



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN.**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO.**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”**

**CONOCER A TRAVÉS DE DOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN LA CALIDAD
DE VIDA DEL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD QUE ACUDE A LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ.**

**Trabajo final de investigación
para obtener el diploma de especialista en:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. ISABEL VÁZQUEZ NAVARRETE

MÉXICO, D.F. 2007



No de Registro



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.

**CONOCER A TRAVÉS DE DOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD QUE
ACUDE A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO
CHÁVEZ.**

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR.

Presenta:

DRA. ISABEL VÁZQUEZ NAVARRETE.

AUTORIZACIONES:

M.C. ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS.

**PROFESOR DEPARTAMENTO MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.**

DRA. YOLANDA DEL CARMEN MORENO CASTILLO.

**MÉDICO FAMILIAR.
RESPONSABLE DEL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA**

**CONOCER A TRAVÉS DE DOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD QUE
ACUDE A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO
CHÁVEZ.**

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR.

Presenta:

DRA: ISABEL VÁZQUEZ NAVARRETE.

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**CONOCER A TRAVÉS DE DOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD QUE
ACUDE A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO
CHÁVEZ.**

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR.

**AUTORIDADES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE “DR. IGNACIO CHÁVEZ” .**

DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA.

**DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE.**

DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA.

**MÉDICO FAMILIAR.
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE.**

AGRADECIMIENTOS.

Le agradezco a Dios por permitirme vivir y por darme la oportunidad de ser parte de una familia maravillosa, ejemplo de amor, bondad, trabajo disciplina y honradez, y muy particularmente a mis padres (Soledad y Juventino) quienes me inculcaron día con día que el trabajo la constancia, y el compromiso con uno mismo es lo único que dignifica al hombre y lo hace sobreponerse a las adversidades de la vida.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y muy en especial a la C.M.F “Dr. Ignacio Chávez” y a su personal médico, paramédico y directivo, por la enseñanza tanto académica, como humana, que me fue brindada a través de los tres años en los que curse la especialidad medica. Y particularmente al M.C. Alberto González Pedraza, por el apoyo brindado para la realización de este trabajo de investigación.

Para finalizar un agradecimiento muy particular a mis grandes compañeros y amigos, que compartieron conmigo estos años de mi vida, a todos ellos solo me queda decirles mil gracias por momentos inolvidables, gracias por su apoyo, por su enseñanza y por su calidad humana. Los mencionaré por orden alfabético, Amalia Álvarez, Ashanti Flores, Estela Salazar, Isabel Guadarrama, Leonardo Lemus, Sandra Vega, Teresa Solís, y Rene Ramírez.

RESUMEN.

OBJETIVO. Conocer a través de dos instrumentos de evaluación la calidad de vida autopercibida por los pacientes de la tercera edad que acuden a la Clínica de Medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Prospectivo, Observacional, Transversal, y Descriptivo.

Población: Se recabo información de 178 adultos mayores que asisten a consulta medica a la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, con el fin de valorar la Calidad de Vida autopercibida por los mismos, a través de una ficha de identificación y dos cuestionarios validados para calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham, y Viñetas Coop/Wonca).

Análisis estadístico: Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12.

Resultados:

Las mujeres percibieron peor calidad de vida, así como los viudos. Se valoro también el nivel educativo observando que entre más bajo fue este peor fue la autopercepción de calidad de vida. Así mismo se valoro la actividad laboral mientras esta es o fue ejercida observando que los pacientes que se dedicaron al hogar tuvieron peor calidad de vida con respecto a quienes trabajaron o trabajan. Se valoro además la variable con quien vive, observando que esta no afecto considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

Por ultimo se valoro la presencia o ausencia de enfermedades crónico degenerativas obteniendo en los resultados que los pacientes con HAS, DM, enfermedades cardiovasculares y enfermedades reumáticas, presentaron peor calidad de vida en comparación con otros pacientes que no las presentaban.

Conclusiones.

Los resultados obtenidos en este trabajo, refieren q independientemente del cuestionario utilizado, cerca d 10% de los pacientes de la tercera edad, que acuden a la clínica refirieron tener una mala calidad de vida.

Con estos datos se deben plantear programas asistenciales y/o médicos, para buscar alternativas de solución a estos pacientes, recordando que la calidad de vida medida subjetivamente, según muchos autores parece predecir mejor el comportamiento en el factor salud a mediano y largo plazo de muchos pacientes.

Palabras Claves. Adulto mayor, Calidad de Vida, Perfil de Salud de Nottingham y Viñetas Coop/Wonca.

SUMMARY.

OBJECTIVE. To know through two instruments evaluation the quality of life self-perceived by the patients the elderly people who go to the familiar Medicine Clinic “Dr. Ignacio Chávez” of the ISSSTE.

MATERIAL AND METHODS.

Design:

A Prospective, Observational, Cross-sectional, and Descriptive study.

Population: I successfully obtain information of 178 adults greater than they attend medical consultation to the health care center “Dr. Ignacio Chávez” ISSSTE, with the purpose to valuing the Quality of life, through two questionnaires validatet (Profile of Health of Nottingham, and Coop/Wonca charts).

Statistical analysis: Statistical program SPSS was used version 12.

Results:

The women perceived worse quality of life, as well as the widowers. I also value the educative level observing that between lower was this, worse one was self-perception of quality of life. Also I value the labor activity while this is was or it is exerted observing that the patients who dedicated themselves to the home had worse quality of life with respect to those who worked or work. I value in addition the variable with that lives, observing that this nonaffection considerably the quality of Life of the patients.

Finally I value the presence or absence of cronic-degeneratives diseases obtaining in the results that the patients with you have, cardiovascular DM, diseases and rheumatic diseases, presented/displayed worse quality of life in comparison with other patients who did not present/display them.

Conclusions.

The results obtained in this work, refer that independently of the used questionnaire, near 10% of the patients of the study, who go to the clinic referred to have a bad quality of life. With these data welfare and/or medical programs are due to raise, to look for alternatives of solution these patients, remembering who the Quality of Life measured subjectively, according to many authors seems to predict better the behavior in the medium factor health to and long term of many patient **Key words.** Elderly people, Quality of Life, Profile of Health of Nottingham and Coop/Wonca charts.

ÍNDICE	PÁGINA.
1.- MARCO TEÓRICO.	
1.1. - Introducción al fenómeno del envejecimiento mundial.....	1-2
1.2. - Perfil demográfico y epidemiológico.....	3-5
1.3. – ENVEJECIMIENTO.	
1.3.1.- Concepto.....	5-6
1.3.2 -Fisiopatología del envejecimiento.....	6-8
1.3.3. -Consideraciones biomédicas.....	8-10
1.3.4. -Consideraciones bioéticas.....	10-11
1.3.5. –Consideraciones sociales.....	11-13
1.4. - CALIDAD DE VIDA.	
1.4.1.- Definición.....	13-14
1.4.2. -Dimensiones e indicadores centrales.....	14-17
1.4.3.- Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	17
1.5. - MEDICION DE CALIDAD DE VIDA.....	17-18
1.5.1. -Instrumentos Genéricos.....	18
1.5.2. -Instrumentos Específicos.....	19-21
1.5.3. -Las viñetasCoop/Wonca.....	..21-23
1.5.4. - Perfil de Salud de Nottingham.....	24-25
1.6. -EL ADULTO MAYOR Y LOS SERVICIOS DE SALUD.....	25-27
1.7.-ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR ÉL MEDICO FAMILIAR.....	27-30
1.7.1 -La Valoración Geriátrica Integral o Multidimensional.....	30-31

2. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
3. - JUSTIFICACION.....	33
4. – OBJETIVOS.	
4.1- Objetivos Generales.....	34
4.2.- Objetivos Específicos.....	34-35
5.- METODOLOGÍA.	
5.1.-Tipo de estudio.....	35
5.2.- Diseño de Investigación.....	35
5.3.-Población Lugar y Periodo de estudio.....	36
5.4.- Tipo y Tamaño de la Muestra.....	36
5.5.- Criterios de Inclusión.....	36
5.6.- Criterios de exclusión.....	36
5.7.- Criterios de eliminación.....	36
5.8.- Cédula de recolección de datos.....	37
5.9.- Variables.....	37-38
6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	38
7.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.....	39
8.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39-40
9.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41-43
10.-DISCUSIÓN.....	44-67
11.-CONCLUSIONES.....	.68
12.-REFERENCIAS.....	69-73
13.-ANEXOS.....	74-79

1. - MARCO TEÓRICO.

1.1. – INTRODUCCIÓN.

Los avances científicos y tecnológicos alcanzados en el campo de la medicina han reducido las enfermedades mortales, han hecho posible que disminuya la tasa de mortalidad y aumente la esperanza de vida, como consecuencia de estas variables, la sociedad de fines del siglo XX, se encontró ante un fenómeno nuevo: La longevidad de su población.

Si bien estos cambios han prolongado la vida, en la actualidad hay estados de salud peores que la muerte, estamos afrontando, por lo tanto, un conflicto entre cantidad y calidad de vida, lo que acarrea dilemas éticos y de difícil resolución.¹

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena en 1982, definió como adulto mayor a una persona de 60 años o más, de la que se estima que para el año 2018 habrá 1.000 millones en todo el mundo.²

Actualmente México ocupa el séptimo lugar mundial de envejecimiento acelerado, según el último censo de población un total de 6.9 millones de mexicanos (7.24%) son mayores de 60 años de edad.¹

En México, al igual que en la mayoría de los países del mundo se ha experimentado la transición demográfica hacia una población longeva con características particulares, obligando a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, con prioridad en la prestación de servicios sociales y de salud.^{1,2}

El interés por investigar sobre la calidad de vida del adulto mayor cobra importancia en la década de los ochenta del siglo XX, ante la demanda de una visión holística de los problemas de salud para medir el impacto de la misma en el bienestar general.²

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia y se relaciona significativamente con su estado de salud percibido.³

Actualmente, no existe un criterio uniforme objetivo para evaluar la calidad de vida, y los investigadores coinciden en que la evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en las áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad.^{1,4,5,6,7}

La calidad de vida relacionada con la salud, es un concepto importante en la investigación actual, Brown, Renvick y Nagler³ afirmaron que la calidad de vida esta estrechamente relacionada con la salud. La buena salud es un indicador universal de calidad de vida.

Existe un consenso general en considerar que la calidad de vida relacionada con la salud es multidimensional. Se han construido muchos instrumentos de evaluación que se centran en un aspecto no solo físico, sino también psicosocial de la vida del paciente.⁸

La preocupación por la salud como componente más destacable de la investigación sobre los adultos mayores obliga a los médicos a enfrentar una creciente demanda de cuidados médico-sociales-geriátricos. La evaluación integral del anciano es fundamental, este enfoque integral debe ir más allá de la historia clínica tradicional para extenderse a los aspectos psicológicos, familiares, sociales, económicos y de disponibilidad de los cuidadores, un manejo gerontológico adecuado mejorará la calidad de vida, disminuirá los efectos negativos de las enfermedades crónico degenerativas, retardará la discapacidad y el ingreso indiscriminado a los hospitales para lograr niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

El conocimiento del estado de salud de nuestra población anciana permitirá adecuar los servicios y marcar prioridades de acción.

El objetivo de nuestro estudio es conocer a través de dos instrumentos de evaluación la calidad de vida auto percibida por los pacientes de la tercera edad que acuden a la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez".

1.2. - PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO.

Nos encontramos ante un fenómeno histórico sin precedente, el envejecimiento poblacional, el cual es y será una realidad a la que se debe prestar suficiente atención, no solo por el incremento progresivo de su proporción, si no por el aumento de las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas y, por extensión, por la calificación humana y técnica de las personas que tendrán que hacerse cargo de su cuidado.^{1, 5}

Es importante destacar que el aumento de la esperanza de vida de la población en general, pero en particular de los adultos mayores en todo el mundo, debe de ser tomado como un resultado exitoso para la humanidad. El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aunado a la baja exposición a condiciones riesgosas, aumentan las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud y vivir una vejez apropiada. Sin embargo, este buen resultado biológico puede verse opacado si la calidad de vida de las personas de edad avanzada no cumple con ciertos principios mínimos.⁶

En el mundo había en el año 1950 un total de 200 millones de personas mayores de 60 años, en 1970 alcanzó cifras de 307 y en el año 2000 ya son casi 580 millones, es decir el número de ancianos aumenta en un 90% mientras que la población mundial lo hace en un 70%. En Europa casi 80 millones de personas tienen más de 60 años y en España 4 millones.

En México la población de 60 años y más ascendió en 1990 a casi 5 millones de personas, lo que represento 6.1% de la población total del país, esto como resultado de una tasa de crecimiento media anual de 3.1% superior a la registrada por la población total en los últimos 20 años, por lo que se puede hablar de un envejecimiento de la población mexicana.⁷

De acuerdo al INEGI hasta mayo del 2005, la población total del Distrito Federal era aproximadamente de 8 millones 550 mil 170, de los cuales 4 millones 55 mil 829 son hombres y 4 millones 494 mil 341 son mujeres. De este número total, los adultos mayores (de 60 años o más) corresponden a 738 mil 336, de los cuales 306 mil 150 son hombres y 432 mil 186 son mujeres.

Datos más descriptivos nos indican que viven 19 mil personas centenarias, 11 mil son mujeres y 7 mil hombres. Esto significa que 2 de cada 10 mil mexicanos son centenarios.⁹

El incremento en la población de adultos mayores, tiene repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, que se expresan principalmente en los sistemas de pensión, jubilación, aporte de ingresos, distribución de tareas dentro de las familias y aumento en la necesidad de asistencia médica, psicológica y socioeconómica, debido a la elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónicas degenerativas causantes de invalidez (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares).

Es un hecho evidente que la población anciana es una de las mayores usuarias de los servicios de salud. En un estudio realizado en México, con base en los datos recolectados por la Escuela Nacional de Salud en 1994, en donde se analizaron el perfil sociodemográfico y la utilización de servicios de salud durante los 12 meses previos, en una muestra de 4.628 personas de 60 años o más. En esta investigación se demostró que el 82% de los ancianos de la zona rural y 42% en la zona urbana carecían de servicios de seguridad social. Las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (9.9%), diabetes mellitus (9%) cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%).

Los servicios de salud en donde más frecuentemente se atendieron los ancianos en zonas urbanas fueron el médico particular (38%), el IMSS (32%), la SSA (11.5%), el ISSSTE (7.7%) y el IMSS-SOLIDARIDAD (2.5%). En zonas rurales fueron, el médico

particular (36%) la SSA (30%), el IMSS-SOLIDARIDAD (13%), el IMSS (10%) y EL ISSSTE (3%).

Siendo notorio, que el servicio de salud más utilizado por el anciano corresponde al servicio privado sin distinción por la zona de residencia (urbana o rural).^{1,2}

1.3.- ENVEJECIMIENTO.

1.3.1.-DEFINICION.

EL envejecimiento es un proceso que comprende modificaciones morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según el contexto temporo espacial en el que se desarrollo el individuo en las etapas anteriores de su vida, y que aparecen como consecuencia del paso del tiempo. Dichos cambios se inician o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años.^{2,9.}

Es un proceso multifactorial, apenas conocido que transforma un individuo sano y activo en vulnerable y enfermizo al mermar sus reservas para responder al medio y las exigencias de la vida.

El envejecimiento en si mismo, es un factor de riesgo principal para la aparición de enfermedades importantes, por ello el conocer dicho proceso, quizá nos beneficie para poder modificar la enfermedad y mejorar el llamado estilo de vida.⁸

Otros autores definen el proceso del envejecimiento: como todas las modificaciones morfológicas, biológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Cabe hacer mención, que en el envejecimiento existen cambios producidos por diferentes factores a saber, el envejecimiento verdadero, condicionado por factores intrínsecos del individuo, así como por factores ambientales de su entorno. Por otro lado al referirnos al envejecimiento usual, hacemos alusión a las alteraciones observadas en el anciano y determinadas por los efectos combinados de los procesos

de envejecimiento, así como, por los efectos de las enfermedades, el ambiente adverso y los factores propios del estilo de vida.

El envejecimiento con éxito, nos indica que el individuo solo presenta disminuciones fisiológicas y estas no se encuentran complicadas por la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales y factores propios del estilo de vida, lo cual implica mayor capacidad fisiológica, menor riesgo de enfermedad, y presencia de componentes previsibles o reversibles.⁹

1.3.2 FISIOPATOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es un proceso fisiológico general que aún no se comprende, afecta a las células y a los sistemas formados por ellas, así como a los componentes tisulares como el colágeno. Han surgido numerosas teorías para tratar de explicar el origen del envejecimiento, existiendo en la actualidad más de 300. Mencionaremos algunas de las más aceptadas en la actualidad.

Una de las teorías es la de la evolución, la senescencia es la consecuencia de un modelo de selección natural que se manifiesta en las especies de reproducción sexual, un ejemplo es lo que ocurre con el salmón del pacífico cuya muerte coincide con el final del ciclo reproductivo.

Otra teoría es la que propone Kirkwood, conocida como teoría del soma desechable, la cual propone que los animales no han adquirido sistemas que aseguran su inmortalidad, porque han invertido toda la energía en una reproducción eficaz y en mecanismos de protección que aseguren un vigor juvenil durante este periodo. Finalizado esta, durante la madurez, aprovechamos las reservas acumuladas, pero nuestra supervivencia se hace cada vez más difícil como consecuencia del estrés ambiental, que finalmente conduce a la muerte. Esta teoría puede explicar la idea de la destrucción tisular producida a lo largo de la vida, por estrés.

Otra teoría es la del ataque mitocondrial, se piensa que con la edad, el ADN sufre ataques oxidativos, especialmente el de origen mitocondrial dado que la exposición a radicales libres generados por esos organelos se une a una escasa capacidad de reparación y a la falta de protección debido a la ausencia de histonas, por lo tanto, a largo plazo este deterioro afectaría al ADN mitocondrial y a la funcionalidad de las mitocondrias y, como consecuencia, a la producción de energía. Se ha sugerido que algunas enfermedades que se presentan a lo largo de la vejez, Parkinson, Alzheimer, y Diabetes Mellitus tipo 2 se deben a una falla mitocondrial.

La mayoría de los estudios citados anteriormente, conducen a considerar la importancia de los radicales libres en el envejecimiento. Los ratones con una tasa metabólica elevada y, por tanto, una producción grande de radicales libres, viven mucho menos que los correspondientes a las especies longevas como la humana, que producen más enzimas antioxidantes que les protegen. También se cree que los radicales libres intervienen en la génesis de muchas enfermedades que aparecen frecuentemente durante el envejecimiento tales como artritis, la aterosclerosis y el cáncer.

Actualmente Kumkel y T. Perls han descrito que una región del cromosoma 4 contiene el gen o los genes de la longevidad humana. Basado en el trabajo de C. Elegans se realizó un estudio que consistió en analizar los genes que explican por que algunas personas se acercan o superan los cien años de edad, estudiaron 308 personas entre 91 y 109 años, se les realizó extracción de sangre para analizar su material genético con la ayuda de 400 marcadores seleccionados adecuadamente a lo largo de los 23 pares de cromosomas humanos. El resultado de este estudio mostró una región del cromosoma 4 donde están presentes entre 100 y 500 genes, de los cuales uno o varios, son los responsables de la excepcional supervivencia de esas personas. Los autores consideran que la variación genética presente en los centenarios, no es una mutación sino un polimorfismo de un solo nucleótido. De confirmarse esta teoría, la longevidad dependería de la variación de uno de los 3200 millones de nucleótidos que

constituyen nuestro genoma y, que daría lugar a una proteína que raramente se manifiesta en la población general.

La caracterización de un gen de la longevidad ayudaría a conocer las rutas implicadas en el envejecimiento y a desarrollar fármacos que produjeran los efectos biológicos que por razones genéticas disfrutaban las personas centenarias, con lo que se podrían retrasar las consecuencias negativas del envejecimiento.

Todos estos estudios parecen indicar que la pregunta de por que envejecemos esta escrita en nuestros genes y que su identificación y caracterización fisiológica esta próxima. De ello podrían depender nuestras expectativas y calidad de vida futura. ^{10, 11, 12,13}

Como ya se mencionó, en el proceso de envejecimiento participan factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que es conveniente hablar de cada uno de dichos procesos.

1.3.3.- CONSIDERACIONES BIOMEDICAS.

Define que el envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a varios niveles (molecular, celular, tisular y sistémico) siendo a la vez estructural y funcional.

El envejecimiento celular es un componente importante en el envejecimiento del organismo que se caracteriza por una disminución en diferentes procesos, entre los que se incluyen los de fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético. Este proceso es continuo, universal, progresivo irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades.

Para explicarlo se han generado diferentes teorías, entre los que destaca, la que afirma la existencia de un programa que determina la duración de la vida, que esta gobernado por la interacción entre los genes y los factores ambientales. Se han

postulado defectos en la estructura y función de los componentes moleculares que participan en la transferencia de la información genética desde el DNA hasta la síntesis de proteínas. También puede deberse al deterioro en la función de los mecanismos de reparación molecular y celular. Estos cambios ocurren con el paso del tiempo bajo la influencia de factores ambientales (nutrición, tabaco, tóxicos ambientales, radiación ultravioleta, etc). El incremento en el daño oxidativo se ha relacionado a la exposición ambiental repetida de agentes lesivos (por ejemplo radiaciones ionizantes) aumentando con la reducción progresiva de mecanismos de defensa antioxidantes (vitamina E y vitamina C).^{2, 10,13.}

Las células de un individuo viejo, tienen una disminución en la capacidad metabólica y un descontrol en las funciones de proliferación y sobrevivencia. La capacidad replicativa, que se mide por el número de duplicaciones que puede llevar a cabo una población celular es un fenómeno determinado por el tiempo celular, la edad y la especie del individuo del que provienen las células. Mientras más vive un individuo, mayor es el número de replications que llevaran a cabo sus células. A la pérdida de la capacidad de replicarse se le denomina senescencia replicativa o celular y corresponde a una disminución del número de células que continúan dividiéndose en una población.

Se ha sugerido la existencia de un reloj molecular que marca el momento de detener la capacidad de replicación celular y de entrar en un estado senescente. Se ha señalado que este reside en las moléculas de DNA localizadas en los extremos de los cromosomas, y que reciben el nombre de telómeros. Conforme una célula se divide, sus telómeros se van acortando, pero la enzima telomerasa los repara. Las células incapaces de restablecerlos se encuentran en un punto en el que pueden morir o entrar en senescencia replicativa. Probablemente esta sea la causa de la disminución en la capacidad regenerativa de los tejidos de un individuo viejo, como ocurre con los componentes celulares, moleculares de los vasos sanguíneos y del corazón. Si una célula escapa al proceso de envejecimiento se vuelve cancerígena y desarrolla tumores especialmente en tejidos de renovación continua.

Se ha observado, que la disminución en la eficacia del ajuste homeostático conduce en la vejez a la insuficiencia de los mecanismos de adaptación. Existen evidencias de que en el proceso de envejecimiento se encuentran afectadas las funciones de los tres grandes sistemas controladores, nervioso, endocrino e inmune, los que al actuar de manera integrada, alteran de manera general los procesos corporales, como el aprovechamiento de los nutrimentos, la tasa metabólica, producción de anticuerpos, metilación de genes, tasa de reparación de DNA, producción de los radicales libres de oxígeno y la entropía del sistema, lo que incrementa la vulnerabilidad a las enfermedades.²

1.3.4.- CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Define al envejecimiento como un proceso que forma parte de la vida humana, y que se enlaza en el sentido y significado de la vida, implicando cambios permanentes. Los ancianos de hoy fueron jóvenes y contribuyeron a desarrollar la sociedad actual, que ahora los rechaza, los jóvenes de hoy serán los ancianos de mañana.

El presente es vivido por los ancianos como una época de pérdida, se pierde el trabajo, influencia, poder, autonomía y autoestima. El anciano debe depender de personas, instituciones y gobiernos que siempre tienen tareas prioritarias que atender, debe de asumir ser relevado en toma de decisiones aún de ellas de su estricta pertenencia, aprender a obedecer las normas de otros y esperar su turno pacientemente.

La conciencia de pérdida, permite que el individuo establezca tempranamente sus mecanismo de compensación para adaptarse a las nuevas situaciones de una manera más adecuada, sin menoscabo de su autonomía y de su dignidad, una forma en la que el anciano aprende a vivir es vinculándose con el pasado a través del recuerdo, el cual no es una simple representación de acontecimientos, sino una reconstrucción personalísima de contextos, atmósferas fuentes de sentido y significado para el individuo casi imposible de entender por otro.

Aún más que la muerte, la principal preocupación del anciano es un largo periodo de incapacidad y desvalimiento, más cuando es doloroso. Sobre la autonomía, libertad y dignidad del anciano, tanto la visión romántica-paternista como la científica biomédica, han ignorado o despreciado considerar que la índole genuina del ser humano radica en la voluntad de este, en su soberano libre albedrío y en el afán de ejercerlo incluso cuando tal ejercicio vaya en contra de la razón y de su ventaja personal. Concluyendo que lo que un hombre necesita es sola y exclusivamente una voluntad independiente, le cueste lo que le cueste y le lleve a donde le lleve. Es esta libertad la que permite que la vida tenga sentido y propósito.²

1.3.5.-CONSIDERACIONES SOCIALES.

El progreso de industrialización, de urbanización y de modernización social junto a los grandes avances de la sanidad pública y a los grandes descubrimientos científicos que han reducido las enfermedades mortales, han hecho posible que de forma drástica disminuya la tasa de mortalidad y aumente la esperanza de vida.

Como consecuencia de estas variables, la sociedad de finales del siglo XX, se encuentra ante el fenómeno de la longevidad, el número de personas mayores de 65 años ha aumentado llegando a quintuplicar.

La caída de la tasa de natalidad, junto con la reducción de la mortalidad, definen la transición demográfica, cada día, por tanto hay más personas mayores y la sociedad envejece progresivamente.

Los cambios sociales de las últimas décadas hacen que los conceptos sobre las etapas del ciclo vital se cuestionen. En este grupo poblacional, aparece un subgrupo de edad que sería el de los viejos jóvenes. Personas jubiladas con los sentidos conservados, con buen nivel de salud y con buena integración en la vida familiar social y política.

Los cambios propios de la vejez, no vienen determinados únicamente por la enfermedad o la mala nutrición, intervienen al menos cuatro variables tales como el envejecimiento biológico normal, la aparición de enfermedades crónicas, la pérdida de aptitudes y de capacidades para desenvolverse normalmente, y los cambios sociales que afectan a la vida diaria.

La preocupación social por los fenómenos del envejecimiento ha llevado a diversas organizaciones a elaborar varios estudios, con el fin de analizar los cambios producidos en el individuo con el paso de los años. Tal es el caso del Centro de Recursos Gerontológico de Baltimore (E.U.A). En donde se realizó un estudio longitudinal de 30 años, analizando los cambios producidos en el individuo a través del paso del tiempo. Otra organización interesada en el bienestar de los individuos es la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que en su Declaración Universal dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar en especial, la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios necesarios, teniendo así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de su medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

Desgraciadamente, los discursos políticos sobre el envejecimiento se ha construido sobre la base de la sociedad y los derechos humanos, mientras que el discurso económico sobre la modernidad se traza sobre los valores derivados de la competencia, la acumulación del capital y el consumo, el poder y el prestigio. Por lo que los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades de esta población no rebasan los límites de la caridad, el altruismo y la beneficencia pública, los cuales son loables pero por demás insuficientes.

En las pujantes economías neoliberales, los ancianos no tienen un sitio, por no ser fuente generadora de riquezas, por sobrecargar los sistemas de cuidado, por su bajo nivel de consumo, son ciudadanos merecedores de “respeto” siempre que no agraven la economía social u obliguen a desmesurados sacrificios, en pensiones, jubilaciones

y atención médica. La pérdida del trabajo abiertamente discriminatoria, significa renunciar a una fuente de ingresos que no se compensa por las jubilaciones o pensiones, por lo que el proceso de envejecimiento se asocia a una situación de estrechez económica, sin dejar de mencionar el fuerte golpe a la autoestima.

Conforme aumenta la proporción de ancianos, también lo hace la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, lo que implica una mayor necesidad de recursos económicos, sanitarios para su prevención, atención y rehabilitación.

Solo mediante una reorganización social de la economía que deposite una reorientación social de la misma, que deposite su inversión más valiosa en el capital humano, el anciano recuperara su lugar protagónico en la familia, en la sociedad, como poseedor de experiencia, sabiduría y transmisor para los más jóvenes.¹⁻²

1.4.-CALIDAD DE VIDA.

1.4.1 CONCEPTO

La definición y concepción de la calidad de vida ha sido y continúa siendo un proceso complejo que presenta numerosos problemas técnicos y fisiológicos.

Una primera definición del termino calidad de vida, podría ser formulada teniendo en cuenta que el termino vida, de forma individual o colectiva, hace referencia a una forma de existencia superior a la meramente física y trasciende al ámbito de las relaciones sociales, su acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a los que se encuentra sometida su salud física y psíquica, o bien podemos asemejar el concepto de vida a “actividad”.

El sustantivo “CALIDAD,” hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa, o si se prefiere, aquellas prioridades inherentes a una cosa que permiten apreciarlo como igual o peor que las respuestas de su especie, en cuyos polos, se encuentra la excelencia o superioridad de una cosa y su vulgaridad o inferioridad.

De esta forma la calidad de vida será en muchos casos sinónimo de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, condiciones objetivas y subjetivas, cuantitativas y cualitativas. ¹

La OMS, define calidad de vida como, la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Otras definiciones refieren a la calidad de vida como la relación global que el individuo establece entre los estímulos positivos y los negativos en el curso de su vida, en sus interrelaciones con otras personas y con el ambiente en el que vive. Cuando se logra la conjugación entre estos factores, hablamos del equilibrio biopsicosocial del individuo que ha de corresponder a su calidad de vida. ⁹

1.4.2.-DIMENSIONES E INDICADORES CENTRALES.

Una vez analizando los distintos esfuerzos por definir calidad de vida, encontramos que para entender mejor este concepto, es mejor valorar las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad.

Definiendo las dimensiones básicas de la calidad de vida como un conjunto de factores que componen el bienestar personal. Los indicadores centrales de la calidad de vida se definen como percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad, que reflejan el bienestar de una persona.

Tradicionalmente se pensaba que factores objetivos como la eliminación de la pobreza, podrían incrementar el bienestar personal. Sin embargo, para la población general, la correlación entre ingresos y sensación de bienestar es modesta. El reconocimiento de este hecho llevo a Campell, Converse y Rodgers (1976) a indicar que “no existen apenas dudas de que el problema central al que ha de hacer frente

todo análisis de la calidad de vida percibida, atañe a la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de bienestar.⁸

Actualmente, no existe un criterio uniforme objetivo para evaluar la calidad de vida, y los investigadores parecen coincidir en que la evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad.

Las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes. Esta idea ha sido descrita con más detalle en los trabajos de Bronfenbrenner (1979) Cullen (1999), Dignan, Ruddy y Jones (1998) quienes postularon una perspectiva ecológica a la hora de describir los numerosos contextos del comportamiento humano, sugiriendo tres niveles del sistema que afectan a nuestra calidad de vida, los cuales son:⁸

El microsistema o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.

El mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema.

El macrosistema, que son los patrones culturales más amplios, tendencias sociolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de las palabras y conceptos.⁸

El problema más arduo y complejo a la hora de establecer los indicadores de calidad de vida, se nos presenta al establecer dichos indicadores de comparación, para un individuo, grupo poblacional o comunidad.¹

Debido a que el concepto de Calidad de Vida es tanto personal como social. A nivel personal, el concepto nos hace pensar sobre la excelencia asociada con características humanas, y en valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción, A nivel social, el concepto nos hace ser sensibles a las necesidades de los otros y a las posibles discrepancias entre lo que la gente necesita y lo que tiene. Así, su importancia radica en que es tanto una noción sensibilizadora como un constructor social que puede ser empleado como una estructura aglutinadora para producir diferencias significativas en la vida de las personas.⁸

De acuerdo con lo dicho, el fenómeno de calidad de vida, es un concepto incluyente en el que entran todos los aspectos de vida, tal como son experimentados por el individuo, aspectos tales como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso junto con Levin y Andersson (1980) las principales variables que componen el nivel de calidad de vida, las cuales incluyen: la salud, el consumo de alimentos, la educación, ocupación y condiciones de trabajo, condiciones de vivienda, seguridad social, ropa, recreación, tiempo libre y derechos humanos.

La satisfacción, aunque ingrediente sustancial de la calidad de vida, puede decirse que refleja una función global sobre las expectativas y aspiraciones realizadas en varios dominios del espacio vital. Este concepto puede ser interpretado de múltiples maneras pudiendo llevar a algunos a la conclusión de que es perfectamente admisible que se pueda ser feliz en medio de la pobreza y la ignorancia, y que la riqueza en último término, da muchos disgustos y no menos quebraderos de cabeza. Al respecto García y Durán (1980) decían que los indicadores de calidad, son interesantes en la medida en que las diferencias de satisfacción pueden explicarse por otros datos objetivos, pero difícilmente pueden creerse que como tales puedan

orientar una política social, porque la insatisfacción puede crecer cuanto de más bienestar se disponga.¹

1.4.3.- DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado de forma vaga y sin una definición clara. Aspiazu Garrido M, et al ¹⁴ refieren que la calidad de vida relacionada con la salud, es más utilizada en las ciencias de la salud y que evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente. ¹⁴

La mayoría de los autores definen la calidad de vida relacionada con la salud como un concepto multidimensional. Por ello se ha señalado que las medidas de ese concepto deben incluir indicadores de la patología del estado funcional (incluyendo las funciones físicas, psicológicas y sociales) y de las percepciones de salud.

Habitualmente los instrumentos que miden calidad de vida relacionada con la salud incluyen síntomas, limitaciones funcionales, y percepciones generales de salud y bienestar psicológico. Y son estos conceptos a los que se limita, de manera ateorica, la calidad de vida relacionada con la salud que es relevante para el ámbito clínico.

1.5.- MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que el impacto que las enfermedades tienen sobre los pacientes no puede ser descrito en su totalidad por medidas objetivas de salud como puede ser la extensión de un tumor, el resultado de una biopsia o la medición de la tensión arterial, se tiene que considerar otros factores, que podríamos calificarlos como subjetivos, tales como el dolor, la capacidad funcional o el bienestar emocional, los cuales se consideran imprescindibles a la hora de evaluar de forma global el estado de salud de las personas.

De este reconocimiento surge un área de investigación conocida como calidad de vida relacionado con la salud. En los últimos 20 años se han desarrollado infinidad de instrumentos en forma de cuestionarios destinados a la medición de la calidad de vida.¹⁵

Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos. Para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para estrategias y programas en políticas de salud) y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.¹⁶

Existen maneras de cuantificar la calidad de vida, las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte, otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano) hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se deseen utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos.³

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos.¹⁶

En la medida que el instrumento incluye la totalidad de dimensiones que componen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se tratará de un instrumento genérico, mientras que si se concentra en un concepto particular (función familiar) el instrumento será específico.¹⁶

1.5.1.- INSTRUMENTOS GENERICOS

Los instrumentos genéricos 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.¹⁷

Estos son aplicables a una gran variedad de afecciones y se dividen en perfiles de salud y medidas de utilidad.

PERFILES DE SALUD: estos instrumentos incluyen dimensiones genéricas como el estado físico, mental o social de la calidad de vida. Por sus condiciones de genéricos, pueden aplicarse a una gran variedad de afecciones, permiten la comparación de las puntuaciones entre las diferentes afecciones y permiten determinar los efectos del tratamiento en diferentes aspectos de la calidad sin necesidad de utilizar múltiples instrumentos. Los más utilizados son el Sickness Impact Profile, el Nottingham Health Profile, el SF-36, el EuroQool-5D y las laminas COOP/WONCA.¹⁸

LAS MEDIDAS DE UTILIDAD.

Estos instrumentos se derivan de la economía y la teoría de las decisiones. Se basan en las preferencias reveladas o utilidades que los individuos asignan a diferentes estados de salud. Las utilidades se obtienen por medio de diferentes técnicas de medida, como la escala visual analógica. Normalmente, la escala de medida va de 0 (peor estado de salud imaginable, a veces muerte) a 100 (mejor estado de salud imaginable) proporcionando un valor índice para cada estado de salud.

Las preferencias de los pacientes pueden ser obtenidas con instrumentos estandarizados como el Health Utility Index, el Quality Of Well Being Scale y el EuroQol-5D. La mayor limitación de las medidas de utilidad en la práctica y la investigación clínica, es que al proporcionar una puntuación agregada, no permiten saber que aspectos de la calidad de vida son responsables del aumento o la disminución de la misma, pudiendo ser poco sensibles a los cambios mínimos del tratamiento.

Dado que incluyen dimensiones genéricas de calidad de vida, especialmente aquellos cambios menores como los producidos por los efectos adversos leves.¹⁸

1.5.2.-INSTRUMENTOS ESPECIFICOS.

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.¹⁶

Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos.

Incluyen solo aquellos aspectos importantes de una determinada enfermedad, para valorar ciertas funciones, o un determinado síntoma clínico.

Las medidas específicas se centran en áreas, más conocidas por los clínicos a través de la entrevista clínica y la exploración física. Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios antes y después del tratamiento que los genéricos ante el problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja es que no permiten comparaciones entre diferentes afecciones.¹⁸

En general, estos instrumentos incluyen ítems que reflejan el subconjunto de síntomas y limitaciones en las funciones físicas, psicológicas y sociales que resultan más relevantes para dichos pacientes. En su mayoría asumen un reconocimiento explícito de la “causalidad” de la patología sobre cada uno de estos indicadores. La mayoría de los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, están contruidos siguiendo el modelo de medición psicométrica. Este modelo se basa en la capacidad de los individuos para discernir estímulos de diferente intensidad. El enfoque predominante en psicometría, la teoría clásica de las pruebas (Classical Test Theory), asume que un concepto unidimensional latente no observable directamente (como el dolor, por ejemplo) puede ser medido por medio de observaciones concretas (los ítems, o preguntas).Cada ítem proporciona una estimación de la característica latente y cuantos más ítems, más precisa será la estimación de dicha característica.

Bajo esa aproximación la selección de ítems de un cuestionario se realiza maximizando su consistencia interna (medida típicamente a través del alfa de Cronbach). El cuestionario resultante se aplica a los diferentes individuos para poder ordenarlos según la cantidad de estímulo.

La bondad métrica de las mediciones que proporcionan los cuestionarios se estima a través de un conjunto de normas coherentes y relativamente robustas, que influyen la fiabilidad (consistencia interna) y la validez (de contenido, de constructo y de criterio, evaluada tanto de manera transversal como longitudinal) Al ser la Calidad de Vida Relacionada con la Salud un concepto multidimensional, los instrumentos proporcionan una serie de puntuaciones, también denominadas perfiles.¹⁷

1.5.3.- LAS VIÑETAS COOP-WONCA

Como se ha mencionado, actualmente disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cual es su estado funcional y como percibe su propia salud. Siendo conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en la atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos. Uno de los instrumentos genéricos fundamentales para ser empleados en Atención Primaria son las viñetas COOP/WONCA y el único especialmente diseñado para ser utilizado en la consulta médica.¹⁹

Las viñetas o láminas COOP/WONCA fueron desarrolladas originalmente por profesionales de una red de centros médicos comunitarios que cooperaban en actividades de investigación de Atención Primaria, The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (Coop Project) Hanover, NEW Hampshire, EE.UU. Se diseñaron para proporcionar un sistema de medición del estado funcional en la consulta médica.¹⁹

Denominaron al nuevo instrumento COOP charts, por Cooperative y porque además la escala mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta, el cuestionario consta de 9 escalas de un único ítem, intenta medir una dimensión de la calidad de vida, cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas cuatro semanas y 5 alternativas de respuesta. Cada opción esta ilustrada por un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo likert de 5 puntos; las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento.

En 1988, basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicometricos publicados, la WONCA (World Organization Of National Colleges, Academies, and Academic Associations Of General Practitioners/Family Physicians) Seleccionó este cuestionario como el más apropiado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional en el ámbito internacional. Se decidió revisar las laminas COOP ampliamente: se eliminaron las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la escala de dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. El objetivo principal de la WONCA era revisar el cuestionario original y promover su uso en atención primaria, teniendo como objetivo principal conseguir un instrumento valido, fiable, sencillo, de fácil manejo en la consulta, aceptado por el paciente y que sirviera como medida de resultado en Atención Primaria. La revisión se completo en 1990.²⁰

El nuevo instrumento se denominó “COOP/WONCA charts” para diferenciarlo de las originales “COOP charts”. Los tiempos de las láminas y las preguntas se modificaron y los dibujos se simplificaron al máximo presentando una ventaja única para ser utilizadas en la consulta diaria, utilizando un único ítem para medir una dimensión de funcionamiento, 6 ítems en total más una opcional.¹⁹

Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos ultimas semanas, cada ítem una dimensión de la calidad de vida. Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden. Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud y dolor

(opcional). En cada lámina hay una viñeta con 5 dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta unipolar para cada ítem: cada uno de los dibujos lleva en el margen derecho un número del 1 al 5. Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada.²⁰

Las viñetas aportan un sistema rápido, válido y fiable de cribado de los pacientes que determina quien podría beneficiarse de una evolución más exhaustiva.¹⁹

Las viñetas COOP-WONCA, constituyen una batería desarrollada para su utilización en Atención Primaria de forma autoadministrada.

Las viñetas se han empleado en nuestro país para describir la calidad de vida en grupos de pacientes de Atención Primaria, sus acompañantes, familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, mujeres embarazadas y/o personas adictas a las drogas, además existen estudios internacionales que también evalúan el estado de salud de pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos.¹⁹

También se ha utilizado como un indicador de resultados en salud de pacientes con infarto agudo al miocardio, cáncer, para evaluar la implicación de voluntarios en atención primaria, como estimador del consejo en nuestro nivel asistencial, y para medir el efecto de dos tipos de técnicas quirúrgicas.

Por lo que, podemos concluir que es un cuestionario diseñado explícitamente para su uso en Atención Primaria. Tiene un amplio reconocimiento internacional y esta convenientemente integrado dentro de la recogida de datos sobre la actividad de los pacientes desarrollada en la práctica clínica rutinaria, es uno de los cuestionarios más breves. La información visual es rápidamente procesada e integrada además de proporcionar una participación más activa y agradable.¹⁹

1.5.4.-PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM

Otro instrumento que nos permite medir la calidad de vida, es el Perfil de Salud de Nottingham el cual, es una escala de medida del estado general de salud, desarrollado en el Reino Unido. El instrumento ha sido validado y traducido a un número importante de idiomas, destacándose las traducciones al español por Alonso J y col.²¹ al francés por Bureau-Chalot F y col,²² al sueco por Wann-Hansson CH y col²³, al alemán por Post MW Y col,²⁴ entre otros.

Consta de 2 partes, la primera parte mide el estado de salud percibido o subjetivo del paciente estudiado, solicitando respuestas si/no a 38 expresiones dentro de seis dimensiones: movilidad, dolor, energía, sueño, reacciones emocionales y aislamiento social. Cada dimensión tiene un rango de puntuaciones posible que va de 0 a 100 la mayor puntuación refleja peor calidad de vida.

La segunda parte interroga sobre cualquier efecto de la salud sobre siete áreas de la vida diaria: trabajo, tareas del hogar, vida social, vida familiar vida sexual, intereses, aficiones y vacaciones. En la mayoría de los estudios, solo se aplica la parte primera. Hay una traducción y adaptación de la escala a nuestro idioma.²⁵

Se trata de un cuestionario auto administrado excepto en casos de analfabetismo o incapacidad para la lectura. El entrevistado contesta “SI” cuando la descripción refleja sus sentimientos o estado actual y “No” en caso contrario.²⁶

Este instrumento de medición de auto percepción de salud ha sido utilizado en Turquía, por Silvas F y col,²⁷ en pacientes con artritis reumatoide, encontrando que a excepción del aislamiento social, todas las dimensiones del PSN correlacionan significativamente con los parámetros médicos y de laboratorio usados en el diagnóstico de la artritis reumatoide.

También ha sido usado en pacientes con enfermedad de Parkinson por Hagell P y col,²⁸ en Suecia, en pacientes con enfermedad coronaria por Lukkarinen H y col,²⁹ en Finlandia, y en pacientes con obesidad por Barajas Gutiérrez M y col,³⁰ en España, entre otros.

Con respecto a su uso en pacientes adultos mayores, en el Primer Nivel de Atención médica ha sido utilizado principalmente en España por autores como Aspiazu G y col,¹⁴ Casado JM y col,⁴ y por Bayó J y col,³¹

1.6.-EL ADULTO MAYOR Y LOS SERVICIOS DE SALUD.

El envejecimiento es un proceso social complejo, que implica distintos ámbitos (políticos, económicos, culturales, sociales, sanitarios) los cuales requieren políticas integrales que deben de tener en cuenta el proceso de envejecimiento de la población y las exigencias que ello determina.³²

Mantener la autonomía es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos. Por lo que los sistemas sanitarios de cada país deben avanzar hacia la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el acceso equitativo a la Atención Primaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración que permita conciliar la vida laboral y familiar.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es una variable de interés para los servicios sanitarios ya que se asocian a fenómenos de salud tan relevante e inequívoca como la mortalidad, la hospitalización y el consumo de recursos sanitarios.¹⁷

Como ya se mencionó el incremento en la población de adultos mayores acarrea importantes consecuencias en materia de salud. Se trata de un grupo de edad más vulnerable a presentar enfermedades, ya sea por el desgaste acumulado a lo largo de la vida o por la manifestación de enfermedades de larga duración, dada su condición de vulnerabilidad, esta población se transforma en una alta consumidora de servicios

de salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los adultos mayores de 60 años demandaron en 1995 una de cada seis consultas otorgadas de medicina familiar y una de cada cinco en el segundo nivel, se ha descrito que 30% de las camas ocupadas en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subirán corresponden a mayores de 65 años, en otras instituciones de cobertura nacional el porcentaje de camas ocupadas anualmente es variable. En 1994 los mayores de 65 años ocuparon 28% de las camas en los hospitales de Petróleos Mexicanos, 15% en los del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Cabe mencionar que esta ocupación de camas empieza a acercarse a lo que sucede en otros países. En Estados Unidos de América 30% de las camas las ocupan anualmente los ancianos y a ellos se les atribuye 25% del consumo de medicamentos.³³

El incremento del número de adultos mayores, plantea nuevas dificultades para el diseño de las políticas sociales dirigidas a atender a las necesidades de este grupo de la población social para la vejez y de capitalización individual indican que la carga de la demanda de recursos para satisfacer las necesidades de consumo y de salud de los adultos mayores recaerá sobre los gobiernos y las familias.³⁴

El mejor lugar para cuidar a las personas mayores es su propio domicilio, pero hay que ayudar a los cuidadores para que ellos mismos no caigan enfermos. Uno de los grandes desafíos de las políticas sanitarias es encontrar un equilibrio entre el auto cuidado, el sistema de apoyo informal y los cuidados profesionales. Los cuidados de larga duración deben incluir una amplia gama de servicios socio sanitarios, comunitarios y públicos, Atención Primaria, servicios de salud mental, cuidados paliativos y rehabilitación, cuidados institucionales en los domicilios, residencias, centros de día, servicios de respiro, etc., que deben de estar integrados y ser equitativos.³²

En nuestro país, y en general en América Latina, se han desarrollado esfuerzos importantes para atender problemas epidemiológicos prioritarios, como el cólera y las enfermedades prevenibles por vacunación. Sin embargo, la complejidad de las

necesidades de atención a la salud de la población senescente ha llevado a organizaciones internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a recomendar una atención especial para este grupo mediante la recopilación y el análisis de la información existente, la promoción de investigaciones que permitan obtener datos fidedignos para la ulterior formulación de políticas, planes y programas, el desarrollo de programas nacionales integrados a los servicios generales de salud. Siguiendo esta línea de pensamiento, en diferentes foros realizados en México se ha hablado acerca de la prioridad que deben representar los adultos mayores. Por ejemplo, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha difundido los derechos relativos a las personas de la tercera edad, entre los cuales destaca el acceso a atención médica en las Instalaciones del Sistema Nacional de Salud, aun sin ser derechohabiente de las instituciones de seguridad social y pagando de acuerdo con sus posibilidades económicas.⁷

1.7.- ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR EL MEDICO FAMILIAR.

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno que está generando un gran impacto en las sociedades actuales. El proceso tecnológico permite dar respuesta a problemas de salud hasta ahora fatales, promoviendo una esperanza de vida más alta. Este cambio demográfico se acompaña de modificaciones sustanciales en la estructura social. La disgregación familiar, la mayor tasa de empleo en la mujer y otros factores están llevando a una situación en la que la soledad y falta de apoyo social constituyen, con frecuencia la realidad de muchas personas mayores. Esto tiene una repercusión en la calidad de vida de estas personas y en su capacidad de afrontar su auto cuidado. Ambas situaciones llevan a una utilización creciente de recursos sanitarios por parte de esta población, en especial en Atención Primaria.¹⁴

Por lo que la Atención Primaria como la atención hospitalaria, deberán desarrollar una amplia gama de servicios, en razón tanto de la prevalencia de las enfermedades como de los aspectos relacionados con las particulares condiciones de vida del

anciano y de su familia, y con las legítimas aspiraciones de los ancianos en cuanto a longevidad y calidad de vida.³⁵

Actualmente, se está en disposición de minimizar los síntomas de enfermedades crónicas degenerativas, hasta en edades más avanzadas, garantizando una autonomía y calidad de vida que las hace aceptables para el paciente. Esta evolución genera expectativas de alcanzar una mayor calidad de vida en la población, a la que el profesional de Atención Primaria debe dar respuesta. Los profesionales de Atención Primaria necesitan conocer el nivel de calidad de vida de la población a la que atienden para, por un lado, poder planificar las respuestas a las necesidades detectadas y por otro, estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas.¹⁴

Entre los problemas del creciente envejecimiento de la población destacan los relacionados con las dificultades de los sistemas sanitarios para hacer frente al aumento de las necesidades de la población anciana, dificultades que no influyen solamente en el incremento de los costos de la atención, sino que afectan también la capacidad organizativa de los distintos niveles asistenciales.³⁵

En nuestro país, los adultos mayores se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, constituyen un grupo de edad que usa actualmente atención curativa costosa y que no recibe en general servicios preventivos, que es atendido desde un enfoque parcial más que integral, y es seguramente una de las fuentes de costos más importantes en los servicios hospitalarios del país, tanto públicos como privados.⁶

La demanda de mayor atención para la población anciana, generada por el incremento de la misma, hace patente la necesidad de que el profesional de la salud tenga la formación necesaria en relación a las características biológicas y psicológicas que distinguen al adulto mayor lo que le permitirá una adecuada administración, control y valoración del tratamiento para el anciano.

El equipo de salud debe de tomar en cuenta una serie de aspectos que influyen tanto en el tratamiento que debe dársele, como en la calidad de vida del paciente de la tercera edad, factores tales como el ambiente en que se desenvuelven los ancianos, la relación medico-paciente y medico familiares, la historia clínica del anciano, que comprende aspectos médicos, psíquicos, funcionales y sociales. Ningún anciano es igual a otro, ya que la manera en que se envejece es propia de cada individuo.

Por lo que es necesario echar a andar programas que ayuden al anciano a llevar una vida aceptable y libre de aflicciones, ya que muchos padecen enfermedades complejas y dolorosas que hay que diagnosticar tratar y curar.³⁶

En el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, identificar oportunamente los padecimientos más comunes, prevenir o retrasar la aparición de complicaciones, así como mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad física, psicológica a través de la implementación de intervenciones nutrimentales adecuadas y promoción de las actividades físicas e intelectuales. Actualmente, es apremiante la creación de clínicas geriátricas interdisciplinarias, con profesionales en trabajo social, enfermería, psicología, fisioterapia, odontología y medicina, que brinden servicios orientados principalmente a la prevención e identificación temprana de enfermedades, con objeto de mejorar la calidad de vida, disminuir el deterioro físico y psicológico, así como retrasar el desarrollo de complicaciones o invalidez en aquellos padecimientos crónicos de curso progresivo, además, estos servicios deberán ocuparse de tratar las enfermedades más comunes en la edad Geriátrica, evitar el internamiento prolongado, brindar asistencia continúa con servicio domiciliario y ofrecer alternativas comunitarias de institucionalización, cuando esta sea absolutamente necesaria, como en los casos de dependencia funcional, sin que exista en la familia o en la comunidad quien pueda proveer el cuidado.¹

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor no solamente requiere de crear más y mejores servicios para su atención, sino también de iniciar una cultura de salud, informar, educar y practicar desde la infancia conductas de salud enfocadas a la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades.³⁶

1.8.- LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL O MULTIDIMENSIONAL.

La asistencia médica correcta al paciente adulto mayor es compleja porque hay muchos factores asociados que han de tomarse en consideración. El médico se convierte en el receptor de los problemas sociales, económicos y sanitarios del anciano o de su familia, y ha de canalizarlos a menudo sin posibilidad de darles una solución. La anamnesis de este grupo de población es frecuentemente laboriosa por la dificultad de expresión, por la presencia de déficit sensorial y por la desorientación espaciotemporal. La patología crónica asociada es numerosa, y los signos y síntomas pueden ser de aparición y morfología diferente a los de otros grupos de pacientes. El enfoque asistencial de este grupo etario debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda del déficit encubierto, con la instauración de las medidas correctivas pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención.

Todo lo anteriormente expuesto permitirá preservar o aumentar el grado de autonomía de estos pacientes. Por ello se ha propuesto la valoración integral, también denominada valoración geriátrica comprensiva, global, multidimensional o exhaustiva, que consiste en un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario (médico, enfermera, trabajadora social, etc.) diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

La aplicación de la valoración geriátrica, es la técnica básica de diagnóstico integral en que se fundamenta la práctica clínica de la geriatría. Diferentes instituciones tanto norteamericanas (National Institute Of Health, National Institute of Aging, American

Geriatrics Society)¹⁹ como británicas (London Royal Collage of Physicians, British Geriatrics Society)³⁷ han recomendado que dicha valoración sea no sólo integral sino estandarizada y aplicada sistemáticamente en la asistencia diaria en las clínicas de primer nivel de atención médica.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento en las expectativas de vida en el paciente de la tercera edad, nos lleva a pensar en mejorar la calidad de vida de los mismos, entendiendo el término calidad de vida como el estado biológico, psicológico social y económico en que se encuentra una persona, estando relacionado este término significativamente con la autonomía e independencia de los pacientes.

Uno de los objetivos principales del medico familiar es conocer las características de su población adscrita para poder identificar y cuantificar los problemas y las necesidades de su población y de esta forma prevenir un deterioro importante de la misma. Para poder otorgar de esta forma una atención medica integral, adecuada y precisa, que repercuta en una mejor calidad de vida de los pacientes. Debido a esto surge la siguiente pregunta.

¿CUAL ES EL NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD QUE ACUDE A LA CLINICA DR. "IGNACIO CHÁVEZ"?

3.-JUSTIFICACION.

En nuestro país, se empieza a observar un paulatino envejecimiento de la población, es decir una tasa de crecimiento de las personas mayores de 60 años superior al que experimenta el resto de la población.⁷

El incremento del número de personas mayores de 60 años en nuestro país se ha incrementado desde 1950 en donde teníamos 1 millón 400 mil, para 1980 se incremento a 4 millones, en los años 90 a 5 millones 500 mil y la proyección para el año 2000 fue de 7 millones (INEGI 1991)

En diferentes foros realizados en México en donde ha participado la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se ha hablado acerca de la prioridad que deben representar los adultos mayores, destacando el acceso a la atención medica en las Instalaciones del Sistema Nacional de Salud, para poder ofrecer una valoración integral del paciente de la tercera edad que permita identificar el llamado paciente de riesgo, caracterizado por encontrarse en una situación inestable que le predisponga a un deterioro importante.

Se han señalado varias circunstancias que determinan estas situaciones y entre ellas, el bajo nivel de estudios, el hecho de vivir solo, la viudez reciente, el ingreso económico escaso, la existencia de pluripatologías, el alta hospitalaria reciente y el deterioro cognitivo y la depresión.

Su detección oportuna podría retrasar o evitar el deterioro progresivo del paciente. Por lo que consideramos que para poder ofrecer una atención medica de primer contacto integral y de calidad es necesario conocer uno de los aspectos que frecuentemente omite el medico familiar, esto es la calidad de vida que percibe nuestros pacientes de la tercera edad que acuden a recibir atención medica de primer nivel.

4.- OBJETIVOS

4.1.-OBJETIVO GENERAL

Conocer la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los pacientes Adultos Mayores de la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE.

4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.-Conocer a través del Instrumento Perfil de Salud de Nottingham la Calidad de Vida Relacionado con la Salud en los adultos mayores en las dimensiones de Energía, Dolor, Sueño, Aislamiento Social, Relaciones Emocionales y Movilidad.

2.-Conocer a través del Instrumento Laminas Coop-Wonca la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los adultos mayores en las dimensiones de: Forma Física, Sentimientos, Actividades Cotidianas, Actividades Sociales, Cambios en el Estado de Salud, y Dolor.

3.-Determinar el nivel de Calidad de Vida Relacionado con la Salud de cada una de las dimensiones del PSN en función del:

a) Sexo (Grupo 1: masculino, Grupo 2. femenino).

b) Edad (Grupo 1: 60 a 70 años, Grupo 2: 71 a 80 años, Grupo 3: 81 años o más).

c) Nivel de escolaridad (Grupo 1: Hasta primaria completa Grupo 2: Hasta secundaria completa, Grupo: 3 Preparatoria completa, Grupo 4: Profesional).

d) Del estado civil. (Grupo 1: soltero/a, Grupo 2: casado o unión libre, Grupo 3: Viudo, Grupo 4: Divorciado).

e) De su actividad laboral (Grupo 1 activo, Grupo 2. inactivo, Grupo 3 pensionado o jubilado).

f) De la presencia de alguna enfermedad crónico degenerativa 1: DM, (si, no) 2: HAS. (si, no) 3: Enfermedades reumáticas (si, no), 4: otras (si, no).

g) De sus relaciones sociales (Grupo 1 vive con sus hijos, Grupo 2. vive con su pareja, Grupo 3, Vive con otros familiares, Grupo 4: Vive solo pero lo visitan sus hijos, Grupo 5.vive solo sin hijos ni familiares que lo visiten).

4.-Determinar el nivel de Calidad de Vida Relacionado con la Salud de cada una de las dimensiones de las laminas Coop/Wonca en función del:

- a) Sexo (Grupo 1: masculino, Grupo 2. femenino).
- b) Edad (Grupo 1: 60 a 70 años, Grupo 2: 71 a 80 años, Grupo 3: 81 años o más).
- c) Nivel de escolaridad (Grupo 1: Hasta primaria completa, Grupo 2: Hasta secundaria completa, Grupo: 3 Preparatoria completa, Grupo 4: Profesional).
- d) Del estado civil. (Grupo 1: soltero/a, Grupo 2: casado o en unión libre, Grupo 3 Viudo, Grupo 4 Divorciado.)
- e) De su actividad laboral (Grupo 1 activo, Grupo 2. inactivo, Grupo 3 pensionado o jubilado).
- f) De la presencia de alguna enfermedad crónico degenerativa DM, (si, no) HAS. (si, no) enfermedades reumáticas (si, no), otras (si, no)).
- g) De sus relaciones sociales (Grupo 1 vive con sus hijos, Grupo 2. vive con su pareja, Grupo 3, Vive con otros familiares, Grupo 4: Vive solo pero lo visitan sus hijos, Grupo 5.vive solo sin hijos ni familiares que lo visiten.)

5.- METODOLOGIA

5.1.-TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, Observacional, Transversal y Descriptivo

5.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION.

Se solicito autorización a la dirección medica de la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez", del ISSSTE para la aplicación de dos instrumentos de evaluación ya validados, con el objetivo de valorar calidad de vida en el adulto mayor que acude a las salas de espera de esa unidad medica a solicitar el servicio medico. Del mismo modo mediante consentimiento informado (anexo 1),se solicitó la participación voluntaria de los pacientes mayores de 60 años de edad, para contestar una ficha de identificación y los dos instrumentos de autoevaluación. Informándoles el objetivo del estudio el cual fue, identificar la calidad de vida en los adultos mayores que asisten a dicha unidad medica. Siendo la recolección de datos, individual, confidencial, y personalizada, esta fue realizada en el periodo comprendido de mayo a junio del 2006, bajo la supervisión de médico residente responsable de la investigación.

5.3.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Pacientes mayores de 60 años de edad, derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE, adscritos a la consulta externa de ambos turnos, durante el periodo comprendido de mayo a julio del 2006.

5.4.-TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo aleatorio de los pacientes mayores en 60 años, que acudieran a consulta, en las fechas mencionadas. El cálculo del tamaño muestral se realizó para estimar la media de la puntuación total del PSN, con una precisión de 3 puntos y un nivel de confianza del 95%. Se asumió una desviación típica de 18 observada en la revisión bibliográfica,²¹ el tamaño de estimado fue de 138.

$$n = \frac{1.96)^2 (18)^2}{(3)^2} = 138.29$$

5.5.- CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1) Ser derechohabiente a la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
- 2) Tener 60 años o más.
- 3) De ambos sexos.
- 4) Que acepten participar en este estudio.

5.6.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1) Presentar alteraciones de deterioro mental.
- 2) Pacientes con problemas auditivos o de lenguaje.
- 3) Que no acepten participar en el estudio.

5.7.- CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Que el cuestionario a resolver no este completo.
- 2) Pacientes que decidan retirarse del estudio voluntariamente.

5.8.- CÈDULAS DE RECOLECCION DE DATOS

Para este estudio se realizó una ficha de identificación con la edad del paciente, el sexo, nivel de estudio académico, ocupación laboral, convivencia social, y presencia de enfermedades crónico degenerativas. (Anexo # 2) Se eligieron además 2 cuestionarios para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, el Perfil de Salud de Nottingham, el cual esta constituido por 38 preguntas agrupadas en 6 dimensiones, energía, dolor, sueño, aislamiento social, relaciones emocionales, y movilidad.(anexo # 3) Y las láminas Coop/Wonca. Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente en las dimensiones, forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud y dolor. (Anexo # 4),

5.9.- VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE. LAS REFERENTES A LAS DIMENSIONES EN EL INSTRUMENTO PSN:

Dolor.
Sueño.
Aislamiento social.
Reacciones emocional.
Movilidad.
Energía.

Y LAS REFERENTES A LAS DIMENSIONES DE LAS LÁMINAS COOP/WONCA.

Sentimientos.
Forma física.
Actividades sociales.
Actividades cotidianas.
Estado de salud.
Cambios en el estado de salud.
Dolor.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

CUALITATIVAS.

Género
Nivel de estudios académicos.
Estado civil.
Actividad laboral.
Presencia de alguna patología asociada.
Relaciones sociales.

CUANTITATIVAS.

Edad.

5.10.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Proporciones para las variables categóricas.

Medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, anotadas como medias y desviación estándar si los datos tienen distribución normal o como medianas y cuartiles si se muestran libres de distribución.

T de student para dos muestras independientes y análisis de varianza para tres o más muestras independientes.

Debido a que la totalidad de las variables dependientes presentaron una distribución libre de curva, esto es, no presentaron normalidad, al aplicarles la prueba de Kolmogorov-Smirnov y que además no fue posible transformarlas por las diferentes ensayos de datos continuos (logarítmicos o de potenciación), no fue posible aplicar las pruebas paramétricas mencionadas en el inciso anterior. Motivo por el cual todas las variables fueron convertidas de escalares a ordinales o categóricas (anexo #5) lo anterior, para aplicar las pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y el análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, para tres o más muestras independientes, con un nivel de significancia de 0.05.

El análisis estadístico inferencial se realizó con el programa SPSS. Versión 12.

6.0 .- RECURSOS

Recursos humanos.

Un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar.

Recursos físicos.

Módulo gerontológico de la CMF Dr. "Ignacio Chávez".

Sala A y B de espera de pacientes de la CMF Dr. "Ignacio Chávez".

Recursos materiales.

Copias fotostáticas de los cuestionarios aplicados

Serán financiados por el propio investigador.

7.0 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El autor considera que este estudio no representa ningún riesgo de daño físico, psicológico o moral para las personas que acepten participar en el estudio mediante consentimiento firmado por escrito. (Anexo #1)

El autor considera que la investigación se apega íntegramente a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre de 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia octubre 2000. Nota de la clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

Así como al reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación para la salud principalmente lo concerniente a los artículos:

CAPÍTULO QUINTO

Artículo 96 La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
2. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
3. La prevención y control de los problemas de salud, que se consideren

- prioritarios para la población.
4. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
 5. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de los servicios de salud.
 6. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97: La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Artículo 98; En las Instituciones de salud bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética; en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o técnicas de ingeniería genética.

Artículo 100; La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica,

2.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

3.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

4.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

5.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud, en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

6.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobre viene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realiza la investigación;

7.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101: Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

8.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

El número total de pacientes en el estudio fue de 178, con edades entre 60 y 97 años, media de 70.54 y desviación estándar de 7.56, de estos 71 fueron del género masculino (39.9%) y 107 (60.1%) del género femenino. Sólo 18 pacientes (10.1%) tenían nivel medio superior y 51 (28.7%) tenían nivel de estudios profesionales. El análisis descriptivo de los datos sociodemográficos en la población, se presentan en la Tabla 1.

Los resultados generales del Perfil de Salud de Nottingham para medir de manera subjetiva la calidad de vida relacionada con la salud del total de la población de estudio se presentan en la Tabla 2. En la dimensión de sueño, se presentaron los porcentajes más altos de mala calidad de vida. (14.0%), mientras que en las dimensiones de energía (80.3%) y aislamiento social (78.1%) se obtuvieron los porcentajes más altos, pero asociados a buena calidad de vida. Sólo el 9.6% de la población refirió tener mala calidad de vida, en las calificaciones totales.

Los resultados generales de las Láminas COOP/WONCA reflejan en su conjunto peores calificaciones, siendo en las dimensiones de forma física (40.4%) y de estado de salud (43.5%), donde se presentaron los porcentajes más altos asociados a mala calidad de vida, mientras en las dimensiones de actividad social se presentó el porcentaje más alto (74.2%) pero asociado a buena calidad de vida. Estos resultados se presentan en la tabla 3.

En relación al análisis de las diferentes variables de estudio, con respecto al género, en el PSN, el rango promedio de las mujeres fue más bajo en todas las dimensiones, reflejando peor calidad de vida, sin embargo solo en los rubros de movilidad y de dolor la diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 4)

En relación a la misma variable, pero con las Láminas Coop/Wonca, los resultados se presentan en la tabla 5, al igual que en el PSN, las mujeres presentaron rangos promedio más bajos en todas las dimensiones, presentándose diferencias estadísticamente significativas en los rubros de sentimientos, forma física y en el total.

Con respecto a la variable de edad de los pacientes en estudio, para el análisis estadístico, se clasificaron en tres grupos: grupo 1, de 60 a 70 años (n=106); grupo 2, de 71 a 80 años (n=52) y grupo 3, de 81 en adelante (n= 20). Para el PSN, (Tabla 6) en ninguna de las dimensiones, ni en el total, se presentaron diferencias estadísticas significativas al comparar los tres grupos.

Para las Láminas Coop/Wonca, los resultados se presentan en la tabla 7, y sólo en la dimensión de sentimientos se tuvieron diferencias significativas.

Con respecto al estado civil. Para el PSN, se tuvieron diferencias estadísticas significativas en las dimensiones de energía, dolor y aislamiento social. (Tabla 8). Siendo en términos generales, los viudos los que presentaron los rangos promedios más bajos.

Para las láminas Coop/Wonca sólo en la dimensión de forma física se tuvieron dichas diferencias (Tabla 9). Y al igual que el anterior, los viudos obtuvieron los rangos promedios más bajos.

Con respecto a la variable nivel de estudios para el PSN, en todas sus dimensiones, excepto para movilidad se tuvieron diferencias estadísticas significativas, así como para el total (Tabla 10). Existiendo una relación directamente proporcional a menor nivel de estudios, menor valor en el rango promedio de las calificaciones.

Para las láminas Coop/Wonca, las dimensiones que presentaron diferencias significativas fueron: sentimientos, forma física, actividades cotidianas, estado de salud, así como el total (Tabla 11). Con el mismo comportamiento que con el cuestionario anterior.

Con respecto al sitio de actividad laboral mientras ésta es o fue ejercida, para el PSN, se tuvieron diferencias significativas en las dimensiones de dolor, aislamiento social y reacciones emocionales. (Tabla 12).

Para las láminas Coop/Wonca, sólo en la dimensión de estado de salud se tuvieron dichas diferencias. (Tabla 13). Para ambos cuestionarios, los pacientes que refirieron trabajar en el hogar, obtuvieron rangos promedios más bajos, en todas las dimensiones de ambos cuestionarios.

Con respecto a su actividad laboral actual :

Para el PSN, en todas las dimensiones a excepción de aislamiento social se tuvieron diferencias estadísticas significativas, así como en el total. (Tabla 14).

Para las láminas Coop/Wonca, las dimensiones que presentaron diferencias estadísticas fueron; forma física, actividades sociales, actividades cotidianas, estado de salud, así como en el total. (Tabla 15). Los pacientes que refirieron no trabajar, obtuvieron los rangos promedio más bajos en todas las dimensiones y para ambos cuestionarios, mientras que los que refirieron trabajar tuvieron los rangos promedio más altos.

Con respecto a la variable con quien vive. Para el PSN, en ninguna de las dimensiones ni en el total, se tuvieron diferencias estadísticas significativas. (Tabla 16)

Para las láminas Coop/Wonca, sólo en la dimensión de forma física, se tuvieron dichas diferencias. (Tabla 17).

En relación con la presencia de hipertensión arterial, 102 pacientes refirieron presentar dicha patología. Para el PSN, se tuvieron diferencias significativas en todas las dimensiones y en el total, a excepción del aislamiento social. (Tabla 18)

Para las láminas Coop/Wonca, se presentaron diferencias significativas en las dimensiones de sentimientos, actividades cotidianas, estado de salud y en el total. (Tabla 19). Para ambos cuestionarios. Los pacientes que refirieron presentar la patología tuvieron rangos promedio más bajos en todas las dimensiones.

En relación con la presencia de diabetes mellitus, 55 pacientes refirieron presentar dicha patología. Para el PSN, se tuvieron diferencias estadísticas significativas en todas las dimensiones y en el total (Tabla 20).

Para las láminas Coop/Wonca, se tuvieron diferencias en las dimensiones de sentimientos, actividades cotidianas, estado de salud, dolor y en el total. (Tabla 21). Al igual que el anterior, los pacientes con D.M, presentaron rangos promedio más bajos en todas las dimensiones.

En relación con la presencia de enfermedades reumáticas, 48 pacientes refirieron presentar dicha patología. Para el PSN se tuvieron diferencias significativas en las dimensiones de energía, dolor y movilidad, así como en el total. (Tabla 22).

Para las láminas Coop/Wonca, sólo se tuvieron diferencias significativas en la dimensión de estado de salud y en el total. (Tabla 23). También los pacientes que refirieron presentar la patología, obtuvieron rangos promedio más bajos.

En relación con la presencia de enfermedades del corazón, 38 pacientes refirieron presentar dicha patología. Para el PSN, se tuvieron diferencias en las dimensiones de energía, sueño, relaciones emocionales y el total. (Tabla 24).

Para las láminas Coop/Wonca, se tuvieron diferencias significativas en todas las dimensiones y en el total, a excepción de forma física. (Tabla 25).

En relación a la presencia de otras enfermedades 25 pacientes refirieron presentarlas. Para el PSN no se tuvieron diferencias estadísticas en ninguna de las dimensiones ni en el total. (Tabla 26).

Para las láminas Coop/Wonca, al igual que para el anterior, no se presentaron diferencias en ninguna de las dimensiones. (Tabla 27).

9.-Discusión:

El objetivo principal de la práctica médica consiste en preservar el estado de salud del paciente, pero la salud ya no se puede entender únicamente como la simple ausencia de la enfermedad, y la atención médica; consecuentemente ha ampliado sus horizontes desde una focalización biológica hacia un funcionamiento global, físico, mental y social. Esto es especialmente relevante en atención primaria, donde somos concientes como en ningún otro campo de conocimiento de la necesidad de desarrollar una práctica clínica orientada biopsicosocialmente. Con el modelo biomédico clásico difícilmente podemos comprender el amplio abanico de motivos de consulta.

Si consideramos que es importante el estado funcional deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. Estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados e intercambiables en muchos aspectos.³⁸ La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un periodo determinado.³⁹ El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud.

En la actualidad disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y como percibe su propia salud. Sin embargo, evaluar adecuadamente todos estos aspectos requiere un tiempo precioso en las ya de por sí sobrecargadas consultas en atención primaria.

Estudios realizados en los últimos años han demostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente, sobre el estado funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida en general. Es necesario trabajar con las percepciones de los propios pacientes,⁴⁰ y si son autodeclaradas mejor.

La autopercepción de salud se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud. En los adultos mayores ha demostrado ser a nivel poblacional, un buen indicador de la demanda de los servicios sanitarios.⁴¹ Estudios longitudinales han demostrado que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados a un envejecimiento satisfactorio.⁴²

Un último argumento se centra en el progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas donde no se espera una curación y los esfuerzos terapéuticos se deben focalizar en intentar lograr mejorías en la sensación de bienestar global del paciente. Siendo concientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en la atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos.⁴³

Uno de los instrumentos genéricos fundamentales para ser empleados en atención primaria son las viñetas COOP/WONCA, y el único específicamente diseñado para ser utilizado en la consulta médica.⁴⁴ Otro cuestionario genérico ampliamente utilizado a nivel internacional es el Perfil de Salud de Nottingham, (PSN) el cual ha sido validado y se cuenta con una traducción y adaptación al idioma español.⁴⁵ Ambos cuestionarios fueron elegidos en esta investigación por su probada efectividad.

En relación con el PSN, las dimensiones con mayores puntuaciones en nuestro estudio fueron: sueño (33.8) y dolor (27.6), Aspiazu Garrido y col¹⁴ en un estudio con 911 encuestas, refirieron el sueño con 31.8 y dolor con 25.6 también como las dimensiones con mayores puntuaciones, mismos resultados que los reportados por Casado J y col.⁴ en su estudio con 386 adultos mayores, quienes mencionan las dimensiones de sueño, movilidad y dolor como las de mayor grado de deterioro. La esfera “sueño” ha sido también referida como la más deteriorada en otros estudios.^{46,47}

Contrario a lo anterior, la dimensión “aislamiento social”, es la que presenta menor deterioro subjetivo, dato que concuerda con lo reportado por otros autores^{4,14,46} apareciendo como sería lógico pensar, mayor deterioro en la misma en aquellos adultos mayores que viven solos o en núcleos familiares sin pareja, y carecen por tanto de este apoyo social importante. Sin embargo es importante mencionar que de todas las variables mencionadas en el estudio, al cuestionar al paciente con quien vive, es el único rubro, junto con la edad que no presentó diferencias estadísticas significativas entre las categorías, lo que habla de un comportamiento similar en los resultados del cuestionario independientemente de su situación social.

Para las láminas COOP/WONCA, las dimensiones con más altas puntuaciones fueron: forma física (3.2), Estado de salud (2.69) y dolor (2.61). Lizán T y col,²⁰ refieren las mismas dimensiones como las de mayor deterioro en su estudio con 475 pacientes, con los siguientes resultados: estado de salud (3.4), forma física (3.0) y dolor (2.7) y García Olmos L y col⁴⁸ con 300 adultos mayores, comprueban que efectivamente las mayores disfunciones se presentan en relación con la actividad física y con la percepción de su salud global.

En relación con las variables de estudio y con respecto al género de los pacientes y al PSN. En este trabajo, las mujeres presentaron las puntuaciones más altas, y/o rangos promedio más bajos, sin embargo, sólo en las dimensiones de dolor y movilidad, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Nieto M y col,³ con un cuestionario diferente, el inventario de calidad de vida y 74 pacientes, refieren que no se presentaron diferencias con relación a esta variable. Sin embargo, Casado J y col,⁴ mencionan que las mujeres presentaron mayor deterioro en todas las dimensiones, con diferencias significativas en todas, excepto en energía. Lo mismo que Bayó M y col.⁴⁶ en su estudio con 316 pacientes mayores de 75 años, y Aspiazu G y col,¹⁴ pero en ambos casos con diferencias significativas en todas las dimensiones del PSN.

Para las láminas COOP/WONCA, también las mujeres presentaron las puntuaciones más altas en todas las dimensiones, pero sólo en los rubros de sentimientos y forma física, con diferencias estadísticas significativas. García Olmos L y col,⁴⁸ describen que las mujeres presentan un nivel de salud peor que el de los varones, principalmente en las cuatro dimensiones de salud medidas y una percepción de salud peor. Ruigómez A y col,⁴⁹ y Haan R y col,⁵⁰ también obtuvieron resultados similares, lo que nos hace pensar en la existencia de factores extrínsecos o intrínsecos que empeoran su percepción. Sobre ello, existen diversas teorías; mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejora de su calidad de vida, mejor aceptación social de expresión de sus quejas.^{51,52}

Con respecto a los grupos de edad y el PSN, coincidimos con Bayó M y col,⁴⁶ en que no se presenta un mayor deterioro en la calidad de vida conforme aumenta la edad, lo anterior con base en que ni en su estudio, ni en el nuestro, encontramos diferencias estadísticas significativas entre las categorías analizadas. Sin embargo Casado JM y col,⁴ y Aspiazu G y col,¹⁴ refieren que a mayor edad peores puntuaciones, incluso con diferencias significativas en todas las dimensiones a excepción de reacciones emocionales. Estas discrepancias pudieran estar dadas más que por la edad del paciente, por las diferentes situaciones que producen cambios que precisan de una adaptación, como la jubilación u otras que pueden incidir negativamente en su percepción.

Para las láminas COOP/WONCA y la variable edad, los diferentes estudios al respecto,^{4, 53} también presentan discrepancias entre sus resultados, lo que confirma lo anteriormente expuesto.

En relación al estado civil de los pacientes y el PSN, para todos los casos, los viudos presentaron peor calidad de vida en todas las dimensiones, sin embargo sólo en las dimensiones de energía, dolor y aislamiento social se presentaron diferencias estadísticas significativas. Los mismos resultados se obtuvieron con las láminas COOP/WONCA, pero en este caso sólo la dimensión de forma física presentó diferencias. El único reporte encontrado en la literatura que analiza esta variable, fue el de Nieto M y col.³ quienes refieren resultados similares a los nuestros, con los viudos con la peor calidad de vida y los casados con el menor deterioro, principalmente en los rubros de actividad sexual y economía, dimensiones no analizadas con ninguno de los dos cuestionarios utilizados en esta investigación.

En función del nivel de estudios, para el PSN, en todas las dimensiones, a mayor nivel de estudios, mejor calidad de vida, con diferencias estadísticas significativas en todas menos en movilidad. Casado J y col,⁴ reportan resultados similares, pero en este caso fue en el rubro de sueño en donde no se presentaron dichas diferencias. Mismos resultados se obtuvieron con las láminas COOP/WONCA, pero en este caso, sin diferencias en las dimensiones de actividades sociales y dolor.

Para las variables asociadas a la actividad laboral y los dos cuestionarios utilizados, los pacientes que se dedicaron al hogar y los que actualmente no trabajan, presentaron peor calidad de vida, con diferencias significativas prácticamente en todas las dimensiones. Estos datos son similares a lo reportado por García Pérez y col,¹⁵ quienes concluyen que el sedentarismo es un hábito que se relaciona con una peor calidad de vida.

Como ya se mencionó, en la variable de con quien vive, para los dos cuestionarios, aunque en la mayoría de las dimensiones los pacientes que viven solos puntuaron peor, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre las diferentes categorías en ninguna de las dimensiones, a excepción de forma física de las láminas. Bayó M y col.⁴⁶ y Casado J y col,⁴ asocian peores calificaciones a los pacientes que viven solos o con otros familiares, utilizando ambos el PSN, y en la mayoría de las dimensiones con diferencias estadísticas significativas.

Con respecto a la presencia de patologías crónico degenerativas y los dos cuestionarios, en todos los casos que los pacientes refirieron presentar dichas patologías, tuvieron calificaciones que representan peor calidad de vida, e incluso en la mayoría de las dimensiones con diferencias significativas. García Pérez A y col¹⁵ en un estudio con 270 pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, utilizando el PSN obtuvieron calificaciones más altas en todas las dimensiones, al compararlas con estudios hechos en poblaciones generales.²¹

Finalmente al relacionar la efectividad de los dos cuestionarios, en ambos, el porcentaje de pacientes que obtuvieron mala calidad de vida fue exactamente igual (9.6%), sin embargo para el PSN, el 67.4% de los pacientes presentaron buena calidad de vida, en comparación con el 49.4% de las láminas COOP/WONCA.

Tabla 1. Análisis descriptivo de la población de estudio (n=178)

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
		GÉNERO	
Femenino	107	60.1	60.1
Masculino	71	39.9	100
	GRUPOS	DE	EDAD
De 60 a 70 años	106	59.6	59.6
71 a 80 años	52	29.2	88.8
81 o más años	20	11.2	100.0
	ESTADO	CIVIL	
casado	98	55.1	55.1
Viudo	53	29.8	84.9
Divorciado	10	5.6	90.5
Soltero	17	9.5	100.0
	NIVEL	DE	ESTUDIOS
De 1 a 6 años.	70	34.3	39.3
De 7 a 9 años	39	21.9	61.2
De 10 a 12 años.	18	10.1	71.3
13 años o más	51	28.7	100
	SITIO	DE	TRABAJO
Hogar	32	18.0	18.0
Fabrica	20	11.2	29.2
Oficina	72	40.4	69.6
Otros	54	30.1	100.0
	OCUPACIÓN	ACTUAL	
No trabaja	84	47.2	47.2
Trabaja	36	20.2	67.4
Pensionado o jubilado	58	32.6	100.0
	CON	QUIEN	VIVE
Sus hijos	58	32.6	32.6
Su pareja	88	49.4	82.0
Otros familiares	13	7.3	89.3
Sólo con visitas	12	6.7	96.1
Sólo sin visitas	7	3.9	100.0

Tabla 2.
Resultados generales del PSN. En sus diferentes dimensiones y el total.

Dimensión/ Calificación.	Pacientes con mala calidad de vida		Pacientes con regular calidad de vida		Pacientes con buena calidad de vida	
	No	(%)	No	(%)	No	(%)
Energía.	23	(12.9)	12	(6.7)	143	(80.3)
Dolor.	20	(11.2)	43	(24.2)	115	(64.6)
Sueño.	25	(14.0)	60	(33.7)	93	(52.2)
Aislamiento social.	8	(4.5)	31	(17.4)	139	(78.1)
Reacciones emocionales.	16	(9.0)	34	(19.1)	128	(71.9)
Movilidad	16	(9.0)	46	(25.8)	116	(65.2)
Total.	17	(9.6)	41	(23.0)	120	(67.4)

Tabla 3.
Resultados de láminas COOP/WONCA. En sus diferentes dimensiones y en el total

Dimensión/ calificación	Pacientes con mala calidad de vida		Pacientes con regular calidad de vida		Pacientes con buena calidad de vida	
	No	(%)	No	(%)	No	(%)
Sentimientos.	21	(11.8)	38	(21.3)	119	(66.9)
Forma física.	72	(40.4)	69	(38.8)	37	(20.8)
Actividad social.	24	(13.5)	22	(12.4)	132	(74.2)
Actividad cotidiana	22	(12.4)	27	(15.2)	129	(72.5)
Estado de salud.	77	(43.3)	54	(30.3)	47	(26.4)
Cambios en estado de salud.	21	(11.8)	98	(55.1)	59	(33.1)
Dolor.	51	(28.7)	30	(16.9)	97	(54.5)
Total.	17	(9.6)	73	(41.0)	88	(49.4)

Tabla 4. Perfil de Salud de Nottingham, con respecto al Género.

PSN/ Genero.		Rango promedio.	Probabilidad.
Energía.	Masculino.	94,11	.160.
	Femenino.	86,44	N.S. *
Dolor.	Masculino.	101,87	.002.
	Femenino	81,29	E.S. **
Sueño.	Masculino	93,93	.301
	Femenino	86,56	N.S
Aislamiento Social	Masculino	90,49	.771
	Femenino	88,84	N.S.
Reacciones Emocionales	Masculino	96,77	.052
	Femenino	84,68	N.S
Movilidad.	Masculino.	97,35	0.49
	Femenino	84,29	E.S
Calificación Total	Masculino	96,87	.060
	Femenino	84,61	N.S.

TABLA 5. Lámina Coop/Wonca. Con respecto al Género.

Dimensiones.		Rango promedio.	Probabilidad.
Sentimientos	Masculino.	99,23	.013
	Femenino	83,04	E.S. **
Forma física	Masculino.	100,83	.010
	Femenino	81,98	E.S.
Actividad Social.	Masculino	93,96	.219
	Femenino	86,54	N.S*
Actividad Cotidiana.	Masculino	94,01	.225
	Femenino	86,51	N.S.
Estado de Salud	Masculino	94,95	.218
	Femenino	85,88	N.S.
Cambios De estado De salud	Masculino	92,85	.429
	Femenino	87,28	N.S
Dolor.	Masculino.	90,79	.763
	Femenino	88,64	N.S
Calificación Total.	Masculino	97,95	.048
	Femenino	83,89	E.S

➤ A menor rango promedio peor calidad de vida

*NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA

**ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 6. Por grupo de edad en PSN.

Dimensión.	Gro de edad.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía	60 a 70 años.	85,92	.182
	71 a 80 años.	97,05	N.S*
	81 o más.	88,88	
Dolor	60 a 70 años.	88,07	,612
	71 a 80 años.	94,27	N.S
	81 o más.	84,68	
Sueño.	60 a 70 años.	90.30	.912
	71 a 80 años.	87.21	N.S.
	81 o más.	91.20	
Aislamiento social.	60 a 70 años.	85.44	.208
	71 a 80 años.	95.17	N.S.
	81 o más.	96.25	
Reacciones emocionales.	60 a 70 años.	88.51	.894
	71 a 80 años.	91.73	N.S.
	81 o mas	88.95	
Movilidad.	60 a 70 años.	90.07	.920
	71 a 80 años.	87.56	N.S.
	81 o más.	91.55	
Calificación total.	60 a 70 años.	87.88	.709
	71 a 80 años.	93.61	N.S.
	81 o mas	87.43	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 7. Por grupo de edad en Láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Grupo de edad.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos.	60 a 70 años.	85,76	.026 E.S**
	71 a 80 años.	102,20	
	81 o mas	76,30	
Forma física.	60 a 70 años.	95,73	0.24 N.S*
	71 a 80 años.	83,97	
	81 o mas	70,88	
Actividad social.	60 a 70 años.	89,63	,975 N S
	71 a 80 años.	88,67	
	71 a 80 años.	90,95	
	81 o más.		
Actividades cotidianas.	60 a 70 años.	87,95	,824 N.S
	71 a 80 años.	91,67	
	81 o mas	92,05	
Estado de salud	60 a 70 años.	92,98	,485 N.S
	71 a 80 años.	85,35	
	81 o más.	81,85	
Cambios en el estado de salud.	60 a 70 años.	83,76	,110 N.S
	71 a 80 años.	96,07	
	81 o mas	102,85	
Dolor.	60 a 70 años.	88,64	,938 N.S
	71 a 80 años.	90,13	
	81 o más.	92,45	
Calificación total.	60 a 70 años.	90,34	,957 N.S
	71 a 80 años.	88,38	
	81 o mas	87,98	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

TABLA 8. PNS En relación al estado civil.

Dimensiones.	Estado civil.	Rango promedio.	Probabilidad.
Energía.	Casado.	93,35	,042 E.S**
	Viudo.	78,51	
	Divorciado.	97,50	
	Soltero	96,85	
Dolor.	Casado.	94,09	,018 E.S
	Viudo.	75,10	
	Divorciado.	105,20	
	Soltero	98,71	
Sueño.	Casado.	88,37	,494 N.S*
	Viudo.	83,08	
	Divorciado.	101,40	
	Soltero	109,00	
Aislamiento social	Casado.	95,39	,025 E.S.
	Viudo.	78,29	
	Divorciado.	83,50	
	Soltero.	94,00	
Reacciones emocionales.	Casado.	92,94	,090 N.S.
	Viudo.	78,52	
	Divorciado.	98,30	
	Soltero	98,74	
Movilidad.	Casado.	92,03	,100 N.S
	Viudo...	76,67	
	Divorciado.	96,20	
	Soltero	110,97	
Calificación total	Casado.	92,61	,116 N.S
	Viudo.	78,64	
	Divorciado.	99,50	
	Soltero	99,56	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

TABLA 9 Láminas Coop/Wonca en relación con estado civil.

Dimensiones.	Estado civil	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Casado.	91,46	,414 N.S*
	Viudo.	83,81	
	Divorciado.	100,35	
	Soltero	89,56	
Forma física.	Casado.	96,96	,002 E.S**
	Viudo.	70,10	
	Divorciado.	112,35	
	Soltero	93,53	
Actividad social.	Casado.	88,79	,956 N.S
	Viudo.	86,80	
	Divorciado.	87,10	
	Soltero	103,44	
Actividad cotidiana	Casado.	92,94	,154 N,S
	Viudo.	79,94	
	Divorciado.	80,35	
	Soltero	104,82	
Estado de salud.	Casado.	88,64	,549 N,S
	Viudo.	80,66	
	Divorciado.	93,45	
	Soltero	119,68	
Cambio en estado de salud.	Casado.	92,27	,394 N.S
	Viudo.	81,49	
	Divorciado.	90,00	
	Soltero	98,21	
Dolor.	Casado.	92,45	,210 N,S
	Viudo.	80,74	
	Divorciado	102,85	
	Soltero.	91,94	
Calificación total	Casado.	93,40	,096 N.S
	Viudo.	76,92	
	Divorciado.	97,80	
	Soltero.	101,35	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 10. Nivel de estudios en relación con PSN.

Dimensiones.	Nivel de estudios	Rango promedio	probabilidad
Energía.	De 1 a 6 años.	80,00	,006 E.S**
	De 7 a 9 años.	86,42	
	De 10 a 12 años.	97,42	
	De 13 en adelante.	102,10	
Dolor.	De 1 a 6 años.	77,23	,001 E.S
	De 7 a 9 años.	83,74	
	De 10 a 12 años.	92,92	
	De 13 en adelante.	109,54	
Sueño.	De 1 a 6 años.	77,60	,025 E.S
	De 7 a 9 años.	95,17	
	De 10 a 12 años.	110,75	
	De 13 en adelante.	94,00	
Aislamiento social.	De 1 a 6 años.	75,76	,000 E,S
	De 7 a 9 años.	88,38	
	De 10 a 12 años.	94,83	
	De 13 en adelante.	107,33	
Reacciones emocionales.	De 1 a 6 años.	79,60	,003 E.S
	De 7 a 9 años.	83,01	
	De 10 a 12 años.	95,11	
	De 13 en adelante.	106,07	
Movilidad.	De 1 a 6 años.	79,04	,063 N.S*
	De 7 a 9 años.	92,40	
	De 10 a 12 años.	96,28	
	De 13 en adelante.	99,25	
Calificación total.	De 1 a 6 años.	75,16	,000 E,S.
	De 7 a 9 años.	86,63	
	De 10 a 12 años.	100,61	
	De 13 en adelante.	107,45	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 11. Nivel de estudio en relación a láminas Coop/Wonca

Dimensiones.	Nivel de estudio.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	De 1 a 6 años.	79,88	,009 E.S**
	De 7 a 9 años.	85,03	
	De 10 a 12 años.	89,56	
	De 13 en adelante.	106,11	
Forma física.	De 1 a 6 años.	80,84	,030 E.S
	De 7 a 9 años.	82,62	
	De 10 a 12 años.	92,33	
	De 13 en adelante.	105,66	
Actividad social.	De 1 a 6 años.	85,13	,105 N.S*
	De 7 a 9 años.	83,88	
	De 10 a 12 años.	86,00	
	De 13 en adelante.	101,03	
Actividad cotidiana.	De 1 a 6 años.	84,94	,020 E.S
	De 7 a 9 años.	82,23	
	De 10 a 12 años.	80,94	
	De 13 en adelante.	104,34	
Estado de salud.	De 1 a 6 años.	74,29	,001 E.S
	De 7 a 9 años.	91,35	
	De 10 a 12 años.	84,94	
	De 13 en adelante.	110,58	
Cambios en el estado de salud.	De 1 a 6 años.	84,39	,568 N.S
	De 7 a 9 años.	88,55	
	De 10 a 12 años.	97,72	
	De 13 en adelante.	94,33	
Dolor.	De 1 a 6 años.	81,64	,182 N.S
	De 7 a 9 años.	88,82	
	De 10 a 12 años.	90,53	
	De 13 en adelante.	100,44	
Calificación total.	De 1 a 6 años.	77,34	,005 E.S.
	De 7 a 9 años.	87,69	
	De 10 a 12 años.	89,25	
	De 13 en adelante.	107,67	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 12. Sitio de trabajo en PSN.

Dimensiones.	Sitio de trabajo	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Hogar.	77,86	,147
	Fabrica.	84,13	N.S*
	Oficina.	92,63	
	Otros.	94,22	
Dolor.	Hogar.	70,17	,036
	Fabrica.	101,25	E.S**
	Oficina.	94,01	
	Otros.	90,58	
Sueño.	Hogar.	83,13	,391
	Fabrica.	81,85	N.S
	Oficina.	96,58	
	Otros.	86,67	
Aislamiento social.	Hogar.	74,08	,029
	Fabrica.	83,50	E.S
	Oficina.	96,92	
	Otros.	90,96	
Reacciones emocionales.	Hogar.	69,31	,022
	Fabrica.	93,00	E.S
	Oficina.	93,99	
	Otros.	94,19	
Movilidad.	Hogar.	78,28	,434
	Fabrica.	94,65	N.S
	Oficina.	92,04	
	Otros.	90,85	
Calificación total.	Hogar.	71,70	,065
	Fabrica.	88,88	N.S
	Oficina.	95,33	
	Otros.	92,50	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 13. Sitio de trabajo en relación a láminas Coop/Woonca.

Dimensiones.	Sitio de trabajo.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos.	Hogar.	78,20	,349 N.S*
	Fabrica.	87,10	
	Oficina.	94,47	
	Otros.	90,46	
Forma física.	Hogar.	75,63	,130 N.S
	Fabrica.	100,88	
	Oficina.	96,01	
	Otros.	84,82	
Actividad social.	Hogar.	76,44	,215 N.S
	Fabrica.	88,65	
	Oficina.	93,04	
	Otros.	92,83	
Actividad cotidiana.	Hogar.	73,75	,051 N.S
	Fabrica.	81,80	
	Oficina.	93,88	
	Otros.	95,84	
Estado de salud.	Hogar.	71,45	,034 E.S. **
	Fabrica.	85,88	
	Oficina.	100,69	
	Otros.	86,61	
Cambios en el estado de salud.	Hogar.	87,52	,573 N.S
	Fabrica.	81,20	
	Oficina.	95,01	
	Otros.	86,40	
Dolor.	Hogar.	78,55	,494 N.S
	Fabrica.	88,13	
	Oficina.	93,42	
	Otros.	91,28	
Calificación total.	Hogar.	70,42	,054 N.S
	Fabrica.	87,50	
	Oficina.	97,47	
	Otros.	90,92	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 14. Ocupación actual en relación a PSN.

Dimensiones.	Ocupación actual.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	No trabaja.	82,24	,025 E.S**
	Trabaja.	100,06	
	Pensionado o jubilado.	93,47	
Dolor.	No trabaja.	77,19	,002 E.S
	Trabaja.	102,57	
	Pensionado o jubilado	99,22	
Sueño.	No trabaja.	86,26	,032 E.S
	Trabaja.	107,44	
	Pensionado o jubilado	83,05	
Aislamiento social.	No trabaja.	84,33	,138 N.S*
	Trabaja.	89,57	
	Pensionado o jubilado	96,94	
Reacciones emocionales.	No trabaja.	80,96	,019 E.S
	Trabaja.	92,17	
	Pensionado o jubilado	100,21	
Movilidad.	No trabaja.	79,65	,012 E.S
	Trabaja.	102,50	
	Pensionado o jubilado lado	95,69	
Calificación total.	No trabaja.	79,17	,008 E.S
	Trabaja.	102,04	
	Pensionado o jubilado	96,68	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 15. Ocupación actual en relación a Láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Ocupación actual.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	No trabaja.	81,61	,065 N.S*
	Trabaja.	97,74	
	Pensionado o jubilado	95,82	
Forma física.	No trabaja.	77,01	,001 E.S**
	Trabaja.	113,42	
	Pensionado o jubilado	92,74	
Actividad social.	No trabaja.	80,71	,010 E.S
	Trabaja.	103,31	
	Pensionado o jubilado	93,66	
Actividad cotidiana.	No trabaja.	82,11	,034 E.S
	Trabaja.	102,49	
	Pensionado o jubilado	92,14	
Estado de salud.	No trabaja.	77,89	,009 E.S
	Trabaja.	103,14	
	Pensionado o jubilado	97,84	
Cambios en el estado de salud.	No trabaja.	86,52	,694 N.S
	Trabaja.	90,65	
	Pensionado o jubilado	93,09	
Dolor.	No trabaja.	82,76	,155 N.S
	Trabaja.	99,19	
	Pensionado o jubilado	93,25	
Calificación total.	No trabaja.	79,62	,026 E.S
	Trabaja.	99,71	
	Pensionado o jubilado	97,47	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 16. En relación a con quien vive en PSN

Dimensiones.	Con quien vive.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Sus hijos.	83,94	,368 N.S*
	Con su pareja.	92,88	
	Otros familiares.	101,04	
	Solo con visitas.	84,71	
	Solo sin visitas.	79,86	
Dolor.	Sus hijos.	84,51	,392 N.S
	Con su pareja.	91,57	
	Otros familiares.	108,85	
	Solo con visitas.	81,50	
	Solo sin visitas.	82,64	
Sueño.	Sus hijos.	88,47	,353 N.S
	Con su pareja.	84,77	
	Otros familiares.	105,19	
	Solo con visitas.	100,13	
	Solo sin visitas.	110,14	
Aislamiento social.	Sus hijos.	81,28	,268 N.S
	Con su pareja.	94,81	
	Otros familiares.	89,38	
	Solo con visitas.	94,83	
	Solo sin visitas.	81,93	
Reacciones emocionales.	Sus hijos.	85,28	,397 N.S
	Con su pareja.	90,20	
	Otros familiares.	102,04	
	Solo con visitas.	101,00	
	Solo sin visitas.	72,64	
Movilidad.	Sus hijos.	83,24	,642 N.S
	Con su pareja.	90,99	
	Otros familiares.	101,81	
	Solo con visitas.	93,50	
	Solo sin visitas.	92,93	
Calificación total.	Sus hijos.	83,97	,715 N.S
	Con su pareja.	90,58	
	Otros familiares.	99,92	
	Solo con visitas.	95,96	
	Solo sin visitas.	91,36	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 17. En relación a con quien vive en Láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Con quien vive.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Sus hijos.	91,92	,629 N.S*
	Con su pareja.	86,21	
	Otros familiares.	100,88	
	Solo con visitas.	96,92	
	Solo sin visitas.	76,93	
Forma física.	Sus hijos.	74,81	,043 E.S**
	Con su pareja.	97,22	
	Otros familiares.	102,96	
	Solo con visitas.	80,58	
	Solo sin visitas.	104,50	
Actividad social.	Sus hijos.	92,47	,553 N.S
	Con su pareja.	88,10	
	Otros familiares.	100,65	
	Solo con visitas.	83,00	
	Solo sin visitas.	72,93	
Actividad cotidiana.	Sus hijos.	83,30	,266 N.S
	Con su pareja.	93,49	
	Otros familiares.	102,00	
	Solo con visitas.	88,38	
	Solo sin visitas.	69,43	
Estado de salud.	Sus hijos.	92,81	,600 N.S
	Con su pareja.	84,72	
	Otros familiares.	104,92	
	Solo con visitas.	95,29	
	Solo sin visitas.	83,64	
Cambios en el estado de salud.	Sus hijos.	82,55	,431 N.S
	Con su pareja.	94,31	
	Otros familiares.	100,69	
	Solo con visitas.	78,63	
	Solo sin visitas.	84,43	
Dolor.	Sus hijos.	89,36	,678 N.S
	Con su pareja.	89,37	
	Otros familiares.	104,23	
	Solo con visitas.	84,75	
	Solo sin visitas.	73,07	
Calificación total.	Sus hijos.	82,49	,334 N.S
	Con su pareja.	91,99	
	Otros familiares.	109,73	
	Solo con visitas.	90,50	
	Solo sin visitas.	77,00	

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO**

Tabla 18. En relación a Hipertensión Arterial Sistémica en el PNS.

Dimensiones.	Hipertensión Arterial sistémica	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Si.	83,23	,007
	No.	97,92	E.S**
Dolor.	Si.	83,06	,022
	No	98,14	E.S
Sueño.	Si.	80,17	,002
	No	102,03	E.S
Aislamiento social.	Si.	86,00	,114
	No	94,20	N.S*
Reacciones emocionales.	Si.	82,97	,013
	No	98,26	E.S
Movilidad.	Si.	78,92	,000
	No	103,70	E.S
Calificación total.	Si.	81,37	,003
	No	100,41	E.S

Tabla 19. En relación a Hipertensión Arterial Sistémica en láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Hipertensión Arterial sistémica	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Si.	82,05	,007
	No	99,50	E.S. **
Forma física.	Si.	84,04	,078
	No	96,83	N.S*
Actividad social.	Si.	88,74	,765
	No	90,53	N.S
Actividad cotidiana.	Si.	82,63	,009
	No	98,72	E.S
Estado de salud.	Si.	80,66	,005
	No	101,36	E.S
Cambios en el estado de salud.	Si.	85,98	.236
	No.	94,22	N.S.
Dolor.	Si.	85,54	,187
	No	94,81	N.S
Calificación total.	Si.	80,62	,003
	No	101,41	E.S

➤ A menor rango promedio peor calidad de vida

*NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA

**ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 20. En Relación a Diabetes Mellitus en el PSN

Dimensiones.	Diabetes Mellitus.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Si.	79,23	,010
	No.	94,09	E.S**
Dolor.	Si.	73,33	,001
	No.	96,73	E.S
Sueño.	Si.	76,21	,011
	No.	95,44	E.S
Aislamiento social.	Si.	75,96	,001
	No.	95,55	E.S
Reacciones emocionales.	Si.	75,97	,003
	No.	95,55.	E.S
Movilidad.	Si.	76,79	,009
	No.	95,18	E.S
Calificación total.	Si.	73,71	,001
	No.	96,58	E.S

Tabla 21. En relación a Diabetes Mellitus en las láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Diabetes Mellitus	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Si.	76,53	,007
	No.	95,36	E.S**
Forma física.	Si.	84,27	,331
	No.	91,84	N.S*
Actividad social.	Si.	82,70	,125
	No.	92,54	N.S
Actividad cotidiana.	Si.	78,35	,014
	No.	94,49	E.S
Estado de salud.	Si.	72,55	,002
	No.	97,08	E.S
Cambios en el estado de salud.	Si.	82,52	.175
	No.	92,62	N.S.
Dolor.	Si.	73,07	,002
	No.	96,85	E.S
Calificación total.	Si.	71,52	,001
	No.	97,64	E.S

➤ A menor rango promedio peor calidad de vida

*NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA

**ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 22. En relación a enfermedades reumáticas en el PNS.

Dimensiones.	Enfermedades reumáticas.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Si.	79,14	,018
	No.	93,33	E.S**
Dolor.	Si.	66,38	,000
	No.	98,04	E.S
Sueño.	Si.	80,29	,109
	No.	92,90	N.S*
Aislamiento social.	Si.	82,58	,131
	No.	92,05	N.S
Reacciones emocionales.	Si.	82,69	,174
	No.	92,02	N.S
Movilidad.	Si.	71,71	,001
	No.	96,07	E.S
Calificación total.	Si.	77,38	,021
	No.	93,98	E.S

Tabla 23. En relación con enfermedades reumáticas en las láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Enfermedades reumáticas.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Si.	92,01	,634
	No.	88,57	N.S*
Forma física.	Si.	81,31	,116
	No.	92,52	N.S
Actividad social.	Si.	86,21	,499
	No.	90,72	N.S
Actividad cotidiana.	Si.	80,06	,058
	No.	92,98	N.S
Estado de salud.	Si.	80,17	,116
	No.	92,95	N.S
Cambios en el estado de salud.	Si.	77,78	,039
	No.	93,83	E.S**
Dolor.	Si.	82,95	,252
	No.	91,92	N.S
Calificación total.	Si.	77,82	,041
	No.	93,81	E.S

➤ A menor rango promedio peor calidad de vida

*NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA

**ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 24. En relación a enfermedades cardíacas, en el PNS

Dimensiones.	Cardiopatías.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Si.	72,26	,001
	No.	94,18	E.S**
Dolor.	Si.	80,68	,160
	No.	91,89	N.S*
Sueño.	Si.	70,71	,005
	No.	94,60	E.S
Aislamiento social.	Si.	81,83	,151
	No.	91,58	N.S
Reacciones emocionales.	Si.	74,32	,009
	No.	93,62	E.S
Movilidad.	Si.	78,05	,066
	No.	92,61	N.S
Calificación total.	Si.	74,26	,013
	No.	93,64	E.S

Tabla 25. En relación a enfermedades cardíacas en las láminas Coop/Wonca.

Dimensiones.	Cardiopatías.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Si.	70,70	,002
	No.	94,60	E.S**
Forma física.	Si.	78,26	,103
	No.	92,55	N.S*
Actividad social.	Si.	68,76	,000
	No.	95,13	E.S
Actividad cotidiana.	Si.	73,30	,005
	No.	93,90	E.S
Estado de salud.	Si.	68,05	,002
	No.	95,32	E.S
Cambios en el estado de salud.	Si.	73,43	,015
	No.	93,86	E.S
Dolor.	Si.	76,18	,046
	No.	93,11	E.S
Calificación total.	Si.	72,07	,009
	No.	94,23	E.S

➤ A menor rango promedio peor calidad de vida

*NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA

**ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 26. Otras enfermedades en relación a PSN.

Dimensiones.	Otras enfermedades.	Rango promedio	Probabilidad.
Energía.	Si.	82,50	,290
	No.	90,64	N.S*
Dolor.	Si.	82,46	,383
	No.	90,65	N.S
Sueño.	Si.	83,38	,478
	No.	90,50	N.S
Aislamiento social.	Si.	91,22	,803
	No.	89,22	N.S
Reacciones emocionales.	Si.	92,06	,734
	No.	89,08	N.S
Movilidad.	Si.	88,86	,936
	No.	89,60	N.S
Calificación total.	Si.	80,76	,267
	No.	90,93	N.S

Tabla 27. Otras enfermedades en relacion a láminas Coop/Wonca

Dimensiones.	Otras enfermedades.	Rango promedio	Probabilidad.
Sentimientos	Si.	76,60	,104
	No.	91,61	N.S*
Forma física.	Si.	85,88	,684
	No.	90,09	N.S
Actividad social.	Si.	85,10	,548
	No.	90,22	N.S
Actividad cotidiana.	Si.	84,14	,474
	No.	90,38	N.S
Estado de salud.	Si.	76,72	,152
	No.	91,59	N.S
Cambios en el estado de salud.	Si.	87,62	,825
	No.	89,81	N.S
Dolor.	Si.	83,32	,472
	No.	90,51	N.S
Calificación total.	Si.	87,24	,793
	No.	89,87	N.S

➤ **A menor rango promedio peor calidad de vida**

***NS = ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA**

****ES = ESTADISTICAMENTE SIGNIFICA**

10.-CONCLUSIONES.

El incremento de años de vida en la población, ha traído como pago un incremento de enfermedades cronicodegenerativas en la población adulta mayor, que de muchas formas alteran la calidad de vida de estos pacientes.

La tarea del medico familiar o de primer contacto es tratar de que no solo se prolongue la vida, si no que se agregue vida a esos años. Esto gracias a que a largo de su carrera profesional el medico familiar aprende que no se puede ver a un paciente como ser individual e independiente, ya que cualquier alteración sea física, psicológica, o social altera al núcleo al que el paciente pertenece.

Es aquí donde radica la importancia de valorar la calidad de vida del adulto mayor, para lo que existen herramientas auxiliares que ayuden al medico a valorar integralmente al paciente en su contorno biopsicosocial.

Si bien la medición de la calidad de vida es subjetiva, existen instrumentos ya validados como es el caso del Perfil de Salud de Nottingham y las láminas Coop/Wonca, las cuales ayudan a describir como percibe el paciente su calidad vida, lo que nos aporta datos para un mejor prevención, diagnóstico y o tratamiento integral.

Con lo anterior, concluimos que, el uso de instrumentos validados para valorar calidad de vida es una herramienta útil que nos ayudan a integrar un diagnóstico más asertivo en la práctica médica diaria del médico familiar.

Debido al tiempo de aplicación de los cuestionarios y el limitado tiempo en consulta, una vez determinada la importancia de estos cuestionarios se debe buscar el tiempo y el espacio para la realización de los mismos.

Los resultados obtenidos en este trabajo, refieren que, independientemente del cuestionario utilizado, cerca del 10% de los pacientes de la tercera edad, que acuden a la clínica refirieron tener una mala calidad de vida.

Con estos datos se deben plantear programas asistenciales y/o médicos, para buscar alternativas de solución a estos pacientes, recordando que la Calidad de Vida medida subjetivamente, según muchos autores parece predecir mejor el comportamiento en el factor salud a mediano y largo plazo de muchos pacientes.

Sin embargo también es importante mencionar que los resultados aquí obtenidos, sólo pueden ser representativos de la población en estudio y que es necesario realizar futuros trabajos a nivel institucional, para que en caso de ser necesario llevar los programas y las acciones a todo el Instituto.

11.- REFERENCIAS.

- 1.-Leal-Felipe A, Leal-Felipe M, Arroyo-López M, Darías-Cuervo S. Indicadores de calidad de vida en la vejez. *Archivo Geriátrico* 2000; 3(2): 46-51.
- 2.- Villanueva L.A. Sobre el envejecimiento. Una perspectiva integral. *Hospital General. Dr. M Gea González.* 2000; 3(3): 107-114.
- 3.-Nieto Munuera J, Abad Mateo M, Torres Ortuño A. Dimensiones Psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y calidad de vida en población geriátrica. *Anales de psicología*, 1998; 14(1): 75- 81.
- 4.-Casado JM, González S, Moraleda O, Carmona J, y González-Calcerrada R. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 26(3): 167-173.
- 5.-García Férrez J. Ancianidad análisis demográfico y sociosanitario, Universidad Pontificia Comillas
- 6.-Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. Condiciones de Salud de los Adultos Mayores 1996; 38(6):533-535.
- 7.-Duran-Arenas L, Sánchez R, Vallejo M. Carreon J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Pública México.*1996; 38:501-512.
- 8.-Integración de la investigación sobre Calidad de vida.32-46
- 9.-García L, González-Martínez J.F.. Longevidad y Calidad de Vida. *Archivo Geriátrico*, 2005;(2)
- 10.-Maestro ML, Sanz Casla MT. Fisiología del Envejecimiento Teoría y Novedades, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Instituto de laboratorio Biológico Tumoral.2003,1-3.
- 11.-Robert L, Kare, Itamar B.Abras. *Geriatría Clínica*, 2000, 4ta Edi México, MC Graw-Hill 3-63.
- 12.-Fisiología Médica, William F. Ganong, Manual Moderno, 16 edi México, 1998, 47-48.
- 13.-Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte 1), *Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41(1):55-63.

- 14.-Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JC, Abanades Herranz N, García Marín C,. Alvarez de Mon R.. Calidad de Vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*, 2003;31(5):285-294.
- 15.-García Pérez AM, Leyva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prado Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo2. *Medicina de Familia*. 2001; (2): 29-34.
- 16.-Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C, Consideraciones Metodológicas para evaluar la calidad de vida, *Salud Publica Méx*, 2002; 44.(5): 448-463.
- 17.-Alonso J. La medida de la calidad de Vida relacionada con la salud en la Investigación y la práctica Clínica. *Gac Sanit* 2000;14 (2); 163-167.
- 18.-Teylor Robert B, *Medicina de Familiar* 3er edición editorial Duyma España ,1988, 250-261.
- 19.-Lizan Tudela L, Ferrer Reig A, La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la salud en la consulta Las Viñetas Coop/Wonca. *Aten Primaria* 2002; 29: 378-384.
- 20.-Lizan Tudela L, Ferrer Reig A, Adaptación Transcultural de una medida de la calidad de Vida Relacionada con la salud, la versión española de las Viñetas Coop/Wonca. *Aten Primaria*, 1999; 24(2):75-82.
- 21.-Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish Version of The Nottingham Health Profile: Translation and Preliminary Validity. *Am J Public Health*.1990;80:704-708.
- 22.-Bureau-Chalot F, Novella JL, Ankri J, Guillemin F Blanchard F. Feasibility, acceptability and internal consistency reliability of the Nottingham Health Profile in dementia patients. *Gerontology* 2002;48 (4):220-225.
- 23.-Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B, Klevsgard R. A Comparison of the Nottingham Health profile and Short form 36 Health survey in patients With chronic lower limb ischemia in a longitudinal perspective. *Health Qual Life Outcomes* 2004;17 (2):9
- 24.-Post M W, Gerritsen J, van Leusen ND, Paping MA, Prevo AJ, Adapting the Nottingham Health profile for use in people with severe physical disabilities. *Clin Rehabil* 2001;15(1):103110.
- 25.-Instrumentos más utilizados para la medida de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.
- 26.-Tirado Cosío F, Moreno Castillo Y. Autopercepcion de salud en un grupo de ancianos mexicanos con el uso del Perfil de Salud de Nottingham. *ArchMedFam* 2004;6(1):20-22.

- 27.-Silvas F, Ercin O, Tanyolac O, Barca N, Aydog S, Ozoran K. The Nottingham Health profile in rheumatoid arthritis: correlation UIT other health status measurements and clinical variables, *Rheumatol Int.*2004;24(4):203-206.
- 28.-Hagell P, Wahlley D, McKenna SP, Lindvall O. Health status measurement in Parkinson's disease: Validity of the PDQ-39 and Nottingham prolife. *Mov disord* 2003;18(7):773-783.
- 29.-Lukkarinen H, Hentinen M. Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 1997;26(1):73-84.
- 30.-Barajas Gutierrez MA Robledo Martin E, Tomas Garcia N, Sanz Cuesta T, Garcia Martin P, Cerrada Somolinos I. Quality of life in relation to health and obesity in a primary care center. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72(3):221-231.
- 31.-Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana M, Vila M y et al. Autopercepcion de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten primaria* 1996;17(4):273-279.
- 32.-Documento de Mínimos del Fórum Mundial sobre el Envejecimiento 1 parte red Latinoamericana de Gerontología.2002;1-7
- 33.-Lozano Ascencio R, Frenk Mora J, González Block M.A, El peso de la Enfermedad en el Adulto Mayor. *Salud Pública* 1996;38:419-429.
- 34.-Suarez R, Rescetto C. Sistemas de Protección Social para el adulto Mayor en América Latina y el Caribe. *Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):419-428.
- 35.-Corrales Palomo L, Magariño Bravo M.J, Alonso G, Torico P, Barroso A, Merchen V. Capacidad Funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33(8):426-433.
- 36.-Lara Rodriguez MA, Benitez Martinez MG, Fernández Garate IH, Zarate Aguilar A. Aspectos Epidemiológicos del adulto Mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública* 1996; 38:448-457.
- 37.-Lizan Tudela L. Viabilidad de las Viñetas Coop/Wonca y otros instrumentos para la valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Atención Primaria 1988; 22(3):135-139.
- 38.- Meyboom-de Jong B, Smith RJA. How do we classify functional status? *Fam Med* 1992; 24:128-133.
- 39.- Van Weel C. Functional stratus in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and rehabilitation* 1993; 15: 96-101.

- 40.- Dolan P. Valuing health-related quality of life. Issues and controversies. *Pharmacoeconomics* 1998;15:119-127.
- 41.- Fillenbaun G. Triseeme age et bien etre. Approches d'une evaluation multidimensionnelle. Ginebra: OMS Offset Publ, 1986; No 84.
- 42- Grand A, Grosclaude P, Bouquet M, Pous J, Albarede JL. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 773-782.
- 43.- Testa MA, Simonson DC. Assessments of quality of life outcomes. *New Eng J Med* 1996; 334: 835-840.
- 44.-Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life: generics instruments. En: Shumaker SA, Berzon R, editors. *Quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: rapid communications of Oxford Ltd., 1995; 24-29.
- 45.- Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-393.
- 46.- Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA, et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17(4): 273-279.
- 47.- VanderZee Ki, Sanderman R, Heyink J. A comparison of two multidimensional measures of health status: The Nottingham Health Profile and the RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Quality of life research*. 1996; 5: 165-174.
- 48.- García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP/WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria* 1994; 13(5): 233-237.
- 49.-Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac sanit* 1991; 5: 117-124.
- 50.- Haan R, Aaronson N, Limburg M, Langton Heder R, Van Crevel H. Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 1993; 24: 320-327.
- 51.- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Cuadernos de gestión* 1998; 4: 119-13

52.- Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. La calidad de vida: un tema reinvestigación necesario (yII). Validez y beneficios. Med Integral 1996; 27: 116-121.

53.- Tsukino M, Nishimura K, Ikeda A, Koyama H, et al. Physiologic factors that determine the health-related quality of life in patients with COPD. Chest 1996; 110: 896-903.

Anexos.



ANEXO 1

Hoja De Autorización.

A Quién corresponda:

Yo _____
_____ declaro libre y voluntariamente en uso adecuado de mis facultades mentales ACEPTO participar en el estudio de investigación APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, el cual se realizará en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE y cuyo objetivo consiste en llevar a cabo una valoración geriátrica integral o exhaustiva que permita valorar mi estado de salud en todas sus dimensiones.

Estoy de acuerdo y acepto los procedimientos de la investigación como son: aplicación de cuestionarios, así como la realización de exámenes de laboratorio y gabinete.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

- 1.- Conocer información completa sobre mi estado de salud.
- 2.- Obtener conocimientos para mejorar mi salud
- 3.- Identificar situaciones de riesgo sobre mi salud.
- 4.- Mejorar mi estado de salud.

El investigador principal se compromete a respetar la privacidad de los cuestionarios elaborados, así como los resultados emanados en el proceso. Es de mi conocimiento que podré retirarme de la investigación en el momento en el que yo así lo desee. Además que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios sobre mi persona al participar en este estudio. En caso de retirarme del estudio la atención que recibo en esta institución no se verá afectada.

Domicilio:

Teléfono:

Fecha:

Firma: _____

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre _____ Sexo _____

Edad _____ Teléfono _____

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA.

Estado civil:

Casado Si _____ No _____

Viudo Si _____ No _____

Divorciado Si _____ No _____

Unión libre Si _____ No _____

Soltero Si _____ No _____

Estudios Profesionales.

Sin estudio. No sabe leer _____ Sabe leer y escribir _____

Primaria incompleta. _____ Primaria completa. _____

Secundaria incompleta. _____ Secundaria terminada. _____

Preparatoria incompleta. _____ Preparatoria completa. _____

Carrera técnica. _____ Carrera profesional. _____

Otras especifique. _____

Durante su juventud usted se dedico a trabajar en.

El hogar _____ fabrica. _____ Tienda. _____ oficina. _____

Otros especifique. _____

Actualmente usted

No trabaja _____ Trabaja. _____ Es pensionado _____ Otros _____

Actualmente usted vive con

Sus Hijos Si _____ No _____

Vive con su pareja Si _____ No _____

Vive con otros familiares o amigos. Si _____ No _____

Vive solo pero tiene hijos que lo visitan. Si _____ No _____

Vive solo sin hijos ni familiares que lo visiten. Si _____ No _____

Actualmente usted presenta alguna enfermedad como.

Hipertensión Arterial Si _____ No _____

Diabetes Mellitas. Si _____ No _____

Enfermedades reumáticas. Si _____ No _____

Enfermedades del Corazón. Si _____ No _____

Otras. _____

ANEXO 3

PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM.

ENERGIA	Enseguida me quedo sin fuerza.	Si () No ()
	Todo me cuesta un esfuerzo	Si () No ()
	Siempre estoy fatigado	Si () No ()
DOLOR	Tengo dolor al subir o bajar escalera	Si () No ()
	Tengo dolor cuando estoy de pie.	Si () No ()
	Tengo dolor al cambiar de postura	Si () No ()
	Tengo dolor cuando estoy sentado/a	Si () No ()
	Tengo dolor al andar	Si () No ()
	Tengo dolor por las noches	Si () No ()
	Tengo dolor insoportable	Si () No ()
	Tengo dolor constantemente.	Si () No ()
SUEÑO	Me despierto antes de hora	Si () No ()
	Me cuesta mucho dormirme	Si () No ()
	Duermo mal por las noches	Si () No ()
	Tomo pastillas para dormir	Si () No ()
	Me paso la mayor parte del tiempo Despierto/a	Si () No ()
AISLAMIENTO SOCIAL	Me cuesta mucho trabajo llevarme bien con la gente	Si () No ()
	Últimamente me resulta difícil contactar con la gente	Si () No ()
	Creo que no tengo a nadie en quien confiar	Si () No ()
	Me encuentro solo	Si () No ()
	Creo que soy una carga para los demás.	Si () No ()
REACCIONES EMOCIONALES	Los días se me hacen interminables	Si () No ()
	Tengo los nervios de punta	Si () No ()
	He olvidado que es pasarlo bien	Si () No ()
	Últimamente me enfado con facilidad	Si () No ()
	Las cosas me deprimen	Si () No ()
	Me despierto desanimado/a	Si () No ()
	Las preocupaciones me desvelan por la noche	Si () No ()
	Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a	Si () No ()
	Creo que no vale la pena vivir	Si () No ()
MOVILIDAD	Me cuesta trabajo coger las cosas	Si () No ()
	Me cuesta agacharme	Si () No ()
	Me cuesta subir y bajar escaleras	Si () No ()
	Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo hacer cola)	Si () No ()
	Solo puedo andar por dentro de casa	Si () No ()
	Me cuesta vestirme	Si () No ()
	Necesito ayuda para caminar fuera de casa	Si () No ()
	Soy totalmente incapaz de andar	Si () No ()

Anexo 4

QUESTIONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lizán Tudela L. y Reig Ferrer A.-
La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las escalas
COOP/WONCA

Anexo

<p>Forma física</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>		<p>Sentimientos</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>			
Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1	Nada, en absoluto		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2	Un poco		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3	Moderadamente		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4	Bastante		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5	Intensamente		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		
<p>Actividades sociales</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?</p>		<p>Actividades cotidianas</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p>		<p>Cambio en el estado de salud</p> <p>¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?</p>	
No, nada, en absoluto		1	Ninguna dificultad		1
Ligeramente		2	Un poco de dificultad		2
Moderadamente		3	Dificultad moderada		3
Bastante		4	Mucha dificultad		4
Muchísimo		5	Toda, no he podido hacer nada		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		
<p>Estado de salud.</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cómo calificaría su salud en general?</p>		<p>Dolor</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánto dolor ha experimentado?</p>			
Excelente		1	Nada de dolor		1
Muy buena		2	Dolor muy leve		2
Buena		3	Dolor ligero		3
Regular		4	Dolor moderado		4
Mala		5	Dolor intenso		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		

ANEXO 5

Conversión de las dimensiones del Perfil de salud de Nottingham y de las Laminas Coop/Wonca de la variable escalar a variable ordinal.

Ordinal.	Mal.	1
	Regular.	2
	Bien.	3

Dimensión.			Variable escalar.
Energía.	Mal.	100%.	1.
	Regular.	66%	2.
	Bien.	33 a 0 %	3.
Dolor.	Mal.	100 a 75%	1.
	Regular	62,5 a 37,5%	2.
	Bien.	25 a 0 %	3.
Sueño.	Mal.	100 a 80 %	1.
	Regular.	60 a 40 %	2.
	Bien.	20 a 0 %	3.
Aislamiento Social.	Mal.	100 a 80 %	1.
	Regular.	60 a 40 %	2.
	Bien.	20 a 0 %	3.
Reacciones Emocionales.	Mal.	100 a 77,7%	1.
	Regular.	66,6 a 44.4%	2.
	Bien.	33 a 0%	3.
Movilidad.	Mal.	100 a 75 %	1.
	Regular.	62.5 a 37.6%	2.
	Bien.	25 a 0 %	3