIO - ECONOMICOS QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 1

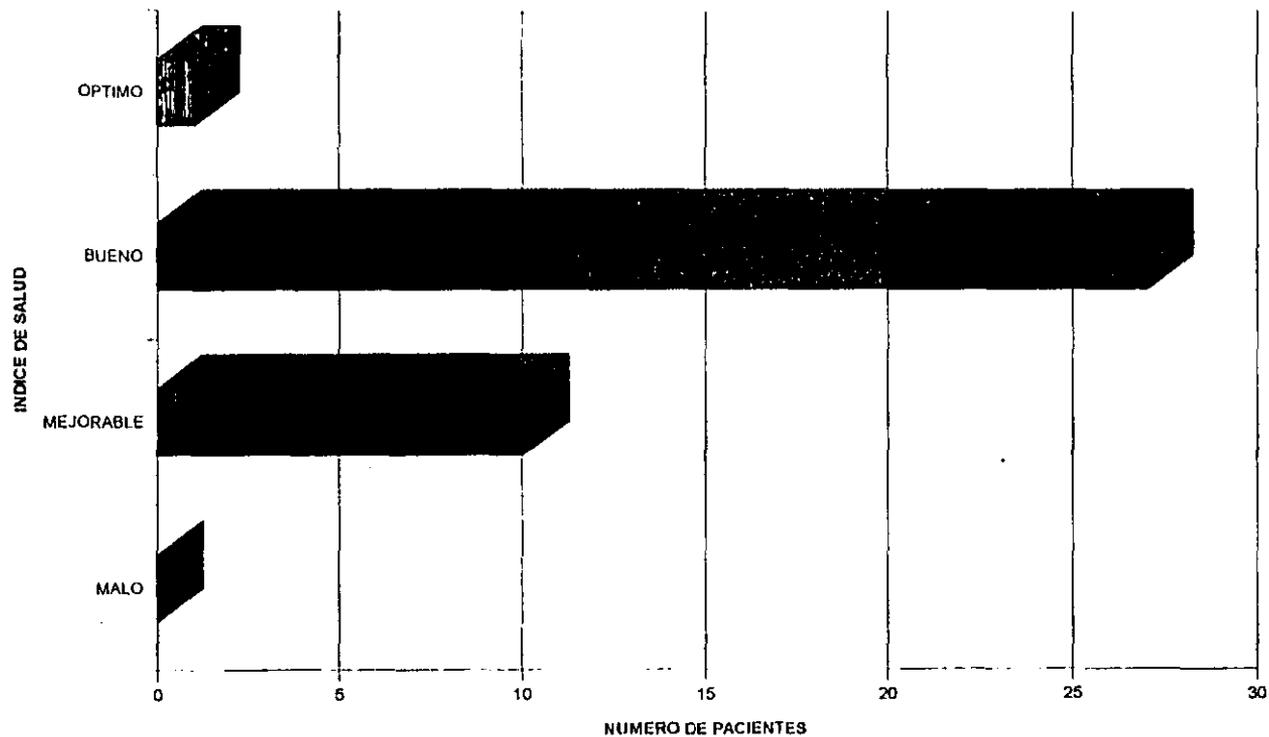
**INDICE DE SALUD EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD
DEL SEXO MASCULINO**

INDICE DE SALUD	Nº DE PENSIONADOS	%
MALO	0	0
MEJORABLE	10	26,3
BUENO	27	71
OPTIMO	1	2,6

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 12

INDICE DE SALUD EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA 12

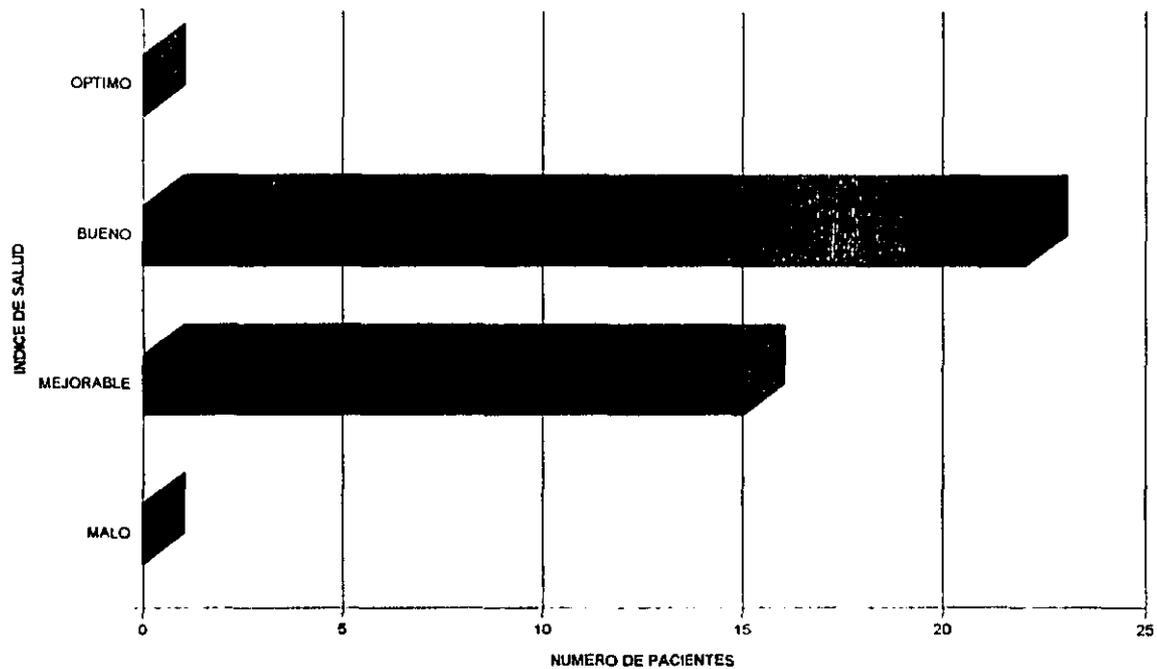
**INDICE DE SALUD EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA EDAD
DEL SEXO FEMENINO**

INDICE DE SALUD	Nº DE PENSIONADOS	%
MALO	0	0
MEJORABLE	15	40,5
BUENO	22	59,5
OPTIMO	0	0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 13

INDICE DE SALUD EN PACIENTES PESIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 13

**PARAMETROS QUE AFECTAN EL INDICE DE SALUD EN PENSIONADOS
DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO**

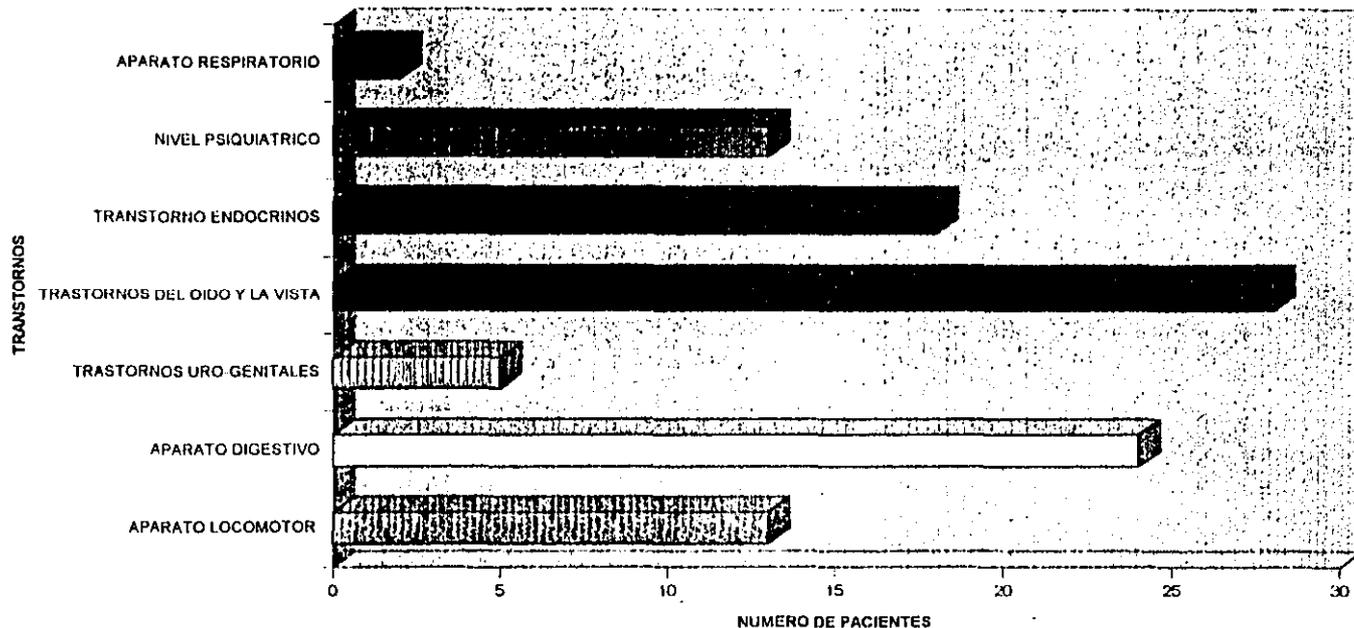
PARAMETROS QUE AFECTAN INDICE DE SALUD	Nº DE PENSIONADOS	%
APARATO LOCOMOTOR	13	34,2
APARATO DIGESTIVO	24	63,1
TRASTORNOS URO-GENITALES	5	13,1
TRASTORNOS DEL OIDO Y LA VISTA	28	73,6
TRANSTORNO ENDOCRINOS	18	47,3
NIVEL PSIQUIATRICO	13	34,2
APARATO RESPIRATORIO	2	5,2

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA N° 14

PARAMETROS QUE AFECTAN EL INDICE DE SALUD EN PESIONADOS DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO MASCULINO

57



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1987.

GRAFICA N° 14

**PARAMETROS QUE AFECTAN EL INDICE DE SALUD EN PENSIONADOS
DE LA TERCERA EDAD DEL SEXO FEMENINO**

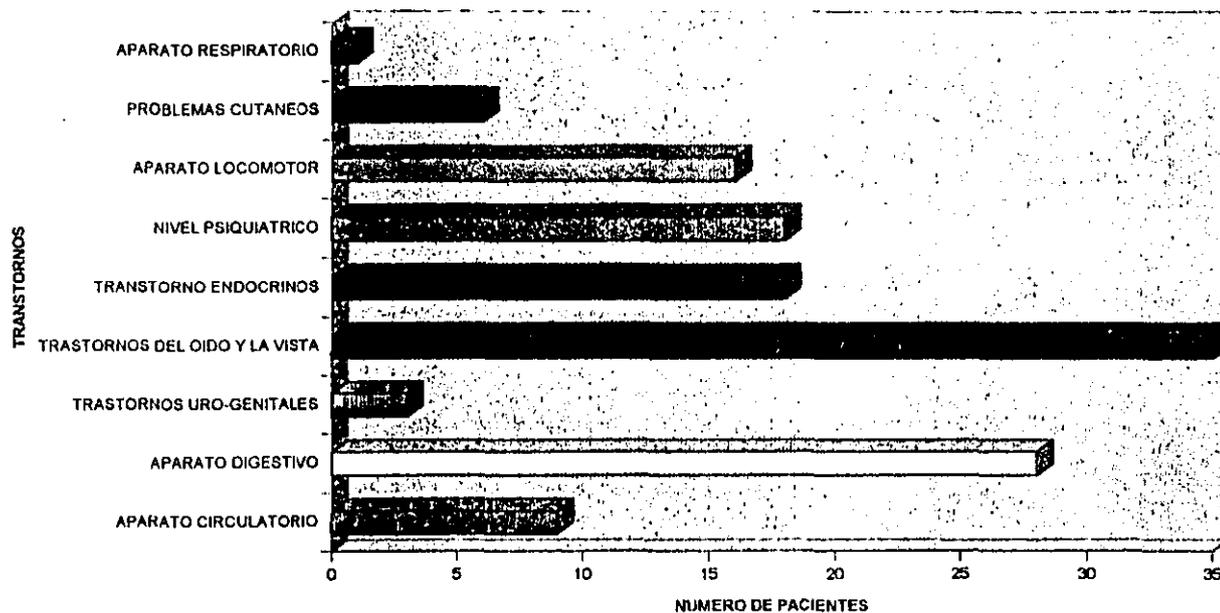
58

PARAMETROS QUE AFECTAN INDICE DE SALUD	Nº DE PENSIONADOS	%
APARATO CIRCULATORIO	9	24,3
APARATO DIGESTIVO	28	75,6
TRASTORNOS URO-GENITALES	3	8,1
TRASTORNOS DEL OIDO Y LA VISTA	35	94,5
TRASTORNO ENDOCRINOS	18	48,6
NIVEL PSIQUIATRICO	18	48,6
APARATO LOCOMOTOR	16	43,2
PROBLEMAS CUTANEOS	6	16,2
APARATO RESPIRATORIO	1	2,7

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

TABLA Nº 15

PARAMETROS QUE AFECTAN EL INDICE DE SALUD EN PACIENTES PENSIONADOS DE LA TERCERA
EDAD DEL SEXO FEMENINO



FUENTE: ENCUESTA APLICADA 1997.

GRAFICA N° 15

DISCUSION

En el presente estudio se encontró que la calidad de vida en pacientes de edad avanzada tanto del sexo masculino como del sexo femenino era de poco satisfactoria a buena, a pesar de que el factor económico influía notablemente para determinar ésta, contrario a lo que comenta la literatura que en éste tipo de pacientes se reporta pobre calidad de vida con relación a pacientes del sexo masculino, más jóvenes y de posición social más alta (9).

En cuanto al factor vivienda hasta un 95% requiere efectuar modificaciones de tipo arquitectónico en su vivienda a diferencia de lo que sucede en otros países donde solamente un 11 % requiere efectuar modificaciones a su vivienda (3).

En cuanto al factor economía un 32.4 % de pacientes de la tercera edad del sexo femenino no perciben otro ingreso adicional, percibiendo en cambio ayuda de familiares a diferencia del sexo masculino, donde solamente un 7.8% se encontraba en esa situación, siendo similar a lo que refiere la literatura en cuanto a que la seguridad económica puede constituir un valor más importante que la buena salud (11).

En lo referente al factor circunstancias personales y familiares solamente un 10.8% en las pacientes del sexo femenino y un 5.2% en los hombres, reportaron no tener relaciones con sus familiares lo que va acorde a la literatura el mencionar por parte de este tipo de pacientes que las relaciones con su familia era una de las cosas más importantes en sus vidas (7).

Al igual que otras mujeres de América Latina, la mayoría de las pensionadas de la tercera edad terminaron siendo viudas y soportando la mayor carga para la supervivencia económica de la familia (6).

A diferencia de lo mencionado en la bibliografía, en el grupo estudiado se encontró que hay más salud que calidad de vida en contraste con otra población de otras latitudes geográficas (8).

Siguen siendo los factores más importantes que determinan una buena calidad de vida, clase social alta, logros educacionales, ingresos adecuados, buen apoyo social, participación en actividades sociales, independencia funcional y buena salud autopercibida (1).

Las condiciones que con más frecuencia afectaban la vida de los pacientes de la tercera edad fueron: 1) trastornos del oído y la vista; 2) trastornos del aparato digestivo y 3) trastornos del nivel psiquiátrico. Otros estudios reportan como condiciones que con más frecuencia afectan a este grupo de pacientes las siguientes: 1) condiciones respiratorias, 2) desórdenes de las articulaciones y 3) enfermedades del corazón y circulatorias, entre las más importantes (7).

Asimismo la depresión constituye el hallazgo y trastorno psiquiátrico más común en los ancianos (11).

CONCLUSIONES

La calidad de vida en pacientes pensionados de la tercera edad que acuden a la consulta externa de la clínica del ISSTECH, tanto en pacientes del sexo masculino como en pacientes del sexo femenino corresponde a una calidad de vida poco satisfactoria en un 57% de los mismos, seguida de una calidad de vida buena hasta en un 41% de la población estudiada.

Siendo los grupos etáreos que obtuvieron una calidad de vida buena, aquellos comprendidos entre las edades de 60-64 y de 70-74 años con un porcentaje del 26.3% en el sexo masculino y un 27% en el sexo femenino.

En lo referente a factores socio-económicos que afectan a la calidad de vida en pacientes de la tercera edad del sexo masculino se encontraron los siguientes, en orden de importancia: 1) vivienda, 2) servicios sociales, 3) distracciones, 4) servicios médicos, 5) entorno y circunstancias, 6) alimentación, 7) grado de satisfacción y 8) transporte urbano. A diferencia del sexo femenino donde se encontraron los siguientes factores que afectan a la calidad de vida: 1) vivienda, 2) distracciones, 3) servicios médicos, 4) servicios sociales, 5) entorno y circunstancias, 6) economía, 7) alimentación y 8) transporte urbano.

Dentro del factor vivienda los hallazgos más relevantes fueron la falta de modificaciones arquitectónicas en la vivienda, sobre todo en lo referente a la presencia de escaleras y desniveles. En el factor servicios sociales se encontraron que hay carencia de los mismos, sobre todo en aquellos que pertenece al sector burocracia a diferencia del sector magisterio. En el factor distracciones llaman la atención el que no emplean juegos, ver televisión y/o escuchar música. En el factor servicios médicos, la determinante encontrada fue la poca asistencia a los mismos. En el factor entorno y circunstancias destacan la ausencia de centros de distracción cercanos a su domicilio así como la ausencia de centros comerciales e iglesias. En el factor alimentación se encontró que la mayoría realiza únicamente una o dos comidas al día y esta es por general racionada. En el factor grado de satisfacción se encontró que la mayoría tenía una satisfacción regular consigo mismo. En el factor transporte urbano destaca la ausencia de paradas para el abordaje de los mismos cercanas a su domicilio, así como la ausencia de modificaciones adecuadas en los medios de transporte locales para el ascenso y descenso de los mismos. El factor económico afectó de manera importante al sexo femenino, ya que la

mayoría de estas pacientes son viudas o divorciadas, siendo ellas el único sostén de la familia, no recibiendo otro ingreso adicional o bien reciben ayuda de otros familiares.

El índice salud en pacientes del sexo masculino varió de mejorable (26.4%) y bueno (71%) a óptimo (2.6 %). En comparación con el sexo femenino donde el índice de salud varió de mejorable (40.5%) a bueno (59.5%).

Siendo los parámetros de salud más afectados en el sexo masculino los siguientes: 1) Trastornos del oído y la vista. 2) Trastornos del aparato digestivo. 3) Trastornos endocrinos. 4) Trastornos psiquiátricos. 5) Trastornos en el aparato locomotor. 6) Trastornos urogenitales y 7) Trastornos en el aparato respiratorio. A diferencia del sexo femenino donde los parámetros de salud más afectados fueron: 1) Trastornos del oído y la vista. 2) Trastornos del aparato digestivo. 3) Trastornos endocrinos. 4) Trastornos psiquiátricos. 5) Trastornos en el aparato locomotor. 6) Trastornos en el aparato circulatorio. 7) Problemas cutáneos. 8) Trastornos urogenitales y 9) Trastornos del aparato respiratorio.

De estos parámetros destacan en trastornos del oído y la vista el uso de lentes y visión borrosa a pesar de llevar lentes, así como el no entender lo que normalmente le dice otra persona. Dentro de los trastornos del aparato digestivo, gran parte de los pacientes presentaron acidez habitual, estreñimiento, falta de piezas dentales y uso de dentadura postiza. En los trastornos endocrinos se presentaron casos de diabetes e hipercolesterolemia. Entre los trastornos del nivel psiquiátrico sobresalen los síntomas depresivos y ansiosos. Los trastornos del aparato locomotor encontrados fueron dolor de huesos y dificultad al subir/bajar escaleras. En lo referente a trastornos urogenitales se encontraron incontinencia y deseos constantes de orinar. En trastornos del aparato respiratorio se encontró fatiga al caminar y realizar esfuerzos así como tos frecuente. En problemas cutáneos se detectó piel seca y presencia de manchas en la piel exclusivamente en el sexo femenino así como trastornos del aparato circulatorio como hipertensión arterial, várices y parestesias en pies, manos y piernas.

Con lo anterior vemos que se cumplieron con éxito los objetivos propuestos en éste trabajo. Desde el punto de vista de la Medicina Familiar tiene importancia el haber obtenido estos datos tomando como base los 3 ejes fundamentales de la misma, ya que nos brinda en primer lugar una serie de

factores de riesgo a tener en cuenta en este tipo de población en especial, en segundo lugar brindarles una atención continua y en tercer lugar el estudio integral de las familias que están pasando por esta etapa del ciclo vital familiar.

A la calidad difícilmente se le puede estructurar, encasillarla o someterla a la fría estadística, por lo tanto no debemos olvidar el importante factor de la resignación y aceptación de lo inevitable, es decir de todo lo que conlleva el envejecer, por lo que es importante tratar de brindar una calidad de vida aceptable y suficiente durante la etapa de vida de la tercera edad fijándola en las recomendaciones siguientes:

1. Conseguir una medicina preventiva adecuada.
2. Brindar una adecuada preparación para la jubilación y la vejez.
3. Tratar de mantener una actividad física e intelectual adecuada a las necesidades y manera de ser de cada uno.
4. Procurar prevenir las necesidades económicas futuras.
5. Mantener una adecuada vida de relación
6. Tratar de acomodar las necesidades, de vivienda, de movilidad y de relación a las posibles previsiones futuras.
7. Procurar una alimentación sana y adecuada.
8. Incrementar las facilidades y capacidades de la persona para crear su propia recreación.
9. Realizar prevención primaria mediante la educación.
10. Ayudar a rescatar los espacios sociales mediante la presencia de una red de apoyo.
11. Educar desde la niñez actual, para el tiempo libre de los viejos de generaciones futuras.

BIBLIOGRAFIA

1. Ho/SC ; Woo/J ; Lau/J ; et al. Life Satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *J/Am/Geriatr/Soc.* 1995 Mar ; 43 (3) : 252/5.
2. Faden/R ; German/PS. Quality of life. Considerations in geriatrics. *Clin/Geriatr/Med.* 1994 ; 10 (3) : 541/51.
3. Lindgren/AM ; Svardsudd/K ; Tibblin/G. Housing conditions of elderly people in a city. The Albertina project. *Scand/J/Prim/Health/Care.* 1994 12 (2) : 137/43.
4. Koplan/JP ; Livengood/JR. The influence of changing demographic on our health promotion priorities. *Am/J/Prev Med.* 1994 ; 12 (2) : 137/43.
5. Hirdes/JP ; Maxwell/CJ. Smoking cessation and quality of life outcomes among older adults in the Campbell's Survey on Well/being. *Can/J/Public Health.* 1994 ; 85 (2) : 99/102.
6. Sennot/Miller/L : Older woman in Latin America : The health and socioeconomic situation of this important subgroup. *Health/Care/Women/Int.* 1995 ; 16 (5) : 413/24.
7. Bowling/A. What things are important in people's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc/Sci/Med.* 1995 ; 41 (10) : 1447/62.
8. Farquhar/M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc/Sic/Med.* 1995 ; 41 (10) : 1439/46.
9. Borello/G ; Curcio/F, Mazza/ML. Quality of life after an episode of myocardial infarct. *Minerva/Cardioangiol.* 1995; 43 (7/8): 315/27.
10. Liu/X; Liang/J; Muramatsu/N; Sugisawa/H. Transitions in functional status and active life expectancy among, older people in Japan. *J./Gerontol/B/Psychol/Sci/Soc/Sci.* 1995 ; 50 (6). 383/94.
11. Salomon P; Patch V. Manual de Psiquiatría. 2ª Edición; Editorial Manual Moderno; México D.F. 1976. Cap. XVI pag; 167-169, Cap XXXVI pag. 371-374.
12. Lozano C. Introducción a la Geriatria. 1ª Edición; Editorial Méndez Editores; México D.F. 1992. Cap. I pag.; 3-5.
13. Vega/T. Evaluación Funcional de los ancianos. *Geria.* 1995: 11 (2): 58.
14. Garay/J. ¿Qué es envejecer?. *Geria.* 1995: 11(4): 38/43
15. Goldstein/N. El tiempo libre en el anciano, como posible factor patógeno y su prevención. *Geria.* 1995: 11 (8): 32.
16. Albrieux/A. Integración del anciano y su familia, en la naturaleza. *Geria.* 1992: 8 (5): 16.

ANEXOS

ANEXO N°1

CEDULA PARA VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA.

SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

EDAD:

TIPO DE PENSION: JUBILACION () VEJEZ ()

1. VIVIENDA:

- ¿ SU VIVIENDA CUENTA CON ESCALERAS ? SÍ (1) NO (0)
- ¿ CUENTA CON AGUA CALIENTE ? SI (1) NO (0)
- ¿ TIENE SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO Y/O CALEFACCION ? SI (1) NO (0)
- ¿ EXITEN DESNIVELES ? SI (0) NO (1)

2. TRANSPORTES URBANOS:

- ¿ SE ENCUENTRA CERCA DE SU CASA, LA PARADA DE TRANSPORTE URBANO ? SI (1) NO (0)
- ¿ ENCUENTRA TRANSPORTE URBANO CON FACILIDAD ? SI (1) NO (0)
- ¿ SE LE FACILITA EL ASCENDER O DESCENDER DEL TRANSPORTE URBANO ? SI (1) NO (0)

3. ECONOMIA:

- ¿ RECIBE PENSION MENSUAL ? SI (1) NO (0)
- ¿ RECIBE OTRO INGRESO ADICIONAL ? SI (1) NO (0)
- ¿ RECIBE AYUDA ECONOMICA POR PARTE DE SUS HIJOS U OTROS FAMILIARES ? SI (0) NO (1)

4. CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y FAMILIARES:

- ¿ VIVE USTED SOLO ? SI (0) NO (1)
- ¿ VIVE CON SU CONYUGE ? SI (1) NO (0)
- ¿ TIENE USTED RELACION CON SUS HIJOS ? SI (1) NO (0)
- ¿ TIENE USTED RELACION CON EL RESTO DE SU FAMILIA ?
SI (1) NO (0)
- ¿ MANTIENE CONTACTOS PERIODICOS CON LA FAMILIA ?
SI (1) NO (0)

5. SERVICIOS SOCIALES:

- ¿ EXISTEN SERVICIOS SOCIALES EN SU COMUNIDAD ?
SI (1) NO (0)
- ¿ LOS UTILIZA ? SI (1) NO (0)
- ¿ EL GRADO DE COOPERACION DEL PERSONAL ES BUENO
(2), ESCASO (1), NULO (0) ?

6. SERVICIOS MÉDICOS:

- ¿ ASISTE A CONSULTA CON SU MEDICO FAMILIAR ? SI (1)
NO (0)
- ¿ ASISTE A CONSULTA CON EL GERIATRA ? SI (2) NO (0)
- ¿ ASISTE A CONSULTA CON ALGÚN OTRO ESPECIALISTA ?
SI (3) NO (0)
- ¿ LA DISTANCIA DE SU CASA A LA CLINICA DE CONSULTA
EXTERNA ES ? POCA (1) MUCHA (0)
- ¿ TIENE SEGURO DE ENFERMEDAD ? SI (1) NO (0)

7. ENTORNO Y CIRCUNSTANCIAS:

- ¿ HAY CERCA DE SU CASA UN MERCADO O
SUPERMERCADO? SI (1) NO (0)
- ¿ SE ENCUENTRA CERCA DE SU CASA LA IGLESIA A LA QUE
ACUDE ? SI (1) NO (0)
- ¿ HAY CENTROS DE DISTRACCION CERCANOS A SU CASA ?
SI (1) NO (0)
- ¿ PUEDE SALIR SOLO DE CASA ? SI (1) NO (0)
- ¿ QUIEN LO ACOMPAÑA ? ALGÚN FAMILIAR (1) OTROS (0)

8. ASEO PERSONAL:

- ¿ SE VISTE USTED SOLO ? SI (1) NO (0)
- ¿ NECESITA DE AYUDA ? SI (0) NO (1)
- ¿ QUIEN LE AYUDA ? UN FAMILIAR (1) OTROS (0)
- ¿ VA USTED A LA PELUQUERIA/SALON DE BELLEZA ? SI (1)
NO (0)
- ¿ PUEDE ASEARSE SOLO ? SI (1) NO (0)

9. DISTRACCIONES:

- ¿ EN QUE DISTRACCIONES EMPLEA SU TIEMPO ?
 - TELEVISION (1)
 - MUSICA (1)
 - LECTURA (1)
 - CONVERSACION (1)
 - JUEGOS (1)

10. GRADO DE SATISFACCION:

- ¿ SU GRADO DE SATISFACCION CONSIGO MISMO ES ?
BUENO (2), REGULAR (1) NULO (0)

11. ALIMENTACION:

- ¿ SU ALIMENTACION ES ? ABUNDANTE (1), ESCASA (0),
RACIONADA (1)
- ¿ FRECUENCIA DE COMIDAS ? UNA (0), DOS (1), TRES O
MAS (2)

CALIFICACION

Calidad de vida "óptima": 40-49 puntos.

Calidad de vida buena: 30-39 puntos.

Calidad de vida Poco satisfactoria: 20-29 puntos.

Calidad de vida No Satisfactoria: menos de 20 puntos.

ANEXO N° 2

CEDULA PARA EVALUAR EL NIVEL SALUD

1. APARATO CIRCULATORIO:

- ¿ TIENE LA PRESION ALTA ? SI (0) NO (1)
- ¿ SE LE OLVIDAN FACILMENTE LAS COSAS ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE FRECUENTES DOLORES DE CABEZA ? SI (0) NO (1)
- ¿ SE LE HINCHAN LOS PIES/PIERNAS ? SI (0) NO (0)
- ¿ SUFRE DE VARICES ? SI (0) NO (0)
- ¿ NOTA LAS MUCOSAS AZULADAS ? SI (0) NO (1)

2. APARATO LOCOMOTOR:

- ¿ LE DUELEN LOS HUESOS ? SI (0) NO (1)
- ¿ NOTA QUE SE LE DEFORMEN LOS DEDOS DE LAS MANOS ?
SI (0) NO (1)
- ¿ SE CAE CON FRECUENCIA ? SI (0) NO (1)
- ¿ LE CUESTA SUBIR/BAJAR ESCALERAS ? SI (0) NO (1)

3. PROBLEMAS CUTANEOS:

- ¿ TIENE LA PIEL SECA ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE MANCHAS EN LA PIEL ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE COMEZON CONTINUA ? SI (0) NO (1)
- ¿ SUELEN HACERSELE ULCERAS CON FRECUENCIA ? SI (0)
NO (1)

4. APARATO DIGESTIVO:

- ¿ SUFRE DE DIARREAS HABITUALES ? SI (0) NO (1)
- ¿ SUFRE DE ESTREÑIMIENTO ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE HABITUALMENTE ACIDEZ ? SI (0) NO (1)
- ¿ LE FALTAN PIEZAS DENTALES ? SI (0) NO (1)
- ¿ ACUDE AL DENTISTA A REVISIONES PERIODICAS ? SI (1)
NO (0)

- ¿ LLEVA DENTADURA POSTIZA ? SI (0) NO (1)

5. TRASTORNOS UROGENITALES:

- ¿ SUFRE DE INCONTINENCIA URINARIA ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE CONSTANTES DESEOS DE ORINAR ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE PICOR O ESCOZOR AL ORINAR ? SI (0) NO (1)
- *EN LAS MUJERES:* ¿ TIENE PROLAPSO UTERINO ? SI (0) NO (1)
- *EN EL HOMBRE :* ¿ LE CUESTA TRABAJO ORINAR ? SI (0) NO (1)

6. TRASTORNOS DEL OIDO Y LA VISTA:

- ¿ USA LENTES PARA VER DE LEJOS/CERCA ? SI (0) NO (1)
- ¿ SUFRE DE CONJUNTIVITIS CON FRECUENCIA ? SI (0) NO (1)
- ¿ VE LAS IMÁGENES BORROSAS A PESAR DE USAR LENTES ? SI (0) NO (1)
- ¿ PUEDE LLEVAR UNA CONVERSACION EN UN TONO NORMAL ? SI (0) NO (1)
- ¿ ENTIENDE NORMALMENTE LO QUE LE DICEN ? SI (0) NO (1)

7. APARATO RESPIRATORIO:

- ¿ SE FATIGA CUANDO ANDA ? SI (0) NO (1)
- ¿ SE FATIGA CUANDO HACE UN ESFUERZO ? SI (0) NO (1)
- ¿ TOSE CON FRECUENCIA ? SI (0) NO (1)
- ¿ TOSE AL LEVANTARSE ? SI (0) NO (1)
- ¿ EXPECTORA ? SI (0) NO (1)

8. TRASTORNOS ENDOCRINOS:

- ¿ ES OBESO ? SI (0) NO (1)
- ¿ SUFRE DIABETES ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE COLESTEROL ? SI (0) NO (1)
- ¿ SIGUE ALGÚN RÉGIMEN ? SI (0) NO (1)

9. NIVEL PSIQUIATRICO:

- ¿ SE SIENTE DEPRIMIDO ? SI (0) NO (1)
- ¿ SE ENCUENTRA CON ANSIEDAD ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE IDEAS NEGATIVAS ? SI (0) NO (1)
- ¿ HA DESEADO ALGUNA VEZ LA MUERTE ? SI (0) NO (1)
- ¿ SE SIENTE SOLO ? SI (0) NO (0)

10. NIVEL NEUROLOGICO:

- ¿ TIENE ALGÚN TIPO DE PARALISIS ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE PERDIDA DE LA MEMORIA ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE DOLOR DE CABEZA ? SI (0) NO (1)
- ¿ TIENE PARESTESIAS EN MIEMBROS ? SI (0) NO (1)
- ¿ CAMINA USTED BIEN ? SI (1) NO (0)
- ¿ TIENE RIGIDEZ O DIFICULTAD EN LOS MOVIMIENTOS ?
SI (0) NO (1)

CALIFICACION

Índice de salud óptimo: 52-45 puntos.

Índice de salud bueno: 44-34 puntos.

Índice de salud mejorable: 33-25 puntos.

Índice de salud malo: menos de 25 puntos.