



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

**UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
MÉXICO, D.F.**

**AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DEL APOYO
FAMILIAR POR EL ADULTO MAYOR.**

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

PRESENTA:

DRA. NORMA GUZMÁN GUZMÁN



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.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

Agradezco infinitamente el apoyo que me brindó al darme parte de su tiempo, asesorándome en todo el proceso de investigación, motivarme para no rendirme, es el producto de un largo y arduo esfuerzo que sin su apoyo, dedicación y enseñanza no hubiera concluido.

Personas como usted con la disposición a la enseñanza, confirman que la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con una excelente educadora y guía, así como con amor de servicio a favor de la Medicina Familiar.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
1.MARCO TEORICO	1
1.1. Antecedentes	1
1.1.1. Medicina Familiar y Familia	1
1.1.2. Adulto mayor	4
1.1.3. Demografía	5
1.1.4. Teorías del envejecimiento	6
1.1.5. Envejecimiento psicológico	8
1.1.6. Calidad de Vida	10
1.1.7. Instrumentos para evaluar la Calidad de Vida	14
1.1.8. Instrumentos para evaluar la Calidad de Vida en la Tercera Edad	17
1.1.9. Apgar Familiar	20
1.2. Planteamiento del problema	22
1.3. Justificación	25
1.4. Objetivo	26
2.MATERIAL Y METODOS	27
2.1. Tipo de estudio	27
2.2. Diseño de Investigación	27
2.3. Población, lugar y tiempo	28
2.4. Muestra	29
2.5. Criterios del estudio	30
2.6. Variables del estudio	31
2.7. Definición conceptual y operativa de las variables	35
2.8. Instrumentos de recolección de datos	35
2.9. Método de recolección de datos	36
2.10. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	37
2.11. Consideraciones éticas	37
3.RESULTADOS	39
4.ANALISIS DE RESULTADOS	43
5.CONCLUSIONES	45
6.REFERENCIAS	46
7.ANEXOS	50

Resumen.

Autopercepción de calidad de vida y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor.

Objetivo: Identificar como percibe el adulto mayor su Calidad de Vida a través de la escala MGH de calidad de vida y la satisfacción del apoyo familiar a través del instrumento Apgar familiar.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Participantes. 180 adultos mayores de 65 años, que corresponden al área de influencia del C. S. Dr. José Castro Villagrana, en los meses de julio y agosto del año 2004.

Métodos: Se recopiló la información por medio del instrumento MGH de Calidad de vida con 34 ítems, que valoran las áreas de salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida; y el instrumento Apgar familiar el cual mide la satisfacción del apoyo familiar mediante 5 ítems.

Resultados: De 180 pacientes encuestados 111 pacientes (61.1%) perciben una muy buena calidad de vida, 23 pacientes (12.7%) una buena calidad de vida, 14 pacientes (7.7%) regular calidad de vida y 18 (18%) mala calidad de vida. En relación a los resultados de Apgar familiar 164 pacientes (91.1%) se percibían muy satisfechos del apoyo familiar y 16 pacientes (8.8%) moderadamente satisfechos.

Conclusión. Este estudio muestra a más del 60% de los adultos mayores con una buena percepción de su calidad de vida y satisfacción de apoyo familiar, y una población restante que percibe una regular o mala calidad de vida y apoyo familiar en ambos instrumentos, lo que nos conduce a investigar cuales serán las causas de esta percepción negativa y la forma en la cual el equipo de salud pueda interferir positivamente para mejorarla. Así como las actividades y programas que pueden ser aplicados para que la población que percibe una buena calidad de vida se mantenga en ese estado de bienestar y si es posible mejorarlo.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Antecedentes.

1.1.1. Medicina Familiar y familia.

La medicina de familia es la vigésima especialidad médica desde el 8 de febrero de 1969, con la aprobación del Council on Medical Education of the American Association (AMA) y la American Board of Medical Specialties¹. El campo de acción de la medicina familiar es la atención de salud orientada a la familia, el médico familiar es el responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite la atención médica^{1,2}. Atiende al individuo en el contexto de la familia y a esta en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social, proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja².

Cada vez que un médico trata a un individuo involucra también a la familia. Es erróneo tratar de comprender cómo el paciente percibe su enfermedad, su causa y los factores desencadenantes, sin examinar su entorno, intentar tratar a un individuo sin implicar a la familia, es imposible¹.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad³. Es una organización o sistema social que comparte características con otros sistemas sociales⁴, no es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí³ por algún tipo de relación biológica, emocional o legal^{5,6}, es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse³.

Se reconoce que la familia es la institución social básica en la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones, las cuales integran responsabilidades fundamentales que determinen la protección psicosocial de

sus miembros, la acomodación y la transmisión de una cultura a sus descendientes ^{3,7}.

Al menos cinco funciones de la familia pueden ser especificadas⁷:

- I. Socialización.
- II. Cuidado.
- III. Afecto.
- IV. Reproducción.
- V. Estatus y nivel socioeconómico.

I. Socialización.

Interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de la sociedad.

II. Cuidado.

Implica cubrir las necesidades físicas de cada uno de los miembros de la familia, como lo son: la alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud, etc.

III. Afecto.

Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos ^{3,7}.

IV. Reproducción.

Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de la interacción sexual adulta, la educación sexual y el control de la natalidad.

V. Estatus y nivel socioeconómico.

Es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permitan al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se producen en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo³.

Se considera a la familia como un sistema abierto, que por sus características principales y únicas, constituye el grupo de interacción y desarrollo más importante de sus miembros y la cual se encuentra sujeta a cambios continuos, algunos de ellos previsibles y otros inesperados, y como todo sistema, tiene la capacidad de reaccionar y adaptarse de manera adecuada, traduciéndose en un crecimiento armónico, desarrollándose y alcanzando la madurez en cada uno de sus miembros; o de lo contrario reaccionar de forma inadecuada alterando la dinámica familiar, frenando su desarrollo y estancándose⁸.

De los cambios previsibles o esperados que suelen presentarse en la familia y los cuales conforman el llamado ciclo vital familiar, se pueden distinguir cinco etapas⁸.

1. Pareja en formación y matrimonio.
2. Familia con hijos pequeños (etapa de expansión).
3. Familia con adolescentes (etapa de dispersión).
4. Salida de los hijos del hogar (etapa de independencia o "nido vacío").
5. Pareja en la vida posterior.

El estudio del ciclo vital familiar permite comprender los ajustes paulatinos a los cuales debe enfrentarse la familia que envejece, ya que hay que considerar que la mayor parte de la población anciana vive dentro de una familia y esta es su principal fuente de apoyo psicosocial^{3,8,9}.

Durante todo el desarrollo evolutivo, el sujeto está sometido a una serie de situaciones de cambio o crisis y en el caso concreto de la tercera edad, existe una verdadera transformación en la red social: la crianza de los hijos ha finalizado, las relaciones procedentes del mundo laboral se van abandonando progresivamente, el grupo de parientes disminuye por la mortandad y los

familiares más jóvenes registran intereses distintos, incluso cada vez existe una mayor distancia geográfica. Por lo que la familia y el apoyo que ésta preste al sujeto va a ser determinante en este último período del ciclo vital⁹.

1.1.2. Adulto mayor.

Socialmente se mantienen creencias, actitudes y estereotipos negativos sobre las personas mayores, entre las cuales algunas son ciertas, pero otras que no tienen base real pueden dañar y perjudicar a este grupo de edad, ya que envejecer significa todo un proceso individual e irreversible, irregular y asincrónico, que comienza desde el nacimiento y finaliza con la muerte¹⁰.

Es importante mencionar como en la geriatría y la gerontología se establecen conceptos de las edades de interés para estas disciplinas, y principalmente una definición para anciano¹¹.

Las edades de interés geriátrico son¹¹:

1. Edad intermedia: Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.
2. Senectud gradual: período de los 60 a 70 años que se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, y que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.
3. Senilidad o vejez declarada. Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social, y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

Desde 1979 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado adultos mayores a la población de más de 60 años en los países en vías de desarrollo y de más de 65 años a todos aquellos que viven en países desarrollados^{12, 13}.

La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Viena en 1982, definió como adulto mayor a una persona mayor de 60 años o más¹⁴ y en 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajusto la edad de 65 años y más para considerarlo adulto mayor^{12, 13}.

1.1.3. Demografía.

La región de América Latina y el Caribe ha aumentado su población durante el siglo XX en 430 millones, alcanzando hoy en día aproximadamente los 520 millones. Las proyecciones medias indican que entre el año 2000 y el 2025 los habitantes de la región se incrementarían en 180 millones. Más de un tercio de este incremento corresponderá a población adulta mayor. Considerándose el siglo XX como el centenario caracterizado por el fenómeno denominado explosión demográfica¹⁵.

El incremento de la esperanza de vida ha sido uno de los triunfos de la humanidad y al mismo tiempo uno de sus mayores desafíos ya que al entrar el siglo XXI este envejecimiento poblacional a nivel mundial impuso mayores exigencias sociales y económicas en todos los países^{13, 15,16}.

La observación de la dinámica de población de los países de América Latina y el Caribe permite distinguir diversas situaciones en el proceso de transición demográfica. Estas situaciones resultan de la combinación de distintos niveles de natalidad y mortalidad, cuyo resultado se expresa en diferentes tasas de crecimiento y estructura por edades¹⁵.

México está empezando a enfrentar los problemas sociales derivados del incremento de la población mayor de 60 años, en la actualidad existen

alrededor de 6 millones de habitantes de este grupo de edad y se esperan 17.5 millones para el año 2025 ¹⁷.

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 un aumento en la necesidad de asistencia médica, psicológica y socioeconómica, debido a la elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) ^{13, 18}.

1.1.4. Teorías del envejecimiento.

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales ^{13,14}. por lo que se han propuesto un gran número de teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento, sin embargo, por su naturaleza multicausal resulta improbable que una teoría única pueda explicar todos sus mecanismos, por lo que se diferencian dos tipos de teorías ¹⁹:

1. Teorías estocásticas: las cuales engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y sea estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos, considerando al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis .
2. Teorías deterministas: que engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, es decir, sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo.

Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso endógeno, predeterminado, que conduce gradualmente a la claudicación y finalmente al colapso de los

sistemas de autorregulación y equilibrio energético del organismo; un proceso propio de cada especie que en el humano es individualizado por la dotación genética, la experiencia de la vida y las condiciones psicológicas y sociales en las que transcurre, es una serie de diversos procesos que no se dan a la misma velocidad ²⁰.

Un envejecimiento biológico es tanto de órganos, como de funciones; y se produce 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 ^{11, 13, 21}.

Este proceso es continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de enfermedades debido a la disminución de sus reservas funcionales y de su capacidad de adaptación. Entre estos cambios biológicos destacan ^{11, 13, 21, 22}:

- a) Disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular que predispone a situaciones de hipotensión postural y aumenta la sensibilidad a los fármacos antihipertensivos, cardiotónicos y antiarrítmicos, entre otros.
- b) Descenso en la respuesta del centro termorregulador, con aumento de la susceptibilidad al frío.
- c) Disminución funcional del sistema renal, con decremento de la aclaramiento de creatinina y aumento de la sensibilidad a la toxicidad renal y general de los fármacos.
- d) Cambios degenerativos en el sistema osteomuscular con pérdida de la masa muscular y aumento de la desmineralización ósea, que favorecen la osteoporosis, la artrosis y la mayor sensibilidad a las fracturas tras las caídas.

- e) Cambios neurosensoriales que disminuyen las funciones perceptivas visuales y auditivas.

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 tipo celular, la edad y la especie del individuo del que provienen las células; las que derivan de un individuo viejo se duplican menos veces que las de uno joven y estas menos que las de un feto. Mientras más vive un individuo, mayor es el número de replications que llevarán a cabo sus células ^{13,22}

Las modificaciones que se observan en los órganos dependen del proceso de envejecimiento y de las diversas situaciones de desuso (disminución de la actividad física) que se asocian con frecuencia a la vejez²¹.

1.1.5. Envejecimiento psicológico.

En el estudio de los cambios psicológicos que acompañan el envejecimiento, es importante tener en cuenta la distinción entre envejecimiento normal, óptimo y patológico¹⁴:

- a. *Envejecimiento normal*: hacerse viejo sin una enfermedad manifiesta (mental o física)
- b. *Envejecimiento óptimo*. Se refiere al envejecimiento bajo las mejores condiciones personales y ambientales.
- c. *Envejecimiento patológico*: Proceso de envejecimiento en el que hay evidencia clara de patología mental o física.

Hay que tener en cuenta que el envejecimiento normal implica adaptación mientras el envejecimiento patológico conlleva preocupación y corrección¹⁴.

Las características psicológicas del envejecimiento cambian de una generación a otra según las condiciones ambientales y dentro de cada una de ellas el proceso de envejecimiento es heterogéneo según los individuos.

Se diferencian dos situaciones en la vejez: el declive y el deterioro intelectual. El primero acontece por el proceso del envejecimiento y no puede ser explicado exclusivamente por la edad, intervienen otras variables evolutivas como el proceso de socialización, la educación y el nivel de ejercitación intelectual. El deterioro es la pérdida del nivel intelectual secundario a una enfermedad, como en la demencia^{14, 21}.

Se han desarrollado distintas teorías para tratar de explicar la adaptación satisfactoria al proceso de envejecer^{21,23}:

- a) la teoría de la desconexión o desvinculación: La cual defiende que el envejecimiento satisfactorio conlleva un corte con los vínculos laborales, sociales y familiares, aumentando la satisfacción por la vivencia de otras experiencias;
- b) la teoría de la actividad, que postula que para envejecer con salud se debe estar y mantener lo más activo posible, y
- c) la teoría de la continuidad, postula que la vejez satisfactoria se produce cuando el sujeto hace frente a las situaciones que acontecen en el envejecimiento, manteniendo las preferencias personales previas.

Con respecto a los cambios sociales, en la etapa de la vejez se producen diversos cambios sociales que afectan a las personas. De estos el primero que acontece es la jubilación, que tiene como consecuencias: La reducción de los ingresos económicos, la pérdida de contactos con los amigos y en algunas personas, una crisis de identidad^{14, 19,21}.

Los principales problemas sociales que acontecen en la vejez son²¹:

- a) la pobreza;
- b) Los problemas con la vivienda;
- c) Los cambios en el estado marital,
- d) La soledad, y
- e) La actitud de la sociedad hacia los ancianos.

La aceptación por las personas mayores del estereotipo de viejo depende de la personalidad, ya que pueden percibirse dos formas de envejecer: una objetiva, que sería aquella en la que se observan los múltiples cambios de la vejez, y otra subjetiva, caracterizada por la aparición de “sentimientos de limitación”, por haberse llegado a una etapa vital en la que no es posible la libertad de elegir. El envejecimiento adecuado debe acontecer en las tres áreas vitales: física, intelectual e interpersonal ²¹, este equilibrio lograra una sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” , es lo que recibe el nombre de Calidad de Vida (CV)²⁴.

1.1.6. Calidad de Vida.

El tema de la calidad de vida o de la “buena vida” esta presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos años del siglo XXI²⁵.

En 1948, la OMS definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, con lo cual el termino CV, desde su definición conceptual, hasta con el uso de métodos objetivos, busca evaluar la salud de una persona mas allá de su capacidad física, tomando en cuenta su contexto social y su salud mental^{24, 25,26}.

Este término es popularizado en los años cincuenta por el economista británico Arthur Cecil Pigou, y posteriormente la popularizo el economista estadounidense John Kenneth Galbraith. Ambos, motivados por el desarrollo económico social del periodo de la posguerra, identificaron la calidad de vida como una variable importante en el estado de bienestar. En Estados Unidos la expresión CV fue empleada por el presidente Lyndon Johnson, en el momento de declarar acerca de los planes de salud en 1964. Posteriormente En 1974 aparece la publicación Social Indicators Research, la cual marco un hito en el estudio científico de la CV. En 1977, este término se convirtió en

categoría de búsqueda en el Index Medicus, llegando a ser popular entre los investigadores de la salud hasta la década de los 80²⁷.

En 1994 la OMS define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”^{25,28,29}.

Este término ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos, enfocando el término de manera diferente de acuerdo a su profesión³⁰.

Asociado el concepto de CV a la salud (CVAS) aparece en las sociedades occidentales en el momento en el cual la esperanza de vida aumenta sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el papel de la medicina no debe de ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino, sobre todo, el de aportar una mejora en la calidad de los años vividos, hacer énfasis en la promoción y prevención, la continuidad en la atención, el enfoque integral basado en los riesgos biopsicosociales, la excelencia clínica, el enfoque sistémico en la atención y la aplicación práctica de muchos otros principios que son aplicados principalmente por la medicina familiar^{30,31,32}.

En la gerontología y en la planificación de las políticas sociosanitarias, la CV constituye un referente primordial, ya que es un don muy apreciado por las personas y en particular por lo mayores²⁶.

En el estudio de la CV en general y de las personas mayores en particular, resulta imprescindible incorporar tanto los aspectos subjetivos como los objetivos. Dentro de los subjetivos se distinguen dos tipos de propiedades y características, una es la percibida del medio ambiente como son los servicios sociales de salud, apoyo social, valoración del entorno, necesidades culturales, satisfacción social, etc.; y las propiedades por parte del sujeto, donde juega un papel importante las características personales, es decir, nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades personales, escala de valores, etc.

En cuanto a las dimensiones objetivas son importantes: los factores culturales, calidad ambiental, disponibilidad de servicios de salud y sociales.

La valoración que realiza una persona sobre su CV actual esta impregnada de estas dimensiones subjetivas como objetivas, sirviendo de moduladores entre ambas el sexo, la edad y el estatus social^{24,25,26,33}.

Al envejecer se producen una serie de modificaciones morfológicas y funcionales y la capacidad de adaptación disminuye con el paso de los años, estrechándose el margen de seguridad ante las agresiones o requerimientos de nuestro medio. Una CV óptima en el envejecimiento exige un intelecto sin alteraciones, ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, buenos amigos, familia acogedora y comprensiva, seguridad económica para obtener los mínimos necesarios, hogar adecuado y sensación de bienestar o felicidad²⁶.

Considerándose que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la CV, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud^{24, 28}.

El impacto de las enfermedades en el individuo y las condiciones causadas por enfermedades infecciosas, oncológicas, crónico- degenerativas, accidentes y malformaciones congénitas, pueden conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria, o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad, por lo tanto la OMS emplea los siguientes términos para describir las consecuencias de estas enfermedades²⁴:

- a) Deficiencia, es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica.
- b) Discapacidad, es toda restricción de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar vestirse o comprender; y
- c) Minusvalía, es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal.

La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona y se manifestará en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado. Sin embargo las patologías crónicas no modificaran la autopercepción de la calidad de vida en la medida que está controlado terapéuticamente^{24, 26}.

Por lo tanto, para el estudio de la CV en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con la etapa del ciclo vital que el individuo enfrenta, como el estado de salud, factores de riesgo, discapacidades, seguridad económica y material, protección social y familiar, participación y reconocimiento social y bienestar en distintas esferas de la vida³⁰.

Algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas que representan 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 combina para formar calificaciones de dominios (físico, mental o social)²⁴.

1.1.7. Instrumentos para evaluar la calidad de vida.

Los instrumentos empleados para evaluar la CV pueden agruparse en³⁰:

- a. Escalas o índices de problemas específicos.
- b. Pruebas o escalas de evaluación psicológica.
- c. Instrumentos especialmente diseñados para evaluar la calidad de vida.

Además los instrumentos pueden ser genéricos, es decir para cualquier problema de salud, o específicos, para un problema como la insuficiencia renal crónica o cáncer de mama. También pueden clasificarse en virtud del número de dimensiones (multidimensionales o unidimensionales); de acuerdo con la forma de aplicación (autoadministrados o por entrevista); o de acuerdo a su forma de respuesta³⁰.

Existen varios instrumentos para evaluar la calidad de vida en el individuo y su entorno, los cuales se han catalogado de acuerdo a las áreas y necesidades del investigador, a continuación se describen algunos de ellos³⁴:

Medidas de la Calidad de Vida.

Medidas de Incapacidad Funcional y Menoscabo:

- Índice de Katz
- Medida de Independencia Funcional
- Escala Plutchik de Valoración geriátrica
- Índice de actividad de Duke
- Entrevista sobre el deterioro de las actividades cotidianas en pacientes con demencia.

Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:

- Cuestionario de Salud General.
- Índice de Bienestar Psicológico
- Hospital Anxiety and Depression Scale.
- Cuestionario de Incapacidad de Sheehan
- Inventario de Experiencias de Duelo.
- Inventario Texas Revisado de Duelo.
- Cuestionario de Salud del Paciente.
- Escala de Calidad de Vida para Depresión.
- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

Medidas de Salud Social:

- Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.
- Índice de Ajuste Psicosocial
- Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.
- Entrevista Manheim de Apoyo Social.

Medidas de dolor:

- Cuestionario del dolor.
- Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.
- Escala de Dolor-Función de la Cadera.
- Cuestionario de Dolor Cervical.

Medidas genéricas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad:

Perfil de Salud de Nottingham.

Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional OARS.

- Cuestionario de Calidad de Vida para Ancianos.
- Cuestionario de Calidad de Vida.
- El Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos.
- EuroQoL-5D.
- Láminas COOP-WONCA.
- Cuestionario de Salud SF-36.
- Índice de Calidad de Vida de Spitzer
- Cuestionario de Calidad de Vida Infantil AUQUEI.
- WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.
- Mini Mental de Folstein: Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental

Medidas de calidad de vida relacionada con el cáncer:

- Escala de Karnofsky.
- Escala ECOG.
- Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Pulmón de la EORTC QLQ-LC 13.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Tumores de Cabeza y Cuello de la EORTC.
- Cuestionario Rotterdam Symptom Checklist.
- Escala de Calidad de Vida para Niños Oncológicos.
- Escala de Calidad de Vida POQOLS para Niños con Cáncer.

Cuestionarios sobre enfermedades cardiovasculares:

- Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto.
- Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL).
- Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL).
- Cuestionario de Calidad de Vida para la Insuficiencia Venosa Crónica.

Cuestionarios sobre enfermedades dermatológicas:

- Índice de Calidad de Vida en Dermatología.
- Cuestionario Dermatológico de Calidad de Vida Skindex-29.

Cuestionario sobre aparato digestivo:

- Cuestionario de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Cuestionario de Calidad de Vida para los Familiares que Viven con Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Cuestionario de Severidad en Dispepsia.
- Cuestionario sobre Calidad de Vida Asociado a Dispepsia.
- Cuestionario GIQLI (*Gastrointestinal Quality of Life Index*) como herramienta fiable y eficaz en la evaluación de la calidad de vida en el paciente obeso mórbido.

Cuestionarios sobre enfermedades endocrinas:

- Cuestionario de Calidad de Vida en la Diabetes.
- Cuestionario de Salud para el Déficit de Hormona del Crecimiento.
- Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Acromegalia.

Cuestionarios sobre VIH:

- Cuestionario MOS-HIV.
- Cuestionario MQOL-HIV.
- Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en VIH/SIDA.

Cuestionarios sobre medicina intensiva:

- Cuestionario de Calidad de Vida-Dependencia Funcional en Medicina Intensiva.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Quemados.

Cuestionarios sobre enfermedades neurológicas:

- Cuestionario de Calidad de vida para la Enfermedad de Parkinson.
- Escala de la Marcha para Enfermedad de Parkinson.
- Escala Intermedia de Valoración para la Enfermedad de Parkinson.
- Escala de Calidad de Vida FEGEA para el Adulto con Epilepsia.
- Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia.
- Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Epilepsia.
- Calidad de Vida en Esclerosis Múltiple.

Cuestionarios sobre aparato osteoarticular:

- Cuestionario QUALEFFO para Mujeres con Fractura Vertebral debida a Osteoporosis.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Osteoporosis.
- Cuestionario WOMAC.
- Cuestionario de Evaluación Funcional para Enfermos Reumáticos.
- Perfil CAVIDRA.
- Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Osteoporosis.

Cuestionarios sobre aparato respiratorio:

- Cuestionario Respiratorio Saint George.
- Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica.
- Cuestionario de Calidad de Vida en el Asma.
- Inventario Revisado de Conductas Problemáticas Asociadas al Asma.
- Listado de Síntomas del Asma.
- Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Asma.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Niños con Asma.

Cuestionarios en Nefrología:

- * Calidad de Vida en Enfermedad Renal (KDQOL-SF36)

Cuestionarios en urología:

- Cuestionario de la Enfermedad Renal.
- Cuestionario IPSS.
- Cuestionario para la Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Incontinencia Urinaria.
- Otros cuestionarios:

Cuestionario de Calidad de Vida de los Cuidadores Informales.

Escala de Sobrecarga del Cuidador.

Cuestionario de Calidad de Vida en Mujeres Posmenopáusicas.

Escala de Síntomas del envejecimiento Masculino.

Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño.

Escala de Somnolencia Epworth.

Calidad de vida como Satisfacción vital: Comunicación. Escala de comunicación de Holden, Observación, Conocimiento de la realidad y Comunicación. Doce ítems y cinco niveles.

Vida diaria, Vida cotidiana. Test del informador de Jorm y Korten.

Actividades: Índices de Katz, Barthel y Lawton e Inventario de recursos sociales.

1.1.8. Instrumentos para evaluar la Calidad de Vida en la Tercera Edad.

Algunos instrumentos que han sido validados y utilizados en el mundo para medir CV en la tercera edad son^{28,30}:

*World Health Organization Quality of life (WHOQOL).

Es un instrumentos desarrollado en 1991 por la división de salud mental de la OMS. Surge de la necesidad de una medida internacional de CV, y de la promoción continuada de la salud, con un enfoque holístico de la misma y de la asistencia sanitaria. Es un instrumento autoaplicado, cuando la persona no es

capaz de leer o escribir por razones de cultura educación o salud, se usa una forma de entrevista asistida o administrada.

*SmithKline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL).

Instrumento autoaplicado que mide la percepción de los pacientes deprimidos y ansiosos sobre su CV, permitiendo a los mismos cuantificar sus sentimientos de bienestar actual en comparación con sus expectativas y esperanzas de cómo se sentirían en un estado ideal, valorándose así el “yo actual” y el “yo ideal”.

*Depression Quality of Life Battery (DQOLB).

Instrumento autoaplicado de medida de la CV específico para la depresión, diseñado para valorar el resultado del tratamiento con antidepresivos. Para su elaboración se utilizó ítems incluidos en otras escalas de CV, de tal forma que la DQOLB incluye 53 ítems que evalúan nueve dominios.

*Escala MGH de CV.

Escala dirigida a evaluar la CV de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la tercera edad. Esta conformado por 34 ítems y en el cual se miden las dimensiones de la salud del paciente, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida.

Los instrumentos disponibles actualmente para medir la CV son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. La introducción de estos instrumentos no solo se limita a la investigación de ensayos clínicos terapéuticos, sino que se extiende a la investigación en servicios de salud²⁴.

La mayoría de las medidas cumplen con las propiedades de validez (el instrumento mide aquello que pretende medir), fiabilidad en el sentido de repetibilidad (el instrumento produce los mismos resultados en mediciones repetidas bajo las mismas condiciones) y sensibilidad a los cambios (el

instrumento produce diferentes resultados en mediciones repetidas, si las condiciones cambian). No existe un único instrumento de medida de la CV que pueda adaptarse a todas las áreas de estudio. Dada la variedad de ámbitos potenciales de aplicación parece poco probable que un instrumento de medición sea capaz de satisfacer los requerimientos de todos los usuarios potenciales³¹.

La valoración del anciano, en atención primaria, mediante escalas sencillas, rápidas y validadas permite que se lleve a cabo un proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario 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 casos³⁵.

La gerontopsicología ha hecho esfuerzos en la investigación dirigida a determinar cuales son los factores que pueden predecir un envejecimiento feliz, concluyendo que estos pueden ser la capacidad de comunicación, dar y recibir amor, saber disfrutar y trabajar, tener una disposición activa y creativa; las personas que reconocen la importancia de sentirse bien se empeñan en buscar el bienestar activamente³⁶.

Los factores socio- familiares tienen una influencia apreciable sobre la salud del individuo, ésta, como todo ecosistema, altera su desarrollo psicosomático en niveles que hacen inevitables su catalogación tanto en la prevención como en la curación de enfermedades, la percepción individual de apoyo de la familia es un posible marcador de situaciones vitales estresantes que se pueden manifestar como una enfermedad psicosomática, por lo que la utilización de instrumentos que permitan clasificar adecuadamente la red de relaciones establecidas en el entorno familiar es también de importancia como lo es la valoración de la percepción de la CV³⁷. El médico familiar cuenta con el Apgar Familiar para evaluar la percepción de apoyo familiar en estos pacientes.

1.1.9. Apgar Familiar.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad³⁸.

La manera en que el sistema familia considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar³⁸.

El cuestionario Apgar- familiar, desarrollado por Smilkstein en 1978, es una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en sus soluciones. Determina el grado de satisfacción que el encuestado percibe de su entorno familiar, es fácil de utilizar y requiere de poco tiempo para aplicarse^{37, 38, 39,40,41}.

Smilkstein utilizó el acrónimo Apgar para recordar los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (Adaptability), cooperación (Partnership), desarrollo (Growth), afectividad (Affection) y capacidad resolutoria (Resolve)^{37, 38,39,40}.

Existen otros instrumentos que analizan la función familiar probablemente con una mayor validez, pero en general suelen contener un elevado número de ítems que los hace de difícil aplicación y entre los que están:

- Índice de función familiar (Pless y Satterwit)
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn)
- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott)
- Guía McMaster

- Escala de Holmes (Thomas Holmes)
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel y cols.)
- Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar (Salinas y cols.)
- Circulo Familia (Thrower, Bruce y Walton).

Por lo que el instrumento Apgar suele ser una buena opción y una herramienta de apoyo en la evaluación de la CV en el adulto mayor^{37,38,39,40,41}.

1.2. Planteamiento del problema.

A nivel mundial la transición demográfica y epidemiológica han cobrado interés, ya que el envejecimiento poblacional iniciado en Europa se ha extendido a otras regiones del mundo a la vez que ha incrementado su velocidad⁴². La transición demográfica tiene un comportamiento singular en los países en desarrollo, en los que esta goza de mayor celeridad, de ahí que ellos arribaran al envejecimiento poblacional en un lapso de tiempo mucho menor que el que necesitan la población de los países desarrollados^{42, 43}.

México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica de acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasaran de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050¹².

El cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI^{12,13,42}. El crecimiento progresivo de la población anciana, es un tema crítico en términos de salud pública y servicios sociales, ya que este envejecimiento poblacional conlleva implícito un cambio epidemiológico, en la prevalencia de las enfermedades⁴⁴. La problemática relacionada con el incremento en la esperanza de vida y la morbilidad incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y las discapacidades físicas, su aparición en un individuo concreto, habla a favor de la pérdida de autonomía, afectando la calidad de vida objetiva de éste^{42,44}. Entendiéndose por calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones²⁵.

Sin embargo, las personas ancianas, como en cualquier otro periodo de la vida, pueden tener sentimientos de bienestar, igual e incluso más acusados que las personas jóvenes, y que a pesar de que durante esta etapa se produce un notable descenso de la actividad social, no debe identificarse ni con la inexistencia de redes de apoyo informal ni con un apoyo de menor calidad⁹.

Por lo cual el enfoque asistencial de la ancianidad debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda del déficit encubierto, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención³⁵.

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 tomadas⁴⁴.

La aplicación de los principios básicos de la ética médica en la atención geriátrica implica la particularidad de que para que la asistencia se brinde con excelencia debe evaluarse previamente de forma multidimensional al adulto mayor considerando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y su autonomía e independencia para las funciones ejecutivas como ser humano⁴⁶.

Azpiazu Garrido y colaboradores, mencionan en su artículo "calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid", del año 2003, que el principal objetivo en salud es la calidad de vida, y esta es un indicador importante para señalar que la atención médica ya no puede estar solo dirigida a prolongar la duración de la vida, como ocurre con las personas muy ancianas y los enfermos terminales, ahora es importante en que condiciones llegan a una edad avanzada. El objetivo del artículo es describir el estado de salud autopercebido y la calidad de vida en los mayores de 65 años no institucionalizados residentes en dos áreas sanitarias de Madrid, es un estudio descriptivo, en el cual se utiliza una encuesta administrada a domicilio por entrevistadores, presentan una muestra de 2,002 personas mayores, de donde se obtienen solo 911 encuestas validas, las cuales miden edad y sexo, variables sociodemográficas, recursos económicos, apoyo sociofamiliar y cuestionarios Euroqol y Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Los resultados mostraron que la edad media era de 74.7 años, 59.7% eran mujeres y 52.1% percibían su estado de salud como bueno o muy bueno. Concluyendo que las

mujeres mostraron una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones, y que los mayores de 80 años no perciben su estado de salud como peor⁴⁷.

Es importante señalar que el estudio da prioridad a evaluar el estado de salud física para calidad de vida, sin embargo las áreas afectiva y socioeconómica se les da poca importancia.

En el año 2004, los autores Castellón Alberto y Romero Victorina, publican un artículo con el título “Autopercepción de la calidad de Vida”, con el objetivo de estudiar la calidad autopercebida en dos grupos de adultos mayores, institucionalizados y no institucionalizados, mediante técnicas de investigación como son la entrevista semi-estructurada y el grupo de discusión. Donde las variables son sexo y organización familiar, la localización del estudio es en la provincia de Almería (España), las entrevistas se aplican en una residencia geriátrica, la cual cuenta con 72 internos, con una edad media de 73 años, la otra población no institucionalizada, esta formada por un grupo de 6 personas, 3 hombres y 3 mujeres entre los 60 y 80 años, elegidos de forma aleatoria. Los autores concluyen que la mayor aportación de su trabajo fueron las declaraciones de carácter positivo con relación a la calidad de vida autopercebida por los pacientes, sin embargo, la pobre aportación que este artículo presenta sobre métodos de investigación de calidad de vida y el tamaño de su muestra, es un ejemplo de lo mucho que falta por investigar sobre el adulto mayor y su percepción de calidad de vida⁴⁸.

Nuestra investigación intenta realizar un acercamiento a la población de adultos mayores donde nuestro cuestionamiento es ¿cómo percibe su calidad de vida y la satisfacción del apoyo familiar?, que nos permita como médicos familiares tener un enfoque de prevención de riesgo en estos adultos.

1.3. Justificación.

El médico familiar proporciona atención médica de primer contacto, recibe y brinda un servicio a la población de todas las edades y sexos. Actualmente se ha incrementado la atención médica para la población de niños y principalmente a adultos mayores de 65 años, con el objetivo de atender de forma certera el padecimiento actual del paciente y prevenir las posibles complicaciones que esta enfermedad cause, sin embargo en el estudio de las personas mayores resulta imprescindible incorporar tanto los aspectos subjetivos como objetivos que modulan la percepción que tiene el sujeto sobre su calidad de vida, es decir el “sentirse bien” física y emocionalmente, y que pueden ser un factor determinante que influya en el impacto de una enfermedad en el individuo.

Conocer el entorno social, la problemática económica, el estado de salud y estado emocional, permitirían que el abordaje médico de primer contacto sea más enriquecedor, desarrollando estrategias que permitan mejorar en lo posible la calidad de vida del adulto mayor, sin perder de vista a la familia como principal red de apoyo.

Se debe considerar que el apoyo familiar es de vital importancia para afrontar satisfactoriamente las crisis vitales que se sufren al hacerse mayor, el apoyo de los amigos, conocidos y la sociedad en conjunto influyen en la adaptación del sujeto a los cambios, creando las condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente, por medio de brindar protección, afecto y seguridad económica.

Reconocer como el adulto mayor percibe su entorno social, los cambios a consecuencia de la jubilación, el deterioro físico, su economía y sobre todo una familia que le permita sentirse útil, facilitarían que el abordaje del equipo de salud sea más fácil.

La calidad de vida es un tema importante en la atención médica, su conocimiento beneficiaría a este grupo de la población y disminuirá los gastos y el costo para las instituciones por medio del desarrollo de estrategias y programas más completos, accesibles y de bajo costo, siempre orientados a servir a este grupo de la sociedad.

1.4. Objetivo

Identificar la autopercepción de Calidad de Vida y satisfacción del apoyo familiar en los adultos mayores pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", en México.

Objetivos generales.

- Evaluar por medio del cuestionario "MGH de calidad de vida", la percepción que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida.
- Identificar por medio de esta encuesta quienes perciben una mejor calidad de vida, las mujeres o los hombres adultos mayores.
- Identificar como la población de adultos mayores que aun trabaja percibe su calidad de vida, en relación con la percepción de aquellos que ya no trabajan.
- Identificar la satisfacción del apoyo familiar por medio del instrumento Apgar familiar en el grupo de adultos mayores encuestados.

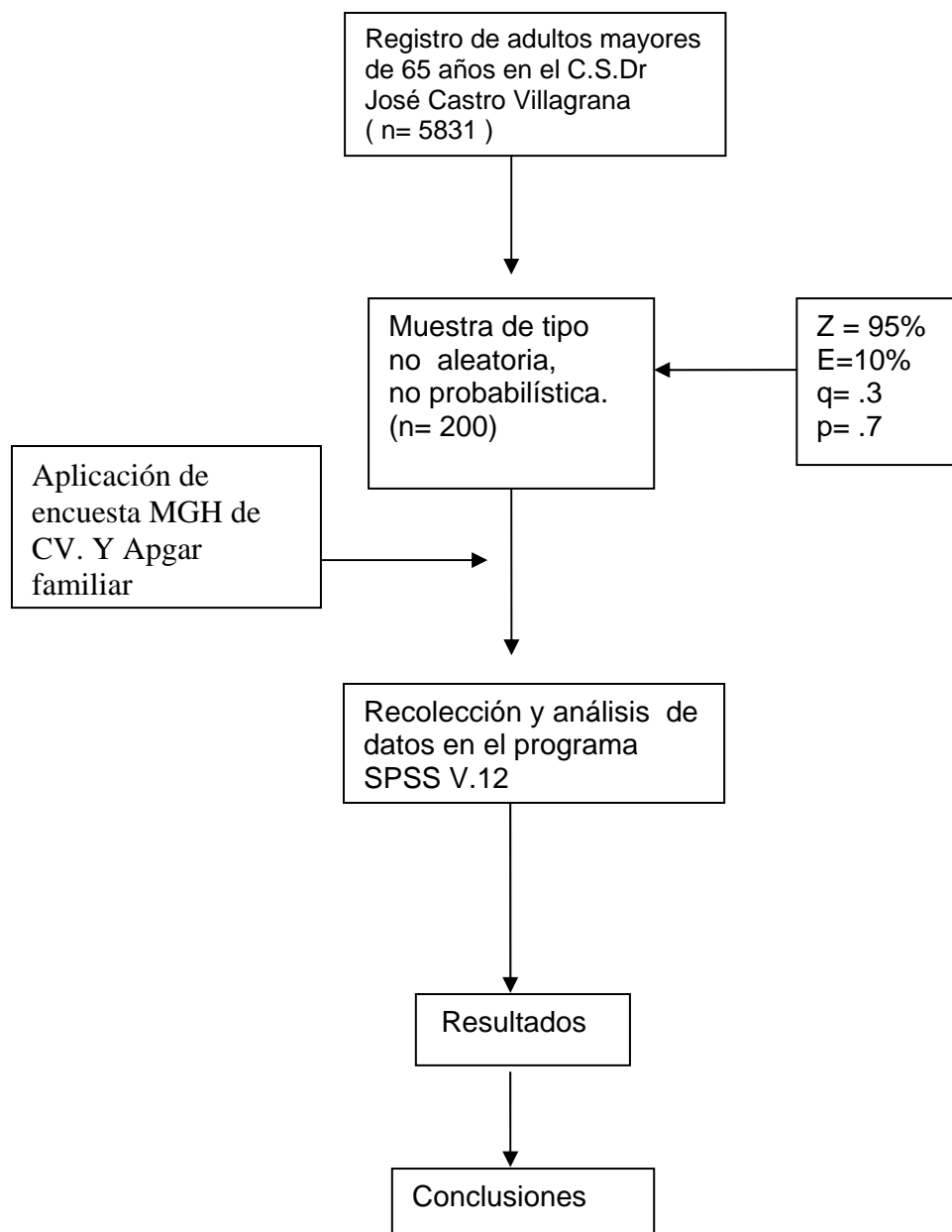
2. MATERIAL Y METODOS.

2.1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Aplicado por medio de encuesta administrada a los pacientes por entrevistadores capacitados.

2.2. Diseño de investigación.



2.3. Población, lugar y tiempo.

Se aplicó una encuesta de forma no aleatoria a 180 adultos mayores de 65 años o más, de ambos sexos, los cuales viven en el área de influencia correspondiente al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", en la delegación Tlalpan del Distrito Federal. Empleando como referencia la población de pacientes registrados como adultos mayores, en los registros de enfermería para el plan de "atención al adulto mayor" hasta marzo del año 2004, la cual registraba 5831 pacientes. Dicha encuesta se efectuó durante los meses de julio y agosto del 2004, se aplicó en la sala de espera y la zona de influencia de la unidad de salud. La encuesta incluyó la escala de calidad de vida M.G.H, de la Habana Cuba, cuenta con 34 ítems que evalúan la salud del paciente, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, y de la cual algunos autores mencionan su validez y aplicación en una población de ancianos de la Habana, sin embargo no fue encontrada mas bibliografía respecto al tema. Además fue aplicado el cuestionario Apgar que mide la satisfacción del apoyo que recibe el paciente de su familia, buscando que ambos cuestionarios aporten datos importantes a la investigación. Los datos fueron almacenados y analizados mediante estadística descriptiva, en relación a frecuencia, porcentaje, moda, media, mediana, mínimo y máximo del programa SPSS versión 12.

2.4. Muestra

Se tomo una muestra de forma no aleatoria (no probabilística), de la población de adultos mayores registrados en la base de datos del servicio de enfermería el cual señala 5831 pacientes hasta en año 2004, del C.S. Dr. José Castro Villagrana. Se aplican 200 encuestas, de las cuales solo 180 son validas, debido a que el resto presenta errores en el llenado, ausencia de datos e información acerca de la población encuestada.

Formula para calcular la muestra.

$$No = \frac{\frac{Z^2 p}{E^2 q}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 p}{E^2 q} - 1 \right]}$$

No = 180

Donde:

Z = 95% (confianza)
E = 10 (error)
q = .3
p = .7
N = 5831 (pacientes registrados)

valor de probabilidad = 1.645

2.5. Criterios del estudio.

Criterios de inclusión.

1. Población de adultos mayores de 65 años, hombres y mujeres.
2. Adultos mayores que refieran no tener enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad articular degenerativa que los haga depender de la ayuda de otra personas para realizar actividades físicas esenciales.
3. Población de adultos mayores que vivan en el área de influencia del Centro de salud "Dr. José Castro Villagrana".
4. Personas que acepten voluntariamente contestar la encuesta.

Criterios de exclusión.

1. Población que no sea del área de influencia del Centro de Salud.
2. Adultos mayores que tengan duda sobre su estado de salud.
3. Población de edad menor a los 65 años.

Criterios de eliminación.

1. Encuestas que no hayan sido contestadas en su totalidad.
2. Encuestas en las que los familiares hayan intervenido en las respuestas.

2.6. Variables del estudio.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
1.Numero de folio	cuantitativa	continua	No.consecutivo del 1 al n.
2.Edad	cuantitativa	continua	Números enteros
3.sexo	cualitativa	nominal	1.femenino 2.masculino
4.escolaridad	cuantitativa	continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria
5.Ocupación	cualitativa	nominal	Textual (agrupación por códigos)
6.Estado civil	cualitativa	nominal	1Soltero 2.casado 3.viudo 4.divorciado 5.unión libre.
7.No.integrantes de la familia	cuantitativa	discontinua	Valor del número de integrantes
8.Derechohabiencia	cualitativa	nominal	1.IMSS 2.ISSTE 3.SSA gratuidad
Cuestionario MGH de CV			
1.Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras,agacharse,levantarse)	cualitativa	nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
2.Puedo ir a la bodega a hacer los mandados	cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
3.Mi familia me quiere y me respeta	cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
4. Mi estado de ánimo es favorable.	cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
5.Me siento confiado y seguro frente al futuro	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
6.Con la jubilación mi vida perdió sentido	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
7.Mi estado de salud me	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a

permite realizar por mi mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)			menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
9. Soy importante para mi familia.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
10. Me siento solo y desamparado en la vida	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
11. Mi vida es aburrida y monótona	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
13. Puedo aprender cosas nuevas.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
14. Puedo usar el transporte público.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
19. Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
20. Estoy nervioso o inquieto.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
21. Puedo ayudar en el cuidado	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a

y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).			menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
25.Soy feliz con la familia que he constituido	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
26.Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
27.Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella .	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
28. He pensado quitarme la vida.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 1, a menudo 2, Algunas veces 3, Casi nunca 4.
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
34. Soy feliz con la vida que llevo	Cualitativa	Nominal	Casi siempre 4 ,a menudo 3, algunas veces 2, casi nunca 1
Instrumento MGH de CV	Cualitativa	Nominal	Mala CV: 34 -59 Regular CV: 60 -85 Buena CV: 86 -111 Muy buena: 112 -137.
APGAR Familiar			
¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	Cualitativa	Nominal	Casi nunca 0,a veces 1 casi siempre 2

¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	Cualitativa	Nominal	Casi nunca 0, a veces 1 casi siempre 2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	Cualitativa	Nominal	Casi nunca 0, a veces 1 casi siempre 2
¿Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	Cualitativa	Nominal	Casi nunca 0, a veces 1 casi siempre 2
¿Siente que su familia lo quiere?	Cualitativa	Nominal	Casi nunca 0, a veces 1 casi siempre 2.
APGAR Familiar	Cualitativa	Nominal	Muy satisfecho: 7 -10 Moderadamente satisfecho: 4-6 Muy insatisfecho: 0-3

2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.

El instrumento MGH de calidad de vida, mide con 34 ítems el bienestar en el área de salud, condición socioeconómica y satisfacción por la vida, con respuestas de: casi siempre, a menudo, algunas veces y casi nunca, donde de acuerdo a la pregunta se le da el valor a cada respuesta de 1 a 4 puntos.

El cuestionario Apgar familiar, mide el grado de satisfacción de apoyo familiar y donde por medio de 5 ítems, cada uno con tres respuestas con valor numérico asignado de la siguiente forma: Casi nunca 0, a veces 1, casi siempre 2.

2.8. Instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó la escala MGH de Calidad de vida, la cual toma sus siglas de los nombres de los creadores: Álvarez Pérez **Miriam**, Quintero Danauy **Gema** y Bayarre Veá **Héctor**. Es una escala dirigida a evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, fue validada y utilizada en Cuba por especialistas de la facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la tercera edad y presentado como trabajo de investigación en el 1er Forum Nacional de Ciencia y Técnica de la Habana Cuba 1998, con el título de “Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la tercera edad. Constituida por 34 ítems que miden las dimensiones de salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida y el cuestionario Apgar, el cual determina el grado de satisfacción que el encuestado percibe de su entorno familiar, el cual consta de 5 ítems.

Se elabora, posterior al apartado de participación voluntaria, una ficha de identificación donde solo se señala: edad, sexo, escolaridad, ocupación y servicio de salud con el que cuenta el paciente, así como el número de integrantes de la familia, la edad y el parentesco de estos con el adulto mayor.

2.9. Método de recolección de datos.

Se elaboró una encuesta construida a base de una ficha de identificación, el instrumento MGH de calidad de vida y el Apgar familiar, que fue aplicada por encuestadores capacitados, a la población que habita el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", en la sala de espera de dicha unidad y su periferia. La aplicación de dicha encuesta se llevo a cabo durante los meses de Julio y Agosto del 2004, para posteriormente recabar los datos de cada encuesta en el programa SPSS versión 12, creándose una base de datos analizados por medio del paquete de estadística descriptiva para frecuencia, porcentaje, moda, media y mediana, mínimo y máximo para obtener una conclusión.

Cronograma.Ver

anexo

7.

2.10. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Se contó con el apoyo de tres personas para la aplicación de cuestionarios, previamente informados sobre el tema de estudio y capacitados para la realización de la encuesta. Se utilizaron tablas porta hojas, hojas blancas, lápices, gomas, 200 copias de las encuestas, una computadora para elaborar base de datos. El investigador cubrió todos los gastos de la investigación, así como el pago a la labor de los encuestadores.

2.11 Consideraciones éticas.

De acuerdo a lo establecido en las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Donde se menciona que la misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión.

Se toma en cuenta para esta investigación los puntos siguientes:

1. Todo proyecto de investigación bio-médica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

2. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física.

3. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Con respecto reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, menciona:

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación realizada se clasifica en la siguiente categoría;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

3.Resultados.

De 180 personas encuestadas, se obtuvo un valor de 69 años como media, donde la edad mínima fue de 65 años (32 personas) y edad máxima 86 (3 personas); 107 personas (52.5 %) corresponden al sexo femenino y 73 personas (35.8%) al sexo masculino.

Tabla 1.

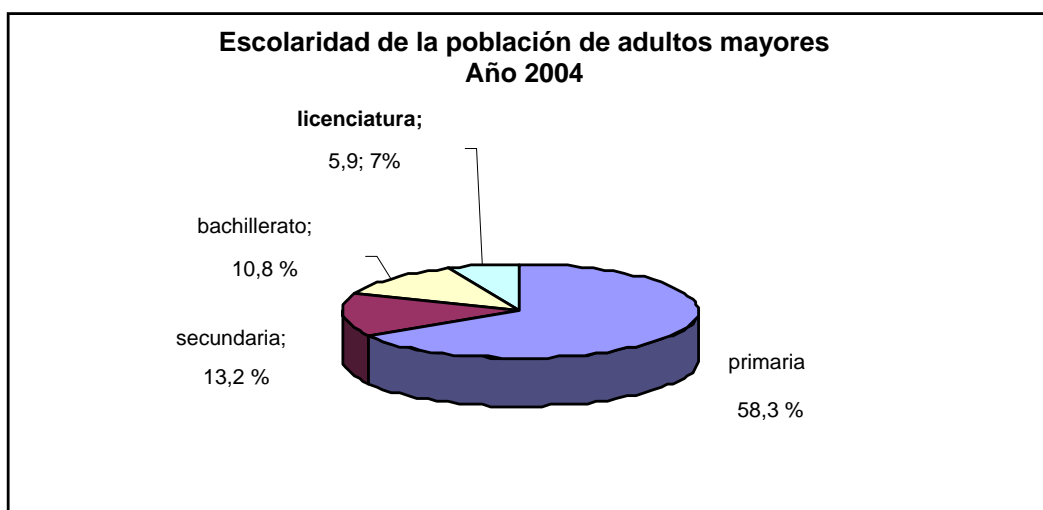
Frecuencia por edad de adultos mayores encuestados año 2004

Edad (años)	frecuencia (personas)
65	32
66	14
67	22
68	24
69	19
70	14
71	10
72	10
73	7
74	3
75	4
76	3
77	3
78	9
82	3
86	3
Total:	1169
	180

Fuente: Encuesta "Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor", C.S.Dr.José Castro Villagrana 2004.

Los años de escuela o nivel educativo de la población encuestada muestra que 119 personas (58.3%) cuentan con educación primaria, 27 (13.2%) secundaria, 22 (10.8%) con bachillerato y solo 12 (5.9%) nivel de licenciatura.

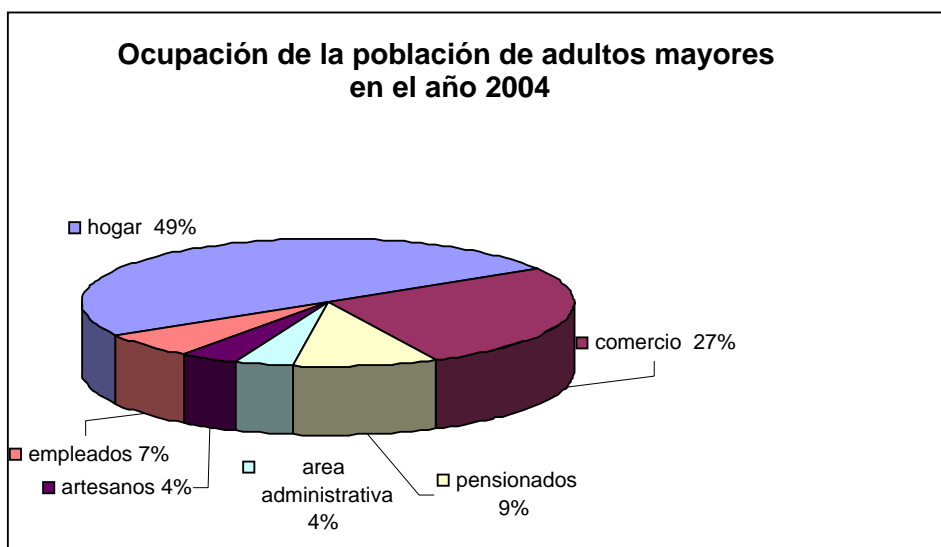
Gráfica 1.



Fuente: Encuesta "Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor", C.S. Dr. José Castro Villagrana 2004.

La ocupación de los encuestados en actividades propias del hogar es de 89 (43.6%) mujeres y 17 (8.3%) hombres, comercio 48 personas (13 mujeres y 35 hombres), área administrativa 7 personas (3 mujeres y 4 hombres), 7 son artesanos (2 mujeres y 5 hombres), y 12 hombres empleados en alguna empresa.

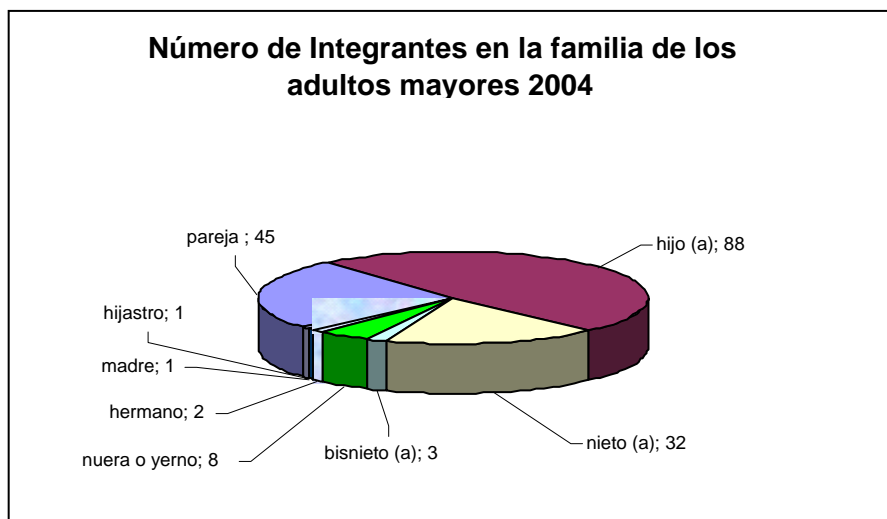
Gráfica 2.



Fuente: Encuesta "Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor", C.S. Dr. José Castro Villagrana 2004.

El número de integrantes de las familias de los encuestados va de una persona (pareja o cónyuge 22.1%), hasta siete personas conviviendo (hijos 43.1%), y como dato extra es el echo de que la convivencia en el hogar suele ser mas con personas del sexo femenino (54.9%) que del masculino (33.3%).

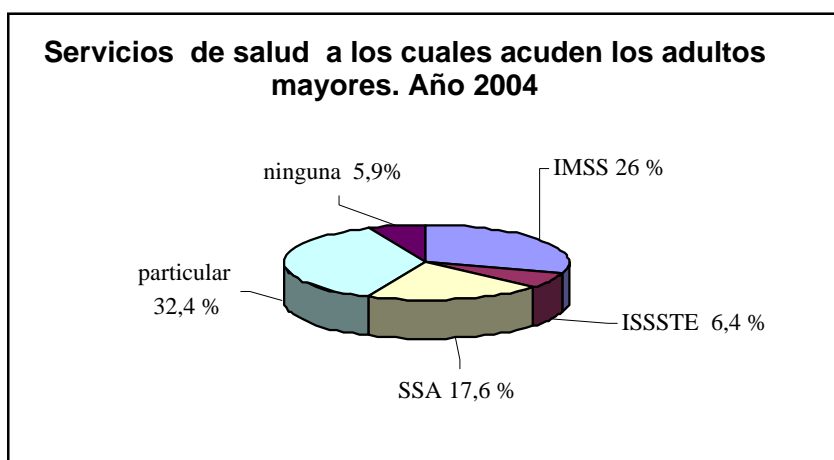
Gráfica 3.



Fuente: Encuesta “Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor”.

Las instituciones a las cuales recurren los adultos mayores encuestados son: 53 personas (26%) al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 13 personas (6.4%) al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 36 personas (17.6%) Secretaria de Salud, 66 personas (32.4%) a médicos particulares, 12 personas (del rango de 65 años de edad) refirieron que no acudían con ningún médico.

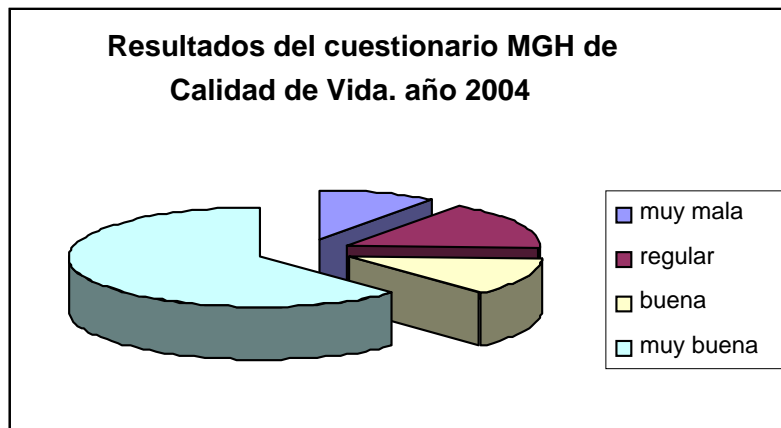
Gráfica 4.



Fuente: Encuesta “Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor”.

Los resultados para el cuestionario MGH de calidad de vida fueron: para calidad de vida “muy mala” 18 pacientes, calidad de vida “regular” 28 pacientes, 23 pacientes “buena calidad de vida” y 111 pacientes “muy buena calidad de vida”

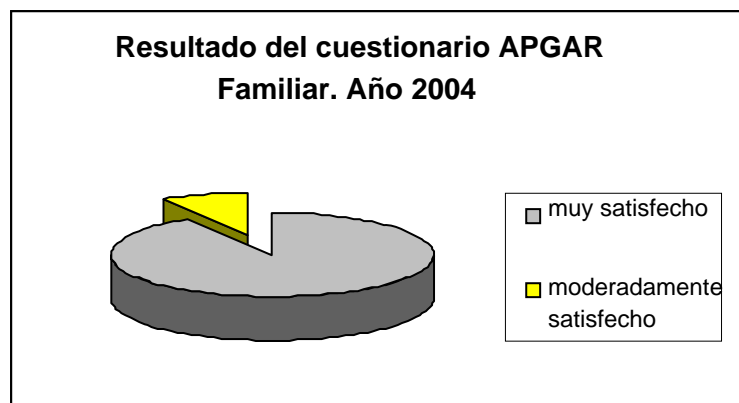
Ver grafica 5.



Fuente: Encuesta “Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor”, C.S. Dr. José Castro Villagrana 2004.

Los resultados para el cuestionario sobre satisfacción de apoyo familiar Apgar, son: 164 pacientes refieren estar satisfechos con el apoyo familiar y 16 moderadamente satisfechos del apoyo familiar.

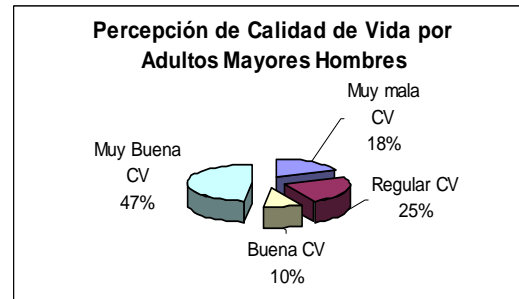
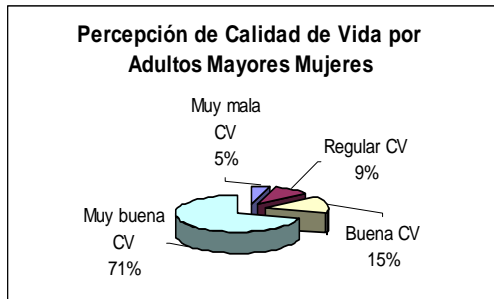
Gráfica 6.



Fuente: Encuesta “Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor”, C.S. Dr. José Castro Villagrana 2004.

La comparación entre hombres y mujeres con respecto a la percepción de su calidad de vida se muestra en la siguiente grafica.

Grafica 7.



Fuente: Encuesta "Autopercepción de CV y satisfacción del apoyo familiar por el adulto mayor", C.S. Dr. José Castro Villagrana 2004.

Las mujeres adultos mayores refirieron percibir una mejor calidad de vida debido al apoyo que dicen tener de su familia, la aceptación del grupo social al cual pertenecen y al que se les hace sentir productivas e importantes.

4. Análisis de resultados.

De 180 encuestas aplicadas a adultos mayores, 107 personas corresponden al sexo femenino y solo 73 al masculino, tal diferencia puede deberse a que las mujeres acuden con mayor frecuencia a solicitar los servicios de atención médica y que acuden a los grupos de convivencia y actividades para el adulto mayor que se llevan a cabo en este centro de salud. El resto de la población encuestada en la periferia del centro de salud permitió la captura de encuestas contestadas por más hombres.

Esta población encuestada negó padecer enfermedades como Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial o Enfermedad articular degenerativa, que los obligue a permanecer en casa, evitar algunas actividades, tomar medicamentos diariamente o requerir de la ayuda de otra persona para la realización de sus actividades diarias, dando como resultado una población que puede trasladarse para realizar compras en un 63.2% (129 personas), usar el transporte público en un 65.7% (134 personas), y sobre todo pensar que su estado de salud les permite disfrutar de la vida en 63.7% (130) de las personas. El grado de escolaridad fluctuó entre primaria 119 personas y licenciatura 12 personas, influyendo en la actividad de lectura de libros , revistas o periódicos de forma significativa, ya que 63 % opinaron que casi nunca leen y 85 personas al menos leen revistas o periódicos.

Es importante señalar que por lo menos, nuestra población de adultos mayores, convive con una persona en su casa que puede ser su pareja, hijos, nietos u otras personas, dato que ayudo a evaluar la satisfacción por el apoyo familiar en la investigación y en la aplicación del Apgar familiar.

Como se ha mencionado, el apoyo que ofrezca la familia a esta población de adultos mayores es fundamental para su adecuada adaptación a los cambios. la participación en los problemas que se tienen en casa, la toma de decisiones el tiempo que la familia pasa junta, el poder expresar a la familia lo que se piensa y se siente a sido enriquecedor para 146 personas que son felices con la familia que han constituido, y en 150 que sienten que sus familias los quieren, en comparación con 30 que no sienten este cariño hacia ellos. Además es interesante como las creencias en un ser supremo dan esperanza a algunos adultos mayores, así lo exteriorizó el 82.4% (168 personas) de la población, ayudándolos a desechar la idea de quitarse la vida en un 75.5%

(154 personas), y tener aspiraciones y planes para el futuro en el 51 % de la población.

El 41.1% de la población (74 personas) que aun tienen un empleo o desarrollan alguna actividad que les proporcione un ingreso, refieren estar confiados en la resolución de algunas necesidades económicas, y sentirse capaces de atenderse y cuidar de ellos mismos, así como mantener relaciones con amigos y vecinos, en comparación con las personas que se encuentran en sus casas y en mayor proporción a aquellos adultos mayores hombres que la jubilación los hace creer que la vida ha perdido sentido (28 personas), se sienten desamparadas en un 13.2% (27 personas), su vida la perciben aburrida y monótona (25 personas) ; que en algunos casos (4 personas) han pensado en quitarse la vida y que sobre todo la satisfacción por el apoyo familiar es nula (8.8%).

Los ítems de ambos instrumentos utilizados en este estudio permiten realizar este tipo de comparaciones, que en un futuro puedan aplicarse de forma mas certera y precisa para la obtención de mayores datos que permitan la evaluación de la calidad de vida en los adultos mayores.

5. Conclusiones.

El incremento en la esperanza de vida en nuestra población ha generado un interés por las personas mayores, centrándose principalmente en atender las enfermedades que presentan y sus complicaciones, el abandono social y el declive económico, creándose programas que intenten de manera satisfactoria un mejoramiento en su modo de vida y mejor aun en la percepción que este individuo tiene acerca de lo que se le puede brindar para mejorarla.

Alberto Castellón y Sánchez del Pino, mencionan en su artículo sobre “Calidad de vida en la atención al mayor”, en: Rev.Mult.Gerontol.2003, volumen 13, número 3, en las paginas 188-192; que “la gran parte de las personas mayores presentan una calidad de vida satisfactoria y afrontan razonablemente bien las consecuencias del envejecimiento y de la vejez”, que realmente no existen diferencias significativas de genero y la salud es la preocupación principal para esta población.

Nuestra investigación solo se aplica a pacientes aparentemente sanos ya que la aseveración sobre “mala salud igual a mala calidad de vida”, como lo menciona Flores Molina J.I; Gómez Soto V; Garza Garza E y Gutiérrez Herrera R, en el artículo: Calidad de vida: Salud en el paciente de la tercera edad. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición.2004. y donde utilizan el instrumento MGH de Calidad de vida, para concluir que “la salud si tiene relación con la Calidad de Vida en pacientes mayores de 60 años, por lo cual se debe tomar en cuenta los factores de riesgo para disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida y salud”. Aseveración que nos pueden hacer suponer que sea cierta, sin embargo el impedir que esta población de adultos mayores “sanos” enferme y cambie su percepción de “buena a mala calidad de vida” o que aquellos adultos que refirieron tener una mala calidad de vida no consigamos como médicos familiares llevar un seguimiento y un enfoque de prevención de riesgo, es un gran desafío. La investigación permitirá que el equipo de salud actúe en la población de adultos jóvenes para tener adultos mayores con una excelente calidad de vida.

Referencias.

- 1 Taylor R B. Medicina de familia. La disciplina, la especialidad y el médico. En: Taylor R B. Medicina de Familia Principios y Practica.3ra ed. Barcelona 1991:3-20.
- 2 Gallo V. F.J; Altisent T.R; Espino E. J; Fernández S. C; Foz G.G; Granados M.I; ed al. Perfil profesional del medico de familia. Aten. Primaria 1999:23 (4): 236- 248.
- 3 Huerta G.J.L. La familia en el proceso Salud- Enfermedad. México 1998:13-121.
- 4 McWhinney I.R. La familia en la salud y la enfermedad. En: McWhinney I.R. Medicina de Familia. Mosby.1995:207-233.
- 5 Thomas L. Premisas básicas de la orientación familiar en atención primaria. En: McDaniel S; Campbell T.L; Seaburn D.B. Orientación Familiar en Atención Primaria.1998:3-15.
- 6 Fernández P.M, García D.J.C, López F.A.I, Extebarria F.I, Díaz de A.A, López D. Familia extensa troncal y enfermedad mental en un área de salud rural. Aten Primaria 2000; 26 (3):157- 161.
- 7 Gómez G.C; Riquelme H.H.M. Funciones de la familia. En: De la Garza T. Trabajando con familias. 1998: 13-17.
- 8 Mejía M.J.L, Ortiz de la H.D, La familia. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D´hyver C. Geriatria. México 1999: 8-13.
- 9 Meléndez M.J.C. Apoyo familiar y tercera edad. Geriatrika, 1998; 14(2):98-102.
- 10 Chulián H.A, Fernández L.L, Chávez A.M. Estudio sobre talleres de movilidad para personas mayores. Geriatrika, 2001; 17 (2):47-54.
- 11 Nicola P. Aspectos generales del envejecimiento. Geriatria. México 1985.1-17.
- 12 De López N.H. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la ultima década. RESPYN. México 2003 (5): 1-3.
- 13 Villanueva E.L.A. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev.Hosp.Gral.Dr. M.Gea González 200; 3(3):107-114.
- 14 Iborra R.R. Psicología del envejecimiento. Geriatrika, 1997; 13(3):97-109.

- 15 Agar C.L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones socio bioéticas. *Acta bioeth* 2001; 7(1). 1-7.
- 16 Pajares R.R.A propósito del envejecimiento activo y de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento: que estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Aten Primaria* 2002; 30(2): 77-79.
- 17 Consejo de Población del D.F. Día Nacional del Anciano. México 2004.
- 18 Fernández G.N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. *Acta médica* 2002; 10(1-2); 1-10.
- 19 Pardo A.G. Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. *Rev. Cubana Invest Biomed.* 2003: 22 (1); 58-67.
- 20 De la Fuente R. El envejecimiento: una etapa del ciclo vital. *Salud Mental* 1999; 22(5):1-5.
- 21 Benítez. Atención de salud en el paciente anciano. En: Zurro M. Cano P.J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. España 1998.Vol. II: 1595-1623.
- 22 Pérez R.E.Morales V.J.J. Fisiología del envejecimiento. En: Rodríguez R. Morales. J. Encinas J. Trujillo. Z. D´hyver.C. Geriatria. 2000. 32-36.
- 23 Meléndez .M.J.C. Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Geriatrka*, 1999; 15(1): 18-22.
- 24 Velarde E. Jurado E. Avila F.C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pub Mex* 2002; 44:349-361.
- 25 Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc.Enfer.* Uruguay 2003.9 (2).4-10.
- 26 Castellón S.P.A. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev. Mult Gerontol* 2003; 13 (3): 188-192.
- 27 Barber K.C.M. Ambigüedad en la definición sobre calidad de vida.El financiero. México 2006:9-11.
- 28 Reyes C.T. Triana A.E. Salud en la tercera edad y calidad de vida. *Rev. Geriátrica y gerontologica* 2002.4 (1).1-11.
- 29 Alguacil G.J. La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Documento social ISSN.* España 1996; 103:69-86.

- 30 Bayarre Pérez P.J.Menendez J.J. Las transiciones Demográfica y Epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Geroinfo.RNPS.2006; 2110:1(3).
- 31 Castillo A.L. La medicina familiar y los retos del siglo XXI. Colombia Médica. Colombia 2006; 37 (2):1-2.
- 32 Badia Carne X. la evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin (Barc) 1998;110: 550-556.
- 33 Llach B.X. Lizan T.L. Estudios de calidad de vida. En: Zurro M. Cuadernos de Medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los Principios de Medicina Familiar. España 2002. 5ta ed.:250-256.
- 34 Oliveira R.C. Calidad de Vida. Wikipedia enciclopedia libre.2005. Citado en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida.
- 35 Bayó J. Fernández A. Orfila F. Dalfo A. Casajuana J. Vila. M. A. Plan J. Masseda A.M. Vives S. Nebot A. Autopercepcion de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1996; 17(4); 273-279.
- 36 Meléndez M.J.C. Cerda F.C. Emociones y tercera edad: un camino por recorrer. Geriatrika, 2001; 17(4):143-150.
- 37 Rodríguez F.E. Gea S. A. Gómez M.A, García G.J.M. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. Atención primaria 1996; 17 (5):64-71.
- 38 Huerta G J.L. La Familia en el Proceso Salud – Enfermedad. México 1992. 1era.ed.:13-100.
- 39 Bellon S.J.A. Delgado S.A. Luna del C.J. Lardelli C.P. validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar- familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-296.
- 40 Garnerd W. Nutting P.A. Kelleher K.J. Werner J.J. Farley T. Stewart L. Hartsell M. Orzano J. Does the family Apgar effectively Measure family functioning?. J Fam Pract 2001; 50 (1):19-25.
- 41 Smilkstein G. The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. J Pract 1978; 6(6):1231-1239.

- 42 Veá B.H, Piñero P.J, Jiménez M.J. GEROINFO. Las transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vidas Objetiva en la tercera edad. Vol.1 (3).Cuba 2006. 1-27.
- 43 Del Rosario B.M.A. Atención de salud en el paciente anciano. Em. Zurro M.A. Pérez C.J.F. Atención Primaria. Conceptos, Organización y práctica clínica. Harcourt. España 1998.2(1):1595-1623.
- 44 González L.G,Ibabe I.C,Pastor M.V,Pardo.C.C,Maldonado.G.R. Aspectos generales de la demencia. Geriatrika,2001;17(2):40-46.
- 45 Díaz G.P. La calidad de vida relacionada con la salud. Importancia en atención primaria. Aten primaria.2003, 31(5):285-294.
- 46 Guerra N.F. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. Acta medica 2002;10 (1-2):1-10
- 47 Aspiazu G.M.Cruz J.A.Villagrasa F.J.R. Abanades García M.N.Alvarez.M.R. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten.Primaria 2003; 31(5):285-294.
- 48 Castellón A.Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. Rev.Mult.Gerontol 2004; 14(3):131-137.
- 49 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
- 50 Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. título segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. capítulo i. 1988.

7. Anexos

1. CRONOGRAMA

Fecha	Marzo 2004	Abril 2004	Mayo 2004	Junio 2004	Julio 2004	Agosto 2004	Sept 2004	Oct 2004	Nov 2004	Dic 2004	Feb 2005	Marzo 2005	Agost 2006	Agost 2007	Enero 2008	Enero 2008
Etapa / actividad																
*Etapa de planeación del proyecto	*															
*Marco teórico		*	*													
*Registro y autorización del proyecto																
*Prueba piloto				*												
*Etapa de ejecución del proyecto					*	*										
*Recolección de datos							*									
*Almacenamiento de los datos								*								
*Descripción de los resultados									*							
*Discusión de los resultados										*	*					
Conclusiones del estudio.												*				
*Integración y revisión final												*				
*reporte final													*	*	*	*
*Autorizaciones																*
*Impresión del trabajo final																*

2. Encuesta.

“Autopercepción de Calidad de Vida por el adulto mayor.”.

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar el grado de satisfacción personal, conocido como “Calidad de vida”

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, La información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que algunas de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla respetando así su deseo de privacidad. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a), agredido (a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada con fines de investigación que permitan obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

¿Acepta usted contestarla?

Si o No

Ficha de identificación:

Edad:

Sexo: F o M

Escolaridad.

Ocupación

Servicio de salud al que acude:

Integrantes de la familia:

Numero	Edad	Sexo	Parentesco

Escala de calidad de vida

ESCALA M.G.H. Calidad de vida	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).	4	3	2	1
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados	4	3	2	1
3. Mi familia me quiere y me respeta	4	3	2	1
4. Mi estado de ánimo es favorable.	4	3	2	1
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro	4	3	2	1
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido	1	2	3	4
7. Mi estado de salud me permite realizar por mi mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)	4	3	2	1
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos	4	3	2	1
9. Soy importante para mi familia.	4	3	2	1
10. Me siento solo y desamparado en la vida.	1	2	3	4
11. Mi vida es aburrida y monótona	1	2	3	4
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón	1	2	3	4
13. Puedo aprender cosas nuevas.	4	3	2	1
14. Puedo usar el transporte público.	4	3	2	1
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole	4	3	2	1
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar	4	3	2	1
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	4	3	2	1
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.	4	3	2	1
19. Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.	4	3	2	1
20. Estoy nervioso o inquieto.	1	2	3	4
21. Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).	4	3	2	1
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.	4	3	2	1
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	4	3	2	1
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	4	3	2	1
25. Soy feliz con la familia que he constituido	4	3	2	1
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)	4	3	2	1
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.	4	3	2	1
28. He pensado quitarme la vida.	1	2	3	4
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	4	3	2	1
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.	4	3	2	1
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	4	3	2	1
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.	4	3	2	1
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	4	3	2	1

34. Soy feliz con la vida que llevo.	4	3	2	1
--------------------------------------	---	---	---	---

Resultados:

Mala: 34-59

Regular: 60- 85

Buena: 86- 111

Muy buena: 112 - 137

APGAR FAMILIAR

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Muy satisfecho: 7-10

moderadamente satisfecho: 4-6

Muy satisfecho: 0-3