



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 55  
FRESNILLO, ZACATECAS.

# **“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**DR. JAIME FLORES VILLA**

ASESOR:

**DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL  
ADULTO MAYOR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JAIME FLORES VILLA**

ALUMNO DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:

**DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55  
DE FRESNILLO, ZACATECAS.

**DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS**

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55  
DE FRESNILLO, ZACATECAS

**DR. LUIS ROBERTO OROBIO SANTIAGO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL  
ADULTO MAYOR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

**DR. JAIME FLORES VILLA**

AUTORIZACIONES:

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

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

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

## **\* AGRADECIMIENTOS \***

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de escalar un peldaño más en mi desarrollo profesional.

A el Instituto Mexicano del Seguro Social por haber sido participe de mi formación profesional como medico familiar y permitir ejercerla dignamente.

A Alma Rosa, mi esposa, que con su amor, dedicación, apoyo incondicional e infinita paciencia me dio la fortaleza para ahora ver culminada una etapa más de nuestra vida y sin la cual esto no hubiera sido posible, Te Amo.

A Alan Iván y Alma Liseth, mis hijos, que a veces con sonrisas y a veces con reclamos cuestionaron el tiempo que no pase con ellos y que fueron un estímulo para no ceder en los momentos difíciles, los Amo.

A Jaime y Martha mis padres quienes con su infinito cariño supieron darme las bases para no flaquear en los momentos difíciles y llegar a la meta siempre persiguiendo un ideal, con la consigna de que esa meta es el principio de una nueva carrera, gracias por su amor y apoyo.

A la Dra. Aurora del Villar Barrios profesor titular de la especialidad y asesora en este trabajo, que con su dedicación, paciencia y conocimientos supo guiarme durante la etapa más difícil de mi formación profesional, Muchas gracias.

A mis compañeros y amigos que gracias a su apoyo hicieron más placentera esta difícil etapa y en la cual juntos comprendimos el verdadero alcance de nuestra profesión, gracias.

A todas esas personas que de una u otra forma colaboraron en la elaboración de este trabajo, gracias por su confianza.

Y sobre todo a Dios por haber permitido que llegue al día de hoy sano y feliz.

## INDICE

<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>4</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Objetivo general</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Objetivos específicos</b>	<b>16</b>
<b>5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Hipótesis general</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Hipótesis específica</b>	<b>17</b>
<b>6. METODOLOGIA</b>	<b>18</b>
<b>6.1 Tipo de estudio</b>	<b>18</b>
<b>6.2 Población de estudio</b>	<b>18</b>
<b>6.2.1 Población</b>	<b>18</b>
<b>6.2.2 Lugar</b>	<b>18</b>
<b>6.2.3 Tiempo</b>	<b>18</b>
<b>6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	<b>18</b>
<b>6.3.1 Criterios de inclusión</b>	<b>18</b>
<b>6.3.2 Criterio de exclusión</b>	<b>18</b>
<b>6.4 MUESTREO</b>	<b>19</b>
<b>6.4.1 Técnica muestral</b>	<b>19</b>
<b>6.4.2 Tamaño de la muestra</b>	<b>19</b>
<b>6.4.3 Desarrollo de la fórmula</b>	<b>19</b>

<b>6.5 VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>20</b>
<b>6.5.1 Variable independiente</b>	<b>20</b>
<b>6.5.2 Variables dependientes</b>	<b>20</b>
<b>6.5.3 Operacionalización de variables</b>	<b>21</b>
<b>6.6 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>25</b>
<b>6.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</b>	<b>25</b>
<b>6.8 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>25</b>
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>26</b>
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>8.1 Cuadros y gráficas</b>	<b>30</b>
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>55</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>58</b>
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA</b>	<b>60</b>
<b>12. ANEXOS</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 1 Cédula de recolección de datos</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 2 Cuestionario SF12 sobre el estado de salud</b>	<b>64</b>
<b>Anexo 3 Faces III</b>	<b>66</b>
<b>Anexo 4 Metodo de Graffar</b>	<b>67</b>
<b>Anexo 5 Carta de consentimiento informado</b>	<b>69</b>

## ANTECEDENTES

La **Calidad de vida** se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (OMS, grupo WHOQOL 1994) <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

Giusti (1991), define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. <sup>6</sup>

Cella y Tulsy consideran que la calidad de vida se refiere a “la apreciación que el paciente hace de su vida y a la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”. <sup>4</sup>

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. <sup>4,7,8,9</sup>

Para algunos autores la categoría calidad de vida tiene un carácter general y de ésta se derivan las subcategorías nivel de vida, modo de vida y bienestar. <sup>9</sup>

La pirámide demográfica mundial muestra un paulatino y notorio envejecimiento poblacional. Esto tiene su razón fundamental en el aumento constante de la expectativa de vida de los seres humanos y primordialmente con una disminución de las tasas de natalidad. <sup>6,10,11</sup>

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y el siglo XXI será el del envejecimiento de ésta, lo cual acarrea consecuencias importantes de orden político, económico, social; y para la salud pública y la medicina.<sup>12</sup>

Se prevé que el grupo de población de 60 años y más se multiplicará por 3,3 entre 1950 y 2025 en las regiones más desarrolladas, y por 6,8 en las menos desarrolladas, de modo que en estas últimas regiones las personas de edad representarán el 72 % de la población mundial de más edad en 2025, frente al 56 % en 1950; confirmando que dentro de poco menos de 30 años el 15 % de la población mundial tendrá más de 60 años.<sup>10</sup>

Hoy en día en las Américas, más gente vive más años que en ningún otro momento de nuestra historia. Sin embargo, reducir aun más las muertes prematuras de adultos y adultos mayores implica grandes esfuerzos paralelos a los que se hacen a escala mundial por cumplir con las metas del milenio y trazar juntos un futuro en que todos puedan gozar de buena salud y calidad de vida.<sup>13,14,15</sup>

A comienzos del siglo XXI, la Región de las Américas contaba con alrededor de 2 228 900 personas de 90 años o más, de las cuales 90 400 eran centenarias. Para mediados del siglo, estas cifras habrán ascendido a cerca de 13 903 000 y 689 000, respectivamente. A principios de este siglo, los nonagenarios representaban un grupo de población que por sus condiciones genéticas y de vida lograron sobrevivir, pese a una alta mortalidad infantil y a grandes epidemias de enfermedades infecciosas.<sup>13</sup>

México es un país en transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos 20 años como resultado de múltiples factores, en general, por el desarrollo económico y social del país, en particular por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud. Sin embargo, estos éxitos del pasado presentan una nueva situación en la que las demandas al sistema de salud son de una naturaleza distinta a las que le dieron origen. En este nuevo

contexto, el objetivo ha cambiado, no solo es incrementar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país.<sup>1,16</sup>

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas.<sup>11</sup>

Dicho número nos permite analizar la situación de salud de este grupo de población y reflexionar sobre la responsabilidad que todos compartimos de evitar que la mayor esperanza de vida de estas personas se convierta en un problema o carga para las familias y la sociedad.<sup>8,11,13</sup>

La agenda de la salud pública y los compromisos sociales con las personas mayores y con nosotros mismos deben comprender acciones orientadas a evitar la discapacidad prematura en la vejez y a prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas en el grupo de más alto riesgo, es decir, el de las personas que tienen 60 años o más. Esto implica la promoción de estilos de vida saludables: no fumar, alimentarse bien y mantenerse activo física, mental y socialmente a lo largo de la vida.<sup>11,12,13,14</sup>

En un estudio reciente sobre la calidad de vida en las 25 ciudades más grandes de la República Mexicana, se encuestó en forma aleatoria a 5 504 personas. Los entrevistados calificaron a sus respectivas ciudades en 12 rubros: a) oportunidades de empleo, b) vivienda, c) seguridad pública, d) servicios de salud, e) servicios educativos, f) calidad del aire, g) servicios públicos, h) actividades y centros culturales, i) trámites con autoridad local, j) infraestructura urbana, k) áreas verdes y parques, y l) abasto de bienes básicos. El promedio ponderado de los 12 rubros dio un índice general de calidad de vida de 6.8, ubicando a la ciudad de Aguascalientes en el primer lugar con un porcentaje de 7.9, y a la Ciudad de México en último lugar, con 5.4 puntos.<sup>7</sup>

El fomento de la salud y el bienestar en la vejez es una de las tres áreas prioritarias del plan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado su Marco Político sobre el Envejecimiento Activo y señala que entre los factores determinantes de la buena salud en la vejez se encuentra el acceso a servicios de atención de salud adaptados a las necesidades de los adultos mayores. La Iniciativa de una Atención Primaria de Salud Adaptada a los Mayores establece los principios generales para dar respuesta apropiada a los problemas de salud de las personas de edad.<sup>12,13</sup>

El comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido. Lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida.<sup>17</sup>

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.<sup>15</sup>

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.<sup>15</sup>

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o el deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.<sup>5</sup>

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien.". En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health- Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.<sup>4,7,8,18,19</sup>

Las mediciones del estado de salud difieren en muchos aspectos como por ejemplo: la muerte, el dolor, la vejez y otros. Las nociones modernas del estado funcional y la satisfacción del paciente con la atención de la salud son muy recientes.<sup>18</sup>

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todos los atributos disponibles; ellos deben ser medidos por parte, comparados unos con otros y en el contexto de los patrones aceptados comúnmente acerca de la confiabilidad y la validez. También algunos autores están en contra del desarrollo de nuevas mediciones porque existen muchos buenos instrumentos generales y específicos, en relación con la salud. Algunos estudios combinan con provecho las mediciones ya probadas en un conjunto de instrumentos creados por los investigadores.<sup>18</sup>

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad y e) insatisfacción.<sup>20</sup>

La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.<sup>20</sup>

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas. Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.<sup>5,7</sup>

A pesar del gran conjunto de instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida se observa la ausencia de una herramienta que mida o evalúe este aspecto en toda su complejidad. En su mayoría, estos índices tienden a la evaluación clínico-terapéutica y psicológica para estudios puntuales en determinados períodos de la enfermedad. No obstante, la profundización en el estudio de la calidad de vida abre grandes perspectivas de investigación para aquellos científicos interesados en perfeccionar indicadores útiles en la evaluación de las intervenciones médicas.<sup>18</sup>

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).<sup>20,21</sup>

Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA)<sup>20,21</sup>

### **Generalidades de la Encuesta SF-36 y SF-12**

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos

bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. Esta metodología se describe con detalle en otras publicaciones. La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).<sup>20,21</sup>

Los instrumentos de medida Calidad de Vida Relacionada a la Salud genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. El cuestionario SF36 está incluido en este grupo.<sup>5,21</sup>

Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente autoadministradas, y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. La SF-36 tiene el potencial de cumplir con estos requerimientos; además, permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.<sup>5,20</sup>

El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental del SF-12 (PCS-12 y MCS-12, respectivamente). Los ítems del cuestionario SF-12 explicaron más del 90% de la varianza de los índices sumario físico y mental del SF-36.<sup>21,22</sup>

Aunque el SF-12 conlleva una pérdida de la precisión en las puntuaciones con respecto al SF-36, para estudios de comparación de grupos numerosos, estas diferencias no son tan importantes dado que los intervalos de confianza de las medias de los grupos están

muy determinados por el tamaño de la muestra. Así pues, el SF-12 ha demostrado ser una alternativa útil al SF-36 cuando se pretende medir la salud física y mental en general y el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más). Para estudios más pequeños o cuando se pretende estudiar una o más escalas del SF-36 por separado, es preferible utilizar el SF-36.<sup>21</sup>

En estudios donde el tamaño muestral necesario sea elevado, está indicada la utilización de cuestionarios de calidad de vida genéricos, priorizando para su elección la rapidez y facilidad de administración de los mismos. Este es el caso del cuestionario SF-12.  
22

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.<sup>1,15</sup>

Garantizar una vida de calidad a personas longevas es un nuevo reto regional que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante la próxima década.<sup>13,14</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento es en sí mismo es un proceso, cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

En los últimos 20 años la esperanza de vida ha aumentado notablemente, en particular por el desarrollo económico y social del país, además de los logros de los programas preventivos y las acciones de el sistema de salud.

Se prevé que el grupo de población de 60 años y más se multiplicará por 3,3 entre 1950 y 2025 en las regiones más desarrolladas, y por 6,8 en las menos desarrolladas, de modo que en estas últimas regiones las personas de edad representarán el 72 % de la población mundial de más edad en 2025, frente al 56 % en 1950; confirmando que dentro de poco menos de 30 años el 15 % de la población mundial tendrá más de 60 años.

De la misma manera ha aumentado la demanda de servicios de salud por padecimientos crónicodegenerativas y sus complicaciones. Dada la situación los objetivos han cambiado y ya no se concentran solo en incrementar los años de vida sino en incrementar la vida saludable de los habitantes del país.

En la medida en que se conozca la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor se podrán realizar acciones preventivas y de fomento a la salud enfocadas a incidir sobre factores determinantes de la buena salud en la vejez, garantizando una vida de calidad para las personas longevas.

La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el adulto mayor.

El adulto mayor tiene el derecho de llevar una vejez digna.

¿Cual es la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de la UMF # 7 del municipio de Sombrerete, Zacatecas?

## JUSTIFICACIÓN

Se requiere hacer un análisis sobre la calidad de vida del adulto mayor, relacionada con la salud, identificando las dimensiones que se encuentran más afectadas y factores que contribuyan a su déficit, ya que este grupo de edad se encuentra en crecimiento paulatino, en un futuro generaran una mayoría y sobre ellos y las personas que se encaminan a éste grupo etáreo se tendrán que intensificar acciones y diseñar estrategias para mejorar su calidad de vida.

Es innegable que los factores que condicionan una calidad de vida son tanto diversos como particulares, modificables y no modificables, sin embargo la información ayudara a la población en general a tener una visión propia y una perspectiva sobre su calidad de vida.

Es necesario que el médico de primer nivel conozca las dimensiones de salud que son vulnerables en el adulto mayor, ya que si bien, no podrá modificar algunos factores que las condiciones, si entenderá al adulto mayor desde su propia perspectiva y encaminara sus acciones a mejorar las dimensiones de salud afectadas y por lo tanto su calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en la UMF # 7 del municipio de Sombrerete, Zacatecas.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Determinar calidad de vida en relación a la salud en el adulto mayor.
2. Determinar factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de residencia y estrato socioeconómico.
3. Determinar presencia de enfermedad cronicodegenerativa.
4. Determinar problema de salud en el último mes.
5. Determinar Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

## **HIPÓTESIS**

### **HIPOTESIS GENERAL:**

Existe una buena calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores de la UMF # 7 de Sombrerete, Zac.

### **HIPOTESIS ESPECIFICAS:**

1. La calidad de vida relacionada con la salud en sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, y sus componentes físico y mental, en los adultos mayores es buena.
2. Un adulto mayor con edad inferior a los 69 años se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud.
3. En el sexo masculino se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
4. La persona que vive con una pareja se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
5. La escolaridad alta se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
6. El mantenerse aún empleado se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
7. Vivir en el medio urbano se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
8. Los pacientes con estrato socioeconómico alto se relacionan a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
9. La ausencia de enfermedad cronicodegenerativa se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
10. La ausencia de problema de salud en el último mes se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
11. En cohesión familiar la familia “relacionada” se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.
12. En adaptabilidad familiar la familia “estructurada” se relaciona a una mayor calidad de vida en relación a la salud del adulto mayor.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Encuesta descriptiva.

(Transversal. Prospectiva. Observacional.)

### **POBLACION DE ESTUDIO**

#### **1 POBLACION:**

Persona mayor de 60 años de edad, de ambos sexos, adscrita a la UMF # 7 y que acuda a ésta para cualquier trámite.

#### **2 LUGAR:**

Unidad de Medicina Familiar No 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Sombrerete, Zacatecas

#### **3 TIEMPO:**

En el período del 01 de junio del 2006 al 30 de mayo del 2007.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Personas mayores de 60 años adscritas a la UMF # 7 Sombrerete, Zacatecas.

#### **2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Personas que no acepten participar en el estudio.

## MUESTREO

**1 TECNICA MUESTRAL:** Muestreo no probabilístico. Se incluye por conveniencia a personas que reúnan los criterios de inclusión y que acudan a la UMF # 7 de Sombrerete, Zacatecas.

**2 TAMAÑO:** Para el cálculo de la muestra se utiliza la fórmula de estimación de proporción de una población:

$$N = \frac{NZ^2PQ}{D^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde: N = número de total de adultos mayores. 2720

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

P = Prevalencia de Calidad de vida = 50% = 0.5

Q = Complemento de 1 – P = 0.5

D = Error permitido = 5% = 0.05

### 3 DESARROLLO DE FÓRMULA:

$$\frac{(2720)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(2720-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} =$$

$$\frac{(2720)(3.8416)(0.5)(0.5)}{(0.0025)(2719) + (3.8416)(0.5)(0.5)} = \frac{2612.288}{6.7975 + 0.9604} = \frac{2612.288}{7.7579} = 336.726176$$

Total 336 más el 20% de éste por erróneos y perdidos dan un total de 404 adultos mayores.

## **VARIABLES A RECOLECTAR**

### **1 VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Calidad de vida

### **2 VARIABLES INDEPENDIENTES:**

#### **Sociodemográficos:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Lugar de residencia
- Nivel socioeconómico

#### **Clínicos.**

- Enfermedades crónico degenerativas.
- Problema de salud agudo presente en el último mes.

#### **Familiares:**

- Cohesión y adaptabilidad familiar

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### **CALIDAD DE VIDA**

Definición conceptual:	Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.
Definición operacional:	Se medirá con la Encuesta de salud SF 12 v2
Escala de medición:	Nominal de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) puntos en ocho dimensiones y dos componentes.
Categorías:	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. Componente físico y componente mental. De 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) puntos en varias dimensiones.

### **EDAD:**

Definición conceptual:	El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad
Definición operacional:	La que refiere el paciente al momento del estudio.
Escala de medición:	De intervalo
Categorías:	De 60 a 69 años De 70 a 79 años De 80 años y más

### **SEXO:**

Definición conceptual:	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.
Definición operacional:	De acuerdo a sus características fenotípicas.
Escala de medición:	Nominal dicotómica.
Categorías:	Femenino, masculino.

**ESTADO CIVIL:**

Definición conceptual:	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.
Definición operacional:	Es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento del estudio.
Escala de medición:	Nominal dicotómica.
Categorías:	Con pareja, Sin pareja.

**ESCOLARIDAD:**

Definición conceptual:	Grado de estudios alcanzados.
Definición operacional:	Grado cursado al momento de la encuesta.
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	<b>Analfabeta</b> <b>Escolaridad baja</b> (primaria incompleta o completa) secundaria incompleta o completa. <b>Escolaridad alta</b> (preparatoria o similar y profesional)

**OCUPACIÓN:**

Definición conceptual:	Relativo a la actividad o trabajo realizado por el individuo.
Definición operacional:	Actividad que desempeña el paciente al momento de la encuesta.
Escala de medición:	Nominal
Categorías:	Hogar, Pensionado, Obrero o empleado, Patrón, Jornalero o campesino.

### **LUGAR DE RESIDENCIA:**

Definición conceptual:	Lugar geográfico en el que viva de forma habitual.
Definición operacional.	Lugar referido donde viva el paciente al momento de la encuesta.
Escala de medición:	Nominal dicotómica
Categorías:	Medio Urbano Medio Rural

### **NIVEL SOCIOECONÓMICO:**

Definición conceptual:	Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía.
Definición operacional:	De acuerdo al método de Graffar
Escala de medición:	Nominal
Categorías:	Estrato alto (4 a 6 puntos) Medio alto (7 a 9) Medio bajo (10- 12) Obrero (13 a 16) Marginal (17 a 20)

### **ANTECEDENTE PERSONAL DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

#### **ENFERMEDAD CRONICODEGENERATIVA**

Definición conceptual:	El estado patológico previo de larga evolución (un año) referente al individuo en estudio.
Definición operacional:	Padecimientos que espero encontrar como diabetes mellitus, artritis reumatoide, asma bronquial, hipertensión arterial, etc.
Escala de medición:	Nominal dicotómico
Categoría:	si, no

## **PROBLEMA DE SALUD**

Definición conceptual:	Estado patológico agudo presentado en el último mes referente al individuo en estudio.
Definición operacional:	Padecimientos respiratorios, digestivos, urinarios, osteomusculares, etc.
Escala de medición:	Nominal dicotómico
Categoría:	si, no

## **COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR:**

Definición conceptual:	Es la capacidad de la familia de llevar a cabo las funciones preestablecidas y son cinco las principales: adaptación social, cuidado, afecto, reproducción y otorgamiento de estado.
Definición operacional:	De acuerdo al FACES III
Escala de medición:	Nominal con el FACES III
Categorías:	<b>Cohesión familiar:</b> 10-34 puntos familia no relacionada, 34-40 familia semirrelacionada, 41-45 familia relacionada, 46-50 familia aglutinada, <b>Adaptabilidad familiar:</b> 10-19 puntos familia rígida, 20-24 familia estructurada, 25-28 familia flexible 29-50 familia caótica

## **PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se efectuará estadística descriptiva, porcentaje en las variables categóricas y media para variables continuas.

## **INSTRUMENTOS**

Cedula de recolección de datos (Anexo 1), encuesta de salud SF12 (Anexo 2), FACES III (Anexo 3), método de Graffar para evaluar el estrato socioeconómico (Anexo 4) hoja de consentimiento informado (Anexo 5).

## **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Una vez autorizado el proyecto por el comité especializado, se realizó en un lugar distinto al sitio estipulado para el estudio una prueba piloto, en segundo término se aplicaron las encuestas a los adultos mayores en la U.M.F. # 7, del municipio de Sombrerete, Zac., previa autorización del consentimiento informado.

Posteriormente se capturó la información en una base de datos en Excel , de Microsoft XP, se analizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0 y se presenta en cuadros y graficas para concluir con el escrito final.

## **ASPECTOS ETICOS**

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Octubre de 2000 en Edimburgo, Escocia. Así como las consideradas en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes (Anexo 5).

Se guardó confidencialidad de los datos obtenidos y se somete para su aprobación al comité local de investigación del IMSS del H.G.Z. # 2 de Fresnillo. Zacatecas, para su aprobación y registro.

## RESULTADOS

Se incluyeron 404 adultos mayores en el estudio, encontrando que la calidad de vida de los cuales en forma global solo en la dimensión de vitalidad se logro superar la media con 50.4 puntos y la dimensión más afectada fue la de salud general con 34.01. (Cuadro y Gráfica No. 1)

Por dimensiones, en función física solo el 29.2% logro superar la media, en rol físico solo el 26.9%, en dolor corporal el 39.65, en salud general solo el 7.42%, la vitalidad 44%, función social 44.8%, rol emocional 36.4%, salud mental 43%, componente físico solo el 21.5% y componente mental el 36.8%(Cuadro y Gráfica No. 2)

El rango de edad que predomino fue de 60 a 69 años 55.4% (n=224) seguida de el rango de 70 a 79 años 33.7% (n=136). El rango de edad que presento la media de calidad de vida más alta fue el de 60 a 69 años en todas sus dimensiones, a excepción del componente mental en el que la media más alta lo obtuvo el rango de 70 a 79 años (39.6), el rango de 80 y más años superó al rango de 70 a 79 en las dimensiones de dolor corporal (44), salud general (35.03) y vitalidad (50.26). (Cuadro y Gráfica No. 3 y 4)

El sexo que predominó fue el femenino 58.41% (n=236), sin embargo el sexo masculino obtuvo la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones principalmente en la vitalidad (51.7), salud mental (49.41) y componente mental (48.53). (Cuadro y Gráfica 5 y 6)

El estado civil que prevaleció fue el de los que tienen pareja 67.3% (n=272) a si mismo fue el grupo que presento la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones, principalmente vitalidad (50.96), salud mental (46.94) y componente mental (46.34). (Cuadro y Grafica 7 y 8).

La escolaridad que predominó fue la baja 73.3% (n=296), seguido por los analfabetas 17.3% (n=70), pero la escolaridad alta obtuvo la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones, principalmente en vitalidad (54.1), dolor corporal (51.27) y función física (50.13). La dimensión más afectada fue la salud general (32.6) en el grupo de analfabetas. (Cuadro y Grafica 9 y 10)

La ocupación que prevaleció fue la de hogar 54.5% (n=220), seguida de los pensionados 29.7% (n=120), sin embargo fue el trabajador independiente o patrón 3.5% (n=14) quien obtuvo la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones, principalmente en dolor corporal (55.98), vitalidad (54.93) y salud mental (53.22). (Cuadro y Grafica 11 y 12)

El lugar de residencia que predominó fue el urbano 80.9%(n=327), teniendo una media de calidad de vida superior en casi todas las dimensiones, aunque con poca diferencia al medio rural, la excepción fue la vitalidad (51.4), función social (47.78) y componente mental (46.16) en donde el medio rural supera con más amplitud al urbano. (Cuadro y Grafica 13 y 14)

El estrato socioeconómico que preponderó fue el obrero 66.1% (n=267) seguido del marginal 20.5% (n=83), de este grupo el estrato alto domino en 5 dimensiones

principalmente, componente físico (54.96), función física (53.02), función social (47.5); el estrato medio alto obtiene la media de calidad de vida más alta en 4 dimensiones principalmente vitalidad (55.41), componente mental (52.38) y salud mental (52.34). en estrato medio bajo dominó una dimensión dolor corporal (51.98) La salud general fue la dimensión con la media más baja (32.89) para el estrato marginal. (Cuadro y Grafica 15 y 16)

Los pacientes portadores de enfermedad cronicodegenerativa prevalecieron 64.1% (n=259),obteniendo la media de calidad de vida más baja en todas las dimensiones, principalmente salud general (31.9), (rol emocional (37.72) y función física (39.15); en este grupo los pacientes no portadores de enfermedad cronicodegenerativa tuvieron la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones, principalmente vitalidad (52.6), salud mental (49.02) y dolor corporal (47.95). (Cuadro y Grafica 17 y 18)

Los pacientes que presentaron problema de salud en el último mes predominaron 53% (n=214) y además obtuvieron la media de calidad de vida más baja en todas las dimensiones, principalmente salud general (31.22), rol emocional (36.63) y componente físico (39.15). En cambio los pacientes que no tuvieron problema de salud en el último mes obtuvieron la media de calidad de vida más alta en todas las dimensiones, principalmente vitalidad (52.62), dolor corporal (48.64) y salud mental (48.4). (Cuadro y Grafica 19 y 20)

En cohesión familiar, la familia relacionada fue quien tuvo mayor frecuencia 30.2% (n=122) seguida de la familia aglutinada 28.7% (n=116), esta última obtuvo la media de calidad de vida más alta en la mayoría de las dimensiones y en los dos componentes, principalmente

dolor corporal (48.83), salud mental(48.9) y componente mental (46.66). La familia relacionada obtuvo la media de calidad de vida más alta en tres dimensiones vitalidad (52.12), función social (45.57) y función física (49.29) (Cuadro y Grafica 21 y 22)

En adaptabilidad familiar, predominó la familia caótica 42.6% (n=172), seguida de las familias estructurada 23% (n=93) y flexible 23% (n=93), dentro de este grupo la familia flexible obtuvo la media de calidad de vida más alta en la mayoría de las dimensiones (5) y en un componente, principalmente vitalidad (51.64), salud mental (48.54) y dolor corporal (47.58). La familia caótica obtuvo la media de calidad de vida más alta en dos dimensiones y un componente; rol físico (44.53), componente físico (42.81) y salud general (35.33). (Cuadro y Grafica 23 y 24)

## CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro no. 1

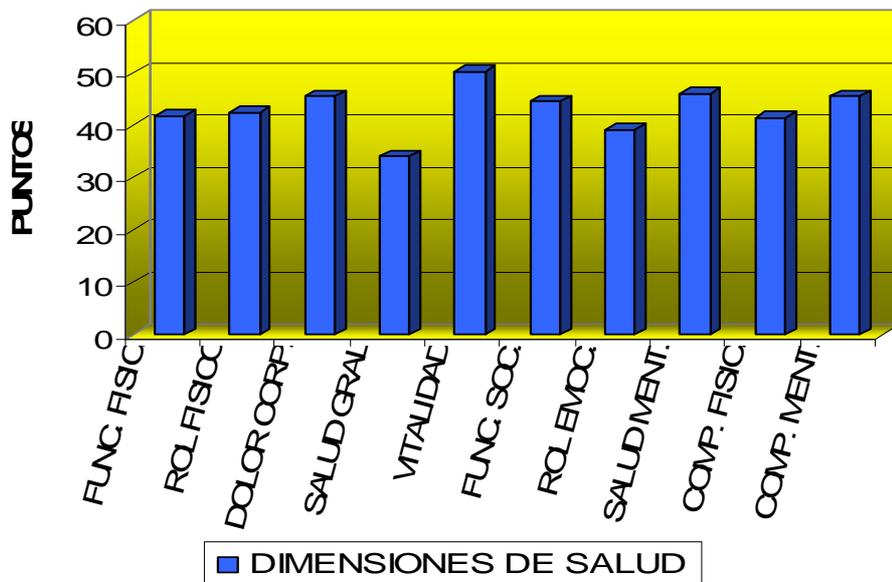
### MEDIA DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007

DIMENSIONES	MEDIA CALIDAD DE VIDA	N=	PORCENTAJE
FUNC. FISIC.	41,85	404	100%
ROL FISICO	42,47	404	100%
DOLOR CORP.	45,58	404	100%
SALUD GRAL	34,01	404	100%
VITALIDAD	50,34	404	100%
FUNC. SOC.	44,62	404	100%
ROL EMOC.	39,15	404	100%
SALUD MENT.	46,05	404	100%
COMP. FISIC.	41,51	404	100%
COMP. MENT.	45,49	404	100%

Fuente: Encuesta

Grafica no. 1

### CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007



Fuente: Tabla No. 1

**Cuadro No. 2**

**DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN ADULTOS MAYORES DE SOMBRERETE, ZAC 2007**

DIMENSIONES	MEJOR CALIDAD DE VIDA		PEOR CALIDAD DE VIDA	
	f	%	f	%
FUNC. FISIC.	118	29.2	286	70.8
ROL FISICO	109	26.9	295	73.1
DOLOR CORP.	160	39.6	244	60.4
SALUD GRAL	30	7.4	374	92.6
VITALIDAD	178	44	226	66
FUNC. SOC.	181	48.8	223	51.2
ROL EMOC.	140	36.4	264	63.6
SALUD MENT.	174	43	230	67
COMP. FISIC.	87	21.5	317	78.5
COMP. MENT.	149	36.8	255	63.2

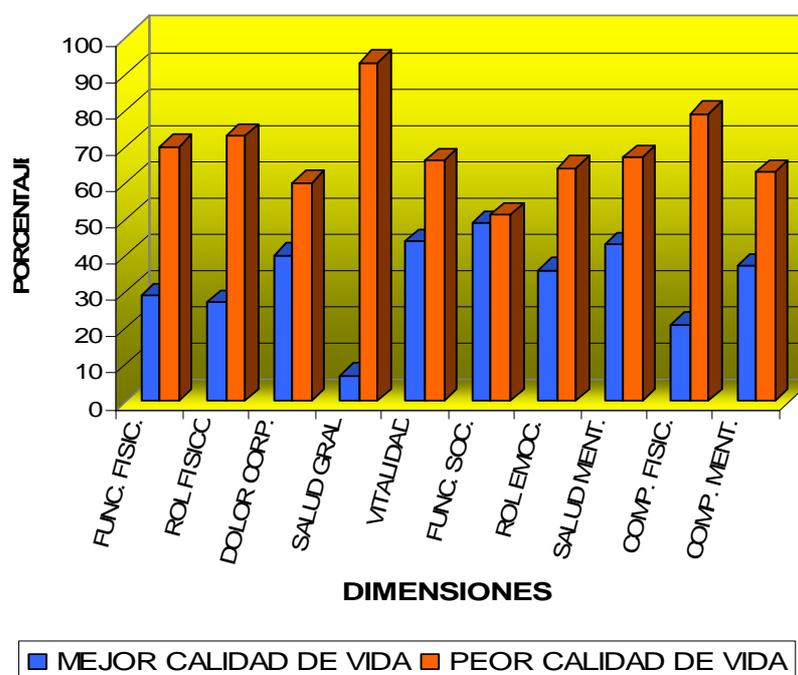
Fuente: Encuesta

f = Frecuencia

% = porcentaje

**Grafica No. 2**

**PORCENTAJE DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC.**



Fuente: Cuadro No. 2

**Cuadro No. 3**

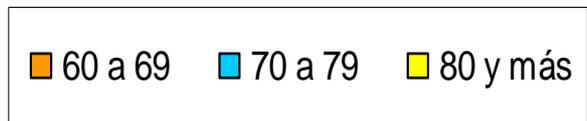
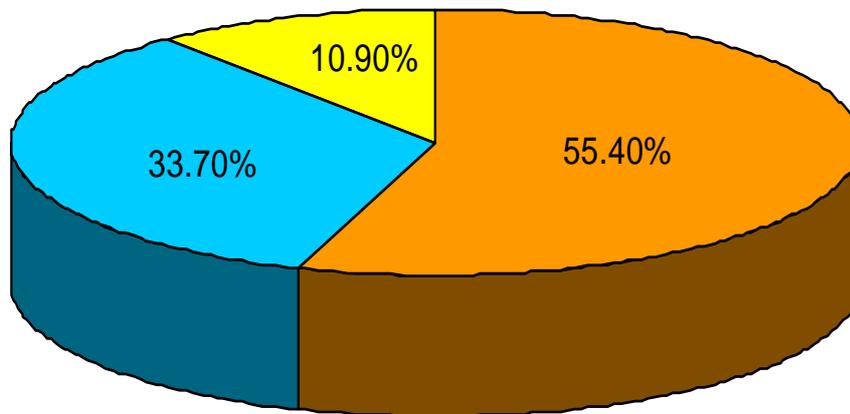
**FRECUENCIA POR EDAD DEL ADULTO MAYOR  
DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

EDAD EN AÑOS			
<b>60 a 69</b>	<b>70 a 79</b>	<b>80 y más</b>	<b>TOTAL</b>
N = 224	N = 136	N = 44	404
Frec. 55.4%	Frec. 33.7%	Frec. 10.9%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 3**

**FRECUENCIA POR EDAD EN EL ADULTO MAYOR  
DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 3

**Cuadro No. 4**

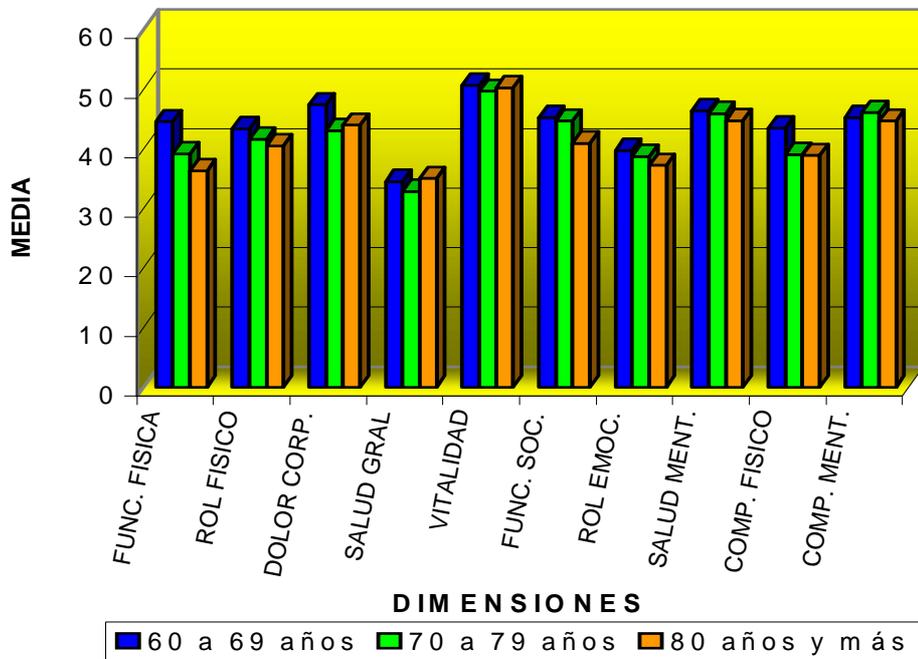
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR EDAD DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	EDAD EN AÑOS		
	60 a 69	70 a 79	80 y más
<b>FUNC. FISICA</b>	44.57	39.16	36.35
<b>ROL FISICO</b>	43.37	41.62	40.52
<b>DOLOR CORP.</b>	47.43	43.05	44
<b>SALUD GRAL</b>	34.51	32.85	35.03
<b>VITALIDAD</b>	50.75	49.67	50.26
<b>FUNC. SOC.</b>	45.29	44.68	40.96
<b>ROL EMOC.</b>	39.75	38.76	37.27
<b>SALUD MENT.</b>	46.38	45.93	44.72
<b>COMP. FISICO</b>	43.51	39.06	38.93
<b>COMP. MENT.</b>	45.26	46.11	44.67

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 4**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR EDAD DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 4

**Cuadro No. 5**

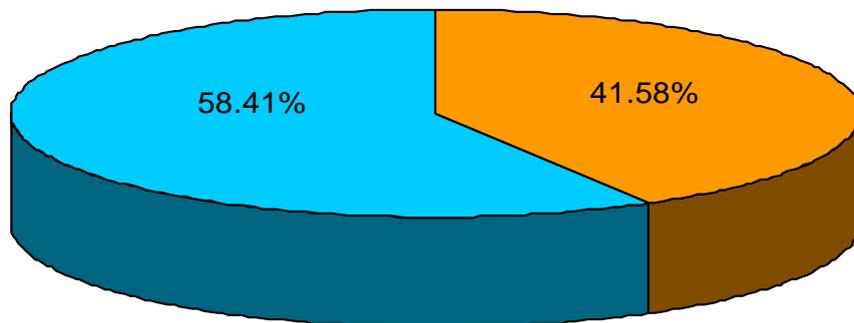
**FRECUENCIA POR SEXO DEL ADULTO MAYOR  
DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

SEXO		TOTAL
MASCULINO	FEMENINO	
N = 168	N = 236	404
Frecuencia 41.58%	Frecuencia 58.41%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 5**

**FRECUENCIA POR SEXO EN EL ADULTO MAYOR  
DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente cuadro No. 5

**Cuadro No. 6**

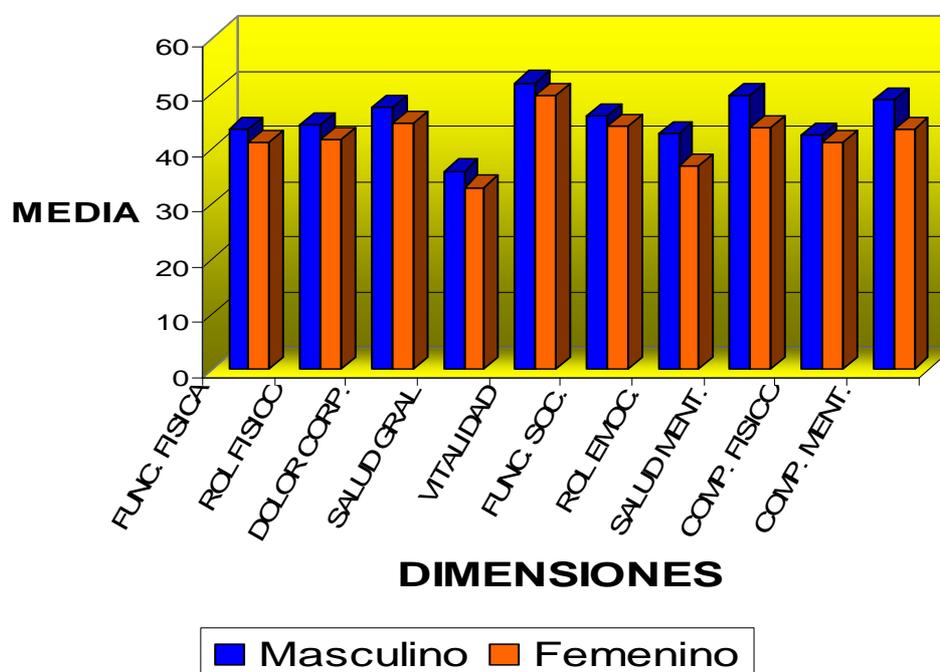
**MEDIA DE LA CALIDAD DE VIDA POR SEXO DE SOMBRETERE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
FUNCION FISICA	43.22	40.88
ROL FISICO	44.01	41.38
DOLOR CORPORAL	47.25	44.40
SALUD GENERAL	35.74	32.78
VITALIDAD	51.70	49.36
FUNCION SOCIAL	45.74	43.81
ROL EMOCIONAL	42.56	36.72
SALUD MENTAL	49.41	43.67
COMPONENTE FISICO	42.23	41.01
COMPONENTE MENTAL	48.53	43.32

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 6**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR SEXO DE SOMBRETERE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 6

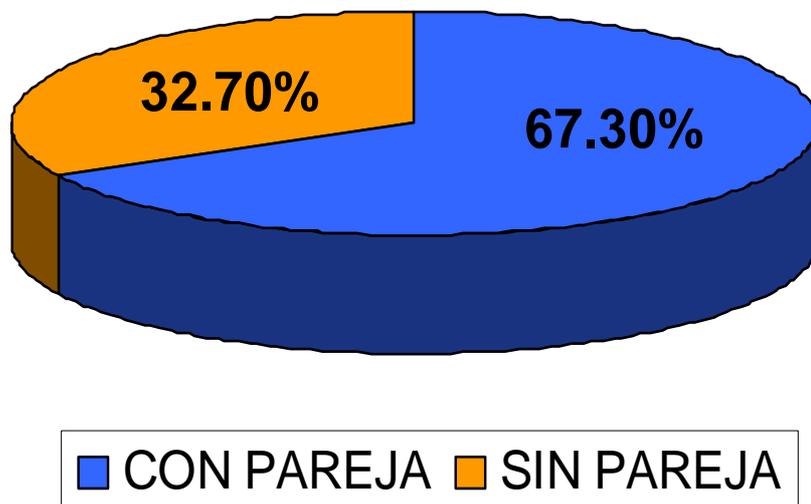
**Cuadro No. 7**  
**FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL DEL**  
**ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

ESTADO CIVIL		TOTAL
CON PAREJA	SIN PAREJA	
N = 272	N = 132	404
Frecuencia 67.3%	Frecuencia 32.7%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 7**

**FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL DEL**  
**ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE,**  
**ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 7

**Cuadro No. 8**

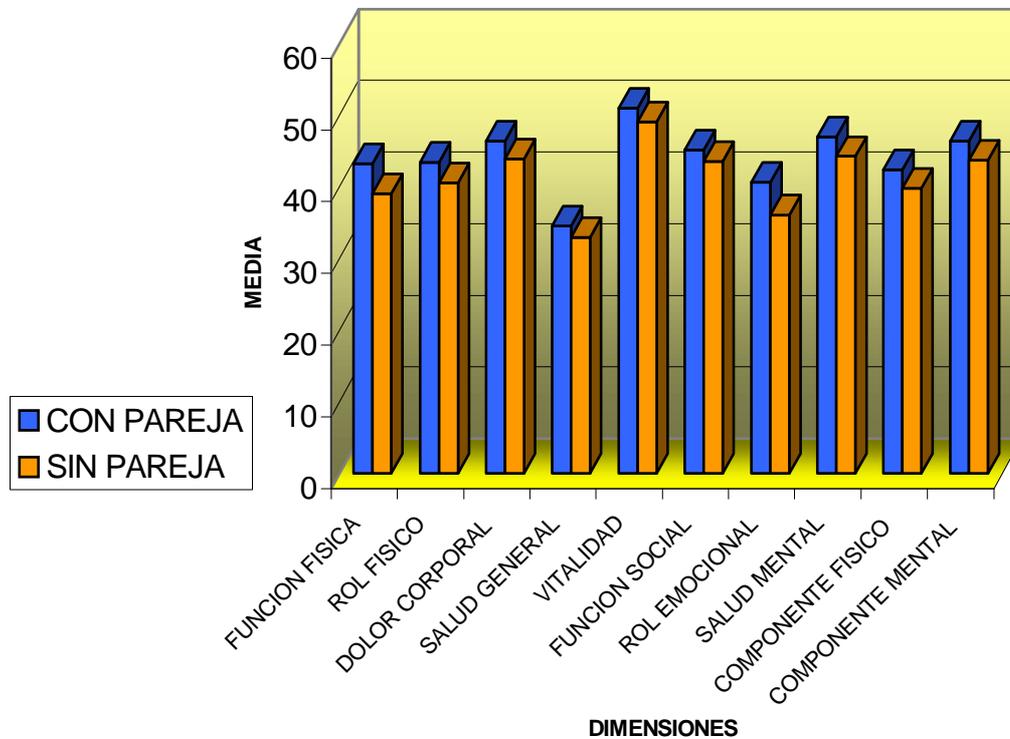
**MEDIA DE LA CALIDAD DE VIDA POR ESTADO CIVIL DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	ESTADO CIVIL	
	CON PAREJA	SIN PAREJA
FUNCION FISICA	43.23	39.02
ROL FISICO	43.40	40.56
DOLOR CORPORAL	46.39	43.93
SALUD GENERAL	34.56	32.88
VITALIDAD	50.96	49.04
FUNCION SOCIAL	45.17	43.48
ROL EMOCIONAL	40.64	36.08
SALUD MENTAL	46.94	44.22
COMPONENTE FISICO	42.35	39.80
COMPONENTE MENTAL	46.34	43.72

Fuente. Encuesta

**Gráfica No. 8**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ESTADO CIVIL DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 8

**Cuadro No. 9**

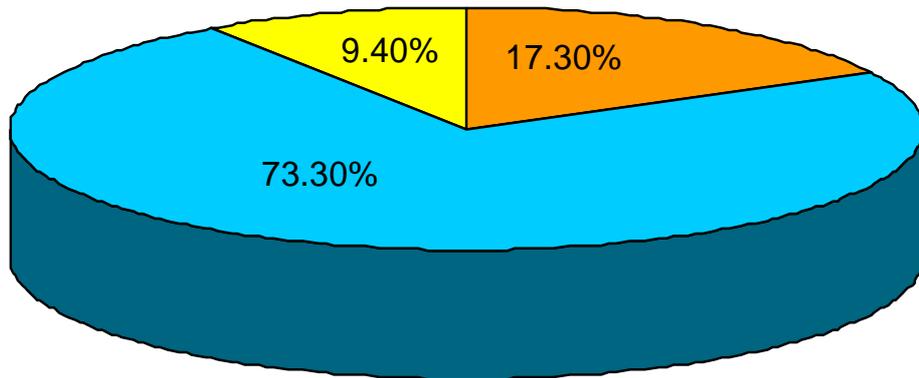
**FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRETE, ZAC. 2007**

ESCOLARIDAD			TOTAL
<b>ANALFABETA</b>	<b>ESCOLARIDAD BAJA</b>	<b>ESCOLARIDAD ALTA</b>	
N = 70	N = 296	N = 38	404
Frecuencia 17.3%	Frecuencia 73.3%	Frecuencia 9.4%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 9**

**FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 9

**Cuadro No. 10**

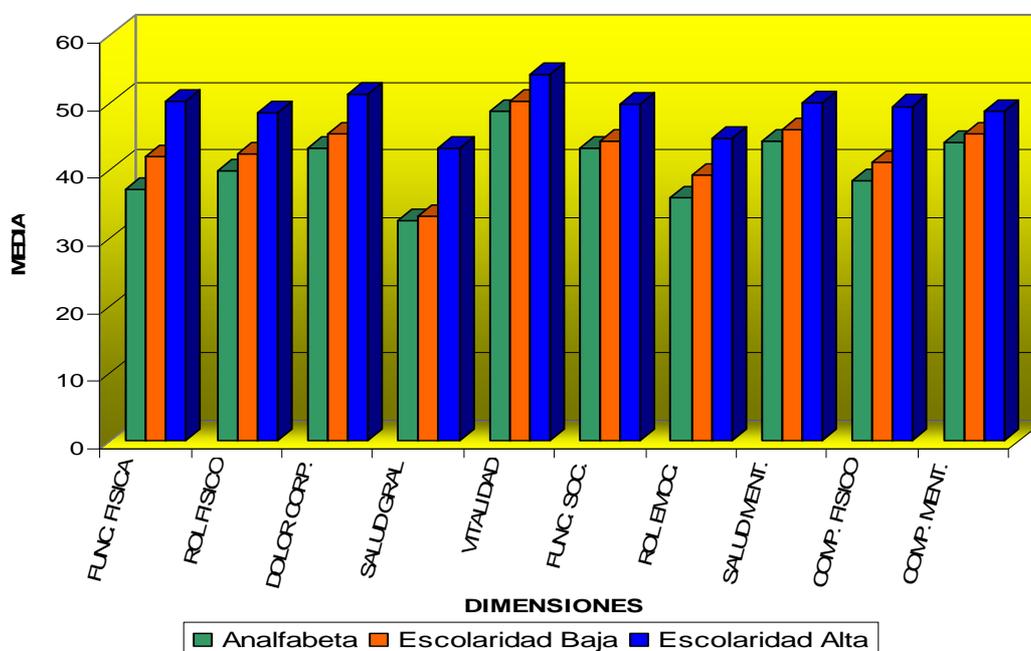
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ESCOLARIDAD DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	ESCOLARIDAD		
	ANALFABETA	ESCOLARIDAD BAJA	ESCOLARIDAD ALTA
FUNCION FISICA	37.20	41.89	50.13
ROL FISICO	39.86	42.32	48.44
DOLOR CORPORAL	43.17	45.42	51.27
SALUD GENERAL	32.60	33.15	43.32
VITALIDAD	48.75	50.23	54.10
FUNCION SOCIAL	43.29	44.28	49.65
ROL EMOCIONAL	35.94	39.20	44.60
SALUD MENTAL	44.25	45.98	49.94
COMPONENTE FISICO	38.48	41.22	49.42
COMPONENTE MENTAL	44.14	45.40	48.64

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 10**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ESCOLARIDAD DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 10

**Cuadro No. 11**

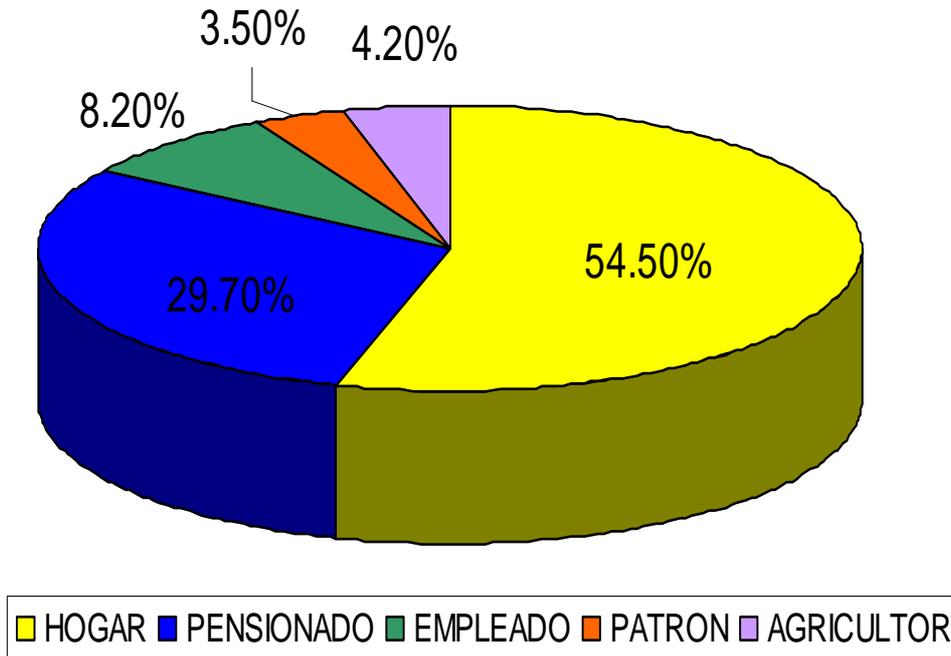
**FRECUENCIA POR OCUPACION DEL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

OCUPACION					TOTAL
HOGAR	PENSIONADO	EMPLEADO	PATRON	AGRICULTOR	
N = 220	N = 120	N = 33	N = 14	N = 17	404
Frec. 54.5%	Frec. 29.7%	Frec. 8.2%	Frec. 3.5%	Frec. 4.2%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 11**

**FRECUENCIA DE OCUPACION EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

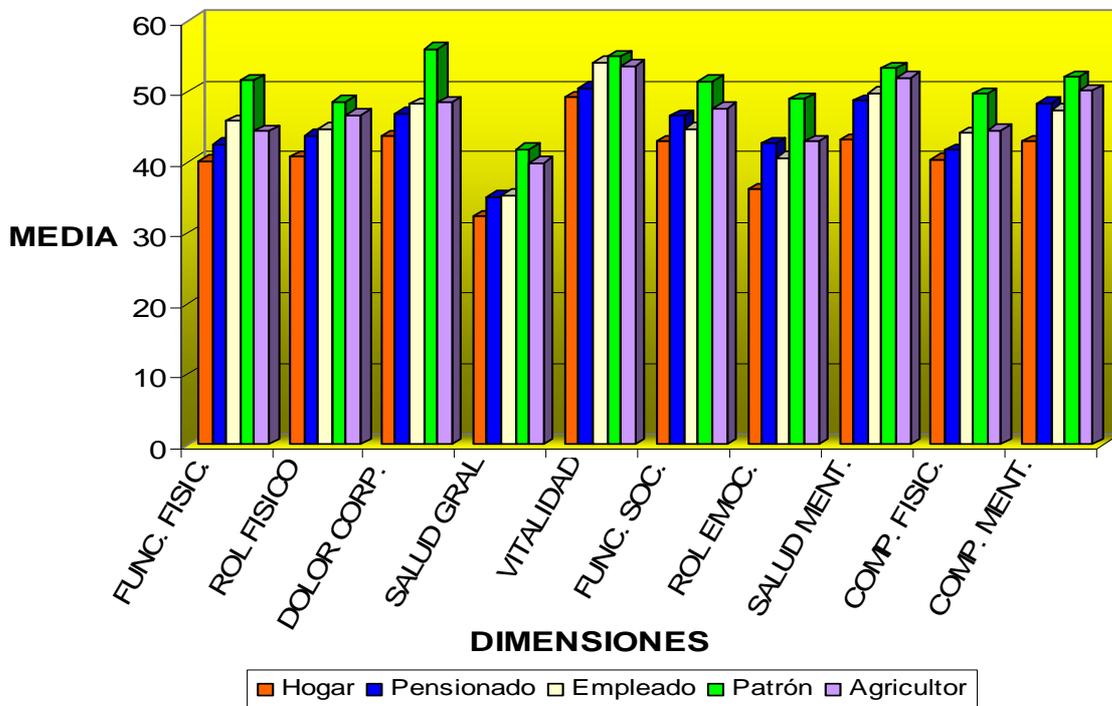
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR  
OCUPACIÓN DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	OCUPACION				
	HOGAR	PENSIONADO	EMPLEADO	PATRON	AGRICULTOR
<b>FUNC. FISIC.</b>	40.1	42.5	45.79	51.55	44.33
<b>ROL FISICO</b>	40.75	43.7	44.75	48.62	46.6
<b>DOLOR CORP.</b>	43.59	46.91	48.17	55.98	48.45
<b>SALUD GRAL</b>	32.29	35.07	35.26	41.81	39.92
<b>VITALIDAD</b>	49.16	50.43	54.15	54.93	53.66
<b>FUNC. SOC.</b>	42.93	46.46	44.63	51.51	47.65
<b>ROL EMOC.</b>	36.12	42.61	40.65	48.88	42.92
<b>SALUD MENT.</b>	43.17	48.64	49.76	53.22	51.99
<b>COMP. FISIC.</b>	40.3	41.66	44.12	49.66	44.44
<b>COMP. MENT.</b>	42.88	48.32	47.38	52.01	50.15

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 12

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR OCUPACION  
DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 12

**Cuadro No. 13**

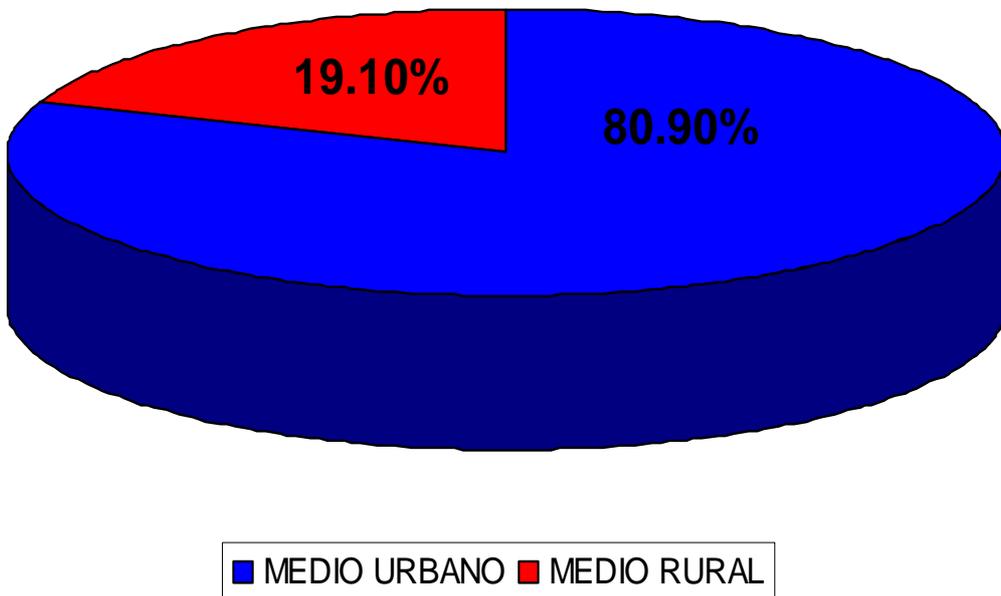
**FRECUENCIA POR LUGAR DE RESIDENCIA DEL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC**

RESIDENCIA		TOTAL
MEDIO URBANO	MEDIO RURAL	
N = 327	N = 77	404
Frec. 80.9%	Frec. 19.1%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 13**

**FRECUENCIA POR LUGAR DE RESIDENCIA  
DEL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC.**



Fuente: Cuadro No. 13

**Cuadro No. 14**

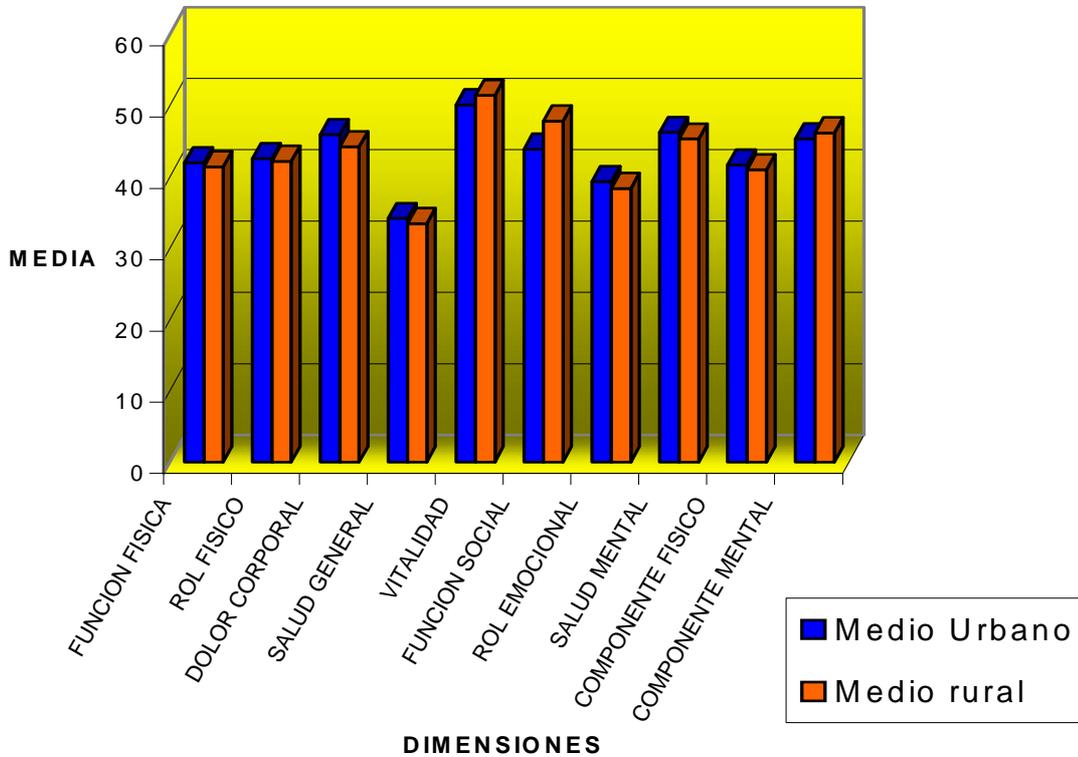
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA EN SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	RESIDENCIA	
	MEDIO URBANO	MEDIO RURAL
FUNCION FISICA	41.96	41.4
ROL FISICO	42.55	42.15
DOLOR CORPORAL	45.91	44.2
SALUD GENERAL	34.15	33.42
VITALIDAD	50.08	51.4
FUNCION SOCIAL	43.87	47.78
ROL EMOCIONAL	39.33	38.36
SALUD MENTAL	46.23	45.3
COMPONENTE FISICO	41.65	40.95
COMPONENTE MENTAL	45.33	46.16

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 14**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 14

**Cuadro No. 15**

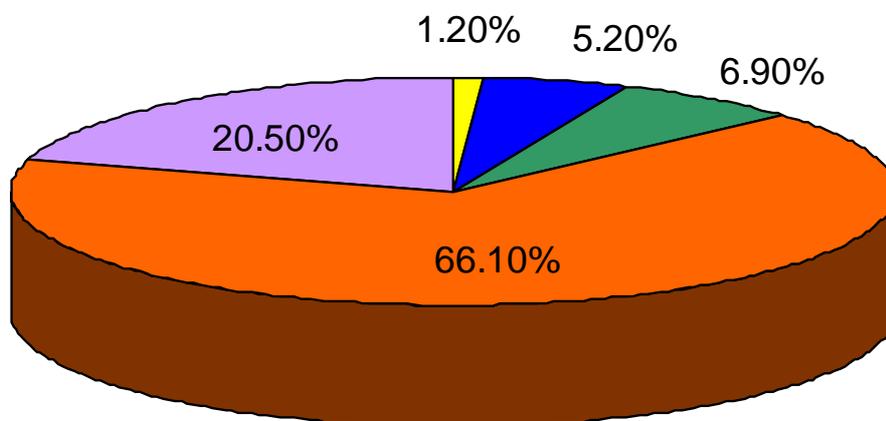
**FRECUENCIA POR ESTRATO SOCIOECONOMICO DEL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

ESTRATO SOCIOECONOMICO					
ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL	TOTAL
N = 5	N = 21	N = 28	N = 267	N = 83	404
Frec. 1.2%	Frec. 5.2%	Frec. 6.9%	Frec. 66.1%	Frec. 20.5%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 15**

**FRECUENCIA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO EN EL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 15

**Cuadro No. 16**

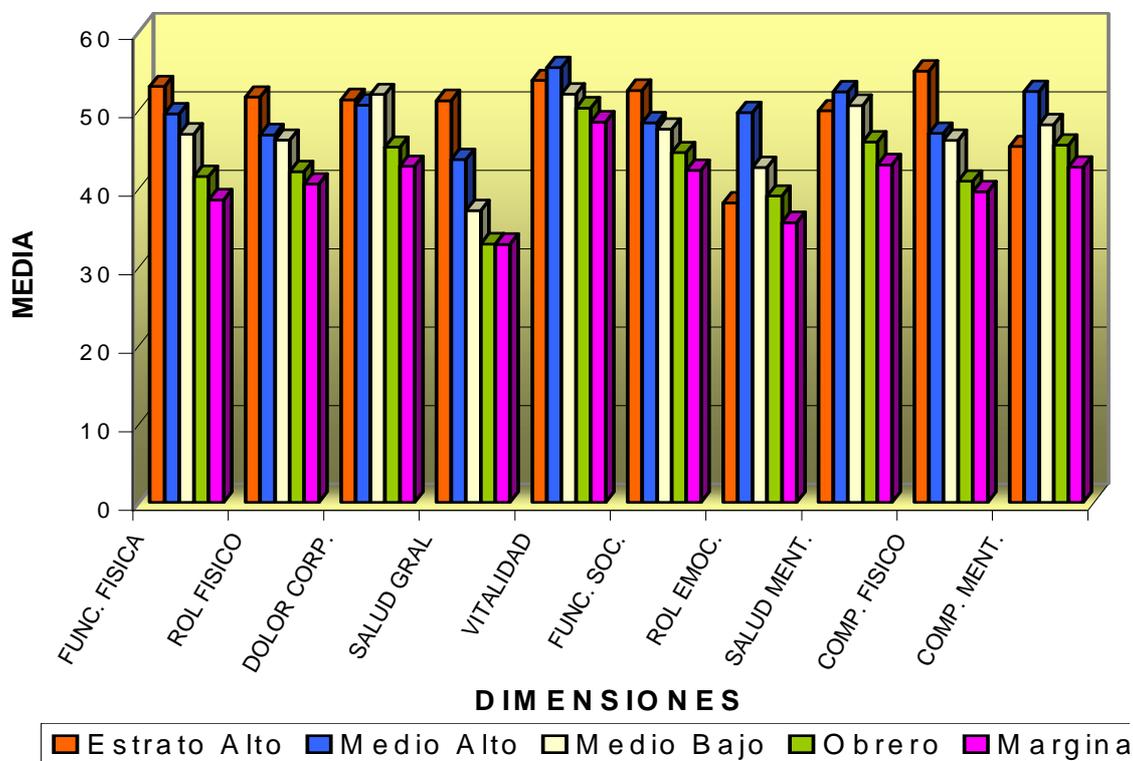
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	ESTRATO SOCIOECONOMICO				
	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	OBRERO	MARGINAL
FUNC. FISICA	53.02	49.51	46.95	41.53	38.56
ROL FISICO	51.64	46.86	46.15	42.16	40.58
DOLOR CORP.	51.32	50.64	51.98	45.26	42.83
SALUD GRAL	51.2	43.71	37.19	32.94	32.89
VITALIDAD	53.78	55.41	52.06	50.27	48.47
FUNC. SOC.	52.52	48.39	47.55	44.57	42.33
ROL EMOC.	38.18	49.68	42.69	39.05	35.66
SALUD MENT.	49.91	52.34	50.6	45.95	43.02
COMP. FISICO	54.96	47.03	46.13	40.94	39.6
COMP. MENT.	45.35	52.38	48.13	45.53	42.72

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 16**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ESTRATO SOCIOECONOMICO DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 16

**Cuadro No. 17**

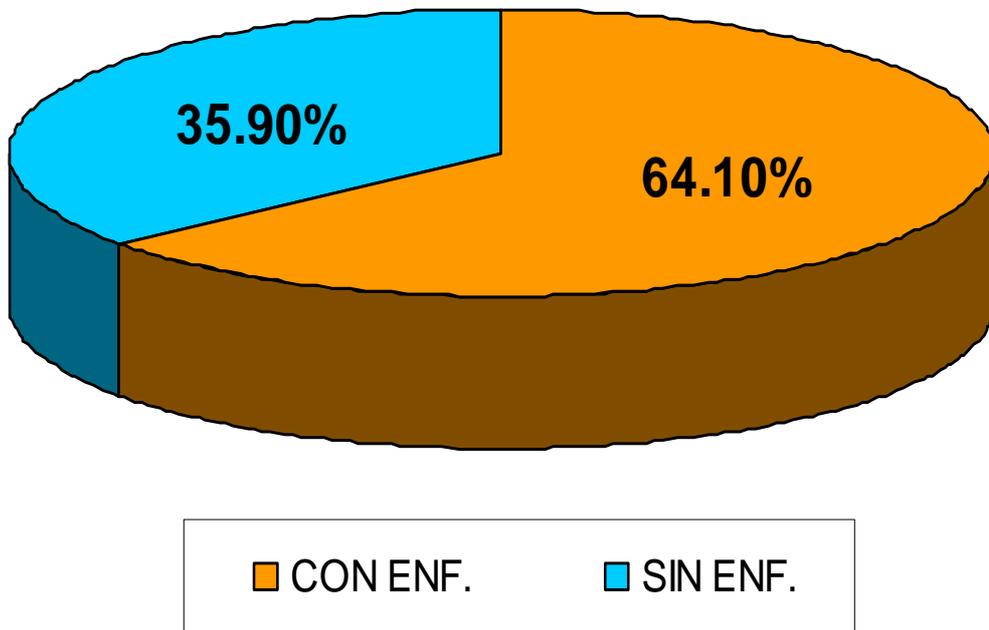
**FRECUENCIA POR PRESENCIA DE ENFERMEDAD  
CRONICODEGENERATIVA EN EL EDULTO MAYOR DE SOMBRETE, ZAC.  
2007**

ENF. CRONICODEGENERATIVA		
CON ENF.	SIN ENF.	TOTAL
N = 259	N = 145	404
Frec. 64.1%	Frec. 35.9%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 17**

**FRECUENCIA POR PRESENCIA DE  
ENFERMEDAD CRONICODEGENERATIVA EN EL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 17

**Cuadro No. 18**

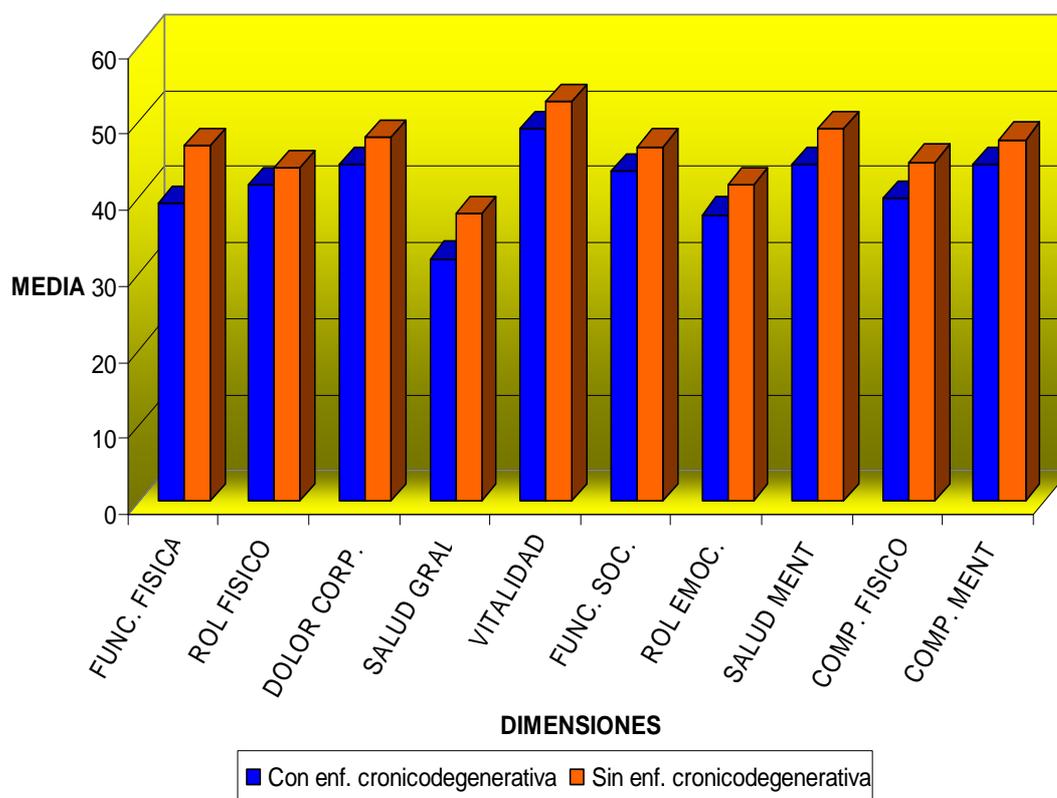
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR PRESENCIA DE ENFERMEDAD  
CRONICODEGENERATIVA DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	ENF. CRONICODEGENERATIVA	
	CON ENF.	SIN ENF.
FUNCION FISICA	39.15	46.69
ROL FISICO	41.7	43.86
DOLOR CORPORAL	44.26	47.95
SALUD GENERAL	31.9	37.78
VITALIDAD	49.07	52.6
FUNCION SOCIAL	43.46	46.67
ROL EMOCIONAL	37.72	41.69
SALUD MENTAL	44.39	49.02
COMPONENTE FISICO	39.76	44.65
COMPONENTE MENTAL	44.33	47.55

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 18**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR PRESENCIA DE ENFERMEDAD  
CRONICODEGENERATIVA DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 18

**Cuadro No. 19**

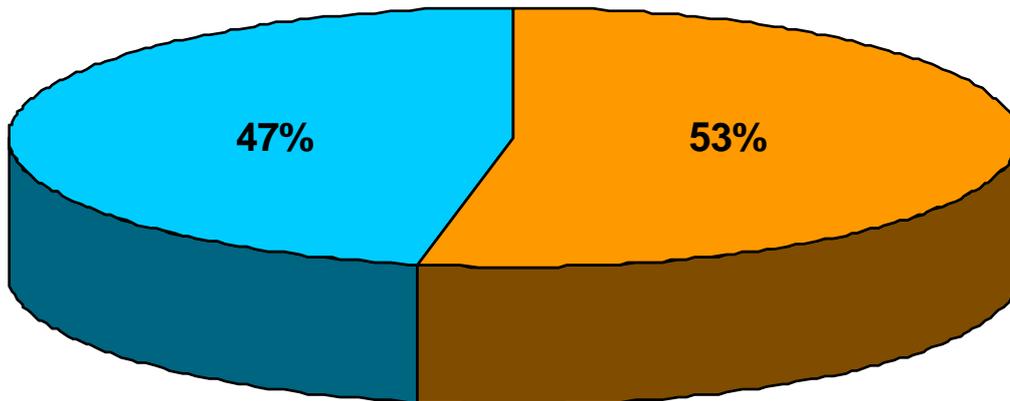
**FRECUENCIA POR PRESENCIA DE SALUD EN EL ÚLTIMO MES EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

PROBLEMA DE SALUD EN ULTIMO MES		
PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
N = 214	N = 190	404
Frecuencia 53%	Frecuencia 47%	100%

Fuente Encuesta

**Gráfica No. 19**

**FRECUENCIA POR PROBLEMA DE SALUD EN EL ULTIMO MES EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 19

Cuadro No. 20

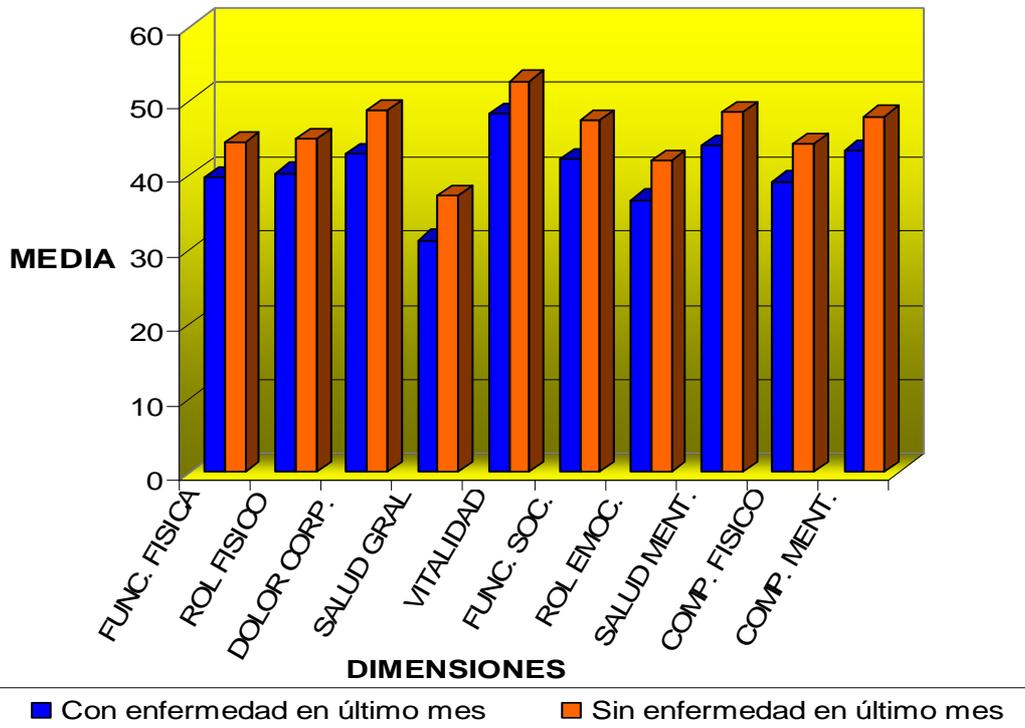
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR PROBLEMA DE SALUD  
EN EL ULTIMO MES DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	PROBLEMA DE SALUD EN ULTIMO MES	
	PRESENTE	AUSENTE
FUNCION FISICA	39.64	44.35
ROL FISICO	40.27	44.95
DOLOR CORPORAL	42.87	48.64
SALUD GENERAL	31.22	37.14
VITALIDAD	48.31	52.62
FUNCION SOCIAL	42.17	47.37
ROL EMOCIONAL	36.63	41.98
SALUD MENTAL	43.97	48.4
COMPONENTE FISICO	39.15	44.18
COMPONENTE MENTAL	43.34	47.91

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 20

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR PROBLEMA DE SALUD  
EN EL ULTIMO MES DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 20

**Cuadro No. 21**

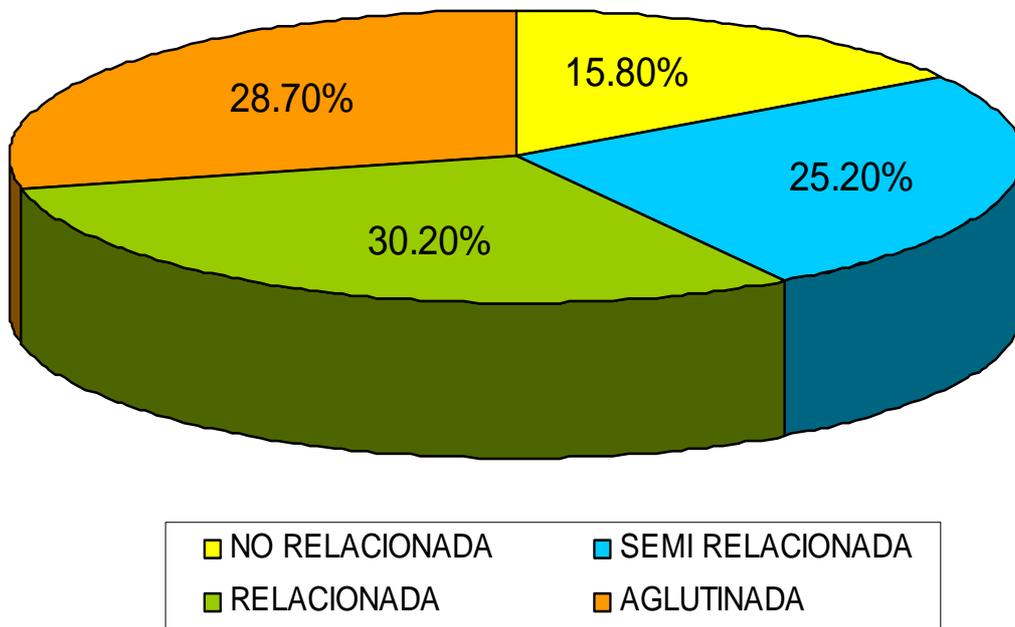
**FRECUENCIA POR COHESION FAMILIAR EN EL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

COHESIÓN FAMILIAR				
NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	TOTAL
N = 64	N = 102	N = 122	N = 116	404
Frec. 15.8%	Frec. 25.2%	Frec. 30.2%	Frec. 28.7%	100%

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 21**

**FRECUENCIA POR COHESION FAMILIAR EN EL  
ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 21

Cuadro No. 22

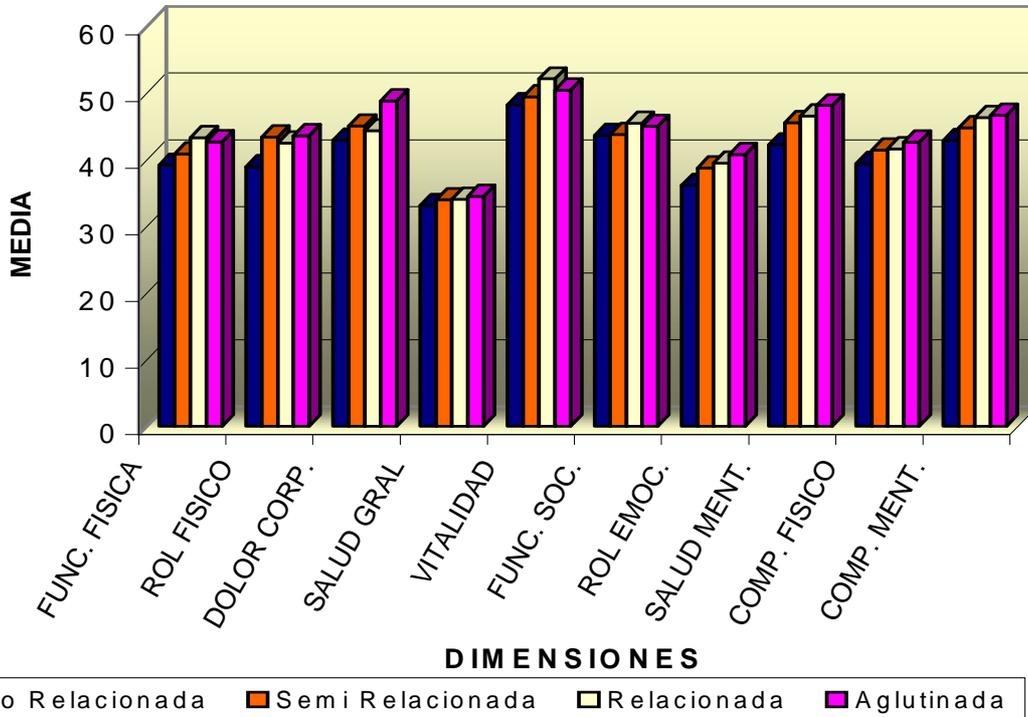
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR  
COHESIÓN FAMILIAR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	COHESIÓN FAMILIAR			
	NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
FUNC. FISICA	39.15	40.88	43.29	42.69
ROL FISICO	38.96	43.4	42.48	43.59
DOLOR CORP.	42.95	45.05	44.32	48.83
SALUD GRAL	33.11	34	34.06	34.46
VITALIDAD	48.22	49.42	52.12	50.43
FUNC. SOC.	43.62	43.79	45.47	44.99
ROL EMOC.	36.15	38.75	39.48	40.79
SALUD MENT.	42.25	45.53	46.55	48.09
COMP. FISICO	39.43	41.43	41.61	42.64
COMP. MENT.	42.9	44.79	46.31	46.66

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 22

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR  
COHESION FAMILIAR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 22

Cuadro No. 23

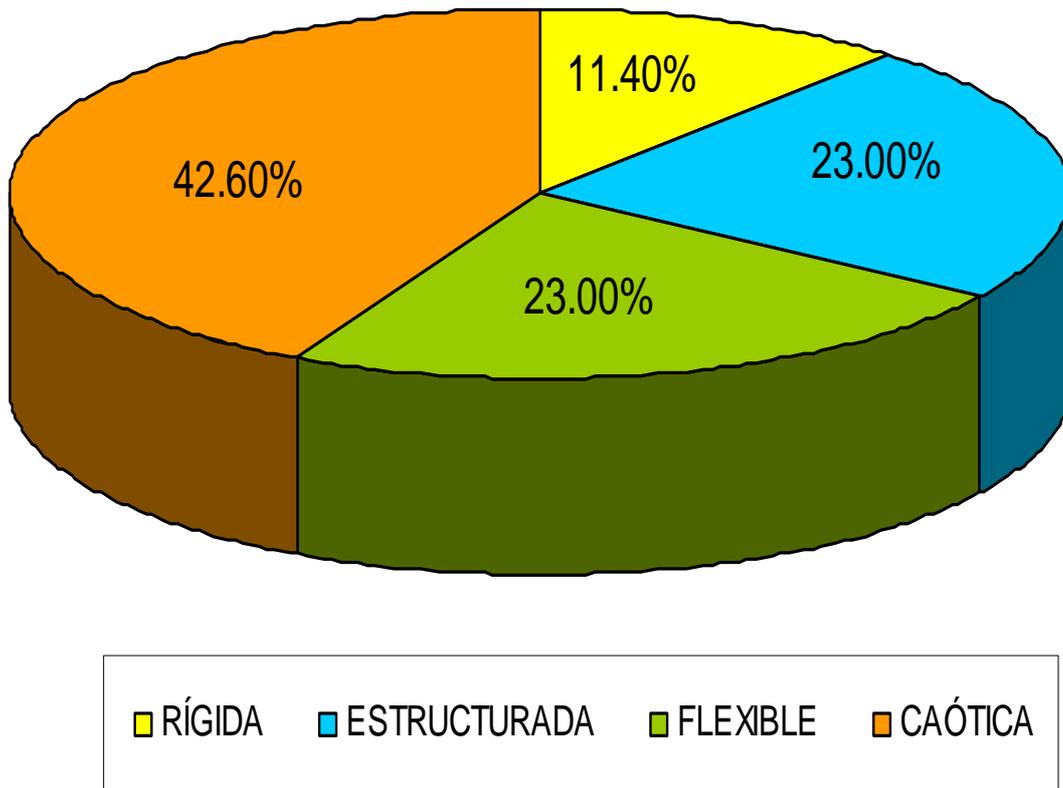
**FRECUENCIA POR ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

ADAPTABILIDAD FAMILIAR				TOTAL
RÍGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAÓTICA	
N = 46	N = 93	N = 93	N = 172	404
Frec. 11.4%	Frec. 23.0%	Frec. 23.0%	Frec. 42.6%	100%

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 23

**FRECUENCIA POR ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 23

**Cuadro No. 24**

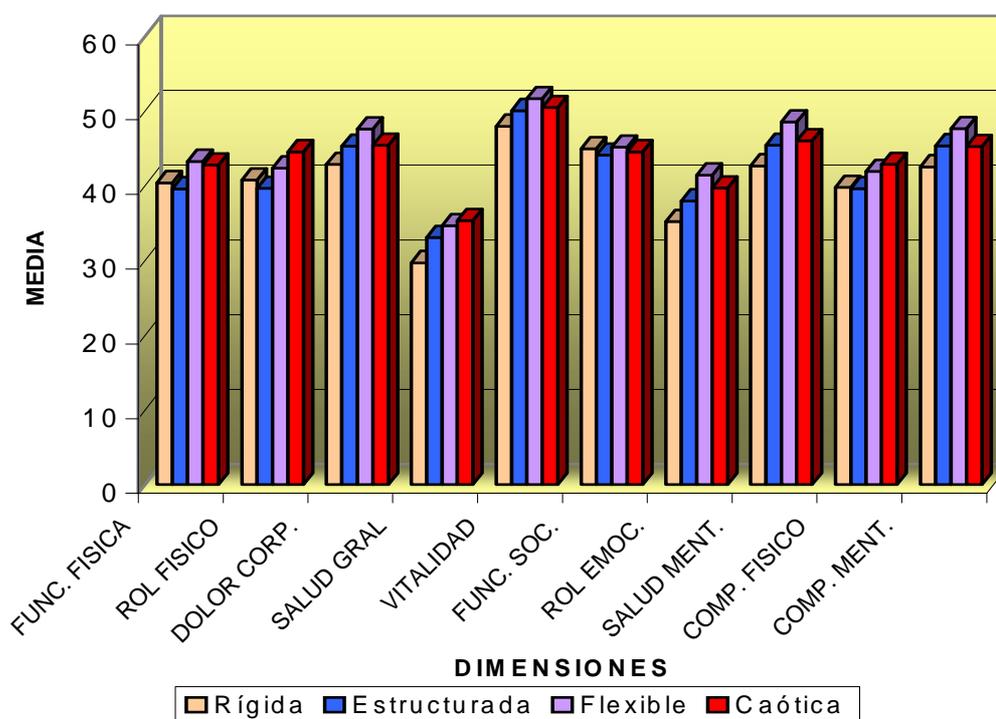
**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR  
ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**

DIMENSIONES	ADAPTABILIDAD FAMILIAR			
	RÍGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAÓTICA
FUNC. FISICA	40.4	39.56	43.25	42.73
ROL FISICO	40.75	39.64	42.36	44.53
DOLOR CORP.	42.82	45.27	47.58	45.41
SALUD GRAL	29.69	33.05	34.65	35.33
VITALIDAD	47.96	50.02	51.64	50.44
FUNC. SOC.	44.93	44.08	45.16	44.53
ROL EMOC.	35.17	37.92	41.4	39.66
SALUD MENT.	42.67	45.4	48.54	45.97
COMP. FISICO	39.78	39.58	41.91	42.81
COMP. MENT.	42.52	45.34	47.62	45.21

Fuente: Encuesta

**Gráfica No. 24**

**MEDIA DE CALIDAD DE VIDA POR ADAPTABILIDAD  
FAMILIAR DE SOMBRERETE, ZAC. 2007**



Fuente: Cuadro No. 24

## DISCUSION

A través de este estudio fue posible conocer la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor de Sombrerete, así como identificar su relación con factores sociodemográficos, médicos y familiares.

En el estudio hemos encontrado que la calidad de vida se encuentra por debajo de la media que es de 50 puntos, a comparación con estudios similares hechos Sudamérica (Chile) donde la media es de 76.1 puntos, existen estudios similares en la República Mexicana donde la media va de 65 puntos (Oaxaca) a los 70 puntos (Sonora).

Separado por dimensiones fué muy poco el promedio que logro superar la media de 50 puntos, notando una gran diferencia en tres dimensiones y un componente a saber, salud general, rol físico, función física y componente físico.

Las dimensiones que más desfavorecidas se vieron en prácticamente todas las circunstancias fueron la salud general, el rol emocional y el componente físico.

Se observó al igual que en otros que la edad es un factor determinante en la calidad de vida y por consiguiente a mayor edad, menor calidad de vida, el rango de 80 años y más obtuvo una media de 41.2 puntos, mientras que el rango de 60 a 69 años saco una media de 44.08 puntos.

De igual forma el sexo condiciona de acuerdo a lo esperado una calidad de vida inferior con un promedio de 41.73 puntos en comparación con los 45.03 obtenidos por el sexo masculino encontrado afectadas principalmente las dimensiones salud general y rol emocional para ambos sexos.

La presencia de pareja reveló también diferencias encontrándose más afectada la calidad de vida de los que viven sin una pareja con un promedio de 41.27 puntos, en comparación a los 43.99 del sexo masculino hecho que se hace manifiesto en algunos estudios.

Existió una marcada diferencia entre la calidad de vida del adulto mayor asociada a la escolaridad ya que el rubro de analfabetas obtuvo un promedio de 40.76 puntos en comparación con 48.95 puntos de quienes cursaron con escolaridad alta.

De la misma forma se encontró una diferencia significativa en calidad de vida en relación con la ocupación de que quienes se dedican al hogar presentaron un promedio más bajo (41.12) en comparación con los que tenían algún negocio o eran patronos (52.1), hecho que se había manifestado en otros estudios. Aunque se debe tomar en cuenta que de forma general casi el total de las mujeres de este grupo de edad se dedica al hogar lo que contribuye enormemente a esa marcada diferencia.

En lo que se refiere al lugar de residencia no se encontraron marcadas diferencias aunque el medio urbano (43.10) domina la mayoría de las categorías, por promedio el medio rural tiene una pequeña ventaja (43.11) lo que nos lleva a pensar que las dimensiones se ven francamente favorecidas dependiendo del medio donde nos desarrollamos.

También el estrato socioeconómico influye grandemente sobre la calidad de vida ya que la diferencia de promedios se amplía enormemente encontrando 50.18 puntos para en estrato alto, contra solo 40.66 para el estrato marginal, ya es de conocimiento de todos que la población más desprotegida, los que menos tienen, son quienes gozan de peores condiciones de salud.

Resulta fácil anticipar que las enfermedades crónico degenerativas o el antecedente de problema de salud durante el último mes condiciones una calidad de vida más baja obteniendo una puntuación de 41.57 y 40.75 respectivamente contra 47.5 y 47.9 para los que no presentan enfermedad crónica ni antecedente de problema de salud en el último mes. También manifiesto por diversos estudios.

Dentro de las cuestiones familiares de cohesión y adaptabilidad, encontramos que una familia no relacionada (40.67) se ve favorecida con una peor calidad de vida que una familia aglutinada (44.31) y que una familia rígida (40.66) tiene menor calidad de vida que una familia flexible (44.4), aquí no hay punto de comparación ya que no encontré estudios que involucraran la calidad de vida con el Faces III.

## CONCLUSIONES

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que aunado a una disminución en la fecundidad y un aumento en la esperanza de vida da como resultado un grupo de población de crecimiento paulatino, así pues el médico familiar debe estar conciente de que en un futuro mediano serán una parte importante de su población adscrita, por lo tanto debemos de obtener las herramientas necesarias para proporcionar una atención digna, oportuna y de calidad a este grupo etareo.

La calidad de vida en la UMF # 7 de Sombrerete, Zacatecas en general es baja al no superar la media de 50 puntos de forma global. Los porcentajes de los pacientes que superaron la media por dimensiones fueron muy bajos principalmente en lo que se refiere al componente físico, notando una diferencia menor en el componente mental.

Las dimensiones más afectadas de forma general fueron, salud general, rol físico y función física, seguidas muy de cerca del rol emocional y las dimensiones que se vieron menos afectadas fueron la vitalidad, salud mental y el componente mental.

De forma general los factores relacionados a una menor calidad de vida son edad mayor a 80 años, sexo femenino, sin pareja, analfabeta, dedicado al hogar, del medio rural, estrato socioeconómico marginal, portador de enfermedad crónico degenerativa, haber cursado con problema de salud durante el último mes, pertenecer a una familia no relacionada y rígida.

Este estudio es de utilidad en este grupo de edad ya que en la medida en que identifiquemos factores de riesgo a nuestra población podremos tomar las acciones necesarias para poder modificar de forma positiva esa deteriorada calidad de vida y de esta forma colaborar en lo que a salud se refiere con un poco, devolviendo a este grupo de población un poco de lo que nos ha regalado durante el transcurso de toda su vida.

La calidad de vida relacionada con la salud en comparación con otros estudios se encuentra un poco por debajo de la media, lo que nos revela que aun queda mucho por hacer, son muchos los trabajos realizados sobre el tema, pero pocos enfocados a los adultos mayores, sería interesante realizar otros trabajos de investigación sobre todo encaminados a identificar los factores asociados que pudieron no ser representados en el presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gallegos CK, Duran A J, López CL, López CM. Factores asociados con las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor en Morelos .Rev Invest Clín 2003;55 (3): 260 – 269
2. Alarcón MC, Aguilar DO, Jiménez DA, Manrique NC. La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2002; 16 (4): 119-123.
3. García F R. El concepto de salud en mujeres chontales. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Salud en Tabasco. 1998; 4(1): 226-231
4. Lara MM, Ponce LS, de la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida en pacientes con cancer. Rev Invest Clin 1995; 47: 315-327
5. Delgado QM, Quincha BM, Méndez SM. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36v2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito Dermatología Peruana. 2003; 13(3): 172-184
6. Mora M., Villalobos D., Araya G., y Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al genero y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista Mhsalud 2004(1)
7. Velarde JE, Avila FC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002;44:349-361.
8. Lugones BM. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2002;4 :33-37

9. García CJ. Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud Rev Cubana de Invest Biomed 2005;24(1):72-6
10. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Promoción Social, Subsecretaría de Promoción y Desarrollo Comunitario, Dirección General de Políticas Sociales, Dirección Enlace de Recursos Institucionales, La tan temida ancianidad, Buenos Aires, Centro de Documentación en Políticas Sociales Argentina Pochtar NP, Pszemirower S, 1999.
11. Lara RM, Benítez MG, Fernández GI, Zárate AA. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 1996;38:448-457.
12. Guerrero PJ, Rodríguez FG, Ramírez PE, Leyva RM, Rodríguez RG. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor, enero-noviembre, 2003. Holguín. Correo científico medico de Holguín 2004;8(3):127-134
13. Roses PM. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2005;17: 295-296
14. Fleites GO. Evaluación geriátrica Revista Cubana de Enfermería, 1995 (en prensa)
15. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica Gómez M; Sabeh, E N. 1999
16. Cárdenas VV, Pedraza LC, Lerma CR. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL 2005; (8)(3):351-357
17. Reig RA, Cabrero GJ y Richart MM. Comportamiento y salud en la vejez Rev E, s/r Geriatr Geronto 1996; 31: 37-44

18. Lugo AJ, Barroso AM y Fernández GL. Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. Rev Cubana Oncol 1996;12(1): 46-56
19. Saldaña GJ, Solorio S, Rangel A. Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria. Informe preliminar. Rev Mex Cardiol 2003, 14 (3): 94-97
20. Zúniga MA, Carrillo JG, Fos PJ, Gandek B, Medina MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex 1999;41:110-118.
21. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmilb L, Rebolloc P, Permanyer-Miraldad G, Quintanae JM, Santeda R, Valderasa JM, Riberad A, Domingo-Salvanya,A, Alonsoa J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50
22. Centeno AM, Soto ÁJ, Díaz LM, Rodríguez GM, Carrasco GP. Vivir con EPOC: Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. Investig. Clín. Farm. 2005;2(3):153-160

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN ZACATECAS**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 7**

**SOMBRETE, ZACATECAS**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

2. DOMICILIO: \_\_\_\_\_

3. EDAD: \_\_\_\_\_

4. SEXO: Masculino  Femenino

5. ESTADO CIVIL:  Con pareja  Sin pareja

6. ESCOLARIDAD:  Analfabeta  Escolaridad baja  Escolaridad alta

7. OCUPACION:  Hogar  Pensionado  Obrero  Patrón  Campesino

8. LUGAR DE RESIDENCIA:  Medio urbano  Medio rural

9. ES PORTADOR DE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICODEGENERATIVA:

Si  No

10. HA CURSADO CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN EL ÚLTIMO MES:

Si  No

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO SF-12v2 SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>				
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>				

Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>				
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>				

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada     Un poco     Regular     Bastante     Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>				
10. tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>				
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>				

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre     Casi siempre     Algunas veces     Sólo alguna vez     Nunca

## ANEXO 3

### FACES III

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	1	2	3	4	5
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con las personas que no son de nuestra familia					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante , toda la familia esta presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
Consultamos unos a otros para tomar decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					

COHESION FAMILIAR		ADAPTABILIDAD FAMILIAR	
10-34	No relacionada	10-19	Rígida
35-40	Semi relacionada	20-24	Estructurada
41-45	Relacionada	25-28	Flexible
46-50	aglutinada	29-50	Caótica

## ANEXO 4

### METODO DE GRAFFAR (ESTRATO SOCIOECONOMICO)

Subraye la respuesta que más lo identifique.

#### **A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA**

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc.

#### **B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA**

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

#### **C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO**

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

**D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

- 1.- vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

<b>PUNTAJE</b>	<b>ESTRATO</b>
4-6	Estrato alto
7-9	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Marginal

## ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ZACATECAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 7  
SOMBRERETE, ZACATECAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN  
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

SOMBRERETE, ZACATECAS 2006

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF # 7 DE SOMBRERETE, ZACATECAS, registrado con el número 3302-2006-0004 ante el Comité Local de Investigación en Salud, del Hospital General de Zona # 2 del IMSS en Fresnillo, Zacatecas.

El objetivo del estudio es conocer la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor de la UMF # 7 de Sombrerete.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta a la cedula de recolección de datos, a los cuestionarios SF 12, Faces III y método de Graffar y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan.

Declaro que se me ha informado que no existen riesgos derivados de mi participación en el estudio y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos

relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y firma del paciente

---

Dr. Jaime Flores Villa  
Matricula IMSS 10191623

Para cualquier duda o pregunta comunicarse al teléfono 93 5 0137 de las 08:00 a las 16:00 hrs. de lunes a viernes con el Dr. Jaime Flores Villa.

---

Nombre y firma del testigo

---

Nombre y firma del testigo