



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10  
XALAPA, VERACRUZ.**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 10 DE  
XALAPA VERACRUZ.**

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

**PRESENTA:**

**DR JOSUE VELASCO ORTIZ**

**XALAPA VERACRUZ.**

**2009**



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 DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 10 DE  
XALAPA VERACRUZ.**

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

**PRESENTA**

**DR JOSUE VELASCO ORTIZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

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

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**XALAPA VERACRUZ.**

**2009**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 10 DE  
XALAPA VERACRUZ.**

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

**PRESENTA**

**DR JOSUE VELASCO ORTIZ**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. GEORGINA GARCIA ZARATE  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 66**

**MASTER MARGARITA INFANZON RUIZ  
ASESOR METODOLOGICO**

**DRA. ELIZABETH SOLER HUERTA  
ASESOR DE TEMA**

## **AGRADECIMIENTO**

### **TESIS**

Un esfuerzo donde participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiéndome, con paciencia dándome ánimo en los momentos mas apurados de crisis y de felicidad.

A mi familia por el tiempo que les ocupe con mis tareas clases y que no disfrutamos en la convivencia. Por su paciencia y por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría.

A la Dra. Graciela Mota Velasco por su ayuda para determinar y orientar el rumbo de mi protocolo.

A la Sra. Rosario Pérez Gallegos asistente medico por su participación y elaboración de encuestas por su incondicionable colaboración.

A mis pacientes por su cooperación que tuvieron para llevar a cabo las encuestas.

A mi asesor Dra. Elizabeth Soler Huerta sus consejos, paciencia y opiniones sirvieron para que me sienta satisfecho en mi participación dentro del proyecto de investigación. Por darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales. Gracias por su dirección, por las largas jornadas de asesorías y consultas. Por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la tesis y sus atinadas correcciones para el termino de este trabajo.

A la T. S. master Margarita Infanzón Ruiz, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad.

Gracias a cada uno de los maestros de 2º. Nivel de clínica hospital general de zona no. 11, que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera.

<b>INDICE</b>	<b>PAG.</b>
<b>MARCO TEÓRICO.</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>20</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO.</b>	<b>21</b>
<b>POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.</b>	<b>22</b>
<b>TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.</b>	<b>23</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.</b>	<b>24</b>
<b>INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.</b>	<b>25</b>
<b>MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.</b>	<b>29</b>
<b>RESULTADOS TABLAS CUADROS Y GRÁFICAS.</b>	<b>30</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.</b>	<b>49</b>
<b>DISCUSIÓN.</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>59</b>

## ANTECEDENTES

En la última década el aumento de la población adulta mayor de 60 años, ha llamado la atención de trabajadores de la salud y políticos de diversos países, por lo que se han propuesto trabajar para mejorar las condiciones de vida de este grupo de población y con ello contribuir a mejorar la calidad de vida.<sup>1</sup>

Para Argentina el número de personas de más de 60 años que tendrá en el año 2025 superará los 9,5 millones de adultos mayores y en la última década del siglo 20 el envejecimiento de la población argentina abarcó la casi totalidad de las provincias del país. En el 2025, Brasil será el sexto país del mundo en población de edad y pese a ser considerado un país joven viene perdiendo esta característica y se constata un crecimiento considerable del contingente de adultos mayores con más de 60 años, siendo 9 % con una expectativa de vida que alcanza los 68 años.

Paraguay llegará al 2050 con casi 1,5 millones de personas adultas mayores. La importancia relativa de la población menor de 15 años ira disminuyendo entre 2025 y 2050, que pondrá en evidencia el descenso continuo del nivel de fecundidad y se tiende al envejecimiento con el aumento progresivo de la población de adultos mayores.<sup>2</sup>

En el Reino Unido, el porcentaje de población de 65 y más años tardó 45 años en duplicarse (del 7% al 14%), mientras en Chile se espera que este cambio se produzca en un período de aproximadamente 25 años.

En México --país que se encuentra en vías de desarrollo-- el envejecimiento de la población se manifiesta demográficamente; la población adulta *mayor* adquiere relevancia en cuanto a magnitud y trascendencia así como sus características y sus condiciones de salud. En el 1994 la población de 65 años y *mayor* alcanzaba la cifra de 3.5 millones (7.5 % del total, de población afiliada al IMSS). En la Delegación estatal Tlaxcala, a febrero de 1999, este grupo etáreo fue de 22 744 derechohabientes (10.6 % de la población usuaria total en la delegación), además de ir en incremento cada vez. En México, actualmente la esperanza de vida es de 72 años promedio.<sup>3</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social para 1999 amparaba a más de 4 millones de adultos mayores, lo que equivale a 12 % de la cobertura total cifra mayor al parámetro nacional y al esperado para el 2020.<sup>4</sup>

Por todo lo anterior en la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social esta orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. La calidad de vida se define como un estado de bienestar; sin embargo esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración .<sup>5</sup>

Para la OMS es una de las grandes prioridades para ellos es la calidad de vida que la definen como : "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" .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>

Además de estas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto calidad de vida, el nivel de actividad física de los sujetos basándose en Abrante, Britoy García (1996); Santana (1991); García y col. (1990); entre otros. Como se puede observar, la calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (Rojas, 1999 y Rojas, 1997).<sup>6</sup>

Son múltiples los esfuerzo por medir la calidad de vida y así tenemos que en Costa Rica se realizo un estudio cuyo propósito fue conocer la relación entre las variables autonomía, soporte social, salud mental (depresión, estado mental) y actividad física (frecuencia semanal de actividad física recreativa,

tiempo diario de la actividad, disfrute de la actividad que realiza y la edad de los sujetos); considerando diferencias que se puedan presentar en esas relaciones por género. Encontrando que la calidad de vida (autonomía, soporte social, salud mental, actividad física recreativa) difiere en lo que respecta al género. La depresión geriátrica presentó diferencias significativas en cuanto al género siendo superior en las mujeres. La salud en ambos géneros fue el principal motivo para realizar la actividad física recreativa y los beneficios fueron sentirse reanimados, aliviados; más alegres y con energía. Los adultos mayores de ambos géneros con mayores niveles de actividad física tanto en frecuencia como en duración diaria tienden a tener un mejor nivel de calidad de vida.<sup>6</sup>

En Cuba se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue explorar la influencia de la recreación como modificador de la calidad de vida en los adultos mayores, describiendo la participación en actividades utilizando recursos comunitarios y medir el impacto de la actividad. Ellos encontraron una participación activa de los adultos mayores, lo que contribuye favorablemente a mantener su integración social, la necesidad de sentirse útil y la búsqueda de posibilidades locales y con recursos propios, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida.<sup>7</sup>

En las últimas décadas del siglo XX ha tomado especial relevancia el estudio del efecto sobre la salud de las relaciones sociales. Se han realizado estudios que evalúan las redes sociales del adulto mayor y su comparación entre países anglosajones y latinos encontrando modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia (sólo) residencial (caso latino-europeo). La convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores.<sup>8</sup>

En un estudio realizado en Río de Janeiro encontraron que hombres y mujeres cuentan con el apoyo de sus parejas, los que están viudos, aproximadamente un 30% de la muestra, viven con sus hijos, sin embargo, encontramos mujeres que viven solas, pero reciben ayuda de algún tipo. Las mujeres señalan haber tenido muchos hijos (4 a 13), cuentan ante todo con el apoyo de otras mujeres:

hijas principalmente, pero también de hermanas, sobrinas, cuñadas o nueras, para realizar las actividades domésticas y acompañarlas a la atención médica. Los varones de la familia proporcionan recursos económicos, pero el 40% de las mujeres casadas contestaron que no recibían nada de su pareja, sólo de sus hijos, mientras que un 31% de ellas que dijeron ser casadas actualmente están separadas de sus esposos y viven con sus hijos<sup>9</sup>.

La situación familiar es una fuente importante de problemas para hombres y mujeres, aunque la mayoría de los entrevistados se encuentra en condiciones de control de su enfermedad, existe la preocupación por los problemas de salud de la pareja; encontramos que al menos el 10% de ellos tienen cónyuges enfermos de cierta gravedad<sup>9</sup>.

Aunque los hijos son adultos, existe una preocupación constante por las condiciones de vida que ellos enfrentan, ya que existe una relación de interdependencia emocional y económica con ellos<sup>9</sup>.

Las relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social del anciano. Se refiere a la red de contactos y relaciones sociales del individuo. Siguiendo a Gómez y Cursio el apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Es necesario diferenciarlos de las relaciones sociales, en razón a que estas son el mecanismo a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden o no estar relacionadas tanto con efectos positivos como negativos, en la medida en que no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan o garantizan dicho apoyo.

Existe una serie de tipologías de soporte social y de formas como los ancianos acceden a ellos, el significado y contenido es socialmente construido y va más allá del control del individuo. El apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social consta de dos componentes: redes de apoyo primario y las secundarias. Las primarias relacionadas con la familia, que sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos y la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia.

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. De acuerdo con Gómez y Curcio (2002)<sup>10</sup> a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del anciano permanecen

estables si son recíprocas; con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellas.

Redes secundarias de apoyo social; en este grupo se incluyen los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios. Los vecinos no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana. Generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o emergencias y se asocia a la asistencia más elemental y de primera mano. Las relaciones con amigos involucran apoyo de mayor intensidad, cohesión, compañía y provisión de servicios o ayuda en actividades cotidianas. Se caracterizan por el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva y potencian, por así decirlo, su espiritualidad y sentido de continuidad espiritual.

Igualmente los ancianos tienen la posibilidad de pertenecer y participar en organizaciones formales o los denominados clubes y grupos de ancianos que les permiten la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos.

El adulto mayor vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que este desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera.<sup>11</sup>

Fusisawa.<sup>12</sup> encontró diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental y relaciones familiares) con respecto al género. Céspedes A y Cols. Concluyeron, en una investigación sobre calidad de vida y adulto mayor, que existen carencias de tipo afectivo y por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de inactividad bastante acentuados.<sup>13</sup> Otro estudio, realizado por Villalobos<sup>14</sup> en Costa Rica, reveló que los adultos mayores institucionalizados experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su familia, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar

actividades de la vida diaria; en contraste, las personas mayores que Vivian con su familia y eran atendidas en el centro diurno se mostraron mas activas, participativas y se mantuvieron ocupadas en diferentes tareas.<sup>14</sup>

Desde la postura de Bourdieu<sup>15</sup> se menciona que una sociedad esta caracterizada por la diferente inserción de los individuos en espacios sociales, en función de sus oportunidades, activos económicos, sociales y políticos, es decir, de su capital global, entendido este como la conjunción del capital económico, del capital social que es el monto de redes sociales de que dispone una persona como medio de apalancamiento para su trayectoria social y del capital cultural representado en el bagaje educativo y cultural de la persona. Por tanto, para las personas adultas mayores, el capital social es base para la garantía de su bien-estar, en su significado de “estar bien” y por tanto de su calidad de vida.<sup>16</sup>

En el ámbito intencional, los gobiernos están interesados en realizar una revisión de los avances en los planos para mejorar las condiciones de vida y de protección social del grupo de adultos que esta envejeciendo y de las futuras generaciones, los cuales también deben ser conocidas por la sociedad civil y por los mismos adultos mayores con el fin de evidenciar las intervenciones para enfrentar el desafío del cambio demográfico, el que debe trascender de un plano asistencial hacia el ejercicio de los derechos enmarcados en los principios de las Naciones Unidas promulgados en 1991: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad.

Es importante tener en cuenta que desde la perspectiva del desarrollo humano, la calidad de vida se concibe como la expansión de las capacidades o libertades de la gente que permite ubicar el interés de las personas en cuanto a su habilidad real para lograr realizaciones valiosas como parte de su vida y no en la evaluación de la utilidad y parte de los ingresos. La libertad así concebida es entonces, fin principal del desarrollo, pero a la vez medio par alcanzarlo.<sup>15</sup>

Continuando con esta perspectiva de Sen,<sup>17</sup> se privilegia lo que las personas pueden llegar a ser y a hacer, es decir, su capacidad de agencia, definida por este autor como la libertad de desarrollar el proyecto de vida que las personas más valoran. Desde este enfoque, se puede decir y ampliar que las personas tienen unas dotaciones iniciales que en la medida que se logre potenciar sus capacidades en cuanto a la libertad de desempeños y de oportunidades- y las

personas en el uso de esas libertades, ejercen unos derechos, relacionados estos con el dominio sobre un conjunto de bienes y servicios y un espacio de reconocimiento y participación-, en la perspectiva de Sen,<sup>17</sup> se lograra traducir en calidad de vida.

Como síntesis de lo anteriormente expuesto, es necesario plantear la importancia de formular y abordar políticas y estrategias que fomente la participación activa y real de la población adulta mayor, en las decisiones que los tocan, en tanto personas que aportan desde sus saberes, sus necesidades y sus potencialidades. Del mismo modo, las políticas publicas no pueden enfocarse en el individuo y ser tan paternalistas y asistencialistas, puesto que se centran en la restitución de derechos de los mas vulnerables o irregulares,<sup>18</sup> antes es preciso preocuparse en el caso de los adultos mayores por la garantía universal por los derechos: salud, vivienda, alimentación, recreación, cuidado, participación. Significa que desde el compromiso del Estado y con la responsabilidad y la solidaridad de los ciudadanos y ciudadanas, hay que desarrollar alternativas políticas hacia los adultos mayores que permitan disminuir las brechas económicas, sociales, políticas y culturales entre incluidos y excluidos en la perspectiva del desarrollo humano. <sup>18</sup>

\*-Según autores algunos estudios apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar. En ellos se encontró que la CV guardaba una relación directa con habilidades cognoscitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercutían después en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad. <sup>(19,20)</sup>

Otros autores afirman que la esperanza de vida depende del estilo de la misma durante todo el ciclo vital. L esperanza de vida no solo quiere decir la longitud de la vida, sino también, la calidad de la misma. No solo cuenta que tan vieja puede ser una persona, sino como envejece.<sup>21</sup>

\*-En nuestras sociedades existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Muchas personas consideran la declinación de las habilidades en la tercera edad como inevitable e irreversible. En este contexto se debe recordar que las expectativas de otros va a determinar el autoconcepto y por lo tanto el comportamiento individual. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez con mucha frecuencia es un problema social.<sup>21</sup>

La vejez, la longevidad, no se debe mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos: para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad. No debemos preguntarnos solo por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir y la muerte es desarrollo. Y debemos preocuparnos por abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy viejas. Seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de las personas viejas más frágiles y discapacitadas.<sup>21</sup>

Existen varios instrumentos para medir calidad mencionaremos solo algunos que consideramos más representativos:

Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100/WHOQOL-BREF): WHOQOL Group, 1998. Descripción: La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento (WHOQOL) de medida de calidad de vida fiable y válido, que permitiera comparaciones transculturales, que se basó en las siguientes asunciones: 1) Se observa una amplia entidad englobada bajo el término «calidad de vida» 2) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea fiable, válida y sensible 3) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones., 4) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre varios de los componentes del instrumento, y el instrumento debería, por tanto, servir como medida del efecto de las enfermedades y de las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida.

En este contexto, se diseñó un instrumento que 1) Fuera desarrollado transculturalmente (15 centros alrededor del mundo colaboraron en su desarrollo), 2) Pudiese aplicarse tanto para medir la calidad de vida en una determinada cultura como para comparar la calidad de vida entre diferentes culturas, 3) Concediese importancia a la percepción del individuo, 4) Tuviese una aplicación potencial alta para la evaluación de la calidad de vida en distintas situaciones y diferentes grupos de población, y 5) Tuviese rigor psicométrico y un desarrollo sistemático. Los ítems de que consta han sido obtenidos a partir de respuestas realizadas por pacientes con un amplio

espectro de enfermedades, por personas sanas y por profesionales de la salud. Se han desarrollado dos instrumentos: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF.<sup>23</sup>

MOS SF-36 (Medical Outcomes Study, 36-Item Short Form): Ware, 1992. Descripción: Desarrollado en EE.UU. dentro del marco del «RAND Health Program», es uno de los instrumentos genéricos de calidad de vida más utilizados en pacientes crónicos en el mundo. Evalúa ocho conceptos de salud seleccionados en función de su amplia utilización en los estudios de salud o su fuerte soporte empírico, que son: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal., Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional, Salud mental. El SF-36 es una forma abreviada del instrumento. Es auto administrado y consta de 36 ítems que evalúan 5 áreas, divididas a su vez en subáreas. Requiere unos 5-10 minutos para su complementación, proporcionando un perfil de estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho escalas o conceptos de salud. Éste es uno de los instrumentos genéricos más recomendable por diferentes razones: 1) Su universalidad, ya que es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, no sólo en los Estados Unidos, sino en otros muchos países, 2) Su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico, 3) La facilidad de su manejo, tanto por parte del clínico como del paciente 4) La facilidad, rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados.<sup>23</sup>

Índice de Bienestar Psicológico general (The Psychological General Well-Being index, PGWB Index) H. Dupuy, 1978. Descripción: es escala de evaluación de los sentimientos del individuo acerca de su «estado personal interior». Evita referencias a síntomas físicos o distrés emocional, por lo que no presenta problemas de interpretación tal como sucede con otras escalas de este tipo. Refleja sentimientos positivos y negativos que cubren cinco dimensiones: Estado de ánimo (ansiedad-depresión), Vitalidad, Autocontrol, Salud y Bienestar psicofísico. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 preguntas, tanto positivas como negativas. Cada ítem se refiere a las últimas tres semanas, y el rango de respuesta es de 1 a 5 puntos que representan intensidad o frecuencia.<sup>18</sup>

En México son pocos los estudios que se han realizado para medir la calidad de vida del adulto mayor, por lo que se plantea la necesidad de evaluar la percepción que tiene el adulto mayor en una unidad de primer nivel de su calidad de vida.<sup>2</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Como es la calidad de vida del adulto mayor en la UMF NO 10 del IMSS en Xalapa Ver?

En México --país que se encuentra en vías de desarrollo-- el envejecimiento de la población se manifiesta demográficamente; la población adulta *mayor* adquiere relevancia en cuanto a magnitud y trascendencia así como sus características y sus condiciones de salud. En el 1994 la población de 65 años y *mayor* alcanzaba la cifra de 3.5 millones (7.5 % del total, de población afiliada al IMSS). En la Delegación estatal Tlaxcala, a febrero de 1999, este grupo etáreo fue de 22 744 derechohabientes (10.6 % de la población usuaria total en la delegación), además de ir en incremento cada vez. En México, actualmente la esperanza de vida es de 72 años promedio.<sup>3</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social para 1999 amparaba a más de 4 millones de adultos mayores, lo que equivale a 12 % de la cobertura total cifra mayor al parámetro nacional y al esperado para el 2020.<sup>4</sup>

En el aspecto social y familiar el anciano no siempre puede valerse por sí mismo sin llegar a recibir los cuidados y atenciones necesarias, sufriendo de abandono y olvido, si el anciano tiene alguna enfermedad, se incrementa el riesgo de sufrir complicaciones mediatas o inmediatas ya que esta propenso de sufrir caídas o accidentes dentro de su mismo hogar, por disminución de agudeza visual, anemia crónica, pérdida de fuerza motriz aunado a la depresión como su principal problema ante el abandono y ante la incertidumbre del mañana que le espera, en su mayoría de ellos sufren el maltrato del familiar o cuidador que puede ser físico y mental. Que lejos están nuestros ancianos de lograr una ilusión de convivencia familiar o en grupo como se ha logrado a través de Clubs casas de asistencia o casas hogar como se ha llegado a lograr en España, Canadá, Alemania donde cuentan con todos los servicios y cuidados de personal preparado. En la consulta externa me toca ver como pacientes de la octava y novena década acuden a la consulta solos con los riesgos del trafico tan pesado valiéndose de alguna forma por si solos, con olvido de cómo tomar sus medicamentos y que en muchas de las veces olvidan tomarla pierden la receta o el medicamento sin que nadie se preocupe por la situación. En conjunto con trabajo social se hacen visitas al domicilio o se

busca comunicación con los familiares y los argumentos son de que no tienen quien se haga cargo de ellos pues los familiares tienen que trabajar o tienen otras ocupaciones más importantes que cuidar a un anciano y hasta los cambios de consultorio para no tener problemas los familiares. Por eso es que si se quiere hacer algo por el anciano nos debemos preocupar por preparar de alguna manera al ADULTO MAYOR enseñándole como mejorar su CALIDAD DE VIDA para llegar a una vejez digna completa, sana y sobre todo educarlo para mantener y mejorar su salud a través del ejercicio y demostrarle que no se debe sentir inútil o estorbo por su ancianidad, sino que con sus experiencias aporten enseñanza a los más jóvenes.

## **JUSTIFICACION:**

La transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de enfermedades crónico-degenerativas y los profundos cambios en el estilo de vida, han transformado de manera determinante con el incremento del promedio de vida de 75 años, considerando que para el 2035 será de 83 años, el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país.

Por lo anterior en los últimos años se han incrementado el grupo de personas adultas mayores que se atienden en las instituciones de salud, por lo que es determinante conocer como percibe el paciente su calidad de vida. Por lo que decidimos realizar un estudio para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores desde su propia percepción, para que los esfuerzos que realiza el sector salud para prolongar los años de vida estén acordes a la calidad de estos años-vida de este grupo de edad.

(En México --país que se encuentra en vías de desarrollo-- el envejecimiento de la población se manifiesta demográficamente; la población adulta *mayor* adquiere relevancia en cuanto a magnitud y trascendencia así como sus características y sus condiciones de salud. En el 1994 la población de 65 años y *mayor* alcanzaba la cifra de 3.5 millones (7.5 % del total, de población afiliada al IMSS). En la Delegación estatal Tlaxcala, a febrero de 1999, este grupo etáreo fue de 22 744 derechohabientes (10.6 % de la población usuaria total en la delegación), además de ir en incremento cada vez. En México, actualmente la esperanza de vida es de 72 años promedio.<sup>3</sup>

En México, actualmente existen más de siete millones de adultos mayores,<sup>1</sup> se estima un escenario interesante ya que se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población.<sup>2</sup> La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>3</sup> Lo adultos mayores están más expuestos a factores de riesgo y a la adopción de estilos de vida no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas. \*(BIBLIOGRAFIA.-Ruiz-Arregui L, Rivera-Márquez JA. Características de la morbilidad en población de edad avanzada: Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988. Salud Pub Mex 1996; 38(6):430-437.

El crecimiento de la población de adultos mayores ha pasado de 4 millones y más en 1995 a 6.9 millones en el 2000 de acuerdo a datos del INEGI. EN LA REPUBLICA MEXICANA.

Además las campañas de "salud" aluden a la población hacia una familia con menos integrantes con slogan como estos: "la familia pequeña vive mejor", "tener menos hijos para darles más", campañas reforzadas, con los métodos de planificación familiar, los altos costos de la vida, la estructura física de las casas, y hasta de los coches que actualmente son más compactos. (\*INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda. Resultados definitivos. México 2000)

En el año 2005 hubo 67 millones más mujeres que hombres entre los adultos mayores. Esta brecha de género se incrementa con la edad: en los mayores de 80 años existe el doble de mujeres que hombres y en los mayores de 100 años, 4 de 5 personas son mujeres. Por otra parte, la fertilidad ha disminuido a nivel mundial: en el período 2000-2005, 84 países, que dan cuenta de la mitad de la población mundial, tuvieron tasas de fertilidad iguales o inferiores a las necesarias para reemplazar a la población existente, lo que significa que la población está disminuyendo en casi 50% de los países del mundo. De lo expuesto se deduce que en los próximos años, en algunos países del mundo la población va a disminuir y en todos los países va a envejecer. \*(Peggy Kelly, Programa de Envejecimiento de Naciones Unidas, Nueva York, 2006). Existe gran preocupación por este tema, que se analizó en la asamblea de las Naciones Unidas de Nueva York, en 1999, con respecto a los países desarrollados; en Madrid, en el año 2002, la discusión se centró en los países en desarrollo; y en la reunión regional realizada en Santiago de Chile en el año 2003, el tema se enfocó en los países iberoamericanos.

El segundo desafío al respecto es tipificar el abuso patrimonial, que es el engaño a que se somete a los adultos mayores, por ejemplo, cuando se les hace firmar documentos para cobrar sus pensiones. Otro desafío es identificar el abandono y aislamiento, para lo cual se debe realizar un catastro y saber quiénes son los adultos; se sabe cuántos adultos mayores viven solos, pero no se sabe quiénes son ni dónde están, por lo tanto, no se pueden generar procedimientos para protegerlos, como en los países desarrollados, donde hay sistemas de voluntariado, apoyo y tele asistencia que permiten llamarlos por

teléfono cada ciertas horas y movilizar toda una red, en caso que no haya respuesta. En algunos casos los parientes se enteran de que un adulto mayor falleció cuando los vecinos lo comunican a la prensa, lo que es desastroso y doloroso. El SENAMA ha generado un mecanismo telefónico llamado *fono atención*, que permite responder a las consultas con respecto a los derechos del adulto mayor y coordinar acciones con los niveles comunales, en caso necesario.

En la Republica Mexicana. En el 2000 el crecimiento de la población de adultos mayores fue De 6.9 millones.

En el estado de Veracruz existen 556 000. En la ciudad de Xalapa Ver., existen 39,164. De acuerdo a datos del INEGI.

En la UMF 10 de Xalapa Ver., existen 11,872 adultos mayores (Pirámide poblacional).

La importancia de este trabajo en lo personal es a futuro lograr ver en el adulto mayor un poco de satisfacción, a sus facies de angustia, cambiarlas por una de satisfacción al intentar obtener una compañía para el o el no sentirse solo, derramando tristeza por tener que acudir solo (a), a la consulta medica así como sus diferentes necesidades para realizar parte de su vida, como se ha demostrado en nuestro estudio, en el aspecto social que se refiere a que tan acompañado se percibe el adulto mayor, encontramos que la mayoría se encuentra insatisfecho en el aspecto social esto debido a que en el grupo de estudio el 17 % vive solo y el 39 % con un solo familiar la mayoría pertenecen a familiares monoparentales. En muchos estudios realizados en Centro America así como en países Europeos se ha demostrado que la vivencia en familia es mejor, cuando así se logra en el entorno familiar, (Ej. El Nuevo Hogar +Años a la vida + Vida a los años – Residencia para mayores, para Lograr una mejor calidad de vida del adulto mayor, esto hace la Red Latinoamericana de Gerontología). La convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores<sup>8</sup>.

En México y en nuestra comunidad dista mucho de logros al respecto pero de alguna forma alguien tiene que iniciar un proyecto y no es nada fácil ya que para esto se requiere del apoyo de grandes personajes, para lo cual hay que

llamar la atención de trabajadores de la salud y políticos proponiéndoles a contribuir para mejorar la calidad de vida de ellos.

Al realizar este estudio encontramos un panorama general con el cual podremos realizar estrategias que favorezcan a mejorar las condiciones de vida de nuestros adultos mayores.

Encontrando que los adultos mayores de nuestra unidad obtuvieron los mayores puntajes en salud física, lo que nos traduce una percepción buena de su estado de salud, Creemos que los resultados obtenidos en este estudio se deben a que los adultos encuestados consideraron en promedio normal su estado de salud para su edad.

El dominio psicológico que se refiere a cuanto disfrutaban de la vida, en que medida le encuentran sentido a la misma, en promedio contestaron normal el disfrute de su vida.

No así el dominio relacionando al entorno o medio ambiente fue el que ocupó el tercer lugar relacionado estrechamente con los dos anteriores ya que habla de seguridad en su vida diaria, el ambiente físico, los recursos económicos y la dimensión que ocupó el último lugar con menor puntaje se trató del relacionando con el aspecto social que se refiere a que tan acompañado se percibe el adulto mayor, encontramos que la mayoría se encuentra insatisfecho en el aspecto social esto debido a que en el grupo de estudio el 17 % vive solo y el 39% con un solo familiar la mayoría pertenecen a familiares monoparentales.

Estos resultados nos dan la pauta para establecer estrategias y mejorar su entorno social, ya que contamos dentro de la institución con estructura para hacerlo como son los Centros de Seguridad Social, así como el recurso humano, por lo que próximos estudios deberán valorar estrategias de intervención para mejorar este aspecto. Si tomamos en cuenta que el adulto mayor es el más vulnerable y que requiere de mayores cuidados conforme pasa el tiempo, requiriendo del cuidado integral en todas las áreas, con apoyo a través de programas con actividades asistenciales, medicas, sociales y recreativas, trabajando en forma individual o grupal. Con el objetivo de lograr socialización, recuperación y ocupación de los concurrentes.

En la actualidad nuestros adultos mayores cuentan con el apoyo social de naturaleza formal como son los centros de seguridad social así como el recurso

humano y que en muchas de las veces por falta de orientación e información nuestro adulto mayor desconoce que existe una forma de mejorar su estado actual de salud con la idea vaga de que eso es para grupos especiales a los cuales a ellos no les corresponde.

Lograr un apoyo social informal para el adulto mayor como factor importante para dar inicio a nuestro trabajo de mejoramiento o con motivo de cubrir las expectativas de la definición de calidad de vida de acuerdo a la OMS, es una ardua tarea a cubrir ya que se formarían grupos de familiares, de vecinos y de amigos por medio de los cuales tendrían el apoyo social y que a la fecha no existen en mi comunidad o ni siquiera se tiene la idea de que puede existir esto. (Ejemplo de un estudio realizado en Río de Janeiro: Las mujeres señalan haber tenido muchos hijos (4 a 13), cuentan ante todo con el apoyo otras mujeres: hijas principalmente, pero también de hermanas, sobrinas, cuñadas o nueras, para realizar las actividades domésticas y acompañarlas a la atención médica. Los varones de la familia proporcionan recursos económicos, pero el 40% de las mujeres casadas contestaron que no recibían nada de su pareja, sólo de sus hijos, mientras que un 31% de ellas que dijeron ser casadas actualmente están separadas de sus esposos y viven con sus hijos<sup>9</sup>.

Las relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social del anciano. Se refiere a la red de contactos y relaciones sociales del individuo. Siguiendo a Gómez y Cursio el apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas.

No es una tarea fácil como ya lo he comentado, existen muchos estudios sobre valoración de calidad de vida en el adulto mayor, solo que son referentes y específicos sobre un tipo de patología, como hablar del diabético, del hipertenso, del insuficiente renal etc., pero hablar de medición de la calidad de vida y valorar la percepción que tiene el individuo en cuanto a sus valores en el medio en que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, podríamos decir que es un complejo que incluye aspectos personales como: salud, independencia, autonomía, satisfacción con la vida y aspectos ambientales. Con lo cual y de acuerdo a la definición de la OMS, el intentar mejorar esta situación dentro de mi comunidad sería como el inicio para que

alguien más adelante e interesado al respecto pidiera continuar o mejorar para el futuro.

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida, muchos de nuestros adultos mayores no están preparados o capacitados para enfrentar una realidad cruda, de no poder realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, porque no han tenido la oportunidad de ser preparados para enfrentar la soledad, el abandono, la enfermedad, la pobreza y la tristeza. Además del sentirse culpable de su situación por no haberse preparado para el final del camino.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la calidad de vida del adulto mayor en la UMF NO 10 de Xalapa Ver

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la Salud global de los adultos mayores de la UMF No 10 Xalapa Ver.
2. Identificar el bienestar físico de los adultos mayores de la UMF No 10 de Xalapa Ver.
3. Identificar el bienestar emocional de los adultos mayores de la UMF No 10 de Xalapa Ver.
4. Identificar el bienestar social y ambiental de los adultos mayores en la UMF No 10 de Xalapa ver.
5. Determinar la tipología familiar de los adultos mayores de la UMF No 10 IMSS
6. Identificar la edad que predomina en los adultos mayores de la UMF No 10
7. Identificar el sexo de predominio de los adultos mayores.
8. Identificar numero de personas con las que conviven los adultos mayores

## **TIPO DE ESTUDIO**

Diseño: Encuesta transversal analítica, observacional, descriptiva o prospectiva

**POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No 10 Xalapa Ver.

Tiempo: Junio de 2007 – febrero del 2009

Población: Adultos mayores adscritos a la UMF No 10

## **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Tamaño de muestra: 267 pacientes

Tipo de muestreo: No probabilístico

¿Cómo calculo la muestra? (Formula)

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de Inclusión:**

Pacientes mayores de 60 años

Adscritos a la UMF No 10

Que sepan leer y escribir

Del sexo masculino y femenino

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes con trastornos mentales

Pacientes que no acepten participar en el estudio

### **Criterio de eliminación:**

Encuestas incompletas o mal requisitadas

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

Variable	Definición	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Respuesta del paciente		Razón
Sexo	Condición orgánica que distingue el sexo biológico de pertenencia	Obtenida por respuesta a la observación	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
Escolaridad	Grado máximo de estudios alcanzados	La obtenida en la encuesta	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato o profesional	nominal
Ocupación	Según el vinculo laboral en el momento de la evaluación	La obtenida en la encuesta	Ama de casa, empleado etc.	nominal
Estado civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles	La obtenida en la encuesta	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre	nominal
CALIDAD DE VIDA	Según la <a href="#">OMS</a> , es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes	A través del instrumento WHOQOL-BREFS	Bueno Regular malo	ordinal
Adulto mayor	Pérdida paulatina y progresiva de la eficiencia biológica y de la capacidad del organismo para mantenerse funcionando adecuadamente. Según OMS.	Es la persona mayor de 60 años	Si No	nominal
Bienestar Física	hace referencia a energía y fatiga Dolor y malestar, Sueño y descanso	De acuerdo al WhOQOL-Bref		
Bienestar emocional	Imagen corporal y apariencia sentimientos negativos sentimientos positivos autoestima pensamiento aprendizaje, memoria y concentración.	De acuerdo al WhOQOL-Bref		

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Categoría</b>	<b>Escala de medición</b>
	<b>Nivel de Independencia</b>	Movilidad actividades de la vida diaria dependencia de medicamentos y ayuda	Nada (1) poco (2) bastante (3) mucho (4).	
<b>Bienestar social</b>	Relaciones personales apoyo social actividad sexual	De acuerdo al WhOQOL-Bref		
<b>Bienestar Ambiental</b>	Recursos económicos libertad y seguridad física sistema sanitario y social accesibilidad y calidad ambiente del hogar oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas participación en, y oportunidades de recreo/ocio ambiente físico (contaminación/ruido/trafico/clima) Transporte.	De acuerdo al WhOQOL-Bref		

## **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Con el objeto de identificar la Calidad de Vida en el Adulto Mayor de 60 años con respecto a su estado de Salud Física, Aspecto Psicológico, Medio Ambiente y Aspecto Social, se hace el siguiente estudio transversal descriptivo cuya población de estudio fue de 60 años a más, en la Delegación Veracruz Norte IMSS, con Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar numero 10 de la Ciudad de Xalapa Veracruz, quienes acudieron a consulta de Agosto a Octubre del año del 2008. La muestra se calculo con base a la formula de estimación de una proporción e intervalo de confianza a 95 %; se requirió de un tamaño mínimo de muestra de 267 pacientes. Técnica de muestreo aleatoria y sistemática, se incluyeron derechohabientes usuarios de edad igual o mayores a 60 años, que saben leer y escribir del sexo masculino y femenino los cuales aceptaron la entrevista y la respondieron.

Excluyendo: Pacientes con trastornos mentales. Se eliminaron a los que no quisieron participar, también se eliminaron encuestas incompletas o mal requisitadas.

En encuesta validada se obtuvo información sobre: Salud física, aspecto psicológico, medio ambiente y aspecto social. Según la percepción del paciente, el análisis estadístico se realizo con frecuencias simples absolutas y relativas.

### **Instrumento:**

Se aplicara un instrumento validado llamado WHOQOL-BREF <sup>24</sup>

Desarrollado simultáneamente en 15 centros de todo el mundo. Los aspectos importantes de la calidad de vida y las maneras de preguntar sobre la misma han sido diseñados en base a las opiniones de los pacientes con una amplia gama de enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarias de diferentes culturas. El instrumento ha sido rigurosamente utilizado en cada uno de los centros para evaluar su validez y fiabilidad, y actualmente se utiliza para evaluar su respuesta al cambio. Los instrumentos de WHOQOL pueden utilizarse en lugares culturales particulares, pero al mismo tiempo los resultados obtenidos son comparables entre diferentes culturas. Esta disponible en 20 idiomas diferentes y se siguen desarrollando versiones en otros idiomas, la versión de la lengua apropiada y el permiso para su uso,

puede obtenerse del centro nacional correspondiente. Los instrumentos WHOQOL proporcionan una perspectiva nueva de enfermedad, al centrarse en la opinión que los individuos tienen de su propio bienestar. No solo indagan sobre el funcionamiento de las personas con una determinada patología en una gama amplia de áreas, sino también sobre cuan satisfechos están los pacientes con su funcionamiento y con los efectos del tratamiento.

El aspecto central de los instrumentos WHOQOL permite evaluar la calidad de vida en una variedad de situaciones y grupos de población. El WHOQOL BREF es auto-administrado, siempre que los sujetos que contestan tengan suficiente capacidad, si no, se puede utilizar una forma de entrevista asistida o administrada. El WHOQOL BREF produce puntuaciones de facetas particulares de calidad de vida. Los detalles de la puntuación están incluidos en manuales que se pueden conseguir a través de The WHOQOL Group. Programme on Mental Health. También dispone de información para comprobación y cribaje de datos, y para el cálculo de las puntuaciones de las facetas y las áreas.

Muestra seis grandes áreas de calidad de vida, y las veinticuatro facetas englobadas en ellas. Se incluyen cuatro preguntas o ítems en cada faceta, así como cuatro preguntas generales que cubren la calidad de vida global y salud, dando lugar en la evaluación a un total de 100 preguntas. Todas las preguntas se puntúan en una escala de respuestas de cinco puntos (1-5).<sup>24</sup>

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

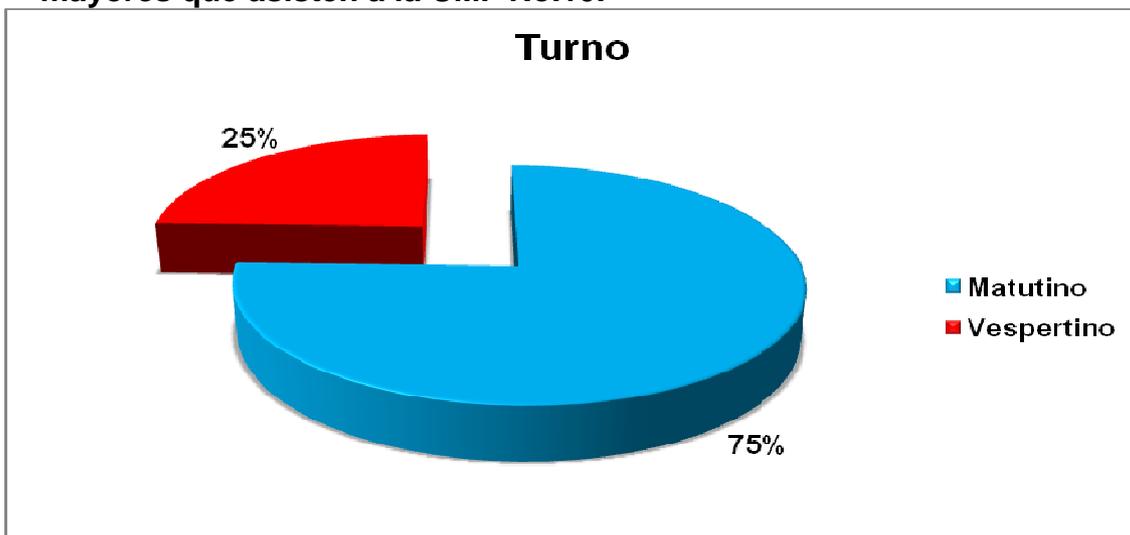
### LEY GENERAL DE SALUD

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.

Se considera una investigación de riesgo menor al mín.

## RESULTADOS TABLAS CUADROS GRAFIACAS

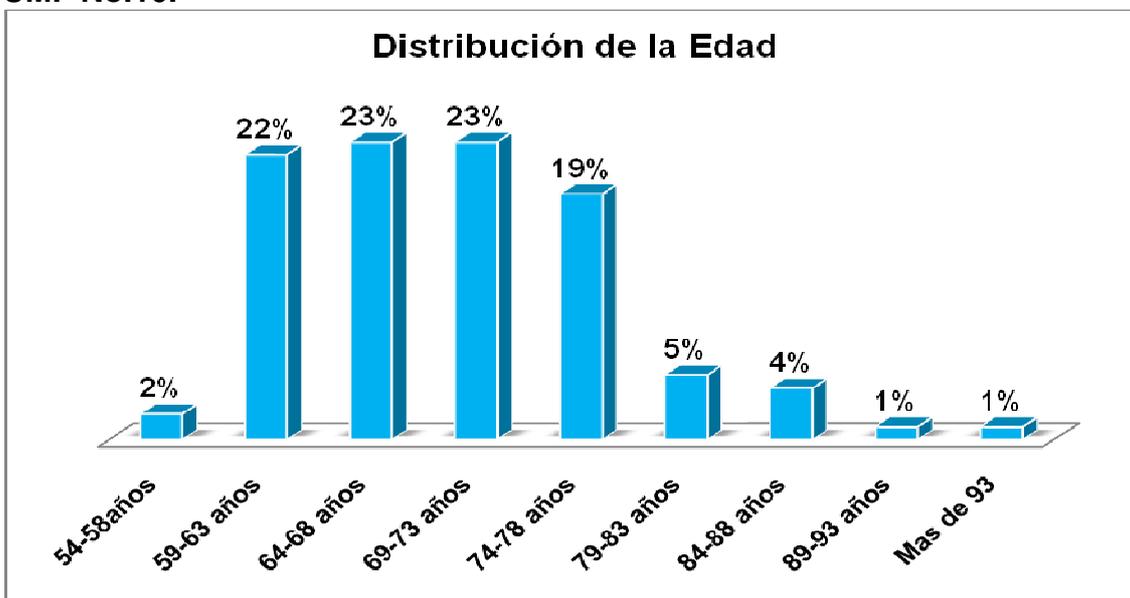
Figura 1.- Porcentaje del tipo de turno que les toca a los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.



FUENTE:: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

De un total de 267 adultos mayores encuestados, 75 % del turno matutino y un 25 % del turno vespertino ( grafica1).

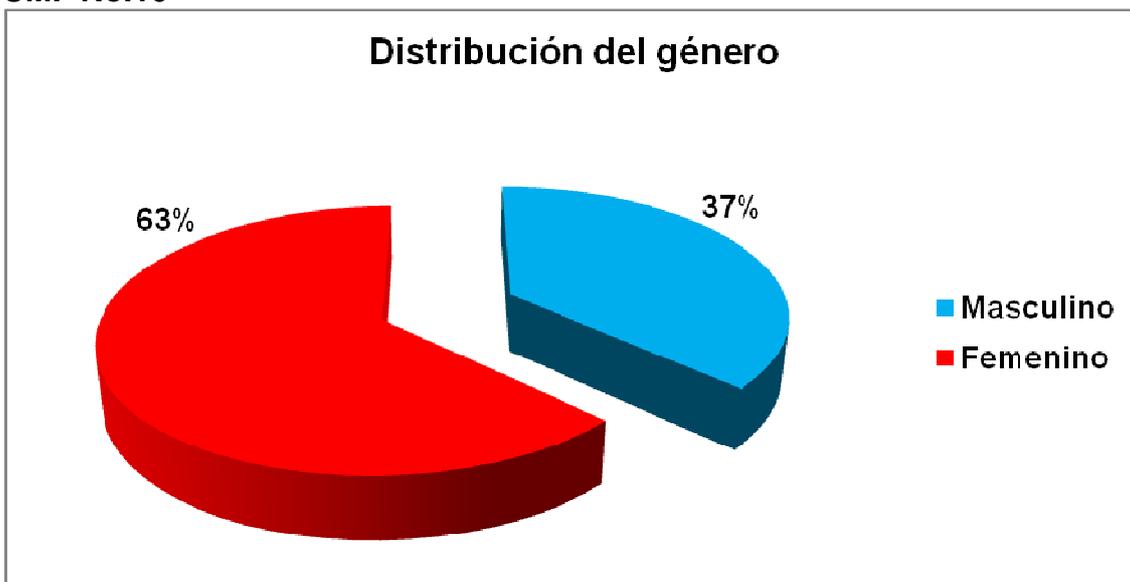
Figura 2.- Porcentaje de la edad de los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación a la edad el rango estudio fue de 53 años a más de 93 con un predominio de 64 a 73 años en un 23 %, (grafica 2).

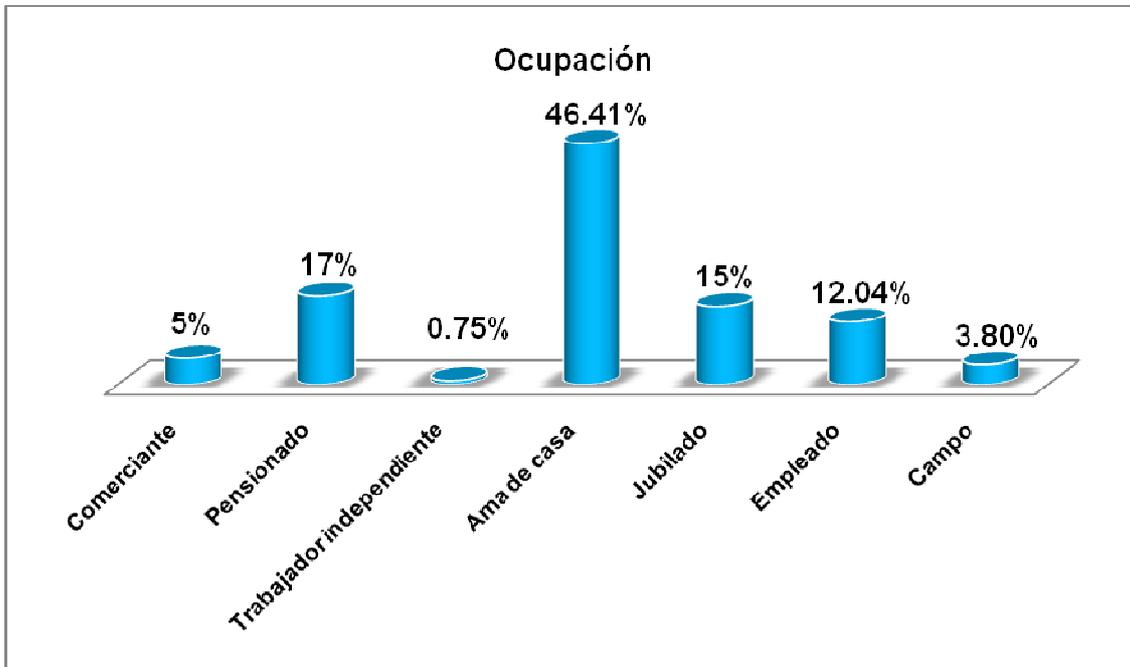
**Figura 3.- Porcentaje del género de los adultos mayores que asisten a la UMF No.10**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

El género que predomina en los pacientes estudiados fue el femenino con un 63 %, (grafica 3).

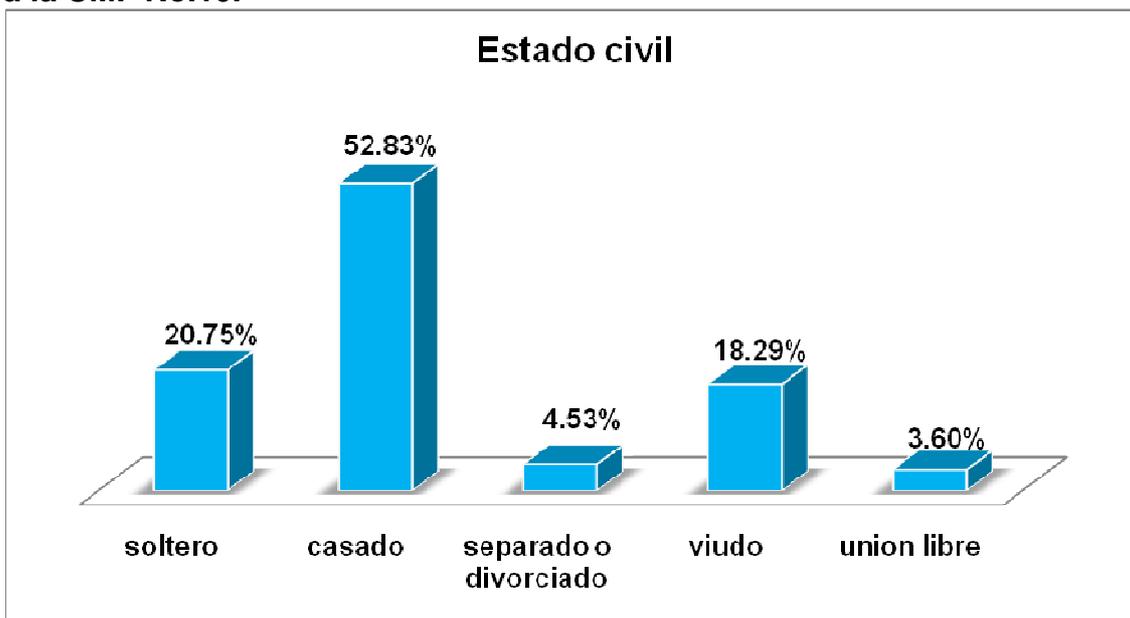
**Figura 4.- Porcentaje de la ocupación de los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación a la ocupación encontramos predominio de amas de casa con un 46.41 % (ver grafica 4).

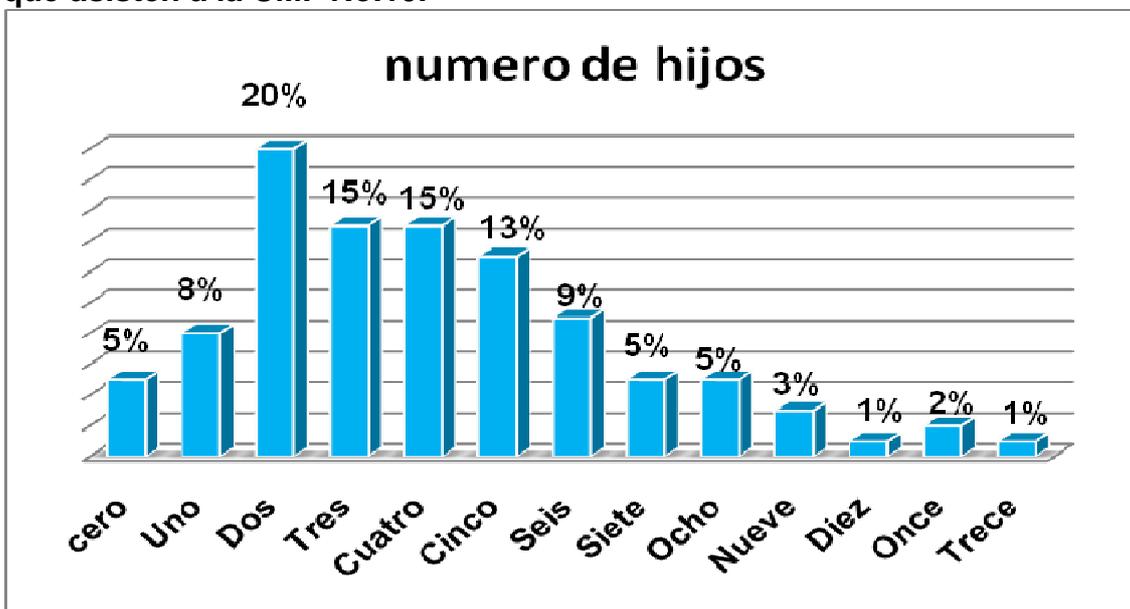
**Figura 5.- Porcentaje del estado civil de los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación al estado civil el de casados se presentó en el 52.83 %, seguido del de soltero con un 20.75 %. Ver gráfico 5)

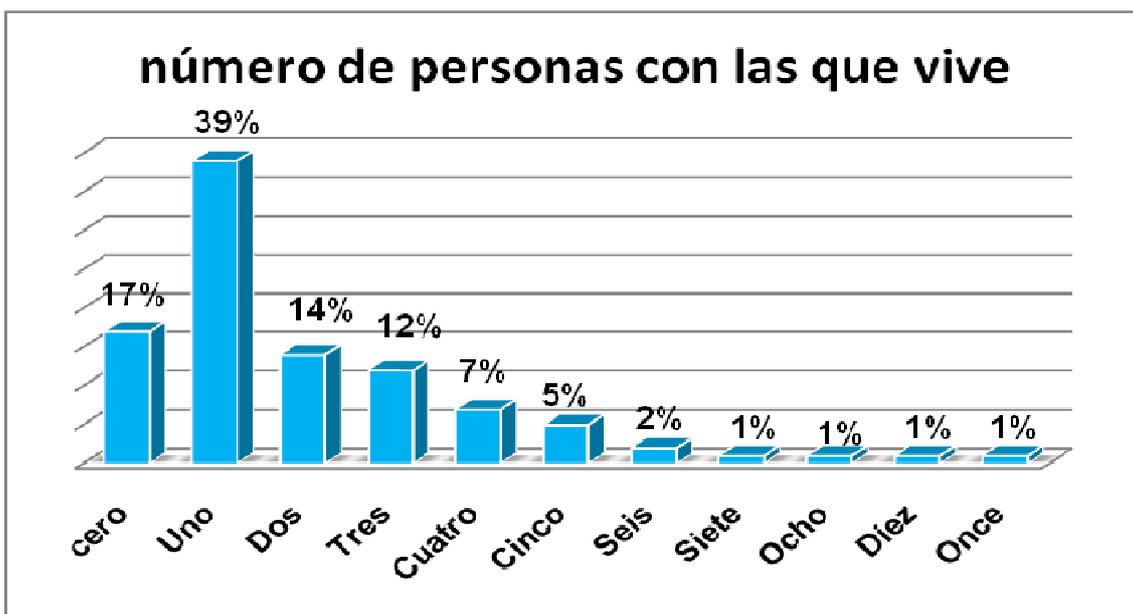
**Figura 6.- Frecuencia del Número de hijos que tienen los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación al número de hijos por familia es notorio que predomina el de dos hijos, seguido del de tres y cuatro (ver gráfico 6)

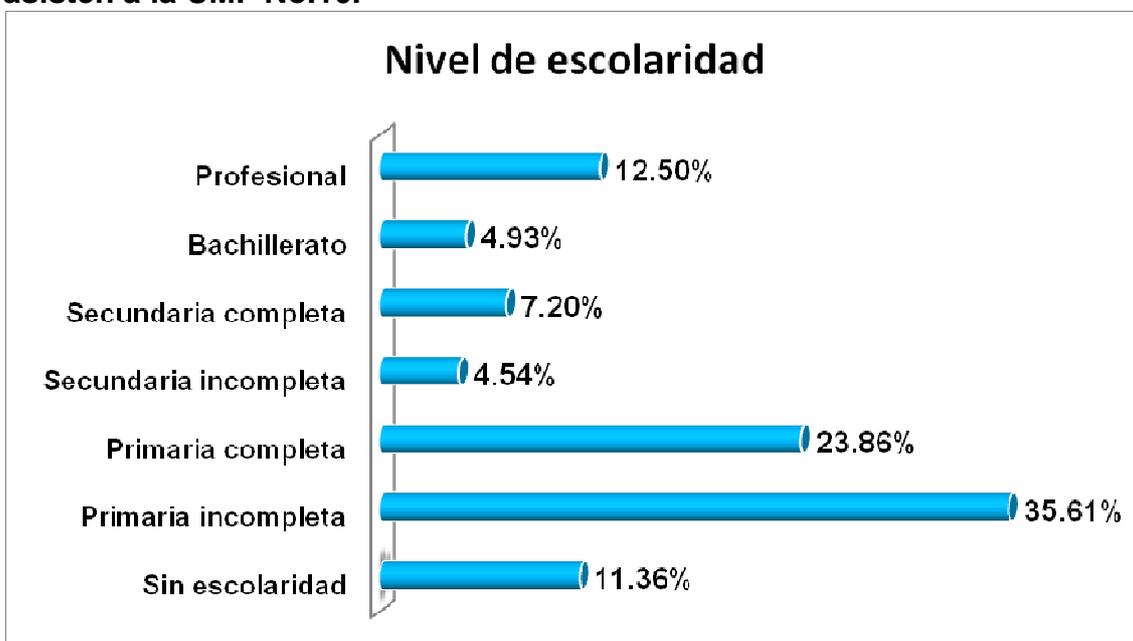
**Figura 7.- Frecuencia del Número de personas con las que viven los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación al número de hijos con los que vive predomina el de uno, seguido por el de cero y dos (ver grafico 7)

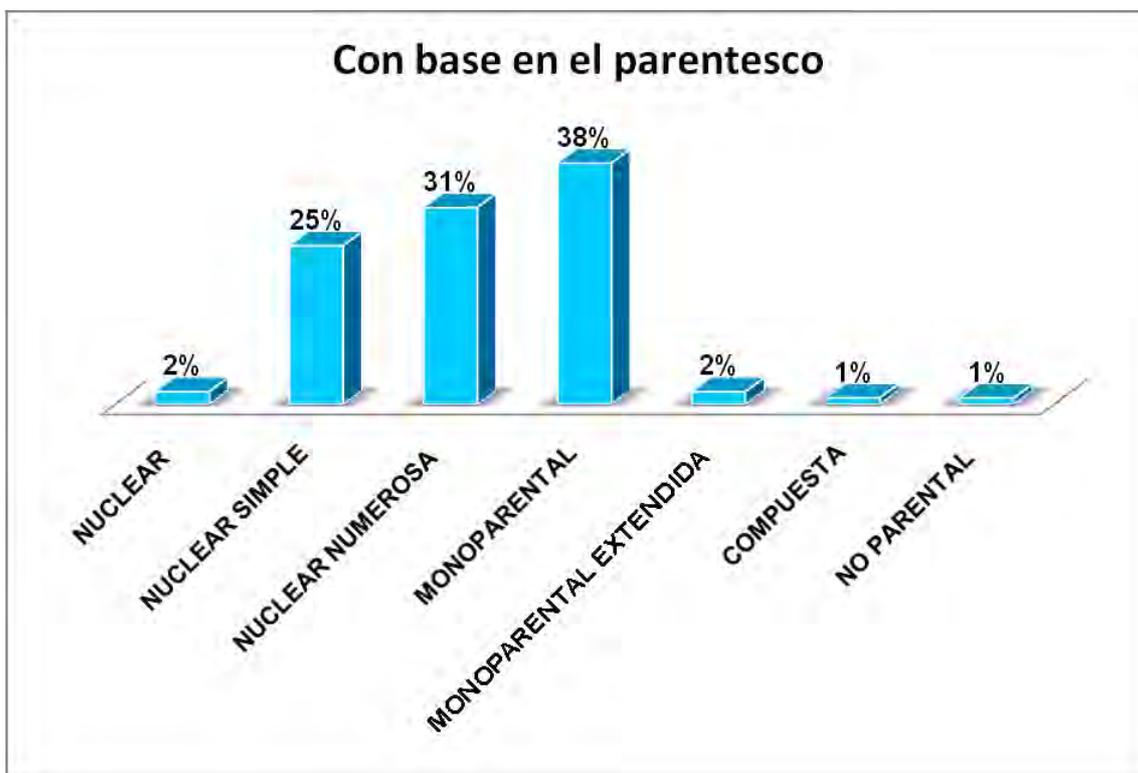
**Figura 8.- Porcentaje del nivel de escolaridad de los adultos mayores que asisten a la UMF No.10.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En relación con el grado de escolaridad, observamos que predomina el de primaria incompleta.

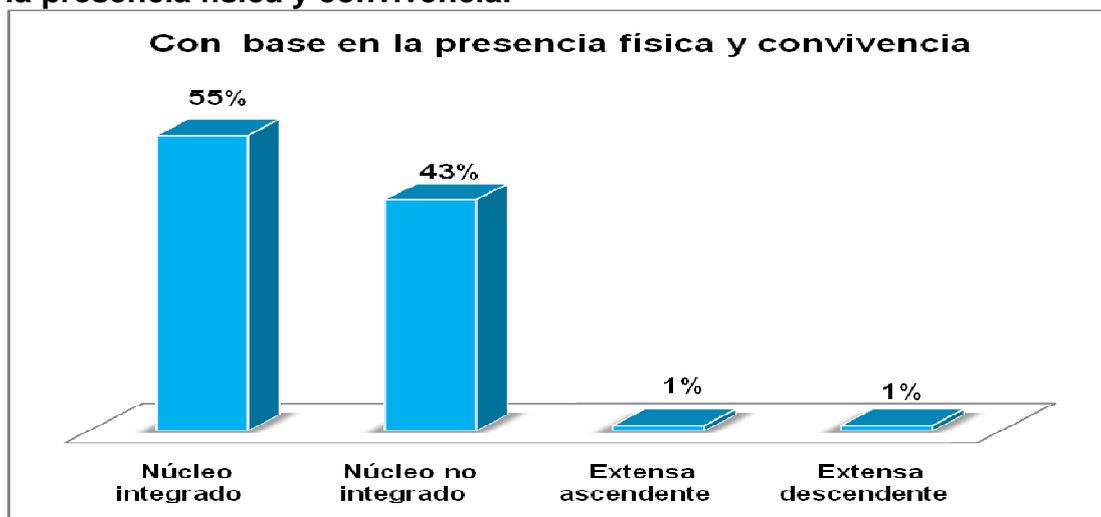
**Figura 1.- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 en base con el parentesco.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

**Tipología familiar**, en base al parentesco observamos que predomina la monoparental con un 38% seguida de la nuclear numerosa con un 31% y la nuclear simple con un 25%. (Ver figura 1).

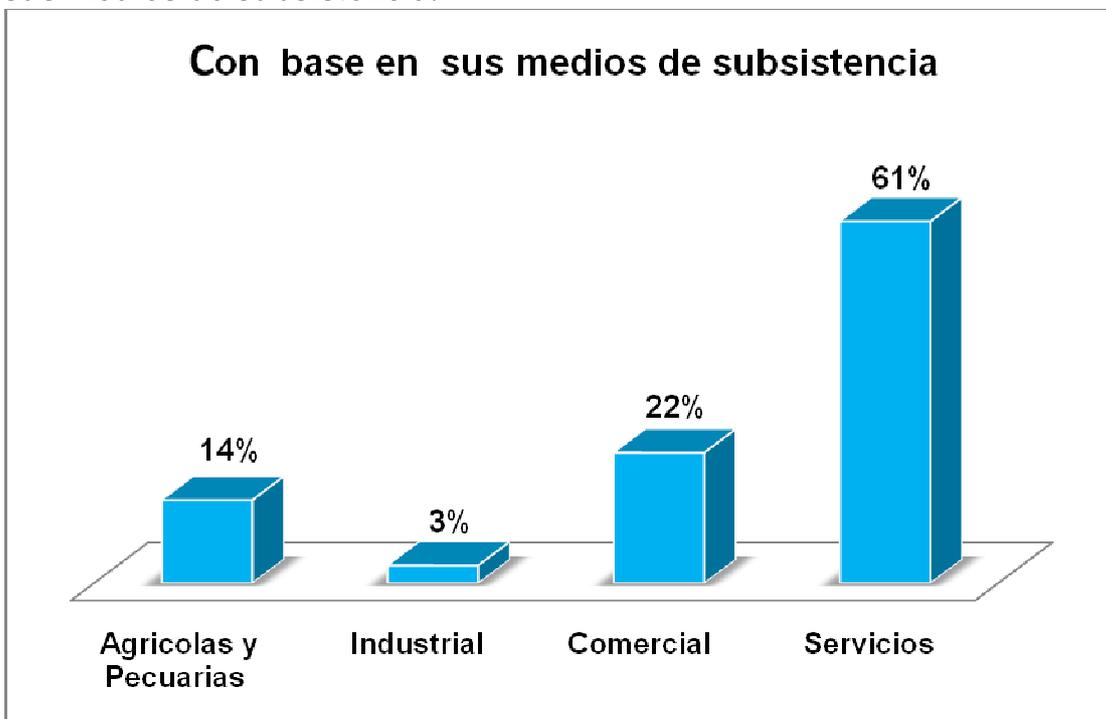
**Figura 2.- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 en base en la presencia física y convivencia.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En base a la presencia física y convivencia se observa que predomina el de núcleo integrado con un 55% seguido del núcleo no integrado con un 43% (ver figura 2).

**Figura 3.- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 en base en sus medios de subsistencia.**



FUENTE: Información obtenida a través de las encuestas elaboradas en UMF No. 10.

En base a sus medios de subsistencia observamos que predomina el de servicios varios con un 61% seguido del de comerciante con un 22% y el de agrícolas y pecuarios con un 14% (ver figura 3).

**Tabla 1.- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
Nada	<b>2.35%</b>
Un poco	<b>23.13%</b>
lo normal	<b>51.38%</b>
Bastante	<b>20.78%</b>
Extremadamente	<b>2.36%</b>
Total	<b>100%</b>

Como se observa en la tabla la satisfacción de la salud en los adultos mayores es normal con un 51.38%, mientras que un 2.25% no está satisfecho con su salud.

**Tabla 2- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿En qué medida el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
Nada	<b>15.68%</b>
Un poco	<b>33.72%</b>
lo normal	<b>29.80%</b>
Bastante	<b>18.43%</b>
Extremadamente	<b>2.37%</b>

Como se observa en la tabla anterior a los adultos mayores de la UMF No.10 el dolor físico no les impide para seguir realizando sus actividades con un 29.80% mientras que aun 2.37% si le impide hacer sus actividades.

**Tabla 3- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>5%</b>
<b>Un poco</b>	<b>19%</b>
<b>lo normal</b>	<b>43%</b>
<b>Bastante</b>	<b>29%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>4%</b>

Como se observa en la tabla la cantidad de tratamiento médico para funcionar en su vida diaria de los adultos mayores de la UMF No.10 es normal con un 43% mientras que un 5% no necesita de ningún tratamiento médico.

**Tabla 4- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Cuánto disfruta de la vida?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>2%</b>
<b>Un poco</b>	<b>19%</b>
<b>lo normal</b>	<b>40%</b>
<b>Bastante</b>	<b>31%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>8%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 disfrutan la vida de una forma normal con un 40% mientras que un 2% no la disfruta nada.

**Tabla 5- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?**

<b>Categorías</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>1%</b>
<b>Un poco</b>	<b>9%</b>
<b>lo normal</b>	<b>41%</b>
<b>Bastante</b>	<b>38%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>11%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 sienten que su vida tiene sentido en un 41% mientras que un 1% nada.

**Tabla 6- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>1%</b>
<b>Un poco</b>	<b>27%</b>
<b>lo normal</b>	<b>48%</b>
<b>Bastante</b>	<b>16%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>8%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 tienen un 48% de concentración normal mientras que un 1% no tienen nada de concentración.

**Tabla 7- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>2%</b>
<b>Un poco</b>	<b>18%</b>
<b>lo normal</b>	<b>47%</b>
<b>Bastante</b>	<b>29%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>4%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 tienen un 47% de seguridad en su vida mientras que un 2% no tienen nada de seguridad.

**Tabla 8- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan saludable es el ambiente físico de su alrededor?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>2%</b>
<b>Un poco</b>	<b>11%</b>
<b>lo normal</b>	<b>55%</b>
<b>Bastante</b>	<b>26%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>6%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que tienen un 55% Saludable el ambiente físico a su alrededor mientras que un 2% no tiene nada de saludable el ambiente físico de su alrededor.

**Tabla 9- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Tiene suficiente energía para la vida diaria?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>2%</b>
<b>Un poco</b>	<b>25%</b>
<b>lo normal</b>	<b>41%</b>
<b>Bastante</b>	<b>28%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>4%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que tienen suficiente energía para la vida diaria con un 41% mientras que un 2% no tiene nada.

**Tabla 10- Porcentaje de los adultos mayores f de la UMF No.10 que opinan ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>1%</b>
<b>Un poco</b>	<b>14%</b>
<b>lo normal</b>	<b>49%</b>
<b>Bastante</b>	<b>31%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>5%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que son capaces de aceptar su apariencia física de forma normal con un 49% mientras que un 1% no lo acepta nada.

**Tabla 11- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>6%</b>
<b>Un poco</b>	<b>44%</b>
<b>lo normal</b>	<b>41%</b>
<b>Bastante</b>	<b>7%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>2%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que tienen poco dinero para cubrir sus necesidades con 44% mientras que un 6% no tienen nada.

**Tabla 12- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3%</b>
<b>Un poco</b>	<b>23%</b>
<b>lo normal</b>	<b>56%</b>
<b>Bastante</b>	<b>16%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>2%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 56% tienen lo normal de información que necesita en su vida diaria mientras que un 3% no tienen nada de información.

**Tabla 13- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de recreación?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>8%</b>
<b>Un poco</b>	<b>29%</b>
<b>lo normal</b>	<b>41%</b>
<b>Bastante</b>	<b>20%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>2%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 41% tiene la oportunidad de realizar actividades recreativas mientras que un 8% no tienen nada.

**Tabla 14- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3%</b>
<b>Un poco</b>	<b>16%</b>
<b>lo normal</b>	<b>49%</b>
<b>Bastante</b>	<b>27%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>3%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 46% se desplaza de forma normal mientras que un 3% no se pueden desplazar.

**Tabla 15- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho está con lo que duerme?**

<b>Categorías</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>7.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>24.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>42.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>24.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>3.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 42% están satisfechos de forma normal con lo que duermen mientras que un 7% nada.

**Tabla 16- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>13.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>58.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>18.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>8.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 58% están satisfechos de forma normal con las actividades realizan en la vida diaria mientras que un 3% nada.

**Tabla 17- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>2.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>19.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>52.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>21.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>6.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 52% están satisfechos de forma normal con su capacidad de trabajo mientras que un 2% nada.

**Tabla 18- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>8.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>55.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>25.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>9.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 55% están satisfechos de forma normal con si mismo mientras que un 3% nada.

**Tabla 19- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>8.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>58.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>26.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>5.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 58% están Satisfechos de forma normal con sus relaciones personales mientras que un 3% nada.

**Tabla 20- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>6.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>15.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>62.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>14.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>3.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 62% están satisfechos de forma normal con su vida sexual mientras que un 6% nada.

**Tabla 21- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>7.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>11.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>49.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>24.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>9.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 49% están satisfechos de forma normal con el apoyo que obtiene de sus amigos mientras que un 7% nada.

**Tabla 22- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>7.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>50.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>26.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>14.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 50% están satisfechos de forma normal con las condiciones del lugar de donde vive mientras que un 3% nada.

**Tabla 23- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios de salud?**

<b>Categorías</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>3.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>6.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>49.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>29.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>13.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 49% están satisfechos de forma normal con el acceso que tienen a los servicios de salud mientras que un 3% nada.

**Tabla 24- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Qué tan satisfecho/a está con su medio de transporte?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>4.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>18.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>54.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>15.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>9.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 54% están satisfechos de forma normal con su medio de transporte mientras que un 4% nada.

**Tabla 25- Porcentaje de los adultos mayores de la UMF No.10 que opinan ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>10.00%</b>
<b>Un poco</b>	<b>34.00%</b>
<b>lo normal</b>	<b>32.00%</b>
<b>Bastante</b>	<b>13.00%</b>
<b>Extremadamente</b>	<b>11.0%</b>

Como se observa en la tabla los adultos mayores de la UMF No.10 opinan que un 34% están un poco satisfechos con sus sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión mientras que un 10% nada.

## DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Existen resultados que muestran un mejor nivel de vida con un 20.55% en el dominio de salud física seguido de un 23.66% en el dominio entorno al medio ambiente y un 18.45% en el dominio psicológica. Partiendo de un rango de 7.5 y que tuvieron un rango promedio de 20.55.

Como se observa en la grafica siguiente, se tomo en cuenta valores de referencia de los dominios salud física, psicológica, relaciones sociales y su entorno al medio ambiente. Obteniendo promedios, frecuencia con mínimo y máximo de cada dominio mismos que varían en el valor de cada pregunta.

La escala de puntuación es positiva en todas las preguntas (a mayor puntuación denota mayor calidad de vida) excepto en los preguntas 3, 4 y 6 (que puntúan al revés, a menor puntuación denota mayor calidad de vida).

<b>Dominios</b>	<b>Valor de referencia</b>	<b>promedio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>mínimo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>máximo</b>
salud física	7 a 35	20.55725	1	8	3	32
Psicológica	6 a 30	18.4542	1	9	1	30
Relac. Sociales	3 a 15	8.773077	1	2	2	15
Entorno medio ambiente	8 a 40	23.66412	1	11	1	40

## DISCUSION

Es de vital importancia determinar la calidad de vida de los adultos mayores, para tener un panorama general donde realizar estrategias que favorezcan mejores condiciones de vida.

En el presente trabajo se utilizó un instrumento validado en varios países con una buena confiabilidad, encontrando que los adultos mayores de nuestra unidad obtuvieron las mayores puntuajes en salud física, lo que nos traduce una percepción buena de su estado de salud, resultados diferentes a los encontrados en otros estudios<sup>25</sup> donde utilizaron el mismo instrumento en adultos mayores encontrados puntuajes bajos esto probablemente debido a la presencia de enfermedades crónico degenerativas. Creemos que los resultados obtenidos en este estudio se deben a que los adultos encuestados consideraron en promedio normal su estado de salud para su edad.

Son resultado obtenidos de la combinación de factores objetivos y subjetivos, siendo valorado desde la presencia de condiciones materiales y espirituales, necesarios para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios determinan para cada lugar y época hasta llegar al grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado repercutiendo de manera positiva o negativa sobre su salud.

Demostrando con esto que multidisciplinariamente la calidad de vida es un concepto definitivamente evaluador. Permitiendo el desarrollo de uno de los más importantes derechos, como es el poder decidir para si, que puede ser lo mejor o lo peor, independientemente de la edad que se haya alcanzado.

Se realizó un estudio en la habana: En el cual el análisis de la calidad de vida por grupo de edades encontraron que no existía relación entre la edad y la autovaloración de la calidad de vida, ya que en el mayor porcentaje de adultos pertenecientes al nivel mas bajo de calidad de vida se encontró en el grupo de 60-74 para un 16.1 %, mientras que en el nivel alto el mayor porcentaje 6.2% correspondió al grupo de 75 y mas. Hecho analizado por López Fernández.<sup>26</sup> quien planteo que los niveles mas altos de calidad de vida correspondientes al grupo de mayor edad lo que refuta la idea de que a mas edad menor calidad de vida).<sup>28</sup>

El siguiente dominio con una buena calificación los fue la psicológica que se refiere a cuanto disfrutaban de la vida, en que medida le encuentran sentido a la

misma. Resultados similares a lo reportado por la literatura ya que en promedio contestaron normal el disfrute de su vida.<sup>27</sup>

El dominio relacionando al entorno o medio ambiente fue el que ocupó el tercer lugar con 23 % de calificación. Este último punto se relaciona estrechamente con los dos anteriores ya que habla de seguridad en su vida diaria, el ambiente físico, los recursos económicos. Resultados similares a lo reportado por la literatura.<sup>27</sup>

La dimensión que ocupó el último lugar con menor puntaje se trató del relacionando con el aspecto social que se refiere a que tan acompañado se percibe el adulto mayor, encontramos que la mayoría se encuentra insatisfecho en el aspecto social esto debido a que en el grupo de estudio el 17 % vive solo y el 39 % con un solo familiar la mayoría pertenecen a familiares monoparentales. Resultados que difieren a los reportados en la literatura<sup>27</sup>.

La soledad residencial es muy infrecuente entre los mayores costarricenses. Menos del 10% de los mismos reside en hogares unipersonales, comparado con el 33% de los británicos o el 23% de los españoles. Esta gran diferencia entre la población costarricense y las europeas viene dada por la mayor coresidencia intergeneracional en la sociedad latinoamericana en la que, más de la mitad de los adultos mayores conviven con algún hijo –mientras tan sólo un 11% de los mayores británicos y un 27% de los mayores españoles cuentan con algún hijo dentro del hogar.

El modelo británico refleja una sociedad más individualista y con mayores recursos públicos que sostienen la independencia de los mayores (McGarry, y Schoeni, 2000).

Las sociedades anglosajonas presentan una alta participación social formal, en la que el apoyo social es transmitido por redes no familiares.<sup>23</sup>

Estos resultados nos dan la pauta para establecer estrategias para mejorar su entorno social, ya que contamos dentro de la institución con estructura para hacerlo como son los Centros de Seguridad Social, así como el recurso humano por lo que próximos estudios deberán valorar estrategias de intervención para mejorar este aspecto.

Gran parte de la población anciana en países subdesarrollados atraviesa precarias condiciones impuestas por la pobreza, padeciendo calamidades y la violación de los más elementales derechos del ser humano. La búsqueda de

soluciones actuales y futuras para los problemas de los ancianos, así como cambiar la visión que la sociedad en general y el individuo en particular tienen de la vejez, deben convertirse en preocupaciones impostergables de la humanidad. Detener el envejecimiento humano continúa siendo imposible; la única medida eficaz es la prevención, incorporando medidas favorecedoras de un estilo de vida saludable.

## CONCLUSIONES

La medición de la calidad de vida como objetivo específico relacionada con la salud o salud percibida mediante un cuestionarios de datos generales así como el instrumento WHOQOL-BREF, con veintiséis ítems de validez y comparabilidad bien establecida han superado los problemas de fiabilidad de la pregunta única sobre la percepción global de la calidad de vida del adulto mayor.

Hemos pretendido evaluar la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación clínica de nuestra Unidad Médica Familiar No 10. Con el estudio exploratorio en 267 adultos mayores de 60 años A través de un muestreo no probabilístico que sabían leer y escribir, de ambos sexos, que aceptaran participar en el estudio, se excluyeron pacientes con trastornos mentales, se eliminaron los pacientes con encuestas incompletas, Se analizaron los datos a través del paquete estadístico recogidas mediante una encuesta.

La calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No 10 en global fue buena, en la dimensión de Salud física, psicológica y medio ambiente, y resulto mala en el aspecto social. El tipo de familia que predomino de acuerdo a su composición fue la familia monoparental, la mayoría vive con un solo familiar, la edad de predomino fue de 64 a 73 años, el sexo femenino, escolaridad primaria incompleta, ocupación labores del hogar, estado civil casados.

Si la valoración de la calidad de vida se hiciera como parte de nuestra herramienta en la práctica clínica, esto nos daría posibilidades de una mejora continua en beneficio de nuestros adultos mayores.

El 35.61% tienen educación menor a la primaria lo cual podría dificultar el proceso de educación para la salud en el cambio de estilo de vida.

Un 58% opinan que están satisfechos de forma normal con las actividades que realizan en la vida diaria mientras que un 3% nada. La mayoría de los adultos mayores no incluyen en su estilo de vida, la práctica de ejercicio, lo cual no favorece el mantenimiento de su capacidad funcional y limita su actividad social, asociada a un nivel socioeconómico bajo y valores culturales.

En general los resultados del trabajo nos dieron un panorama más amplio de este grupo de pacientes, para darles un tratamiento más integral, al conocer su aspecto familiar y social que necesariamente influye en su estado de salud si recordamos que salud es el completo bienestar físico, psicológico y social del individuo.

Si la valoración de la calidad de vida se hiciera como parte de nuestra herramienta en la práctica clínica, esto nos daría posibilidades de una mejora continua en beneficio de nuestros adultos mayores.

El 35.61% tienen educación menor a la primaria lo cual podría dificultar el proceso de educación para la salud en el cambio de estilo de vida.

Un 58% opinan que están satisfechos de forma normal con las actividades que realizan en la vida diaria mientras que un 3% nada. La mayoría de los adultos mayores no incluyen en su estilo de vida, la práctica de ejercicio, a pesar de que solo el 12% está empleado, lo cual no favorece el mantenimiento de su capacidad funcional y limita su actividad social, asociada a un nivel socioeconómico bajo y valores culturales.

Considero que los resultados de este trabajo nos permitirán al personal de salud, establecer estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el aspecto social, ya que en su mayoría son adultos mayores, amas de casa y desocupados, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, que viven solos o con un solo familiar como lo muestran los resultados.

Y si creo que sirva este trabajo ya que en base a los resultados obtenidos nos da un panorama de la situación actual en que vive el adulto mayor de la unidad médico familiar No. 10, lo cual nos orienta y nos da la oportunidad para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, con posibilidades de una mejora continua en beneficio de ellos. Si tomamos en cuenta que como resultados se observa un gran porcentaje de soledad y sedentarismo por falta de motivación y orientación la cual no les ha llegado en forma oportuna para mejorar su calidad de vida, lo cual es parte de nuestra pretensión en lo adelante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Rodríguez EG. Alimentación y Nutrición del Adulto Mayor. Revista de la Facultad de Medicina Universidad El Bosque 2005, 10(1) 8-23
- 2.- Villa M, Rivadeneira L, El Proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe:. Santiago de Chile CEPAL 1999.
- 3.- Maldonado TG, Orrico BSE, Fragoso PJS, Moisés PHJ. Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar. Revista medica del IMSS 2000; 38(2)
- 4.- Araujo MGJ, Ávila JL, Jerónimo BV. Escala para identificar desnutrición energético-proteica del adulto mayor hospitalizado. Rev. MED IMSS 2004; 42 (5):387-394.
- 5.- Cardona D, Bayron AH. Construcción cultural del concepto de calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Publica 2005; 23(1).
- 6.- Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva Subjetiva de la Calidad de vida del adulto mayor diferencias ligadas al genero y a la practica de la actividad físico recreativa. Revista MH salud 2004; 1(1):117-121
- 7.- Rodríguez CA, Rodríguez CO, Señor GR, La recreación como modificador en la calida de vida del adulto mayor. Revista de Ciencias medicas La Habana 2002; 8 (2).
- 8.- Puga D, Rosero BK, Castro T, Red Social y Salud del adulto mayor en perspectiva comparad de Costa Rica, España e Inglaterra. Población y

Salud en Mesoamérica 2007; Volumen 5, número 1, artículo 1, jul - dic 2007, 5(1).

- 9.- Campos NR, Torrez D, Arganis JEM Las representaciones Del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en La ciudad de México. Cad. Saúde Pública 2002;18 (5).
- 10.- Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Tizan; 2002. 104-393.
- 11.- Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública: 2002.
- 12.- Fujisagwa M. Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Kochi Medical School Journal 2004 Oct;10(1):790-799.
- 13.- Céspedes A. Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años.. San José de Costa Rica: s.e. ;1987.
- 14.- Villalobos D. Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia. Rev. MH Salud 2004;1(1):2-11.
- 15.- Bourdieu, P. La distinción criterios y bases sociales del gusto. España: Taurus:2000.
- 16.- Cohen G. Si eres igualitarista, ¿Cómo es que eres tan rico?, Barcelona, Paidós;2001.
- 17.- Nussbaum M, Sen A. La calidad de vida. México: Fondo de cultura Económica; 1996; 5-56.

- 18.- Castel R. La lógica de la exclusión. En: Bustloy Minujin (eds.). Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes. Bogota: UNICEF-Santillana; 1998.
- 19.- Dulcey RE, Mantilla G, Alfonso AM, García DM Calidad de Vida y situaciones de cambio. EXPOJAVERIANA. Universidad Javeriana de Bogota. Marzo 16 a 20 1998.
- 20.- Triana EA, Reyes T. Informatica y Adulto Mayor. En: Triana EA, Sanabria R. Informatica y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio. La Habana Edicion especial en CD-ROM. E ditorial de Ciencias Medicas; 1999.
- 21.- Lehr U. :Correlatos psicosociales de la longevidad. Conferencia en Bogota. 1993.
- 22.- Barbero J. MA. Aspectos eticos de la atención Domiciliaria En: Contel JC, Gene J. Peya M. (Ed). Organización y práctica. Barcelona: Springer 1999; 119-227.
- 23.- Puga D, Rosero BL. Glaser k. Castro T. Estudio de Longevidad y envejecimiento Saludable. Población y Salud en Mezo América - Volumen 5, número 1, artículo 1, jul - dic 2007
- 24.- De Vries J. Van Fleco GL. The World Health Organization Quality Of life assessment instrument (WHOQOL- 100): validation study with the Dutch version. European Journal of Psychological Assesment 1999; 13(3): 164-178.

- 25.- Zea HMC, López AME, Valencia-MCM, Soto GJA, Aguirre-ADC.  
Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Invest Educ Enferm 2008; 26(1):24-35.
- 26.- López FR. determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de abril", municipio plaza ciudad habana 2000.
- 27.- Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci ME, Calidad de vida de adultos mayores pobres de vivienda básica: Rev med Chile 2008; 136:325-333.
- 28.- Código ISPN de la Publicación: EEVEPAZZAUCTOGOZR Publicado Friday 23 de June de 2006

## ANEXOS

### Anexo 1

CUESTIONARIO: DATOS PERSONALES

“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR”

FECHA \_\_\_\_\_ FOLIO (     )

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

1.-NOMBRE \_\_\_\_\_

AFILIACION \_\_\_\_\_

CONSULTORIO (     )     TURNO (     )

2.-EDAD (     )

3.-SEXO: 1) MASCULINO (     ) 2) FEMENINO (     )

4.-OCUPACION ( \_\_\_\_\_ )

5.-ESTADO CIVIL ( \_\_\_\_\_ )

6.-CUANTOS HIJOS TIENE \_\_\_\_\_ CON QUIEN VIVE \_\_\_\_\_

Escolaridad (     )

Sin escolaridad \_\_\_\_\_ (1)

Primaria incompleta \_\_\_\_\_ (2)

Primaria completa \_\_\_\_\_ (3)

Secundaria incompleta \_\_\_\_\_ (4)

Secundaria completa \_\_\_\_\_ (5)

Bachillerato \_\_\_\_\_ (6)

Profesional \_\_\_\_\_ (7)

## Anexo 2

### TIPOLOGIA FAMILIAR

#### CON BASE EN EL PARENTESCO

NUCLEAR (hombre y mujer sin hijos) ( ) 1

NUCLEAR SIMPLE (padre y madre con 1-3 hijos) ( ) 2

NUCLEAR NUMEROSA (Padre y madre con 4 hijos o mas) ( ) 3

RECONSTRUIDA (BINUCLEAR) (padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos tienen hijos de su unión anterior) ( ) 4

MONOPARENTAL (padre o madre con hijos) ( ) 5

MONOPARENTAL EXTENDIDA (padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco) ( ) 6

#### MONOPARENTAL EXTENDIDA

COMPUESTA (padre o madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco) ( ) 7

EXTENSA (padre y madre con hijos mas otras personas con parentesco) ( ) 8

EXTENSA COMPUESTA (padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco) ( ) 9

NO PARENTAL (Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres por ejemplo tíos y sobrinos, abuelos, nietos primos o hermanos, etc.) ( ) 10

#### SIN PARENTESCO

MONOPARENTAL EXTENDIDAD SIN PARENTESCO (padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco) ( ) 11

GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS (personas sin vinculo de parentesco, que realizan funciones o roles familiares, ejemplo grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas en hospicios o asilos, etc.) ( ) 12

CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA

NUCLEO INTEGRADO (Presencia de ambos padres en el hogar) ( ) 13

NUCLEO NO INTEGRADO (No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar) ( ) 14

EXTENSA ASCENDENTE\_(Hijos casados o unión libre que viven en la casa de alguno de los padres) ( ) 15

EXTENSA DESCENDENTE (Padres que viven en la casa de alguno de los hijos) (16 )

EXTENSA COLATERAL (Núcleo o pareja que vive en la casa de los familiares colaterales como tíos, primos, abuelos, etc.) ( ) 17

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

\_AGRICOLAS Y PECUARIAS ( ) 18

\_INDUSTRIAL ( ) 19

\_COMERCIAL ( ) 20

\_SERVICIOS ( ) 21

### Anexo 3

Encuesta realizada con  
Instrumento WHOQOL-Bref

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

1. ¿Qué tan satisfecha, esta con su calidad de vida?

(1)Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho

2. ¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?

(1) Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremadamente

3. ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

9. ¿Qué tan saludable es el ambiente físico de su alrededor?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

10. ¿Tiene suficiente energía para la vida diaria?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

(1) Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

(1)Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente

13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?  
(1) Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente
14. ¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de recreación?  
(1) Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?  
(1) Nada (2) Un poco (3) Lo normal (4) Bastante (5) Extremada mente
16. ¿Qué tan satisfecho está con lo que duerme? — —  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
17. ¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
18. ¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
19. ¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
20. ¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
21. ¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
22. ¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
23. ¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?  
(1) Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5) Muy satisfecho
24. ¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios de salud?

(1)Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5)

Muy satisfecho

25. ¿Qué tan satisfecho/a está con su medio de transporte?

(1)Muy insatisfecho (2) Insatisfecho (3) Lo normal (4) Bastante satisfecho (5)

Muy satisfecho

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

(1)Nunca (2) Raramente (3) Mediana mente (4) Frecuente mente (5) Siempre

¿Le gustaría hacer algún comentario?