



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "Gabriel Mancera"

**"CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA"**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE:

**MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

**DRA. LAURA ROCÍO CASTRO REYES.**

ASESOR CLINICO Y EXPERIMENTAL:

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO.

DR. JORGE ALBERTO ENRIQUEZ JIMENEZ.

CD. DE MEXICO, D.F., AGOSTO 2011.

No DE REGISTRO: R-2011-3609-2



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, 3 SUROESTE DEL D.F.

FECHA 11/02/2011

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2011-3609-2</b>

ATENTAMENTE

**DR. (A) CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA.**

---

**Dr. Ernesto Romero Hernández**  
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

---

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano**  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

---

**Dr. Jafet Felipe Méndez López**  
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

No DE REGISTRO: R-2011-3609-2

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA.**

**Asesora de Tesis:**

---

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”**

**Asesor de Tesis:**

---

**Dr. Jorge Alberto Enríquez Jiménez  
Médico Especialista  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”**

**Tesista:**

---

**Dra. Castro Reyes Laura Rocío.**

**No DE REGISTRO: R-2011-3609-2.**

## **AGRADECIMIENTOS.**

En primer lugar **a mi Dios**, por crearme y dejarme ser libre. Por todas las dificultades que ha puesto en mi vida y por los talentos que me ha regalado.

**A mis padres** por darme la vida y la iniciación. A mi Madre Micaela porque amorosamente cuidó de mí y siempre ha estado pendiente de mis necesidades. A mi Padre Armando por su gran ejemplo, guerrero en la vida, que me enseñó el valor de hábito y la dedicación.

**A mi esposo Ricardo**, que ha caminado a mi lado desde hace muchos años, brindándome su compañía, amor y motivación. Gracias por impulsarme cuando he decidido dejar todo. Por tus ganas de vivir juntos y por tu cuidado.

**A mi hijo Jesús** por el simple hecho de existir, llegó a cambiar mi vida, un ser tan pequeño que hace grandes cosas, que impulsa mi vida, mi gran razón de ser y de seguir adelante.

A mis sobrinos Azu, Lalo, July, por hacer mi vida más divertida, a mi hermana Susana, por estar a mi lado. A mi tía Felisa por apoyarme incondicionalmente, por ser una persona muy valiosa, a mi abue Fortunata por ser líder en la familia, por estar al pendiente de sus nietos, a mi tía Gregoria y a todos mis primos, a toda mi familia por su apoyo.

A mi asesor a asesora de Tesis, por su ayuda, entrega y dedicación para lograr este trabajo. A mi asesor de tesis por su ayuda.

A todos mis amigos por compartir parte de su vida conmigo, por hacer más ligero el sendero.

A mis pacientes porque de ellos soy.

Y porque no a la UNAM y al IMSS, por haberme formado.

A todos gracias...

## INDICE.

<b>Resumen</b>	7
<b>1. Marco Teórico</b>	9
1.1.1. El adulto Mayor	9
1.1.2. El envejecimiento	9
1.1.3. Situación actual de los adultos mayores en México	9
1.1.4. La esperanza de vida	12
1.1.5. Polifarmacia	13
1.1.6. Consecuencias de la polifarmacia	14
1.1.7. Una prescripción adecuada	14
1.1.8. Los adultos mayores y la polifarmacia	15
1.1.9. Calidad de vida	16
1.1.10. Calidad de vida en adultos mayores	16
1.1.11. Calidad de vida y envejecimiento	19
1.1.12. Escala para medir la calidad de vida	19
1.2. Planteamiento del problema	23
1.3. Justificación	23
1.4. Objetivos	24
1.5. Hipótesis	24
<b>2. Material y método</b>	25
2.1. Tipo de estudio	25
2.2. Diseño de investigación	26
2.3. Población o universo	27
2.4. Ubicación temporal y espacial de la población	27
2.5. Muestra	27
2.6. Tamaño de la muestra	27
2.7. Criterios de selección	28
2.8. Variables del estudio	29
2.9. Diseño estadístico	31
2.10. Instrumento de recolección de datos	31
2.11. Método para la recolección de datos	32
2.12. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	32
2.12. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	32
2.14. Consideraciones éticas	33
2.15. Cronograma de actividades 2010-2011	35
<b>3. Resultados</b>	36
<b>4. Análisis</b>	45
<b>5. Discusión</b>	47
<b>6. Conclusiones</b>	48
<b>7. Recomendaciones</b>	48
<b>8. Bibliografía</b>	49
<b>9. Anexos</b>	52

## **CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA.**

### **RESUMEN.**

El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas mundiales, produciéndose una transformación global; México como muchos otros países en desarrollo, está inmerso en un proceso de envejecimiento demográfico, aumentando así el número de adultos mayores, por lo que es importante conocer como perciben los adultos mayores su calidad de vida para así realizar acciones con el fin de no solo aumentar la esperanza de vida, sino lograr vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales.

**OBJETIVO.** Conocer la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de polifarmacia de la UMF 28 del IMSS. Además de establecer la relación del género, de la edad, del estado civil, de la escolaridad, de la ocupación, de las personas con quien vive y del número de patologías, que tienen con la calidad de vida.

**MATERIAL Y METODO.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, la muestra se basó en el total de población mayor de 60 años, la cual es de 51,830 adultos mayores (30,302 mujeres y 21,528 hombres), derechohabiente a la UMF N. 28 Gabriel Mancera del IMSS. El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo: 160 pacientes con un intervalo de confianza (IC) de 96% y una proporción de 0.75, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.25. La recolección de datos se realizó en los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, mediante la aplicación de un cuestionario de identificación personal y un cuestionario de autoaplicación para valorar la calidad de vida SF – 36, y posteriormente se realizó un análisis estadístico.

**RESULTADOS.** Del total de los 160 pacientes, 61.87 % son mujeres y 38.12% hombres. Reportaron 63.75% mejor calidad de vida y 36.25% peor calidad de vida. Las variables estudiadas que contribuyen en la mejor calidad de vida de mayor a menor grado son: en primer lugar el estado civil casado o en unión libre, seguido de la polifarmacia de tres a cinco fármacos, posteriormente los adultos mayores que padecen de una a tres enfermedades, los que viven con un familiar, los que tienen ocupación de ama (o) de casa u hogar y finalmente el sexo femenino. La edad y la ocupación resultaron no contribuir a la mejor calidad de vida.

**CONCLUSIONES.** El presente estudio confirma que la polifarmacia disminuye la calidad de vida en los adultos mayores, sin embargo habría que comparar los presentes resultados con adultos mayores sin polifarmacia y la calidad de vida de los pacientes con polifarmacia en edad productiva.

**PALABRAS CLAVES:** polifarmacia, calidad de vida, adulto mayor.

**No DE REGISTRO: R-2011-3609-2**



## QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS WITH POLYPHARMACY.

### SUMMARY.

Increased life expectancy has led to a radical change in world population pyramids, leading to a global transformation, Mexico and many other developing countries, is undergoing a process of population aging, increasing the number of older adults, so it is important to know how older adults perceive their quality of life in order to take action to not only increase life expectancy, but to make you live longer and in better physical, social and mental.

**OBJECTIVE.** Knowing the quality of life of older adults diagnosed with polypharmacy of 28 UMF IMSS. In addition to establishing the relationship of gender, age, marital status, schooling, occupation, people with whom they live and the number of diseases that have the quality of life.

**MATERIAL AND METHODS.** We performed an observational, descriptive, prospective, cross-sectional sample was based on the total population over 60 years, which is older 51.830 (30.302 women and 51.830 men), entitled to the UMF N. Gabriel Mancera IMSS 28. The sample size for a descriptive study, 160 patients with a confidence interval (CI) of 96% and a ratio of 0.75 with a confidence interval width of 0.25. Data collection was performed in older adults who met the inclusion criteria, by applying a questionnaire of personal identification and a self-administered questionnaire to assess quality of life SF - 36, and then performed a statistical analysis.

**RESULTS.** Of the total 160 patients, 61.87% are women and 38.12% men. 63.75% reported improved quality of life and 36.75% worse quality of life. The studied variables which contribute to better quality of life of greater or lesser degree are: First marital status married or in union, followed by polypharmacy three to five drugs, then older adults who have one to three diseases, living with a family who have occupied loves (or) house or home, and finally the female. The age and occupation were not contributing to the better quality of life.

**CONCLUSIONS.** This study confirms that polypharmacy diminishes the quality of life in older adults, but should compare these results with older adults without polypharmacy and quality of life of patients with polypharmacy in productive age.

**KEYWORDS:** polypharmacy, quality of life, elderly.

**No DE REGISTRO: R-2011-3609-2**

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1.1. EL ADULTO MAYOR.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al adulto mayor (AM) a toda aquella persona de sesenta años ó más de edad, sin embargo en los países desarrollados se consideran adulto mayor a los mayores de sesenta y cinco años de edad.<sup>1</sup>

### 1.1.2. EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Etimológicamente, vejez (derivado de viejo) procede del latín *veclus, vetulusm*, que a su vez, viene definido por la persona de mucha edad.<sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente.<sup>2</sup>

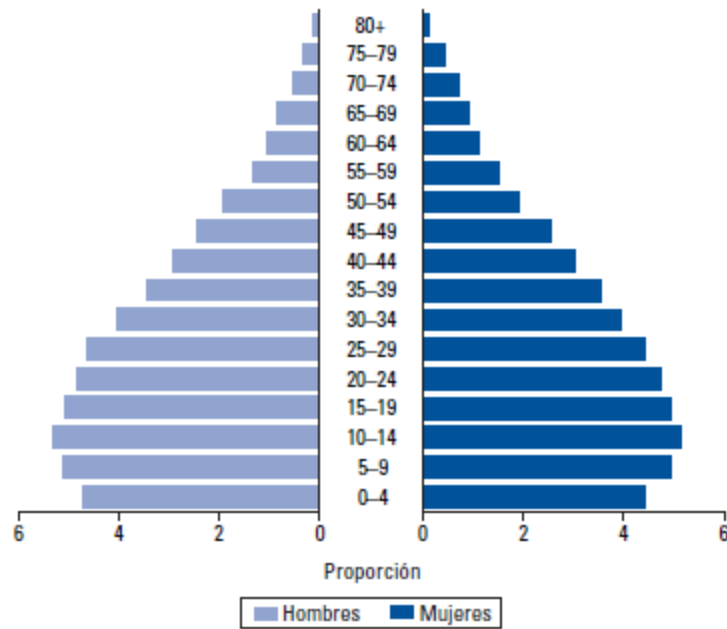
Se dice también que el envejecimiento es una situación social, cambiante como se menciona en el manual de indicadores de calidad de vida en la vejez, donde se plantea que en el siglo XIII se era viejo o vieja a los 30 años, a principios del siglo XIX, a los 40, y hoy en día la edad a partir de la cual se considera a una persona mayor está en entredicho.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica.<sup>3</sup>

### 1.1.3. SITUACION ACTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO.

En la figura 1, se muestra la Pirámide poblacional de México 2005, por grupo de edad y sexo; donde se aprecia un engrosamiento de la población en adolescentes y edad productiva. Sin embargo la transición demográfica cambiará la pirámide de población, concentrándose en edades productivas y en personas de la tercera edad.<sup>4</sup>

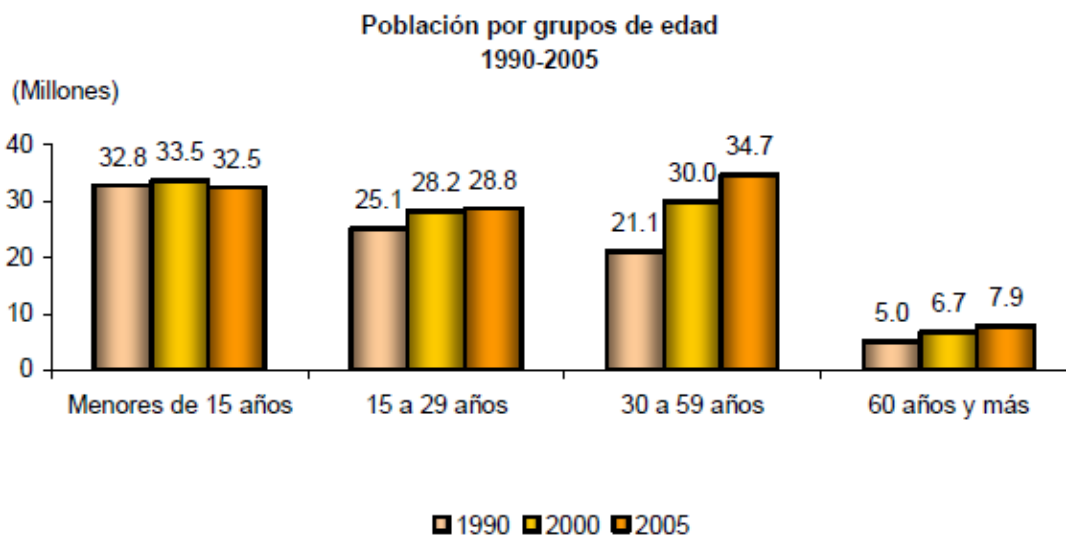
**FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, México, 2005.**



SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2007. VOLUMEN II-PAÍSES

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.

En el periodo comprendido entre 1990 y 2005, la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 1.43% promedio anual, la del grupo de edad de 60 años o más lo hizo a un 3.11 por ciento. Este ritmo de crecimiento propició que los adultos mayores aumentaran su presencia tanto en términos absolutos como relativos: en 1990 este grupo contaba con cinco millones de individuos, para el año 2005 aumentó a 7.9 millones, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 6% a 7.6% en ese lapso.



FUENTE: Conapo-INEGI-Colmex. Conciliación demográfica, 2005

Entre los adultos mayores es frecuente que el volumen de hombres sea menor que el de las mujeres, dado que en ellas el nivel de sobrevivencia es mayor. Para 2007, los volúmenes por sexo fueron de 3.9 y 4.6 millones, respectivamente; lo que significa una relación de hombres-mujeres de 84 varones por cada 100 mujeres.

Por grupos de edad, se observa que entre quienes tienen 60 y 69 años representan más de la mitad de los adultos mayores (56%); los de 70 a 79 años menos de la tercera parte (29.9%) y el resto lo conforman aquellos con 80 años y más (14.1%).

En los próximos años, la población adulta mayor tendrá un crecimiento demográfico importante, se estima que para el año 2010 sean 9.4 millones, lo que en términos relativos representa 8.7% de la población total, es decir, un punto porcentual más respecto a 2005. Con lo anterior, la tasa de crecimiento promedio anual de este grupo aumentaría de 3.47% en 2005-2007 a 3.59% entre 2007 y 2010.<sup>5</sup>

**Tasa<sup>1</sup> de crecimiento medio anual por sexo según grupos de edad  
1990-2010**

Periodo y sexo	Total	0 a 14 años	15 a 29 años	30 a 59 años	60 años y más
<b>1990-2005</b>					
Total	1.43	-0.05	0.91	3.38	3.11
Hombres	1.36	-0.04	0.82	3.34	3.07
Mujeres	1.50	-0.06	1.00	3.43	3.13
<b>2005-2007</b>					
Total	0.88	-1.23	0.42	2.61	3.47
Hombres	0.81	-1.24	0.43	2.51	3.51
Mujeres	0.96	-1.23	0.41	2.71	3.45
<b>2007-2010</b>					
Total	0.81	-1.33	0.35	2.32	3.59
Hombres	0.74	-1.33	0.38	2.21	3.63
Mujeres	0.89	-1.33	0.31	2.42	3.56

<sup>1/</sup> Se refiere al modelo geométrico

FUENTE: Conapo-INEGI-Colmex, Conciliación demográfica, 2005.

#### 1.1.4. LA ESPERANZA DE VIDA.

La esperanza de vida de los adultos mayores es modificada por diversos factores como sexo, el lugar de residencia, nivel socioeconómico y educativo, por mencionar algunos, sin embargo independientemente de estos factores ha ido en aumento con el paso del tiempo en general.

Se muestra a continuación una tabla donde se calcula la esperanza de vida según el sexo en el Distrito Federal del año 2005 al 2009, donde se aprecia que el sexo femenino tiene mayor número de años en comparación con el masculino, sin embargo el sexo masculino presenta una ganancia de 0.8 años en 5 años, el femenino muestra una ganancia de 0.6 años; en total por ambos sexos se gana 0,7 años más de vida.<sup>6</sup>

Esperanza de vida en el Distrito Federal según sexo, 2005 a 2009.

(Promedio de años)	2005			2006			2007			2008			2009		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	75.5	72.9	78.0	75.8	73.3	78.3	75.9	73.4	78.4	76.1	73.6	78.5	76.2	73.7	78.6

FUENTE: CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) (11 de mayo de 2009).

### 1.1.5. POLIFARMACIA.

La polifarmacia se ha tornado tan importante en la salud del paciente adultos mayores que la geriatría la define, como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica se comporta como un simulador de enfermedad, generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico.

Los adultos mayores se han constituido en los grandes consumidores de medicamentos, ya sea porque los necesitan por las pluripatologías que padecen o bien por automedicación, pero en cualquiera de los casos se exponen a un riesgo aumentado de hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, mayor frecuencia de caídas, mayor consumo de servicios de salud, entre otros.

En algunos países desarrollados, se ha determinado que los adultos mayores utilizan alrededor del 34% de las prescripciones totales de fármacos, en Latinoamérica, el estudio SABE realizado en la población AM informa que el 80% de esta población recibe 3 o más medicamentos y el 90% recibe al menos uno.<sup>7</sup>

Un estudio de Hidalgo Estado de México reporta que de 311 adultos mayores encuestados, se presentó una prevalencia de 18%, de los cuales 32% reportó consumir productos de herbolaria, el promedio de medicamentos consumidos para toda la población fue de 2.8 y para los sujetos con polifarmacia de 5.3, además se identificó como factores de riesgo de la polifarmacia a la polipatología, visita a varios médicos (tres ó más) por el mismo problema de salud, y la insatisfacción de su tratamiento. El presente estudio aunque demostró menor prevalencia en polifarmacia en general si demostró una importante polifarmacia de herbolaria y naturismo esto por la población estudiada.<sup>8</sup>

En un estudio realizado en Cuba en el año 2005, con 118 adultos mayores, mostro una prevalencia de la polifarmacia en un 39%, el grupo de edades predominante fue el de 65-69 años y es más frecuente en el sexo el femenino.

Se comprobó que un total de 49 (41 %) se autoprescribían medicamentos, de los cuales 46 (94 %) lo hacen con cantidades que oscilan entre 1 y 3 fármacos, mientras que 3 ancianos (6 %) consumen 4 medicamentos o más *per cápita*.

En relación con los fármacos consumidos por los pacientes constatamos que 303 preparados eran por prescripción médica, lo que arrojó 3,1 medicamentos promedio por ancianos; mientras que los autoprescritos ascendieron a la suma de 113, para un promedio de 2,3 por senescente.

Los grupos de medicamentos más indicados resultaron ser los hipotensores en 38 (13 %), muy seguidos de los diuréticos en 34 senescentes (11 %), los psicofármacos en 25 (8 %), los analgésicos en 20 (7 %), y finalmente los antidiabéticos en 14 ancianos (5 %). Los preparados más frecuentemente

prescritos fueron la clortalidona (21 %), la aspirina (18 %), el nifedipino (16 %), el diazepam (12 %) y la digoxina (10,5 %).

En el grupo de fármacos autoprescritos se encontraron las vitaminas (23 %), los analgésicos (20 %), los laxantes (19 %), los antihistamínicos (14 %) y psicofármacos (12 %).<sup>9</sup>

#### 1.1.6. CONSECUENCIAS DE LA POLIFARMACIA.

Un alto porcentaje de los pacientes mayores de 65 años que acuden a la consulta de atención primaria consume, al menos, un medicamento de forma crónica, y se dispone de estudios que cifran este consumo en aproximadamente el 61% de este grupo poblacional. En muchas ocasiones, este consumo está justificado por las distintas enfermedades que presentan estas personas, pero el consumo de medicación en los ancianos está relacionado con un mayor número de efectos secundarios, interacciones farmacológicas y reacciones adversas, que conllevan, en muchas ocasiones, la falta de adherencia a los regímenes terapéuticos.<sup>10</sup>

La proporción de episodios adversos a medicamentos en pacientes polimedcados con 6 o más fármacos, es de un 27%, comparada con el 10% si el paciente toma 1 sólo medicamento.

Entre el 50-70% de los episodios adversos son evitables.

Entre el 6,9 al 22% de reacciones adversas a medicamentos (RAM) que se producen en los hospitales y el 11% de las RAM de los pacientes que acuden a urgencias se deben a interacciones entre los medicamentos que están tomando.<sup>11</sup>

#### 1.1.7. UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA.

La OMS a un entorno con medios informáticos, se han propuesto ocho pasos para una prescripción adecuada:

1. Evaluar y definir claramente el problema del paciente.
2. Especificar el objetivo terapéutico.
3. Seleccionar el medicamento adecuado.
4. Iniciar el tratamiento cumplimentando los datos apropiados y detallados, considerando las terapias no farmacológicas.
5. Proporcionar información, instrucciones y advertencias.
6. Evaluar regularmente el tratamiento.
7. Considerar el coste de los medicamentos al prescribir.
8. Usar los ordenadores y otras herramientas para reducir los errores de prescripción.<sup>12</sup>

### 1.1.8. LOS ADULTOS MAYORES Y LA POLIFARMACIA

Los efectos adversos son 2 a 3 veces más frecuentes en ancianos que en adultos jóvenes a dosis similares.

Las reacciones adversas a medicamentos son 2-5 veces más frecuentes en el anciano, en particular en los mayores de 80 años.

El 85% de los pacientes ancianos se administra su propia medicación.

Numerosos estudios parecen indicar que los niveles de incumplimiento son altos, sugiriendo que entre un 30-50% de los pacientes no toma correctamente la medicación.

Entre el 25-50% de todos los pacientes ambulatorios no toman la pauta de tratamiento como les ha indicado el médico. Algunos estudios indican que en pacientes mayores de 65 años, del 32 al 69% siguen mal el tratamiento cuando se prescriben más de tres fármacos.

Existe el mal cumplimiento del tratamiento que se puede deber a un consumo de dosis excesiva ("si una pastilla es buena, dos mejor") o por errores de omisión, con lo cual disminuye la eficacia.

Los factores que contribuyen al incumplimiento son la polifarmacia, dosificación diaria múltiple, eficacia medicamentosa no evidente a corto plazo, regímenes de larga duración, tratamiento incómodo, cambios en el estilo de vida, desinformación sobre los efectos adversos, el desconcierto derivado de la rotación médica en el control y tratamiento de la patología.<sup>11</sup>

Se tiene en la literatura se tiene reportando en un estudio transversal en una población de 422 personas de 60 años o más, residentes de la ciudad de Querétaro: que la polifarmacia y el deterioro auditivo se presentaron significativamente asociados a la dependencia de las actividades instrumentales, además de que la polifarmacia por sí misma puede ocasionar mareo, el cual dificulta igualmente el desplazamiento, siendo necesario puntualizar la corresponsabilidad del individuo al tomar productos prescritos y no medicamento (fármacos alópatas, homeópatas, herbales, y un sinfín de alternativas que también interaccionan farmacológicamente) y que complican la función. Y que los factores asociados a la dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria con mayor significancia fueron el sexo masculino, nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad bajo, deterioro auditivo, polifarmacia, estado civil y enfermedad pulmonar.<sup>13</sup>



### 1.1.9. CALIDAD DE VIDA.

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80.

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. CVRS

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de consenso de calidad de vida: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".<sup>14</sup>

Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. CVRS.

En un estudio que se elaboro para conocer el significado que le da el adulto mayor y su familia a calidad de vida, participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, a quienes se les investigo acerca de: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. A la conclusión que se llego fue: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.<sup>15</sup>

### 1.1.10. CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.

Se reporta un estudio en un centro de salud urbano (Centro de Salud "Sillería" de Toledo) con 176 pacientes, a los cuales se medio con el cuestionario de Barthel

para capacidad funcional de actividades básicas y el cuestionario de calidad de vida Nottingham Health Profile (NHP), que exploran seis dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los resultados obtenidos fueron: el 67,5% eran mujeres, su edad media fue de 81,4 años, el 33,7% vivían solos, el 38,7% vivían con su pareja y el resto (27,5%) con algún otro familiar o colectivo. El número medio de patologías crónicas padecidas fue de 3,2, siendo las más prevalentes hipertensión arterial (75,5%), artrosis (39,4%), dislipemia (32,9%) y diabetes mellitus (22,6%). El número medio de fármacos consumidos de forma crónica era de 4,7. El porcentaje de deterioro global en el NHP fue de 25,6 (IC95% 22,8-28,3), siendo dicho deterioro variable en cada una de las dimensiones: energía (26,1; 21,2-31,0), dolor (20,5; 16,8-24,3), movilidad (32,5; 28,6-36,5), reacción emocional (23,7; 20,4-27,1), sueño (33,8; 29,0-38,5) y aislamiento social (17,2; 14,3-20,1). El grado de deterioro global se asoció, de forma estadísticamente significativa, con mayor edad, convivencia fuera del núcleo familiar, mayor número de patologías crónicas, mayor consumo de fármacos y menor capacidad funcional. El deterioro global de la calidad de vida (DGCV) se asoció de forma directa a la edad ( $DGCV = - 32,345 + (0,712 * Edad)$ ;  $F = 5,044$ ;  $p < 0,05$ ), pero no con el sexo del paciente 23,1 en hombres y 26,8 en mujeres;  $T \text{ Student} = -1,252$ ;  $p = 0,210$ ).<sup>16</sup>

Los resultados obtenidos en el Hospital civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas, con 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; donde se midió la calidad de vida con el Instrumento MGI Calidad de Vida construido y validado en Cuba; se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0% respectivamente.<sup>17</sup>

Se tiene el reporte de un estudio con 307 mujeres mayores a 65 años, aparentemente saludables, inscritas al programa de adulto mayor saludable, no se incluyeron a mujeres que respondieron en la encuesta de antecedentes personales: cirugía o trauma mayor reciente, enfermedades endocrinas, autoinmunes, cáncer de cualquier etiología y alteración respiratoria/cardíaca significativa. Se valora la calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-12, donde se obtuvo las puntuaciones más altas en el dominio de vitalidad con  $59,0 \pm 10,9\%$ , seguido de salud mental  $52,7 \pm 12,5\%$  y salud física  $50,1 \pm 7,0\%$ . Por otra parte, la puntuación más baja quedó demostrada en los dominios del rol emocional con un  $19,2 \pm 4,0\%$  y la función social  $24,1 \pm 4,5\%$ .<sup>18</sup>

El estudio realizado con 26 personas mayores de 75 años, se tiene que el mayor porcentaje está dado por mujeres con un 61,5%, en cuanto a la percepción del estado de salud subjetiva, se tiene que el 53,8% la refiere como regular, 19,2% mala, 15,4% buena y 11,6% muy mala. Se debe considerar que el 88,4% tienen pluripatología.<sup>19</sup>

En la literatura se reporta un estudio con 150 pacientes, de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, en cuanto a la autopercepción de la calidad de vida

de los adultos mayores, mediante el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI); donde los resultados fueron: la distribución del género, con predominio del sexo femenino. En cuanto al grado de satisfacción con su estado actual de salud, 81.3% se encuentra satisfecho y 18.7% insatisfecho. Todos tuvieron algún tipo de enfermedad: 53.4% tiene enfermedades crónico-degenerativas de predominio metabólico y cardiovascular, y 43.3% reporta enfermedades tan diversas, como hipertrofia prostática, enfermedad articular degenerativa, artritis reumatoide, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En cuanto a los síntomas afectivos, se apreció relación con los problemas de memoria, el porcentaje de pacientes que comúnmente olvidan sus actividades u objetos personales fue importante. Hay cifras que llaman la atención en cuanto a los pacientes que se desorientan frecuentemente y a veces, los cuales corresponden a 37.5% de los casos. La mayor parte de los síntomas se relaciona con su estado de ánimo; un alto porcentaje se considera autosuficiente, al no tener grandes dificultades para realizar sus actividades diarias.<sup>14</sup>

En el estudio descriptivo con muestreo probabilístico de 225 adultos mayores efectuado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE), se encontró peor calidad de vida a menor funcionalidad, y peor calidad de vida en pacientes con instrucción menor.<sup>2</sup>

En un estudio descriptivo de 145 ancianos autoválidos, institucionalizados, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y residentes de comunidad urbana en la Ciudad de Buenos Aires, se reportó que a mayor nivel educacional, mayor grado de satisfacción con el apoyo social percibido y mayor grado de satisfacción con el uso del tiempo libre, mejor calidad de vida; así como que los ancianos más viejos, los varones, los de peor estado de salud, los que no estuvieron de acuerdo con la internación y no recibieron ningún tipo de preparación previa presentan una cierta tendencia a una peor calidad de vida.<sup>20</sup>

El resultado obtenido en un estudio experimental de intervención comunitaria en 15 ancianos frágiles, se encontró que la polifarmacia, es un hábito muy común en los adultos mayores por la coexistencia de más de una patología y la automedicación es muy frecuente, la evaluación posterior a la intervención reveló mejoría importante en cuanto a la polifarmacia y a la autoevaluación de la calidad de vida. La cual de ser referida como mala en seis pacientes disminuyó a dos, de regular de ocho disminuyó a seis, y la calidad de vida buena aumento de uno a siete.<sup>21</sup>

#### 1.1.11. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO.

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.

A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

A nivel práctico, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez:

1. A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo.
2. A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.
3. A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

Las condiciones y estructura de oportunidades que ofrecen los países para vivir los últimos años de la vida no siempre aseguran calidad.

Como contrapartida, las personas mayores están contribuyendo a sus familias y a su comunidad de distintas formas, desde el cuidado de niños hasta su constitución en fuente de ingresos permanente y segura de los hogares de los que forman parte.<sup>3</sup>

#### 1.1.12. ESCALA PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

El cuestionario de salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. **SF-36.**

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. *Función Física*: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. *Rol Físico*: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. *Dolor Corporal*: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. *Salud General*: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. *Función Social*: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol Emocional*: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.<sup>22</sup>

La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población. Al evaluar los 10 años de experiencia acumulada en España con el SF-36, uno de los instrumentos de CVRS más conocidos y utilizados a escala internacional, ilustran la madurez que ha alcanzado en nuestro entorno la medición y el estudio de la CVRS. Los autores realizan una revisión crítica del contenido y muestran además la notable variedad de poblaciones y tipos de estudio en los que se ha utilizado hasta el momento este instrumento.<sup>23</sup>

El SF-36 ha mostrado en estudios españoles una buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales. El tiempo para desarrollar este instrumento oscila entre 5 y 10 minutos en determinadas situaciones.

Un aspecto fundamental para los investigadores sería reducir el número de preguntas, a fin de agilizar el tiempo del diligenciamiento y facilitar la estimación

de los parámetros. De ahí que el desarrollo de nuevas versiones y adaptaciones del SF-36 haya dado origen a la versión 2, el SF-12, el SF-8 y el SF-6D.

El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, el cual puede auto cumplimentarse en un tiempo medio de 2 minutos a fin de evaluar conceptos generales de salud física y mental en estudios en los que el SF-36 resultara demasiado largo.

Con respecto a la aplicación del SF-8, éste es una versión de 8 ítems del SF-36, el cual al parecer constituye la última fase en la evolución de la familia de cuestionarios del SF-36. Esta nueva versión presenta un único ítem para cada una de las escalas y permite de manera ágil el cálculo comparable al SF-36, e incluye también las estimaciones de dos medidas sumario, la física y la mental. Este instrumento fue construido para sustituir al SF-36 y el SF-12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional.

El SF-6D es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias; ha sido obtenido recientemente a partir del SF-36. Este instrumento permitirá realizar evaluaciones económicas en atención sanitaria a partir de bases de datos del SF-36 ya disponibles o futuras.

En síntesis, dado que la investigación en el ámbito clínico y epidemiológico se replica y se realiza con grupos institucionales en diferentes países, ha permitido la adopción y adaptación transcultural de estas herramientas; lo que exige adaptaciones a otras lenguas y culturas, a fin de comparar entre países y de forma estandarizada los resultados en salud, dado que estos insumos son importantes herramientas para que los investigadores y los planificadores en salud puedan valorar las mismas respuestas en diferentes ambientes, y así poder brindar a los pacientes o a la población una oportunidad mediante la comparación: cómo estamos y hacia dónde vamos.<sup>20</sup>

### ESCALA DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACION DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF – 36.

CONCEPTO	No DE PREGUNTAS	SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
		BAJO	ALTO
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud

Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año



## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la calidad de vida que tienen los adultos mayores con polifarmacia?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN.**

El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas mundiales, produciéndose una transformación global; México como muchos otros países en desarrollo, está inmerso en un proceso de envejecimiento demográfico, cuya intensidad va a acelerarse en las siguientes décadas, produciendo que el grupo de adulto mayores vaya en aumento, es esta la importancia por lo que hay que impulsar una nueva cultura de la longevidad; con la finalidad de vivir más y en mejores condiciones.

Los cambios fisiológicos, anatómicos, sociales y psicológicos que se presentan en los adultos mayores los hace más vulnerables a la presentación de diversas patologías lo que está estrechamente relacionado con el número de medicamentos ingeridos ya sean prescritos por facultativos y/o automedicados, aumentando la incidencia de polifarmacia, lo cual tiene efectos directos en la calidad de vida.

Es importante conocer como perciben los adultos mayores su calidad de vida para así realizar acciones con el fin de no solo aumentar la esperanza de vida, sino lograr vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales.

Por lo que es importante realizar promoción a la salud; para conservar el mayor número de años el mejor estado físico de nuestro organismo, preservar un equilibrio mental y relaciones sociales saludables; prevenir la aparición de enfermedades tanto agudas como crónicas; rehabilitación para evitar secuelas.



## **1.4. OBJETIVOS.**

### 1.4.1. Objetivo General

1. Conocer la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de polifarmacia de la UMF 28 del IMSS.

### 1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los niveles de calidad de vida en los adultos mayores encuestados.
2. Establecer la relación del género con la calidad de vida.
3. Evaluar la relación de la edad con la calidad de vida.
4. Determinar la relación entre el estado civil y la calidad de vida
5. Establecer la escolaridad y la calidad de vida.
6. Identificar la relación entre la ocupación y la calidad de vida.
7. Evaluar la relación de las personas con las que vive y la calidad de vida.
8. Identificar la relación entre calidad de vida y el número de enfermedades crónicas.

## **1.5. HIPOTESIS.**

La polifarmacia disminuye la calidad de vida en los adultos mayores.

### HIPOTESIS ALTERNA

- Los adultos mayores con polifarmacia tienen una mala calidad de vida.

### HIPOTESIS NULA

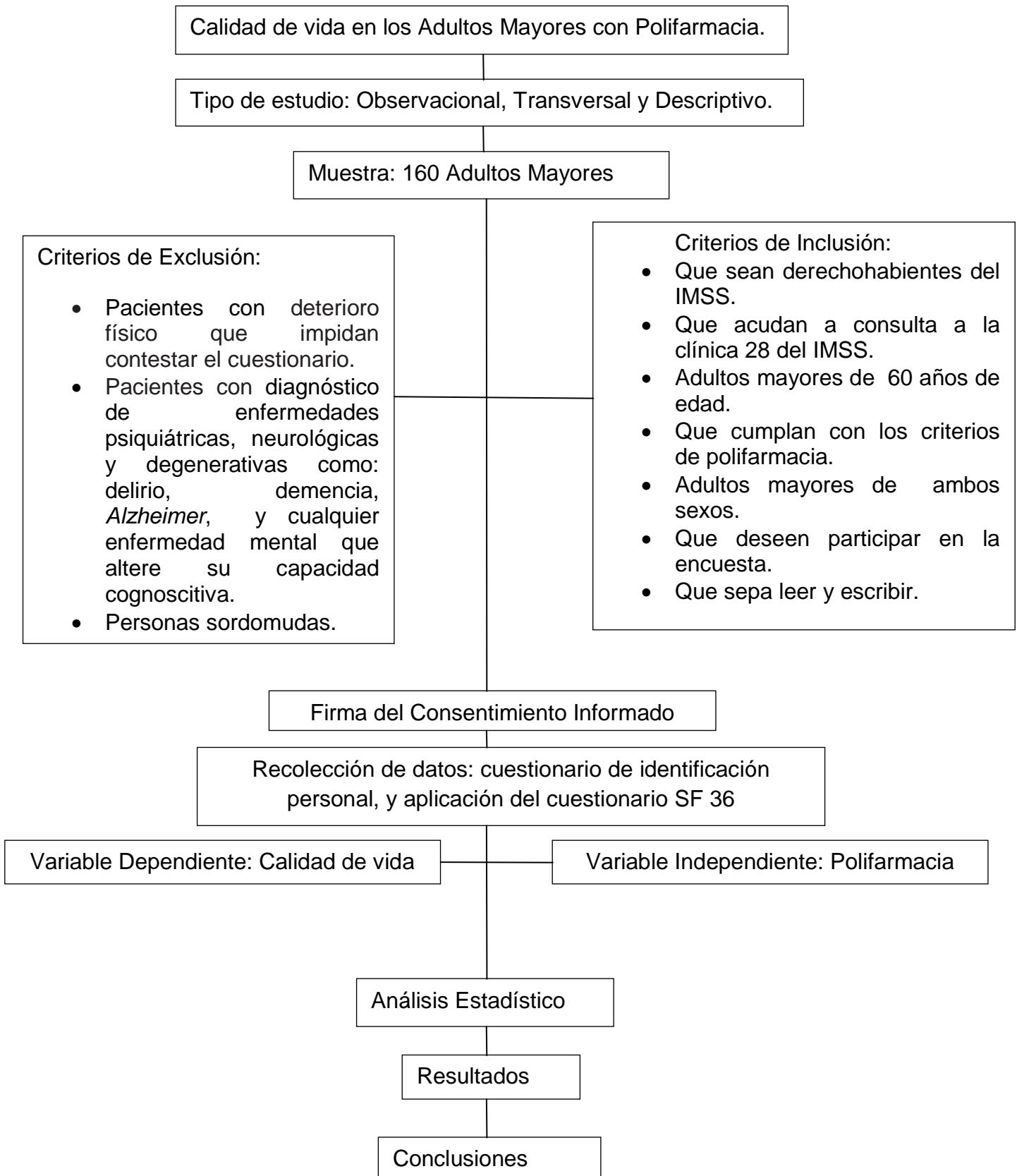
- Los adultos mayores con polifarmacia tienen una buena calidad de vida.

## 2. MATERIAL Y METODO.

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO.

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es un estudio: **Prospectivo**.
- Según el número de la variable o el periodo y secuencia de la investigación es un estudio: **Transversal**.
- Según el control de las variables y alcance de los resultados, es un estudio **Descriptivo**.
- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio: **Observacional**.

## 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.



### 2.3. POBLACION O UNIVERSO.

Se incluirán a ciento sesenta usuarios de la UMF N. 28 Gabriel Mancera, IMSS, en el Distrito Federal, México, con diagnóstico de polifarmacia sin distinción de sexo, mayores de sesenta años de edad.

### 2.4. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.

La investigación se realizara en la UMF N. 28 Gabriel Mancera ubicada en la Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez en el Distrito Federal, México.

### 2.5. MUESTRA.

La muestra se basa en el total de población mayor de 60 años, la cual es de 51,830 adultos mayores (30,302 mujeres y 21,528 hombres), derechohabiente a la UMF N. 28 Gabriel Mancera del IMSS.

### 2.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de 160 pacientes con un intervalo de confianza (IC) de 96% y una proporción de 0.75, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.25, se utilizara una fórmula para una población de referencia finita y menor a 10 000 elementos, la cual es la siguiente:

$$N_0 = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[ \frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

**Donde los valores a sustituir y su definición son:**

**Z** = Valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra: 96%.

**p y q** = valor de probabilidad de éxito o fracaso ( $p=0.75$ ,  $q=0.25$ ).

**E** = error de la muestra que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad: 7%.

**N** = población o universo de donde se extrae la muestra: con un total de 51,830 pacientes registrados en el archivo de la UMF N. 28 Gabriel Mancera.

## **2.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### 2.7.1. Criterios de inclusión.

- Que sean derechohabientes del IMSS.
- Que acudan a consulta a la clínica 28 del IMSS.
- Adultos mayores de 60 años de edad.
- Que cumplan con los criterios de polifarmacia.
- Que deseen participar en la encuesta.
- Que sepa leer y escribir.

### 2.7.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con deterioro físico que impidan contestar el cuestionario.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, neurológicas y degenerativas como: delirio, demencia, *Alzheimer*, y cualquier enfermedad mental que altere su capacidad cognoscitiva.
- Personas sordomudas.

### 2.7.3. Criterios de eliminación.

- Encuestas no concluidas.
- Que la encuesta no se regresa al entrevistador.
- Solicitar el abandono del estudio de forma voluntaria.

## **2.8. VARIABLES DEL ESTUDIO.**

2.8.1. Las variables a estudiar son:

- Calidad de vida; es una variable cualitativa.
- Polifarmacia, es una variable cuantitativa.

### **1. VARIABLE DEPENDIENTE**

- Calidad de vida

### **2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Polifarmacia

## **2.8.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

#### **CALIDAD DE VIDA:**

Según la OMS 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. Pero además se define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo en 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.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

#### **CALIDAD DE VIDA:**

La calidad de vida será evaluada mediante el cuestionario de salud SF 36.

## CUESTIONARIO SF 36:

El cuestionario de salud SF-36, es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático, sin embargo se realizara de forma de autoadministración para evitar sesgo por parte del entrevistador.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### POLIFARMACIA:

La palabra **polifarmacia** literalmente significa “muchos medicamentos” y se refiere al uso de varios medicamentos diferentes al mismo tiempo, por la misma persona. .La OMS la define como el consumo de más de 3 medicamentos simultáneamente para el tratamiento y profilaxis de las enfermedades.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

### POLIFARMACIA:

Se realizara mediante interrogatorio directo, para identificar a los pacientes adultos mayores que cumplan los criterios de polifarmacia.

## **2.9 DISEÑO ESTADÍSTICO.**

El análisis estadístico se llevará acabo a través del programa SPSS 16 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes.

## **2.10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se incluyo en el cuestionario SF-36, una apartado de identificación personal (ver anexo 1), con los siguientes datos: sexo del paciente, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, personas con las que vive, enfermedades que padece y número de medicamentos que ingiere al día.

Además se aplicara el cuestionario SF – 36 para valorar calidad de vida, (ver anexo 2) que valora ocho apartados, en un total de 36 preguntas, es un cuestionario de autoaplicación, sencillo y rápido de contestar.

Los ocho parámetros a desarrollar son:

1. Función Física.
2. Rol Físico.
3. Dolor Corporal.
4. Salud General.
5. Vitalidad.
6. Función Social.
7. Rol Emocional.
8. Salud Mental.



## **2.11. METODO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.**

La muestra se tomara de los adultos mayores que se encuentren en sala de espera de ambos turnos de la clínica N. 28 Gabriel Mancera, que cumplan los criterios de inclusión de este estudio.

Se realizara una presentación del estudio, por parte de residentes de segundo año de la especialidad de medicina familiar y quienes voluntariamente acepten participar en este estudio, se le dará a firmar la carta de consentimiento informado.

Se les otorgara la hoja de identificación personal y el cuestionario **de Salud SF-36**, el cual es autoaplicable, sencillo y rápido de contestar.

Se analizará en el programa SPSS V.16 a través del cruce de variables para obtener la información requerida.

## **2.12. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS.**

- Se realizará de manera individual la aplicación del cuestionario SF – 36.
- El cuestionario que se utilizara será de autoaplicación.
- El paciente contestara en forma privada el cuestionario, sin límite de tiempo.
- Para evitar sesgos por probabilidad se medirá el tamaño de la muestra de un estudio descriptivo utilizando un intervalo de confianza de 96%.

## **2.13. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Recursos Humanos:

- 1 residente de Medicina Familiar.
- 160 adultos mayores con polifarmacia.
- 2 Asesor de protocolo.

Materiales:

- 160 copias de identificación personal.
- 160 copias del cuestionario SF-36.

- Lápices y plumas.
- Gomas.
- Equipo de cómputo: computadora Gateway.
- Una impresora Epson.
- Equipo de fotocopiado.
- Sistema operativo Windows XP profesional y Office 2007.
- Software SPSS V16
- Un disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para guardar toda la investigación.

Financieros:

- Todos los gastos serán financiados por el investigador.

## **2.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio solo se realizará a los pacientes que voluntariamente quieran participar en contestar el cuestionario SF – 36 firmando previamente el consentimiento informado y que cumplan con los criterios de inclusión. (ver anexo No.3)

Durante la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física, psicológica y moral de los participantes.

La metodología de este estudio respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

Código de ética: “El médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente” La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

## Principios fundamentales:

- a. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica., en experimentos correctamente realizados.
- c. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, éste debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- d. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- e. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- f. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- g. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento.
- h. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

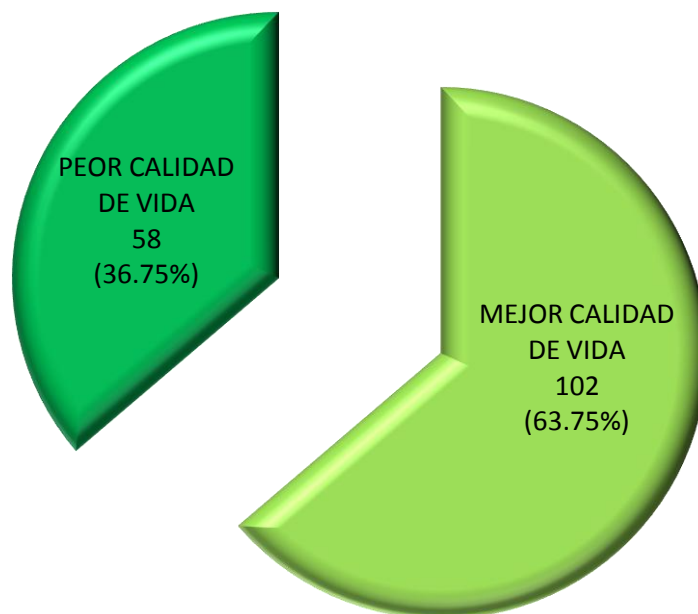
## 2.15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2010 - 2011

	Ene 2010	Feb 2010	Mar 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Julio 2010	Ags 2010	Sept 2010	Oct 2010	Nov 2010	Dic 2010	Ene 2011	Mar 2011
TITULO														
ANTECEDENTES														
MARCO TEORICO														
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA														
JUSTIFICACIÓN														
OBJETIVOS														
HIPOTESIS														
DISEÑO METODOLOGICO														
RECURSOS														
BIBLIOGRAFIA														
REGISTRO Y ACEPTACION														
RECOLECCIÓN DE DATOS														
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS														
RESULTADOS														
CONCLUSIONES														
IMPRESIÓN DE TESIS														

### 3. RESULTADOS.

Estudiamos a ciento sesenta pacientes adultos mayor de sesenta años, y se encontró la siguiente información:

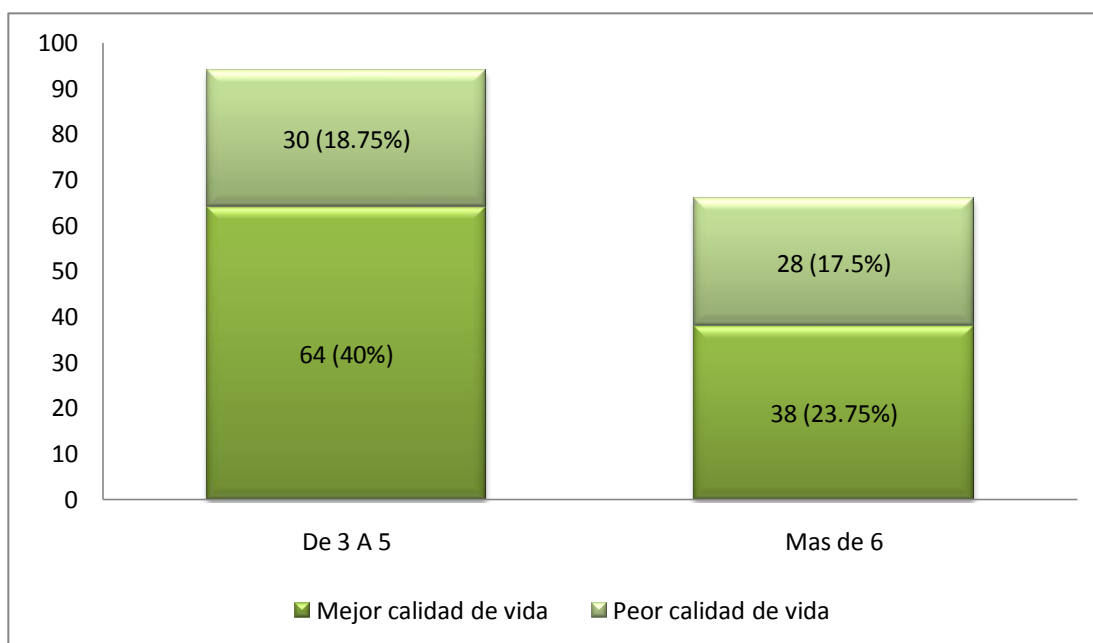
**Gráfica 1.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

La calidad de vida en todos los adultos mayores encuestados tenemos que 102 (63.75%) mostraron tener una mejor calidad de vida y 58 (36.25%) una peor calidad de vida.

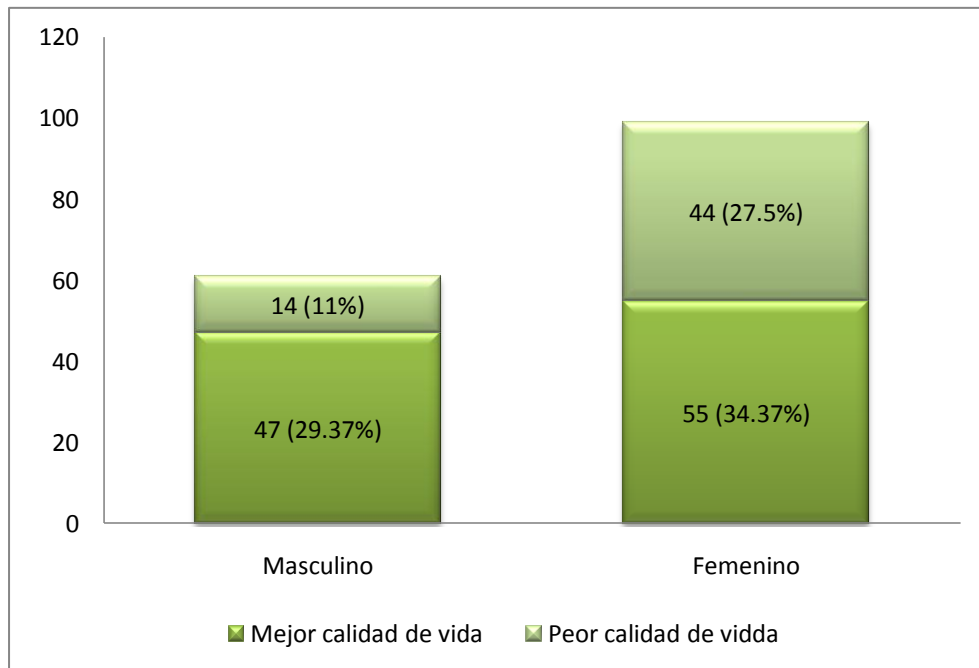
**Gráfica 2.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo a la polifarmacia.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

En cuanto a la polifarmacia, tenemos que los adultos mayores que toman de tres a cinco fármacos al día tienen mejor calidad de vida 64 (40%) y 30 (18.75%) tienen peor calidad de vida y los que ingieren más de seis fármacos al día el 38 (23.75%) tienen mejor calidad de vida y 28 (17.5%) tienen peor calidad de vida.

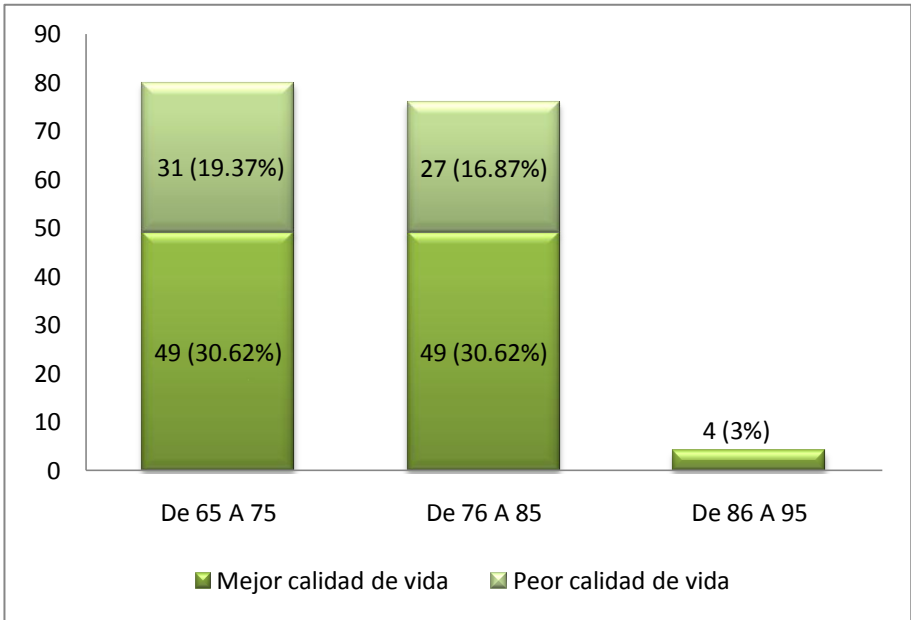
**Gráfica 3.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo al género.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Las mujeres representan mejor calidad de vida con 55 de ellas (34.37%), y 44 (27.5%) con peor calidad de vida, en cuanto a los hombres; 47 de ellos (29.37%) tienen mejor calidad de vida y solo 14 (11%) tienen peor calidad de vida.

**Gráfica 4.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo con el grupo atareó.

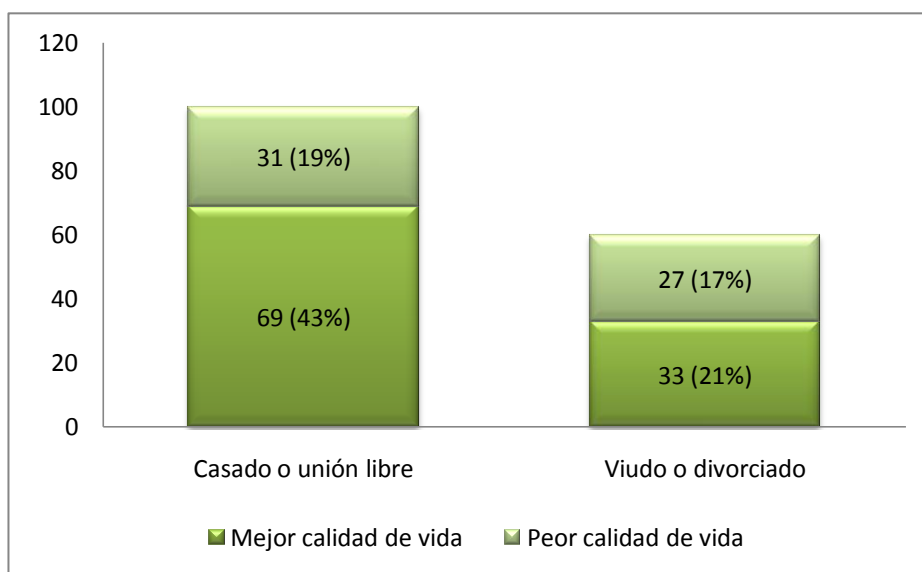


Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Representan mejor calidad de vida con igual porcentaje el grupo de adultos mayores de 65 a 75 años y el grupo de 76 a 85 años con 49 (30.62%), seguidos del grupo de 86 a 95 años con 4 (3%). En cuanto a la peor calidad de vida tenemos al grupo de 65 a 75 años con 31 (19.37%), y el grupo de 76 a 95 años con 27 (16.87%), ninguno de los adultos de 86 a 95 años refirió peor calidad de vida.



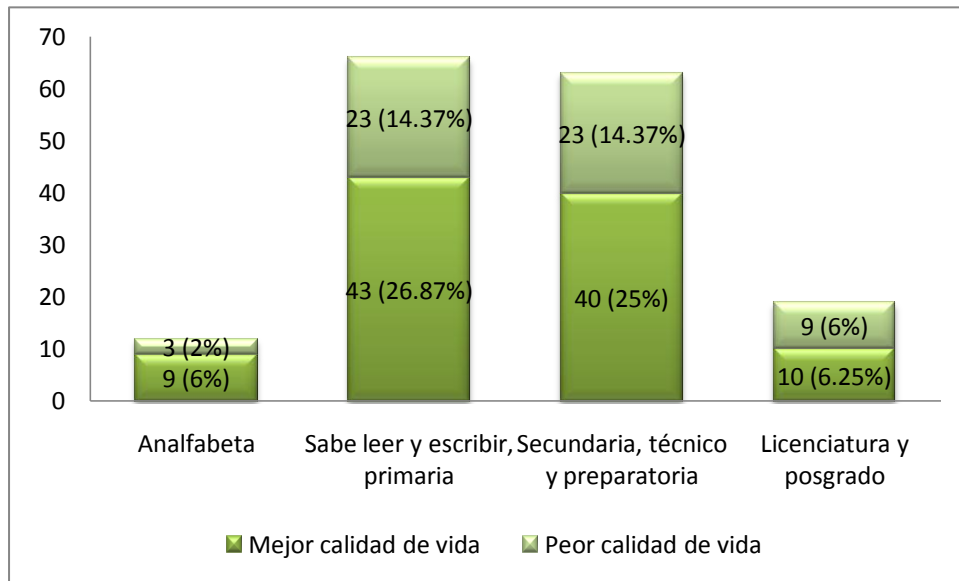
**Gráfica 5.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo al estado civil.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Sesenta y nueve (43%) de los adultos mayores que se encuentran casados o en unión libre tienen mejor calidad de vida en comparación con treinta y tres de ellos (21%) que se encuentran viudos o divorciados. La peor calidad de vida está representado con mayor porcentaje con los adultos mayores casados o en unión libre con 31 (19%) y con menor porcentaje a los viudos o divorciados con 27 (17%). Con lo que se muestra que del total de los adultos mayores los que tienen mejor calidad de vida son los casados o en unión libre.

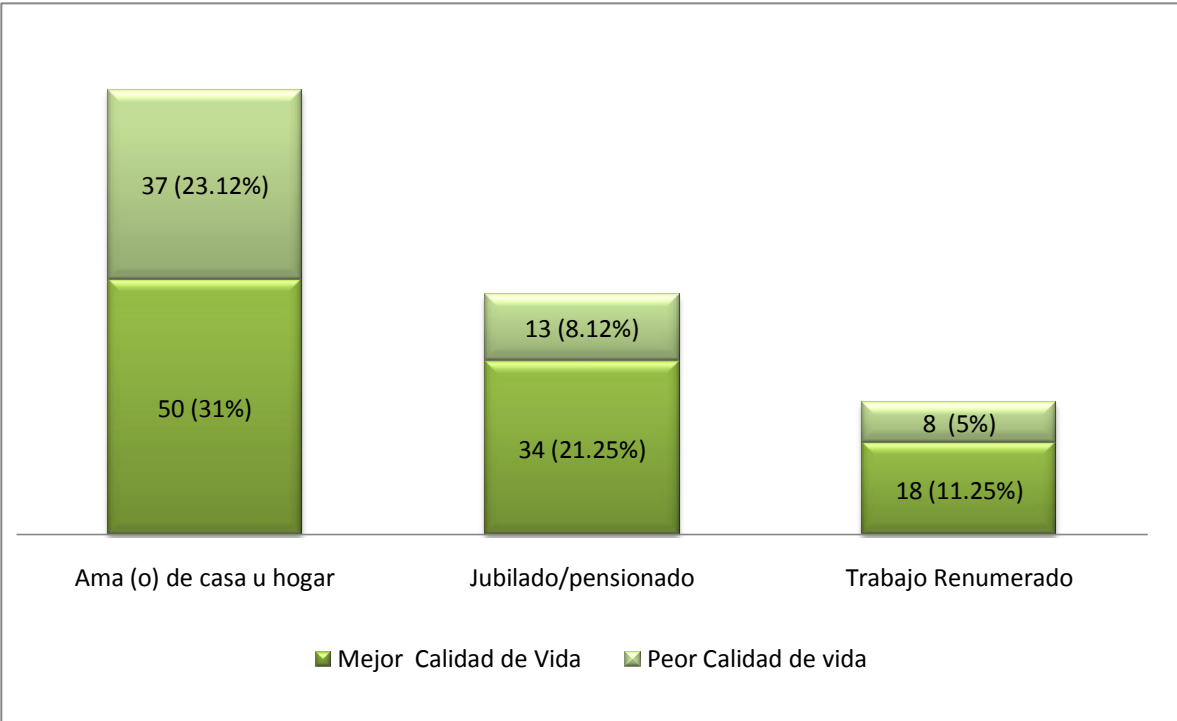
**Gráfica 6.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo al grado de escolaridad.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Tienen mejor calidad de vida los adultos mayores que saben leer y escribir o tienen educación primaria con 43 (26.87%), seguidos de los que tienen escolaridad secundaria, técnico o preparatoria con 40 (25%), posteriormente los de licenciatura o posgrado con 10 (6.25%), y finalmente los analfabetas con 9 (6%). La peor calidad de vida está representado por los adultos que saben leer y escribir o tienen primaria con igual porcentaje los que cuentan con estudios de secundaria, técnicos o preparatoria con 23 (14.37%), posteriormente los de licenciatura o posgrado con 9 (5.62%) y finalmente los analfabetas con 3 (2%).

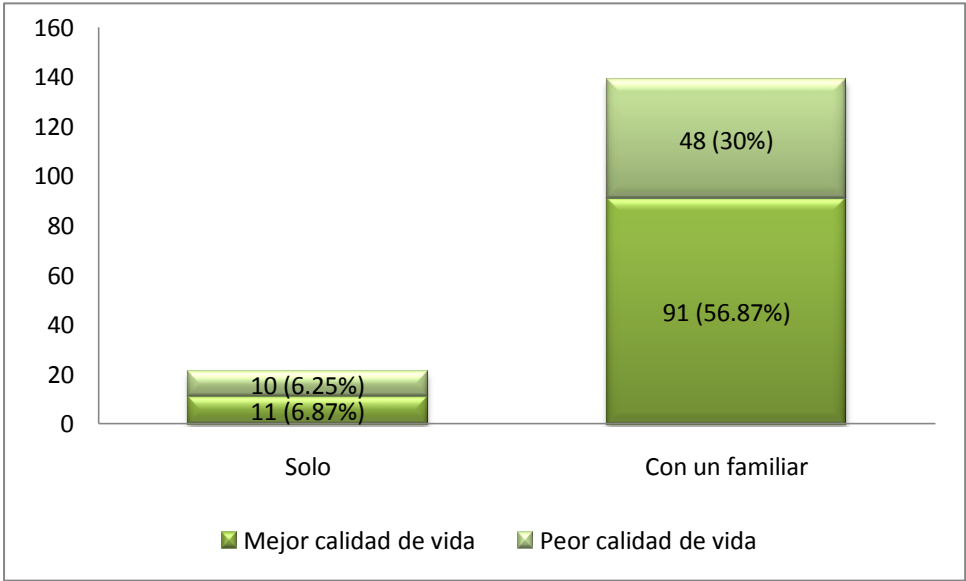
**Gráfica 7.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo a la ocupación.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Los adultos mayores con mejor calidad de vida son aquellos ama (o) de casa u hogar con 50 (31%), seguidos de los jubilados o pensionados con 34 (21.25), y finalmente los que cuentan con un trabajo remunerado con 18 (11.25%). Los que tienen peor calidad de vida son aquellos ama (o) de casa u hogar con 37 (23.12%), posteriormente los jubilados o pensionados con 13 (8.12%) y finalmente los que tienen un trabajo remunerado con 8 (5%). Del total de los adultos mayores los que mostraron mejor calidad de vida son los ama (o) de casa u hogar.

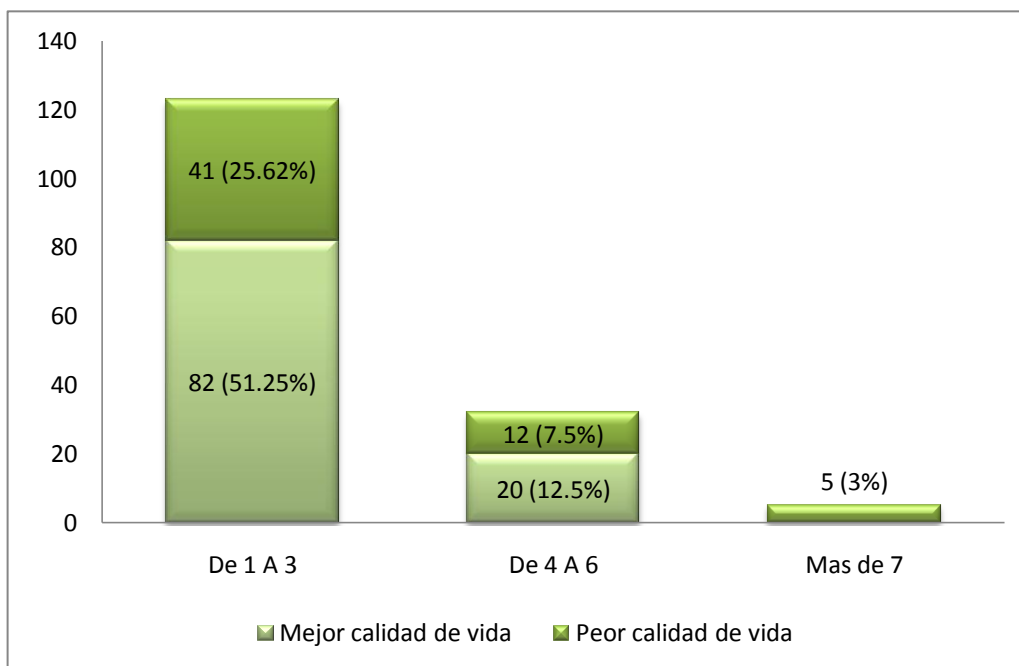
**Gráfica 8.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo con las personas con quien vive.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

Noventa y uno (56.87%) de los adultos mayores que viven con un familiar tienen mejor calidad de vida, y solo 11 (6.8%) de los adultos mayores que viven solos. Por otro lado tenemos a cuarenta y ocho (30%) adultos mayores que viven con un familiar presentaron peor calidad de vida y diez (6.25%) de los adultos mayores que viven solos. En general los que presentaron mejor calidad de vida son los que viven con un familiar.

**Gráfica 9.** Calidad de vida de pacientes adultos mayores de acuerdo al número de enfermedades que padece.



Fuente: Encuesta de identificación personal y cuestionario SF-36. n. 160

La mejor calidad de vida con ochenta y dos (51.25%) está dado por los adultos mayores que padecen de uno a tres padecimientos, seguidos de los que son portadores de cuatro a seis enfermedades que solo 20 (12.5%) tienen mejor calidad de vida; en cuanto a la peor calidad de vida tenemos que el mayor porcentaje esta en aquellos que padecen de una a tres enfermedades con 41 (25.62%), seguidos de 12 (7.5%) portadores de cuatro a seis enfermedades y 5 (3%) los que cuentan con más de siete enfermedades.

#### 4. ANALISIS.

En general la calidad de vida resulto ser mejor en la mayoría de los adultos mayores con un sesenta y tres punto setenta y cinco por ciento.

En cuanto a la polifarmacia, se encontró que el cuarenta por ciento de los pacientes que reciben de tres a cinco fármacos presentan mejor calidad de vida en comparación con veintitrés que ingieren más de seis medicamentos, es decir del total de los adultos mayores que refirió tener mejor calidad de vida, casi una tercera parte esta dado por los adultos que toman más de seis fármacos y dos terceras partes por aquellos que toman de tres a cinco fármacos, lo que muestra que se duplica la posibilidad de tener mejor calidad de vida si el número medicamentos es menor.

Tenemos que las mujeres representan el mayor porcentaje del total de los adultos mayores encuestados, esto se puede deber a que la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres y por que las mujeres frecuentan más los servicios de salud que los hombres. En cuanto a la calidad de vida comparada entre genero se tiene ambos grupos presentaron mejor calidad de vida, pero el porcentaje de las mujeres fue mayor en un cinco por ciento.

Para analizar la relación entre edad y calidad de vida se formaron cuatro grupos, el último que era adultos mayores de 95 años se elimino ya que tuvo ningún integrante. Tenemos que en los tres grupos de edad el mayor porcentaje total fue para mejor calidad de vida, con igual porcentaje (30.62%) para los grupos de 65 a 75 años y de 76 a 85 años. El menor porcentaje fue para peor calidad de vida, pero con mayor frecuencia para el grupo de 65 a 75 años, esto puede deberse a que inician con las complicaciones de las enfermedades, debutan con alguna enfermedad o inician su etapa de jubilación y esto repercute en su calidad de vida, el grupo de edad de 76 a 85 años de edad, el porcentaje de reporto peor calidad de vida es menor, esto puede deberse a que ya están adaptados a su estilo de vida, a las enfermedades que padece y las complicaciones de estas; y el grupo de 86 a 95 años todos refirieron mejor calidad de vida, lo cual puede estar justificado por la adaptación del adulto mayor a sus limitantes.

El estado civil se dividió en dos grupos aquellos que cuentan con una pareja que vive con ellos y aquellos que viven sin pareja; la mejor calidad de vida está representada para los adultos mayores que se encuentran casados o en unión libre, y un menor porcentaje refirió tener peor calidad de vida, lo que muestra que el contar con una pareja es un factor que ayuda a la mejor calidad de vida; en cuanto a los adultos mayores que se encuentran viudos o divorciados casi la mitad refirió tener mejor calidad de vida y la otra mitad peor calidad de vida.

En cuanto a la escolaridad, se dividió en cuatro grupo, el primero se encuentran los analfabetas, donde la mayoría de ellos refirió tener mejor calidad de vida y un pequeño porcentaje peor calidad de vida, esto puede deberse a que la exigencia de calidad es pobre; en el segundo grupo que incluye a los que saben leer y escribir o tienen educación primaria, presentaron mejor calidad de vida y un menor grupo peor calidad de vida, casi igual que el tercer grupo que incluye a los que tienen escolaridad de secundaria, carrera técnica o preparatoria, y finalmente el último grupo que son los que cuentan con educación de licenciatura o posgrado los cuales refirieron casi por igual porcentaje tener tanto mejor como peor calidad de vida, probablemente porque son más exigentes para clasificar mejor y peor. Sin embargo esto muestra que no entre mayor educación es mejor la calidad de vida, ni que los analfabetas tendrán pobre calidad de vida, parece no ser la educación en factor que determine la calidad de vida.

De los tres grupos que se dividió la ocupación, el de ama (o) de casa u hogar tiene el mayor número de integrantes y de estos la mayoría refirió tener mejor calidad de vida para los adultos mayores, seguidos de la ocupación de jubilado o pensionado y con menor porcentaje los que cuentan con trabajo remunerado. La peor calidad de vida se presenta en menor porcentaje para los adultos mayores ama (o) de casa u hogar, posteriormente los jubilados o pensionados y finalmente los que realizan un trabajo remunerado; entonces podemos apreciar que los ama (o) de casa es un punto que permite tener más frecuentemente mejor calidad de vida, tal vez porque es un estilo de vida que se tiene desde la madurez y persiste hasta la vejez; en cambio los jubilados o pensionados sufren un cambio en la forma de vida, pasan de un vida con actividad que en ocasiones es muy estresante a una vida diferente lo que puede producir una no satisfacción, o bien son pacientes con enfermedades que les impide continuar con actividades laborales; y contrario a lo que sucede en la vida productiva que entre mayores ingresos parece mejor la vida, los adultos mayores que tienen un trabajo remunerado no muestran mejor calidad de vida, tal vez que es un trabajo por deber no por querer. Con lo que podemos ver que la ocupación si es factor que influye en la calidad de vida.

Los adultos mayores que viven solos presentaron una calidad de vida semejante entre mejor y peor, pareciera no influir. Sin embargo los adultos que viven con algún familiar el mayor porcentaje muestra mejor calidad de vida; lo que si resulta importante para los adultos mayores.

Se analizó si el número de padecimientos influía en la calidad de vida y se encontró que los adultos mayores que tienen menos de tres enfermedades presentan mejor calidad de vida, seguidos de los que tienen de cuatro a seis padecimientos y los que tienen más de siete todos reportaron peor calidad de vida;

lo que representa un factor importante, ya que entre mayor sea el número de padecimientos peor será la calidad de vida.

Las variables estudiadas que contribuyen en la mejor calidad de vida de mayor a menor grado son: en primer lugar el estado civil casado o en unión libre, seguido de la polifarmacia de tres a cinco fármacos, posteriormente los adultos mayores que padecen de una a tres enfermedades, los que viven con un familiar, los que tienen ocupación de ama (o) de casa u hogar y finalmente el sexo femenino. La edad y la escolaridad resultaron no contribuir a la mejor calidad de vida.

## **5. DISCUSIÓN.**

El presente estudio concuerda con los resultados reportados por el INEGI, en cuanto al sexo, ya que el volumen de hombres es menor que el de las mujeres, justificado esto porque el nivel de sobrevivencia es mayor en las mujeres, esto también se repite en varios estudios reportados en la literatura. También en cuanto a los grupos atareos; en este estudio el cincuenta por ciento está en el grupo de 65 a 75 años y el INEGI reporta cincuenta y seis por ciento para el grupo de 60 a 69 años de edad, seguido de manera decreciente 76 a 85 años con 47.5% en este estudio y para el INEGI menos de la tercera parte (29.9%) los de 70 a 79 años y finalmente los de 86 a 95 años con 3% para este estudio y para el INEGI con 14.1% aquellos con 80 años y más.

Comparando el presente estudio con el realizado en un centro de salud urbano (Centro de Salud “Sillería” de Toledo) con 176 pacientes, encontramos que en ambos el vivir solo o fuera del núcleo familiar es un factor para la mala calidad de vida, así como el mayor número de patologías, y mayor consumo de fármacos. No así concuerda con la mayor edad para la peor calidad de vida.

A diferencia de lo reportado en el estudio de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE), en el presente estudio el nivel académico resulto no influir en la calidad de vida.

Según los resultados del estudio de 145 ancianos de la comunidad urbana en la Ciudad de Buenos Aires, concuerdan con es presente estudio en cuanto a que los varones presentan peor calidad de vida, no así para los ancianos más viejos que los reportan con peor estado de salud, ni para el nivel educacional que lo refieren como mejor calidad de vida.

La hipótesis planteada en el presente estudio que fue: la polifarmacia disminuye la calidad de vida en los adultos mayores, se confirmo con los resultados obtenidos, aun que resulto tener mayor influencia el estado civil casado o en unión libre.



## **6. CONCLUSIONES.**

El presente estudio confirma que la polifarmacia disminuye la calidad de vida en los adultos mayores, sin embargo habría que comparar los presentes resultados con adultos mayores sin polifarmacia y la calidad de vida de los pacientes con polifarmacia en edad productiva.

## **7. RECOMENDACIONES.**

Dados los resultados obtenidos en el presente estudio es importante en el quehacer diario de los médicos analizar ampliamente la indicación terapéutica en cada uno de los pacientes, con el fin de evitar la polifarmacia y así contribuir a la mejor calidad de vida.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Gutiérrez Rodríguez Daniel Ramón, Martínez Fraga Aurora, Gómez Leysa Margarita, Rodríguez Pardillo Cleyne, Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual, Revista e Salud, Vol. 5, Número 17, 2009, pág. 1- 14. [RevistaeSalud.com](http://RevistaeSalud.com)
2. Soberanes Fernández Susana, González Pedraza Avilés Alberto, Moreno Castillo Yolanda del Carmen, Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2009; 14(4):161-72.
3. Albala Cecilia, Arriagada Camilo, Barros Carmen, Bertranou Fabio, Del Popolo Fabiana, Fernández Xinia, García Carola, et. Ad. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Publicación de las Naciones Unidas, Diciembre 2006.
4. Salud en las Américas, 2007, vol. II – Países.
5. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D. F. Octubre 2007.
6. CONAPO. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
7. Arriagada R. Leonardo, Jiron A. Marcela, Ruiz A. Inés, Uso de medicamentos en el adulto mayor, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2008; 19, pág. 309 – 317.
8. Malinali Alvarado Orozco, Víctor Manuel Mendoza Núñez, Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo, 2006. Vol. 37, No. 4. Pág. 12 – 20.
9. Martínez Querol Cesar, Pérez Martínez Víctor T, Carballo Pérez Mariola, Larrondo Viera Juan J, Polifarmacia en los adultos mayores, Revista Medicina General Integral, 2005; 21 (1-2).
10. Ayma L. de Vicentet, Rodríguez Díez del Corral E., Polifarmacia en el paciente anciano, JANO 13 DE JULIO-6 DE SEPTIEMBRE 2007. N.º 1.660, pág. 40 – 44, [.www.doyma.es/jano](http://www.doyma.es/jano)
11. De la Nogal Fernández Blanca, Martínez Díaz Carmen, Del Río Polo Virginia, Gil Martín Ana, Cuevas Ruiz Beatriz, Enfoque Global de la Farmacoterapia en el Paciente Geriátrico, Revista Electrónica Biomedicina /Electronic Journal Of Biomedicine, 2006; 3: 29-38.

12. Garjón Parra Francisco Javier, Prescripción de medicamentos a pacientes ambulatorios, An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Nº 1, pag 11 – 21, enero-abril
13. De León-Arcila Rubén, Milián-Suazo Feliciano, Camacho-Calderón Nicolás, Arévalo-Cedano Rosa Elena, Escartín-Chávez Minerva, Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, Revista de Medicina Instituto Mexicano del Seguro Social 2009; 47 (3): 277-284.
14. Peña Pérez Belém, Terán Trillo Margarita, Moreno Aguilera Fernando, Bazán Castro Manuel, Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2009; 14(2):53-61.
15. Vera Martha, Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, Anales de la Facultad de Medicina Lima 2007; 68(3), Págs. 284 – 290.
16. Orueta Sánchez Ramón, Rodríguez de Cossío Angela, Carmona de la Morena Javier, Moreno Álvarez-Vijande Almudena, García López Antonio, Pintor Córdoba Cristina, Anciano Frágil y Calidad de Vida, REV CLÍN MED FAM 2008; 2 (3): 101-105.
17. Maldonado Guzmán Gabriela y Mendiola Infante Susana Virginia: Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, abril 2009. [www.eumed.net/rev/cccscs/04/mgmi.htm](http://www.eumed.net/rev/cccscs/04/mgmi.htm)
18. Ramírez-Vélez Róbinson, Agredo Ricardo A., Jerez Alejandra M. y Chapal Liliam Y., Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no institucionalizados en Cali, Colombia, Revista Salud Pública 10 (4):529-536, 2008.
19. Puig Llobet Montserrat, Cuidados y calidad de vida en Vilafranca del Penedés, Programa de Doctorado de Sociología, Bienio 2000-2002, Departamento de Sociología y análisis de las Organizaciones, Universidad de Barcelona, 2009.
20. Rodríguez Feijóo Nélica, Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos, Psicología y Psicopedagogía, Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año VI Nº 17 – Septiembre de 2007.
21. Noda Ortega Lizbet, Guridi González María Zayda, Felipe Ramón García, Gustavo Cabrera Carrillo, Intervención para reintegrar al anciano frágil a la

sociedad, Psicología Científica, *noviembre de 2006*,  
[www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com).

22. Tuesca Molina Rafael, La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; vol. 21: 76-86.
23. Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia, Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica, Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24.
24. Zúniga Miguel A., Carrillo-Jiménez Genny T., Fos Peter J. D., Gandek Barbara, Medina-Moreno Manuel R., Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México, Salud Pública de México, vol.41, no.2, marzo-abril de 1999, págs. 110-118.

**9. ANEXOS.**

**ANEXO 1.**

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION PERSONAL.

folio\_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.**

SEXO: Femenino  Masculino . EDAD \_\_\_\_\_años.

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

¿CON QUIEN VIVE? \_\_\_\_\_

¿CUANTAS ENFERMEDADES PADECE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿CUANTOS MEDICAMENTOS TOMA AL DÍA?

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS SON INDICADOS POR SU MÉDICO?

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS AUTOMEDICADOS?

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2.

### CUESTIONARIO SF-36

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario requiere que usted proporcione su punto de vista acerca de su salud. Esta información ayudará a hacer el seguimiento de cómo se siente y que tan capaz es usted de llevar a cabo sus actividades usuales.

Responda a cada una de las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted.

Las preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, por lo que no hay respuestas buenas ni malas, si no está seguro en alguna respuesta, marque la que mejor se identifique con usted.

1	En general, usted diría que su salud es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
2	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL						
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. Durante las 4 últimas semanas:				
13	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			Sí No
14	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?			Sí No
15	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			Sí No
16	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?			Sí No
17	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?			Sí No
18	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?			Sí No
19	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?			Sí No

20	¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
22	¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.							
Durante las 4 últimas semanas:							
23	¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
24	¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
25	¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
26	¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
27	¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
28	¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
29	¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
30	¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca



31	¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
32	¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	
POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.							
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
34	Estoy tan sano como cualquiera.	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
35	Creo que mi salud va a empeorar.	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
36	Mi salud es excelente.	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	

### Anexo 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el proyecto: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL  
CUESTIONARIO SF 36

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

SEXO: F      M    Edad \_\_\_\_\_ años.

DECLARO EN CALIDAD DE PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO:

Contar con la información suficiente acerca de los beneficios, riesgos y complicaciones ante la realización de este cuestionario, con fines de investigación. También se me informo que no se revelara mi identidad en este estudio si fuera publicado; mis datos recopilados serán manejados con la confidencialidad necesaria.

Por ello en pleno uso de mis facultades mentales autorizo mi participación o el de mi representado, bajo los beneficios, riesgos y complicaciones en su momento enunciados.

Por medio del presente acepto participar en la aplicación del cuestionario SF-36 para el estudio: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA.

Nombre y Firma del paciente.

Nombre y Firma del testigo

SI AUTORIZO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Investigador

Dra. Laura Rocío Castro Reyes R2 MF

Anexo 4.

**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

<b>NOMBRE DE VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>VALORES DE LAS VARIABLES</b>
<b>EDAD</b>	CUANTITATIVA	CONTINUA	Números Enteros
<b>SEXO</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Femenino 2=Masculino
<b>ESTADO CIVIL</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Soltero 2=Casado 3=Viudo 4=Divorciado 5=Unión libre
<b>ESCOLARIDAD</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Primaria 2=Secundaria 3=Preparatoria o carrera comercial 7=Licenciatura 9=Posgrado
<b>OCUPACIÓN</b>	CUALITATIVA	TEXTUAL	AGRUPACIÓN POR CÓDIGOS*
<b>CON QUIEN VIVE</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Solo 2=Familia 3=otros (especifique)
<b>ENFERMEDADES QUE PADECE</b>	CUANTITATIVA	NOMINAL	1 = de 1 a 3 enfermedades. 2 = de 3 a 6 enfermedades. 3 = mayor de 6 enfermedades.

## CÓDIGOS

CODIGO*	OCUPACIÓN
1	AMA (O) DE CASA (Hogar)
2	JUBILADO/PENSIONADO
3	TRABAJO NO RENUMERADO.
4	TRABAJO RENUMERADO