



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

***CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR  
DE LA UMF N°20 DEL IMSS  
Y  
SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA.***

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:  
DRA. SILVIA EDITH BARAJAS BOLAÑOS

TUTORA:  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACION 2011-2014  
MÉXICO D.F.





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.

**TUTORA:**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS**

**Vo. Bo.**

---

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORD. CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS**

**Vo. Bo.**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITUTAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS**

## **DEDICATORIAS:**

A ti DIOS que me haz dado la oportunidad de vivir y de tener a mi lado una familia maravillosa; y haz sido mi guía en cada paso de mi vida.

A mis amados padres, por darme siempre su apoyo y confianza, hoy sé que logramos una meta juntos, este logro es para ustedes que desde antes de nacer me han amado y día a día me han entregado lo mejor, gracias papi y mami por todo su amor y sacrificio, hoy sé que todo ha valido la pena porque juntos cumplimos un sueño más.

A ti Arturo mí amado esposo por ser siempre mi mejor amigo; y acompañarme desde hace varios años en este camino, por estar a mi lado y ser mi fortaleza en los momentos difíciles, por reír y llorar siempre conmigo; estoy feliz por concluir juntos esta meta, que es solo la primera de muchas que han de venir para nosotros.

A mis hermanos Jorge Alberto y Perla Alejandra por ser siempre mis cómplices, por apoyarme en mis locuras; y en los momentos difíciles aun a pesar de la distancia estar a mi lado, estoy orgullosa de ustedes, mejores hermanos no puedo pedirle a Dios.

Y como no dedicarles este triunfo a ustedes mis amados viejitos, que desde el cielo cuidan de mí, sé que hoy están aquí porque puedo sentir su cariño y escuchar sus risas, gracias por siempre creer en mí, por todo su amor, porque hoy lo hemos logrado.

***A ustedes que los Amo !***

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría que todo es posible.

Agradezco también de manera especial a mi asesora de tesis Dra. Santa Vega Mendoza quien con sus conocimientos y apoyo supo ser mi guía en el desarrollo de la presente tesis desde su inicio hasta su culminación.

De igual manera a cada uno de mis profesores por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia, por ayudarme en mi formación como profesionista y persona.

Y por último y no menos importante a ustedes mis compañeros, por su amistad, compañía y apoyo en cada día y claro por tantas risas durante las guardias.

***Para ellos,  
Muchas gracias por todo.***

# INDICE

	PAGINA
TITULO	
RESUMEN	
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACION.....	12
OBJETIVOS.....	15
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	41

***CARACTERISTICAS BIOPSIKOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR  
DE LA UMF N°20 DEL IMSS  
Y  
SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA***

## **CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF N°20 DEL IMSS Y SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA.**

**Barajas-Bolaños Silvia Edith <sup>1</sup>; Vega-Mendoza Santa <sup>2</sup>.**

Médico residente de tercer año en Medicina Familiar UMF 20<sup>1</sup>; Médico familiar, profesor adjunto del curso de especialización en medicina familiar, UMF 20<sup>2</sup>

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios un desafío para redefinir los roles sociales de los adultos mayores para un envejecimiento exitoso y saludable. **OBJETIVO:** Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor en la UMF 20 y su relación con su calidad de vida (CDV). **MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal analítico; en la UMF 20 del IMSS, en 378 adultos mayores, previo consentimiento informado se aplicó ficha de datos generales, escala FUMAT para CDV y escala de Yesavage. Análisis descriptivo y ji<sup>2</sup>. **RESULTADOS:** Edad 70-79 años 49.5%(187), femeninos 65%(248), casados 66.9%(253), primaria incompleta 30.7%(116), dedicados al hogar 53.4% (202), comorbilidades 95.2%(360), hipertensión arterial 59.3%(224), diabetes mellitus 44.2%(167), con depresión moderada 56.6%(214). En general la CDV es buena 86.2%(326), relacionándose el estado civil (p=.000), escolaridad (p=.000), dedicarse al hogar (p=.011), ausencia de depresión (p=.000), no padecer comorbilidad reumatológica (p=.013) y gastrointestinal (p=.002), buenas relaciones interpersonales (p=.002) y buen estado emocional (p=.000). **CONCLUSIONES:** La CDV del adulto mayor está en relación con tener un buen estado emocional y no padecer comorbilidades que impida realizar sus relaciones interpersonales o actividades de la vida diaria.

**PALABRAS CLAVES:** Calidad de vida (CDV), depresión, FUMAT, características biológicas, características sociales y características psicológicas, adulto mayor.

## BIOPSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS SENIOR ADULT UMF NO. 20 IMSS AND ITS RELATIONSHIP WITH YOUR QUALITY OF LIFE.

**Silvia Edith Barajas Bolaños<sup>1</sup>; Santa Vega Mendoza<sup>2</sup>**

Resident physician in family medicine third year UMF 20<sup>1</sup>; Family physician, course assistant professor of family medicine specialization UMF 20<sup>2</sup>

The progressive increase in life expectancy in all societies in the coming decades presents a challenge to redefine the social roles of older adults for a successful and healthy aging. **OBJECTIVE:** To determine the biopsychosocial characteristics of the elderly in the UMF 20 and its relation to quality of life (QOL). **MATERIAL AND METHODS:** cross-sectional study, in the UMF 20 of the IMSS in 378 elderly, informed consent was applied general data sheet, scale FUMAT for CDV and Yesavage scale. Descriptive analysis and  $\chi^2$ . **RESULTS:** Age 70-79 años 49.5% (187), female 65% (248), married 66.9% (253), 30.7% completed primary school (116), dedicated to the home 53.4% (202), comorbidities, 95.2% (360), Hypertension 59.3% (224), diabetes mellitus 44.2% (167) 56.6% moderately depressed (214). Overall QOL is good 86.2% (326), relating marital status ( $p = .000$ ), education ( $p = .000$ ), engaging in household ( $p = .011$ ), absence of depression ( $p = .000$ ), be free from rheumatic comorbidity ( $p = .013$ ) and gastrointestinal ( $p = .002$ ), good interpersonal relationships ( $p = .002$ ) and emotional well ( $p = .000$ ). **CONCLUSIONS:** QOL of the elderly is in relation to having a good emotional state and not have comorbidities which can interfere with your relationships or daily life activities.

**KEY WORDS:** Quality of life (QOL), depression, FUMAT, biological, social and psychological characteristics features, elderly.

## **ANTECEDENTES**

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Para el profesor Thomae (1982), la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Thowmsend, citado por Barros (1993) plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. (1)

Chawla (1988) afirma que los ancianos “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente.(1)

La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación; la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar. (2)

Existen numerosos estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente en el estado de salud, y que puede dar lugar a la aparición de síntomas orgánicos, psíquicos y, sobre todo, biopsicosociales.

Los grupos de población que cumplen los 60 años después del año 1990 tienen una característica única, pues están en su mayor parte compuestas por poblaciones que durante la infancia y niñez temprana fueron los beneficiarios de

tecnologías médicas que redujeron notablemente la mortalidad durante los primeros cinco años de vida. Esto fue el producto de la difusión de antibióticos, la puesta en marcha de programas masivos de vacunación, y la implementación de intervenciones para erradicar vectores de enfermedades infecciosas y parasitarias. En contraste con lo sucedido en países desarrollados después de 1920, la sobrevivencia de estas cohortes es menos influenciada por mejoras en las condiciones de vida, sobre todo aquellas que afectan la nutrición, y mucho más la consecuencia de la rápida difusión de tecnologías médicas de bajo costo y, por lo tanto, accesibles a la mayoría de la población. Lo anterior puede tener consecuencias importantes, ya que existe evidencia de que la salud adulta está afectada por las experiencias de los primeros años de vida.(3)

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.(4)

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.(5)

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Uno de los problemas más frecuentes derivados del aumento de la edad es la alteración de la esfera cognitiva y los problemas depresivos. La problemática que suponen estos trastornos en la tercera edad se explica por su elevada prevalencia en la población anciana, superior a lo que habitualmente se detecta en las consultas de medicina general.

La población de la gran mayoría de los países occidentales está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la longevidad.

La interacción de los factores biológicos con la psicología del comportamiento y con los procesos sociológicos del envejecimiento aparece con frecuencia en los estudios realizados a la fecha. La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse varía según el individuo que envejece. (O.P.S./OMS, 1985)(6)

La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la población mundial, incluyendo a los países de América Latina y el Caribe, está asociada con el envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan dependencia funcional e incremento en los costos directos e indirectos de la atención médica. En México se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes tenga más de 60 años de edad. En julio de 2008 fue firmado el decreto presidencial mediante el cual se fundó el Instituto de Geriátrica de la Secretaría de Salud, proyecto destinado a apuntalar el desarrollo y formación de programas académicos de excelencia en geriatría y gerontología, fomentar y desarrollar la investigación sobre el envejecimiento y participar en la

creación de programas y políticas de salud destinadas a la atención de calidad de los adultos mayores.(6)

El Consejo Nacional de la Población (Conapo) desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana para 2050. Las tasas de natalidad han disminuido progresivamente desde 1970 y cómo se espera que continúen descendiendo hasta 2050. Por otra parte, se espera que la tasa de mortalidad disminuya lentamente hasta 2010, cuando el incremento de los adultos mayores hará imposible que el descenso continúe y que incluso se incremente para 2050, pero sin sobrepasar la tasa de natalidad. El aumento de adultos mayores será consecuencia del incremento en la expectativa de vida, que se espera alcance los 80 años en los hombres y casi los 85 años en las mujeres. La pirámide poblacional nos permite comparar la distribución por edades en México en 2005 y ver que los adultos mayores representarán casi un tercio de la población para el año 2050.(7)

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de México, mientras en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada. De acuerdo con las proyecciones de población (CONAPO, 2004), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.(7)

Estos aspectos sirvieron como motivación y justificación para diseñar y desarrollar un estudio nacional y longitudinal de la salud de la población de adultos mayores en México con una perspectiva socioeconómica amplia. Estos aspectos sirvieron como motivación y justificación para diseñar y desarrollar un estudio nacional y longitudinal de la salud de la población de adultos mayores en México con una perspectiva socioeconómica amplia; dicho estudio se denominó Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), también conocido por su nombre en inglés: Mexican Health and Aging Study (MHAS), es un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más en el año 2000, financiado por el National Institute on Aging/National Institutes of Health de Estados Unidos. (8)

El ENASEM 2001 es representativo de la población de 50 o más años de edad hacia fines del año 2000, que estaba integrada por aproximadamente 14 millones de habitantes. Un poco más de la mitad son mujeres, un poco más de la mitad tiene 60 años o más, y también un poco más de la mitad reside en áreas rurales., este informe señala en cuanto a reporte de enfermedades crónicas como cáncer o embolia cerebral es bajo (menos de 3% en el total). El reporte correspondiente de enfermedades del corazón (3%) y pulmonar (6%) es también relativamente bajo, y es mayor en el medio urbano que en el rural, con excepción del autorreporte de embolia cerebral. Esto puede deberse al poco contacto de la población con el sistema formal de salud, el cual se da menos en las áreas rurales que las urbanas. La diabetes (15%) autorreportada es mayor entre personas de mayor edad, y entre mujeres en general más que entre hombres.(8)

Casi uno de cada cinco adultos mayores reportan que fuman actualmente; el consumo de alcohol y tabaco es mayor entre las personas más jóvenes comparado con los que tienen 60 años o más, y entre los hombres mucho mayor que en las mujeres. Cerca de 9% de la población reporta tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, usar excusado y traslado a la cama). Estas limitaciones las declaran en

mayor medida los de mayor edad que los jóvenes, y las mujeres más que los hombres, aunque esto último solamente en áreas urbanas.(9)

En México, las enfermedades crónicas no transmisibles figuran entre las primeras 10 causas de mortalidad en edad postproductiva reportadas en 2005 por la Secretaría de Salud, siendo la diabetes mellitus la primera de ellas desde 3 años atrás.(10)

Una asistencia médica correcta al paciente anciano es compleja porque existen muchos factores asociados que han de tomarse en consideración. El médico se convierte en el receptor de los problemas sociales, económicos y sanitarios del anciano, de ahí la importancia de una adecuada y completa evaluación multidimensional del anciano.(11)

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Campbely et al., 1976); sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.(11)

Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad, en especial en el adulto mayor en donde además se relaciona con la presencia de ansiedad y en algunos casos depresión.(12)

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” . Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.(13)

Por lo tanto la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida. El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia.(14)

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presenta Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en

el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.(15)

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”.(15)

Existe diversos instrumentos los cuales se han creado para evaluar la calidad de vida, entre estos encontramos ; El Quality of Life Questionnaire (QLQ) es un instrumento de autoevaluación que consta de 129 ítems que evalúan 15 áreas específicas de la vida y que contiene además una escala de deseabilidad social. Se trata de un cuestionario sencillo, de fácil comprensión, cuyo tiempo de administración es aproximadamente treinta minutos, existiendo una versión computarizada para su corrección e interpretación, y que a juicio de los autores resulta paradigmático por su grado de utilización y extensión en el mundo angloparlante. El QLQ se creó con la intención de evaluar de forma directa la calidad de la vida de un sujeto en un amplio espectro de áreas específicas de la vida.(16)

Otro instrumento es el cuestionario SF-36, originalmente diseñado a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). En la actualidad es uno de los dos cuestionarios que más se utilizan debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: capacidad funcional (10 ítems), vitalidad (4), aspectos físicos (4), dolor (2), estado general de salud (5), aspectos sociales (2), aspectos emocionales (3) y salud mental (5) (36) . Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100, donde 0 corresponde a un peor estado de salud y 100 a la salud perfecta. En este cuestionario no existe un score total, para evitar errores en la

identificación de los aspectos reales comprometidos por la enfermedad. También se dispone de una versión breve o aguda del SF-36, cuyos ítems hacen referencia sólo a la última semana; ésta se conoce como SF-12 y SF-8. La versión estándar se refiere a las cuatro últimas semanas.(16)

La escala FUMAT, es otro instrumento para evaluar de manera objetiva la calidad de vida en adultos mayores, basado en 8 dominios los cuales son: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. Los cuales se valoraran con 57 items para los cuales el paciente dará respuestas en escala de 1 al 4; al graficar este índice obtenemos el índice de calidad de vida, que en este caso se reportara con buena calidad de vida cuando lo encontremos por arriba del percentil 85 y como mala calidad de vida cuando este corresponda por debajo de la percentil 85.(17,18)

#### CUESTIONARIOS GENERICOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

Cuestionario	Categoría o dominios	Función	Objetivo	Validez	Confiabilidad
<b>The Nottingham Health Profile: NHP</b> Traducción al español	Funcionalidad, físico, emocional, social, nivel actividad, percepción deterioro	Discriminación	Validación	Constructo	Consistencia interna
<b>The Dartmouth – COOP</b> Traducción al español	Movilidad, físico, social, emocional, apoyo social, dolor	Discriminación Evaluación	Validación Confiabilidad	Constructo Contenido Criterio	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The Sickness Impact Profile: SIP</b>	Movilidad, físico, emocional, social	Predicción Evaluación	Validación Confiabilidad	Contenido Constructo	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The Functional Status Index: FSI</b>	Funcionalidad, físico, social, emocional	Discriminación Evaluación	Validación Confiabilidad	Constructo Contenido	Consistencia interna
<b>The Kamofsky Performance Status (KPS) Scale</b>	Funcionalidad, dolor	Discriminación Predicción	Validación Confiabilidad Descripción	Constructo	Prueba repetida Consistencia interna
<b>Quality of life Index: QL-Index</b>	Funcionalidad, físico, emocional, social, vitalidad	Discriminación	Validación Confiabilidad Descripción	Constructo	Consistencia interna

<b>The Dartmouth – COOP</b>	Movilidad, físico, social, emocional, apoyo social, dolor	Discriminación Evaluación	Validación Confiabilidad	Constructo Contenido Criterio	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The Health Assessment Questionnaire: HAQ</b>	Funcionalidad, físico, social, mental, dolor, auto-cuidado	Discriminación Predicción	Validación Confiabilidad Descripción	Constructo	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version</b>	Funcionalidad, físico, emocional, social, autonomía, satisfacción	Discriminación Predicción Evaluación	Validación Confiabilidad	Constructo	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The McMaster Health Index Questionnaire</b>	Movilidad, físico, emocional, social	Discriminación Evaluación	Validación Confiabilidad	Contenido Constructo	Prueba repetida
<b>The Duke Health Profile: DUKE</b>	Funcionalidad, físico, social, emocional, autoestima, apoyo social	Discriminación Predicción	Validación Confiabilidad	Constructo Criterio	Prueba repetida Consistencia interna
<b>The general Health Questionnaire: HRQOL</b>	Funcionalidad, social, emocional, ansiedad	Discriminación	Validación Confiabilidad Descripción	Constructo	Prueba repetida Consistencia interna
<b>Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV</b>	Funcionalidad, físico, social, emocional, fatiga, dolor	Discriminación	Validación Confiabilidad	Constructo	Consistencia interna
<b>The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC</b>	Funcionalidad, físico, social, emocional, vómito, apetito, sueño, fatiga, dolor	Discriminación	Validación Confiabilidad	Criterio	Prueba repetida Consistencia interna

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dado que la atención primaria es el ámbito más accesible a la realización de estos estudios poblacionales, nos proponemos estudiar el estado biopsicosocial y como estos factores repercuten en la calidad de vida que estos adultos presentan.

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analizara utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales como la habilidad para cuidar de uno mismo, la situación financiera, (tener una pensión o renta), las relaciones sociales (familia y amigos), la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales. Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran,( vivir en el propio domicilio o en una residencia) como de otras variables relacionadas con la edad (mayor satisfacción en jóvenes que en mayores), el género (los hombres suelen estar más satisfechos que las mujeres) y el estatus social (a mayor estatus mayor calidad de vida), es por eso que nos llevar a realizar la siguiente pregunta de investigación.

## **PREGUNTA**

- ❖ ¿Cuáles son las características biopsicosociales del adulto mayor que acude a consulta a la UMF 20 del IMSS y cuál es su calidad de vida?

## **JUSTIFICACION**

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida.

Investigaciones recientes han logrado confirmar la hipótesis de que el apoyo social se relaciona con la mortalidad de los ancianos, de forma que, si es insuficiente, el riesgo de muerte será mayor. Por todo ello parece interesante e importante llevar a cabo un estudio que nos ayude a establecer la verdadera magnitud del problema en los ancianos de nuestra zona básica de salud.

Uno de los problemas más frecuentes derivados del aumento de la edad es la alteración de la esfera cognitiva y los problemas depresivos. La problemática que suponen estos trastornos en la tercera edad se explica por su elevada prevalencia en la población anciana, superior a lo que habitualmente se detecta en las consultas de medicina familiar.

La evaluación psicológica en la vejez no sigue los principios generales del proceso de evaluación, sino que tiene peculiaridades y características propias que deben tenerse en cuenta a la hora de plantearse una evaluación válida y fiable. Entre estas singularidades, tienen especial importancia los derivados de la adopción de un modelo biopsicosocial, por lo que debe realizarse una evaluación multidimensional de la calidad de vida que refleje los múltiples cambios que ocurren en sus vidas. Una adecuada evaluación de la persona mayor requiere tener en cuenta, los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables moduladoras sobre las consecuencias que estos cambios tienen en las personas.

Por otro lado, se ha observado que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la

satisfacción con la vida. También el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen.

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa.

Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales. Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

De acuerdo a las revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbimortalidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud; Lo cual es objetivo fundamental del presente protocolo.

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente su utilidad.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

Con este estudio queremos valorar la calidad de vida de nuestra población, que estos resultados tengan un impacto no solo en la población de nuestra unidad, sino con ellos implementar mejoras que nos ayuden a elevar la calidad de vida de la población en nuestro país.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor en la UMF 20 y su relación con su calidad de vida.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las características biológicas del adulto mayor estado de salud o enfermedad ( Edad, sexo, comorbilidades).
- Identificar las características sociales del adulto mayor (apoyo social y redes de apoyo, su nivel socioeconómico, actividad laboral, vivienda).
- Identificar las características Psicológicas del adulto mayor: cognitiva, afectiva, presencia o no de depresión.
- Determinar el índice de Calidad de vida del adulto mayor.
- Bienestar Físico del adulto mayor: salud, bienestar físico global y atención sanitaria.
- Bienestar emocional: bienestar psicológico y estabilidad emocional, autoconcepto, ausencia de stress, sentimientos negativos, relaciones de pareja.
- Desarrollo personal del adulto mayor: nivel de educación, competencia personal y desempeño.
- Relaciones interpersonales del adulto mayor: tiene amigos claramente identificados, relaciones sociales, relaciones familiares.
- Derechos del adulto mayor: referente a sus derechos humanos y derechos legales.
- Autodeterminación del adulto mayor: su autonomía, metas, valores personales, elecciones propias.

## ***HIPOTESIS DE TRABAJO***

- ❖ Si hay relación entre los factores biopsicosociales y una buena o mala calidad de vida.

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

### **LUGAR DEL ESTUDIO:**

- ❖ El presente estudio se realizara en la UMF 20 del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo N° 675 Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo. A. Madero, México D.F; siendo esta una unidad de primer nivel en la cual se ofrece atención medica continua.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

- ❖ Transversal analítico.

### **PERIODO DEL ESTUDIO:**

- ❖ En un periodo de estudio de JULIO 2012 a MAYO 2013

### **GRUPOS DE ESTUDIO:**

- ❖ Pacientes adultos mayores de 60 años que acuden a consulta en la UMF 20 IMSS.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes adultos mayores de 60 años que acuden a atención médica de la consulta externa de la UMF n°20 del IMSS en el turno matutino y vespertino.
- Pacientes que acepten su participación en el estudio bajo consentimiento informado.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes que no puedan contestar el cuestionario por alteraciones neuropsiquiátricas.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Pacientes que decidan abandonar el estudio antes de su término.
- Pacientes que llenen de manera inadecuada o incompleta los instrumentos de aplicación (cuestionarios).

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

- ❖ Por el tipo de estudio implementaría la siguiente fórmula de correlación de variables:

$$N = ((z_a + z_b) / C)^2 + 3$$

Con un:

- a) Coeficiente de correlación de 15% (0.15)
- b) Intervalo de confiabilidad del 95%
- c) Error al 5% (0.05)

Con lo cual obtenemos una muestra total de 378 pacientes.

## DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO:

<i>Variables independientes</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>indicador</i>
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se medirá a través de interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento	Cuantitativa de razón	+ 60 años
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino	Se observa directamente al paciente a)femenino b)masculino	Cualitativa nominal	1.-hombre 2.-mujer
<b>Estado civil</b>	Condición de individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Se interrogara de manera directa a pacientes	Cualitativa nominal	S:soltero UL: Unión libre C:Casado V:Viudo D:Divorciado
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza, años cursados de educación formal.	Se interroga de manera directa el Grado de escolaridad	Nominal ordinaria/cualitativa nominal	1.-no estudio 2.-primaria incompleta 3.-primaria completa 4.-secundaria incompleta 5.-secundaria completa 6.-bachillerato incompleto 7.-bachillerato completo 8.-carrera técnica 9.-licenciatura trunca 10.-licenciatura completa 11.-maestría 12.-doctorado

<b>Ocupación</b>	Trabajo que impide ocupar el tiempo en otra cosa, empleo u oficio	Se interroga de manera directa	Cualitativa nominal	H:hogar O:obrero E:empleada P:profesionista
<b>Comorbilidades</b>	Presencia concurrente de 2 o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario	Se interroga de manera directa	Nominal politomica	1.-enfermedades cardiovasculares 2.-enfermedades metabólicas 3.-enfermedades osteomusculares 4.-enfermedades inmunitarias
<b>Depresión</b>	Trastorno del estado de ánimo, síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva	Aplicación de cuestionario de Yesavage	Cualitativa nominal	0-5pts=sin depresión  5-10 pts=depresión moderada  >10 pts=depresión severa
<b>Variables dependientes</b>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>indicador</i>
<b>Percepción de calidad de vida</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto sobre su calidad de vida	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena p>85 2.mala p<85
<b>Bienestar Físico.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto sobre salud, actividades de	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena p>85 2.mala p<85

	la vida diaria, atención sanitaria, ocio.			
<b>Bienestar emocional.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor sobre satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$
<b>Relaciones interpersonal les.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor en interacciones, relaciones y apoyos	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$
<b>Inclusión social.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor en su integración y participación en la comunidad, roles comunitarias y apoyos sociales.	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$
<b>Desarrollo personal.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor en cuanto a su nivel educativo competencia personal y desempeño	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$
<b>Bienestar Material.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor referente a su estatus económico, empleo y vivienda.	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$
<b>Autodeterminación.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p>85$ 2.mala $p<85$

	en cuanto a su autonomía, metas- valores personales, elecciones propias			
<b>Derechos.</b>	Autoevaluación subjetiva del adulto mayor referente a sus derechos humanos y derechos legales.	Aplicación de escala FUMAT	Cualitativa nominal dicotómica	1.buena $p > 85$ 2.mala $p < 85$

### ***DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO***

El presente estudio se realizara con un diseño transversal analítico, en el cual se seleccionara a pacientes adultos mayores de 60 años que acuden a la UMF 20 del IMSS, se aplicaran las encuestas durante el tiempo de espera de los pacientes, en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Se presentara el investigador con cada uno de los pacientes, a los cuales se les preguntara si desean participar en el presente estudio, y bajo previo consentimiento informado se procederá a la aplicación de dos instrumentos; los instrumentos de evaluación que se aplicaran son la escala FUMAT y la escala de Yesavage.

La escala FUMAT, es un instrumento validado realizado en España en el año 2009, con esta escala buscamos evaluar de manera objetiva la calidad de vida en adultos mayores, basado en 8 dominios para evaluar la calidad de vida los cuales son: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. Los cuales se valoraran con 57 ítems para los cuales el paciente dará respuestas en escala de 1 al 4 correspondientes a siempre o casi siempre (1), frecuentemente (2), algunas veces (3), nunca o casi nunca (4). Se realizara la sumatoria de los ítems por cada dominio con lo cual obtendremos una puntuación

directa. Para obtener la puntuación directa total en cada dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen. La puntuación directa la graficamos en una tabla percentiles, las puntuaciones estándar, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3. los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se suman las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones ; este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o puntuación estándar compuesta), El Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, al graficar este índice obtenemos el índice de calidad de vida, que en este caso se reportara con buena calidad de vida cuando lo encontremos por arriba del percentil 85 y como mala calidad de vida cuando este corresponda por debajo de la percentil 85.

Además de la escala FUMAT para calidad de vida en este estudio usaremos como segundo instrumento de evaluación la escala modificada de Yesavage, compuesta por 15 ítems, con los cuales evaluaremos la presencia de depresión, se cuestionara al paciente de manera directa basado en los 15 ítems del instrumentos, cada ítems tiene un puntaje de 1, al final de lo cual obtendremos una puntuación la cual puede ir desde 0 hasta 15, la cual se evaluara de la siguiente manera: 0-5pts= sin depresión, 5-10 pts= depresión moderada, >10 pts= depresión severa, con una sensibilidad del 84%; y una especificidad del 95%.

Una vez obtenidos los puntajes de cada instrumento se realizara el análisis de la información, con los datos obtenidos de los 378 pacientes muestra.

### ***ANALISIS DE DATOS:***

Se aplicara estadística descriptiva; para variables cuantitativas, media, mediana, moda, y cualitativas frecuencias y porcentajes. Ji2.

## **RESULTADOS**

Se encontró que hubo predominio del género femenino (65.6%) sobre el masculino (34.3%). La edad promedio fue de 73 años  $\pm 7.15$  mínima de 60 y máxima 92, el 49.5% (187) lo constituyó el grupo de 70-79 años. Estado civil casados en 66.9% (253), escolaridad primaria incompleta 30.7% (116) y primaria completa 23% (87). Ocupación hogar el 53% (202). Tabla 1.

El 95,2% (360) de los adultos mayores presentan comorbilidades, siendo las más frecuentes hipertensión 59.3% (224) y diabetes mellitus un 44.2% (167); con grado de depresión moderada 56.6% (214) y depresión severa 13.8% (52). Tabla 2 y 3.

En general los adultos mayores refirieron tener una buena calidad de vida el 86.2% (326) y solo el 13.8% (52) una mala calidad de vida; presentando relaciones interpersonales satisfactorias 96.8% (366), presentan un bienestar material adecuado en 96.3% (364), bienestar emocional del 87.8% (322); en cuanto a respeto a sus derechos, inclusión social, autodeterminación, bienestar físico y desarrollo personal de 86.2% (326) en cada área respectivamente. Tabla 4.

Los adultos mayores que tienen buena calidad de vida fueron del sexo femenino 66.6% (217), grupo de edad 70-70 años 50.6% (165) y 60 a 69 años 32.5% (106), casados, con primaria incompleta y que se dedican al hogar; con presencia de comorbilidades en el 96% (313); depresión moderada en 58.3% (190) y depresión severa solo el 7.4% (24). Con adecuado bienestar emocional 96.3% (314), 98.2%(320) adecuadas relaciones interpersonales y bienestar material 96.6% (315). Los 326 pacientes refirieron desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos cada uno al 100%. Tablas 5,6,7 y 8.

Los adultos mayores que tienen mala calidad de vida fueron del sexo femenino 59.6% (31) y del sexo masculino 40.4 % (21), grupo de edad 70-70 años 42.3% (22) y 80-89 años 34.6 % (18), viudos 48.1% (25), con primaria completa y que se dedican al hogar; con presencia de comorbilidades en el 90.4% (47); principalmente hipertensión 67.3% (35) y diabetes mellitus 48.1% (25), con

depresión moderada en 46.2% (24) y depresión severa el 53.8% (28). Con inadecuado bienestar emocional 65.4% (34), con adecuadas relaciones interpersonales 88.5% (46) y adecuado bienestar material 3.4% (11). Los 52 pacientes refirieron desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social, bienestar físico y derechos cada uno al 100% .tablas 5,6,7y 8.

Las características biopsicosociales relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor son: edad ( $p=0.016$ ), estado civil ( $p= 0.000$ ), ocupación ( $p=0.011$ ), escolaridad ( $p=0.000$ ), depresión ( $p=0.000$ ), enfermedad reumatológica ( $p=0-013$ ), enfermedad gastrointestinal ( $p=0.004$ ), el bienestar emocional ( $p=0.000$ ), adecuadas relaciones interpersonales ( $p=0.002$ ).

<b>Tabla.1 Características sociodemográficas del adulto mayor</b>		
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N=378</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
• 60-69	118	31.2
• 70-79	187	49.5
• 80-89	71	18.8
• + 90	2	.5
<b>Sexo</b>		
• Masculino	130	34%
• Femenino	248	65%
<b>Estado civil</b>		
• Soltero	19	5
• Unión libre	31	8.2
• Casado	253	66.9
• Divorciado	4	1.1
• Viudo	71	18.8
<b>Escolaridad</b>		
No estudio	57	15.1
Primaria incompleta	116	30.7
Primaria completa	87	23
Secundaria incompleta	36	9.5
Secundaria completa	34	9
Bachillerato incompleto	13	3.4
Bachillerato completo	9	2.4
Carrera técnica	16	4.2
Licenciatura completa	10	2.6
<b>Ocupación</b>		
• Hogar	202	53.4
• Obrera	68	18
• Empleado	108	28.6

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

<b>Tabla 2. Características biológicas del adulto mayor</b>		
<b>Características biológicas</b>	<b>N=378</b>	<b>%</b>
<b>Comorbilidades</b>		
• Si	360	95.2
• No	18	4.8
<b>Tipos de comorbilidades</b>		
• Diabetes	167	44.2
• Hipertensión	224	59.3
• Dislipidemia	42	11.1
• Depresión	35	9.3
• Vasculares	61	16.1
• Reumatológicas	46	12.2
• Endocrinológicas	23	6.1
• Oftalmológicas	27	7.1
• Gastrointestinales	62	16.4
• Otras	40	10.6

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

<b>Tabla 3. Grado de depresión en los adultos mayores*</b>		
<b>GRADO DE DEPRESION</b>	<b>N=378</b>	<b>%</b>
➤ Sin depresión	112	29.6
➤ Depresión moderada	214	56.6
➤ Depresión severa	52	13.8

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

\*se incluye a los adultos mayores que ya tienen diagnóstico de depresión, pero se desconocía el grado.

<b>Tabla 4. Calidad de vida (CDV) de los adultos mayores y áreas de evaluación</b>		
<b>CDV</b>	<b>N=378</b>	<b>%</b>
<b>CDV GLOBAL</b>		
➤ Buena	326	86.2
➤ Mala	52	13.8
❖ Bienestar emocional	332	87.8
❖ Relaciones interpersonales	366	96.8
❖ Bienestar material	364	96.3
❖ Desarrollo personal	326	86.2
❖ Bienestar físico	326	86.2
❖ Autodeterminación	326	86.2
❖ Inclusión social	326	86.2
❖ Derechos	326	86.2
❖ Depresión	266	70.4

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

<b>Tabla 5. Características sociodemográficas relacionadas con la calidad de vida</b>						
<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Calidad de vida</b>				<b>p*</b>	
	<b>N</b>	<b>buena</b> <b>%</b>	<b>N</b>	<b>mala</b> <b>%</b>		
<b>Edad</b>						
• 60-69	106	32.5	12	23.1	.016	
• 70-79	165	50.6	22	42.3		
• 80-89	53	16.3	18	34.6		
• 90 y mas	2	0.6	0	0.0		
<b>Sexo</b>						
• Masculino	109	33.4	21		.204	
• Femenino	217	66.6	40.4 31 59.6			
<b>Estado civil</b>						
• Soltero	10	3.1	9	17.3	.000	
• Unión libre	25	7.7	6	11.5		
• Casado	241	73.9	12	23.1		
• Divorciado	4	1.2	0	0.0		
• Viudo	46	14.1	25	48.1		
<b>Escolaridad</b>						
No estudio	39	12.0	18	34.6	.000	
Primaria incompleta	101	31.0	15	28.8		
Primaria completa	70	21.5	17	32.7		
Secundaria incompleta	34	10.4	2	3.8		
Secundaria completa	34	10.4	0	0.0		
Bachillerato incompleto	13	4.0	0	0.0		
Bachillerato completo	9	2.8	0	0.0		
Carrera técnica	16	4.9	0	0.0		
Licenciatura completa	10	3.1	0	0.0		
<b>Ocupación</b>						
• Hogar	172	52.8	30	57.7	.011	
• Obrera	53	16.3	15	28.8		
• Empleada	101	31.0	7	13.5		

Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20

\*Ji cuadrada

<b>Tabla 6. Calidad de vida y aspectos biológicos</b>						
<b>Características Biológicas</b>	<b>Calidad de vida</b>				<b>p*</b>	
	<b>buena</b>		<b>mala</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Comorbilidades</b>						
➤ SI	313	96	47	90.4	.085	
➤ NO	13	4	5	9.6		
<b>Diabetes</b>						
➤ SI	142	43.6	25	48.1	.322	
➤ NO	184	56.4	27	51.9		
<b>Hipertensión</b>						
➤ SI	189	58	35	67.3	.131	
➤ NO	137	42	17	32.7		
<b>Dislipidemia</b>						
➤ SI	36	11	6	11.5	.534	
➤ NO	290	89	46	88.5		
<b>Depresión</b>						
➤ SI	19	5.8	16	30.8	.000	
➤ NO	307	94.2	36	69.2		
<b>Vasculares</b>						
➤ SI	54	16.6	7	13.5	.370	
➤ NO	272	83.4	45	86.5		
<b>Reumatológicas</b>						
➤ SI	34	10.4	12	23.1	.013	
➤ NO	292	89.6	40	76.9		
<b>Endocrinológicas</b>						
➤ SI	19	5.8	4	7.7	.392	
➤ NO	307	94.2	48	92.3		
<b>Oftalmológicas</b>						
➤ SI	21	6.4	6	11.5	.150	
➤ NO	305	93.6	46	88.5		
<b>Gastrointestinales</b>						
➤ SI	46	14.1	16	30.8	.004	
➤ NO	280	85.9	36	69.2		
<b>Otras</b>						
➤ SI	34	10.4	6	11.5	.482	
➤ NO	292	89.6	46	88.5		

Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20

<b>Tabla 7 Calidad de vida y depresión</b>							
<b>GRADO DE DEPRESION</b>	<b>Calidad de vida</b>					<b>p*</b>	
	<b>N</b>	<b>buena</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>mala</b>		<b>%</b>
<b>Sin depresión</b>	112		34.4	0		0.0	.000
<b>Depresión moderada</b>	190		58.3	24		46.2	.000
<b>Depresión severa</b>	24		7.4	28		53.8	.000

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

<b>Tabla 8 calidad de vida y sus áreas sociales evaluadas</b>							
<b>Áreas de evaluación de CDV</b>	<b>Calidad de vida</b>					<b>p*</b>	
	<b>N</b>	<b>buena</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>mala</b>		<b>%</b>
<b>Bienestar emocional</b>							
• Bueno	314		96.3	18		34.6	.000
• Malo	12		3.7	34		65.4	
<b>Relaciones interpersonales</b>							.002
• Bueno	320		98.2	46		88.5	
• Malo	6		1.8	6		11.5	
<b>Bienestar material</b>							.300
• Bueno	315		96.6	11		3.4	
• Malo	49		94.2	3		5.8	
<b>Desarrollo personal</b>							
• Bueno	326		100	52		100	
• Malo	0		0	0		0	
<b>Autodeterminación</b>							
• Bueno	326		100	52		100	
• Malo	0		0	0		0	
<b>Inclusión social</b>							
• Bueno	326		100	52		100	
• Malo	0		0	0		0	
<b>Bienestar físico</b>							
• Bueno	326		100	52		100	
• Malo	0		0	0		0	
<b>Derechos</b>							
• Bueno	326		100	52		100	
• Malo	0		0	0		0	

*Fuente: Encuesta de CDV en adultos mayores de la UMF 20*

## **DISCUSIÓN**

En este estudio se observó que para una adecuada calidad de vida (CDV) del adulto mayor, influyen factores biológicos sobre todo padecer enfermedades de tipo reumatológico y gastrointestinal; así como aspectos sociales tales como edad, estado civil, escolaridad y ocupación; y el bienestar emocional sobre todo con la presencia de depresión.

El estudio realizado en este grupo de adultos mayores respecto a la CDV; mostró que el nivel más alto de CDV por grupo de edad se presentó en los grupos de 60 a 79 años; estos resultados coinciden con los encontrados por **Marshall y cols**<sup>22</sup> en su artículo Calidad de vida en el adulto mayor 2006, con un 66% de entrevistados en este mismo grupo etario. Así como por **Garza y cols**<sup>23</sup>, en Calidad de vida: salud en el paciente de la tercera edad; quienes observaron buena salud y buena calidad de vida en una mayor proporción 53% (287), seguido de buena salud y excelente calidad de vida con 32% (70). En relación a nuestro estudio en donde encontramos que nuestros adultos mayores en más del ochenta por ciento tienen buena CDV.

Los niveles más altos de CDV respecto al género se presentaron en el femenino en relación al masculino; estos resultados son similares a lo reportado por **Hernández y cols**<sup>24</sup>. Una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para Costa Rica; quienes encontraron que en todas las dimensiones (soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar a través del trabajo, desarrollo personal y administración del tiempo libre, reflejan grados de insatisfacción en la calidad de vida en el trabajo) el resultado de las mujeres fue superior al de los hombres y estadísticamente significativo en un 60% (18); mientras tanto **Duran y cols**<sup>25</sup>, en Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en Dos Estados de México, Este estudio realizado en los adultos mayores respecto a la autopercepción de la CV mostró que el nivel de CDV bajo se presentó con mayor frecuencia 36,7% (11), en los grupos de 60 a 75 años y

reportaron que los hombres tuvieron mejores puntajes que las mujeres en todas las dimensiones del instrumento.

Así como **Azpiazu y cols<sup>26</sup>**, en Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid, quienes encontraron que las mujeres tenían más problemas que los hombres en todas las dimensiones (sociodemográficas y clínicas, capacidad funcional y cognitiva, y utilización de recursos socio-sanitarios) de la calidad de vida relacionada con la salud; Entre ellos, 36 (26,7%) eran hombres y 99 (73,3%) mujeres y tenían una media de edad de  $80,9 \pm 9,2$  años, donde destaca que 44 (33,1%) eran analfabetos, algo más de la mitad eran viudos, 80 (59,3%), y 50 (37,9%) eran amas de casa. En nuestro estudio las 7 dimensiones evaluadas presentan buena calidad de vida, siendo las relaciones interpersonales y bienestar emocional las de mayor significancia estadística. Esto se relaciona cuando el adulto mayor presenta adecuada socialización, lo cual coadyuva a mejorar su bienestar emocional, considerando estos aspectos como relevantes para su buena CDV.

Los resultados reportados por **Zavala y cols<sup>27</sup>**, en Funcionamiento social del adulto mayor. indican que en el 68% (204) de la muestra del sexo femenino, en la categoría de 70 a 79 años se concentra el mayor porcentaje 48,3% (145) , un 49,7%(149) son casados y un 37,3%(112) informan ser viudos de los ancianos encuestados, lo que coincide con el grupo de edad, de nuestro estudio, en cuanto al estado civil. Sin embargo ellos reportaron una escolaridad analfabeta 15%(45) y escolaridad básica incompleta 50%(150), lo cual difiere de lo encontrado en nuestro estudio, donde predominó la educación primaria incompleta y completa; este debido a la diferencia de zona geográfica y la accesibilidad para la educación, así como el hecho de la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud para manejar el proceso salud-enfermedad.

Sin embargo en investigaciones previas en el año 2006 por **Gonzales y cols<sup>28</sup>**. En su artículo Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos en la ciudad de México ; en un grupo de 194 pacientes, de los cuales el 36.1% (70) reportaron no tener ninguna enfermedad, mientras el 63.9% (124) si padecía alguna; de este hecho encontraron diferencias significativas en la puntuación de calidad de vida, siendo más alta para aquellos ancianos no enfermos con respecto a ancianos enfermos, y de estos el 53.9%(104) tienen una enfermedad crónico-degenerativa. A diferencia de nuestro estudio casi el cien por ciento presenta una enfermedad sobre todo del tipo crónico-degenerativa, lo que los hace vulnerables a padecimientos emocionales, siendo la depresión la principal patología desarrollada.

En cuanto a la CDV y su relación con las enfermedades crónicas no se encontraron diferencias significativas entre las medias, se observaron resultados muy similares en las personas afectadas con alguna enfermedad y las no afectadas; El mayor número de casos correspondió a la Hipertensión Arterial. La Diabetes constituyo la segunda en frecuencia dentro de las enfermedades crónicas valoradas. La Cardiopatía Isquémica constituyó la tercera en frecuencia dentro de las enfermedades crónicas. Sin embargo se encontró con significancia estadística las enfermedades reumatológicas y gastrointestinales, esto debido a que son patologías que limitan la capacidad funcional y social de los adultos mayores, aumentando la dependencia de estos con gran impacto psicológico y social. Aunque la hipertensión y diabetes son las enfermedades más frecuentes se determinó que no repercuten en una mala calidad de vida; esto debido a que posiblemente aprenden a vivir el día a día con su enfermedad.

Respecto al área física, emocional, social, socioeconómico y de autopercepción de la salud de la calidad de vida en los adultos mayores, se encontraron entre los resultados más destacados, sobre todo en el aspecto físico refieren ser capaces de atenderse a sí mismos y cuidar de su persona; en el aspecto emocional mencionaron : que su familia los quiere y respeta; en el aspecto social refirieron que mantienen relaciones con amigos y vecinos; así como en el aspecto de

autopercepción de la salud: todavía les permite realizar por si mismos realizan sus actividades cotidianas y en el aspecto socioeconómico: mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.

Por otra parte, en medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

La gente mayor tiene la necesidad de hallar nuevas metas y reorganizar su vida sin caer en la inutilidad y el ocio rutinario. Es indispensable que encuentren satisfactores vitales que les proporcionen alegría de vivir y metas que los conduzcan a una verdadera estabilidad. Además, los profesionales de la salud tenemos el compromiso de analizar esta calidad en cada consulta ya que esta puede cambiar en cualquier momento o evento adverso que tenga el adulto mayor; buscando y otorgando alternativas, ya que es de vital importancia que reorganicen su tiempo y su vida en general, para lograr elevar su calidad de vida.

El garantizar una vida de calidad a las personas es un nuevo reto para el médico familiar por lo que se requiere tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro, fomentando en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

- Los adultos mayores estudiados fueron en su mayoría del sexo femenino, del grupo de edad de 70-79 años, con una mediana de edad de 73 años. Con enfermedades crónicas el 95.2% de tipo hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Más del 90% de estos pacientes adultos mayores presentaron buena calidad de vida.
- En el aspecto social, hubo adecuado bienestar emocional (apoyo social y redes de apoyo), relaciones interpersonales y bienestar material.
- En el área psicológica, se identificó que 35 pacientes ya contaban con el diagnóstico de depresión, sin embargo se desconocía el grado de la misma. Por lo que en forma general se encontró depresión moderada en el cincuenta por ciento y depresión severa en más del diez por ciento.
- El 100% de nuestros adultos cuentan con apoyo único del IMSS.
- En cuanto a el desarrollo personal (nivel de educación, competencia personal y desempeño) el 100% fue bueno.
- Presencia de relaciones interpersonales (tiene amigos claramente identificados, relaciones sociales, relaciones familiares) buenas.
- La mayoría de los adultos mayores ejercen sus derechos (derechos humanos y derechos legales) y tienen autodeterminación (su autonomía, metas, valores personales, elecciones propias).
- Las características biopsicosociales relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor son: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, presencia de depresión ( $p=0.000$ ), no tener enfermedad reumatológicas ( $p=0.013$ ) y enfermedad gastrointestinales ( $p=0.004$ ), el bienestar emocional ( $p=0.000$ ), adecuadas relaciones interpersonales ( $p=0.002$ ).

## ***RECOMENDACIONES***

Se recomienda profundizar en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de tal manera que los datos obtenidos puedan ser considerados en la planeación de intervenciones que coadyuven en la mejora de su calidad de vida en un futuro sobre todo el área emocional.

El gran reto es alcanzar una mejor calidad de vida para los individuos; no sólo se trata de aumentar los años a la vida de una persona, sino de mejorarla y aumentar el bienestar de nuestra población.

## REFERENCIAS.

- 1.-Gonzalez A, Celis R, Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. 2009; 366-378
- 2.-Treviño S, Pelcastre V, Márquez S. Experiencias de envejecimiento en el México rural. Salud Pública de México, 2006; 48:168-174
- 3.- Botero M, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teorica; Promoción de la Salud, 2007;12:11 – 24.
- 4.- Acosta Q,González C. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Revista Psicología y Salud, 2009; 19 (2): 289-293.
- 5.-Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Publica. 2007;49: S436-S447.
- 6.-Shamah L, Cuevas N, Mundo R, Morales R, Cervantes T, Villalpando H. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Publica Mex 2008; 50: 383-389
- 7.-Gutiérrez R. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento; Revista La situación demográfica de Mexico; 2004: 53-70.
- 8.-Lozano A, Frenk M, González B. El peso de la enfermedad en adultos mayores en México. Salud Pública de Méx. 1994;38: 419-429.
- 9.- Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas, 2005;1 (2): 125-137.
- 10.- Alfaro A, Carothers E, Gonzalez T. Autopercepcion de calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2; Revista investigación en salud. 2006; (3): 152-157.
- 11.- Borges Y, Gómez D, Gutiérrez R, Fabián G, Rodríguez R. Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana de la ciudad de México. Salud Pública de México. 1996,(38): 475-485.
- 12.-Celis R, Sánchez S. Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. Revista Salud Mental. 2007; 30 (4): 55-61.

- 13-Maldonado G, Mendiola I, Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, abril 2009. Consultado online marzo 2012. [www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm)
- 14.-González P, Bousoño M, González M. Valuación de calidad de vida; Psiquiatria. 1993;6: 53-5913.
- 15.-Castro V, Gómez D, Negrete S, Tapia C. Las enfermedades crónicas de las personas 60-69 años. Salud Pública de Méx.1996; 38: 438-447.
- 16.- Robinson R. FT. Quality of life as a measure correlated to health outcomes: systematic revision of literature; Revista Colombiana de Cardiología.2007;14:207-222.
- 17.- Verdugo A. Calidad de vida e inclusión social de las personas con necesidades de apoyo y discapacidades más significativas. Consultado online marzo 2012. [hrp://inicio.usal.es/](http://inicio.usal.es/)
- 18.- Verdugo A, Gómez S, Arias M. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT; Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. 2009, Consultado online marzo 2012. <http://www.usal.es/inico>
- 19.- Klimovsky E, Saidon P, Nudelman L, Bignone I; Declaracion de Helsinki sus vicisitudes en los últimos cinco años. MEDICINA. 2002;62(4): 365-370.
- 20.- CÓDIGO DE NÚREMBERG, Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Consultado en online marzo 2012. <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- 21.-Guía para la preparación de referencias bibliográficas, Según estilo Vancouver; National Library of Medicine. Consultado en online abril 2012 <http://www.metodo.uab.cat/>
22. Marshall R, Martos B, Cruz D, Calidad de vida en el adulto mayor 2006. Consultado online abril 2013 <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVEpAZZAuctOGOuZr.>
23. Molina F, GómezS, Garza G, Gutiérrez H, Calidad de vida: salud en el paciente de la tercera edad. Rev. Salud Pública de México. 2004; 47
24. Hernández-Villafuerte K, Xirinachs-Salazar Y, Morera M, Aparicio A, Barber P, Vargas JR. Unamedida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para costa rica, 2006. Consultado online abril 2013. <http://www.estadonacion.or.cr/Info2007/Ponencias/Equidad/Hernandez>

25. Duran A, Salinas E, Gallegos C. Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en Dos Estados de México. Conferencia Regional Americana AISS-CISS. 2003.

26. Azpiazu G, Cruz J, Villagrasa F, Abanades H, García M, Alvarez de Mon . Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Rev. Esp. Atención Primaria. 2003; 31: 285-294.

27.- Mercedes Z, Daisy V, Manuel Castro, Pilar Quiroga. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y enfermeriaxii 2006 ,2: 53-68

28 Gonzalez Celis, Padilla. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos en la ciudad de mexico. Universidad psicologica ,junio 2006; 5: 501-509.

# **ANEXOS**

### ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

(ENCUESTA)

#### **CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF N°20 DEL IMSS Y SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA.**

Número de identificación:	Fecha de aplicación:
Nombre	
Sexo	
Edad	
Dirección	
Teléfono	

#### **ESCALA FUMAT**

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1.-En general, se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2.-Manifiesta sentirse mal.	1	2	3	4
3.-Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
4.-Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5.-Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
6.-Se muestra satisfecho con los servicios y apoyos que recibe.	4	3	2	1
7.-Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8.-Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9.-Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10.-Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11.-Mantiene buena relación con sus	4	3	2	1

compañeros del servicio al que acude				
12.-Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13.-Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14.-Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
15.- El lugar donde vive es confortable.	4	3	2	1
16.- Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual).	1	2	3	4
17.-Se queja de su salario o pensión	1	2	3	4
18.- El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19.-El servicio (clínica u hospital) al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan algunas de sus actividades	1	2	3	4
20.-Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21.- El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
22.-Puede leer información básica para la vida cotidiana (peridico, carteles, etc)	4	3	2	1
23.-Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que le plantean	1	2	3	4
24.-Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25.-En el servicio a que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26.-Tiene dificultades para manejar	1	2	3	4

conceptos matemáticos				
27.-Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28.- Es responsable de la toma de su medicamento	4	3	2	1
29.-Muestra escasa flexibilidad ment	1	2	3	1
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

BIENESTAR FISICO	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30.-Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31.-Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32.-Tiene dificultad para seguir una conversación porque escucha mal	1	2	3	4
33.-Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34.-Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares,nombres,etc).	1	2	3	4
35.-Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

AUTODETERMINACION	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36.-Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37.-Muestra dificultades para manejar dinero de forma autónoma ( cheques, facturas, ir al banco etc)	1	2	3	4
38.-Otras personas organizan tu vida	1	2	3	4
39.-Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40.-Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41.-Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42.-Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43.-Otras personas toma las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

<b>INCLUSION SOCIAL</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
44.-Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45.-Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46.-En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47.-Tiene amigo que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48.-Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49.-Esta integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50.-Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51.-su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52.-Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

<b>DERECHOS</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
53.-En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54.-recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55.-Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56.-Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57.-Disfruta de todos su derechos legales ( ciudadanía, voto, procesos legales, etc)	4	3	2	1
			<b>Puntuación directa TOTAL</b>	

**Sección 1ª. Escala de calidad de vida FUMAT**  
**a) introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones,**  
**b) Introducir las puntuaciones estándar y las percentilas,**  
**c) Introducir el índice de calidad de vida**

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estandar	Percentiles de las dimensiones
BIENESTAR EMOCIONA			
RELACIONES INTERPERSONALES			
BIENESTAR MATERIAL			
DESARROLLO PERSONAL			
BIENESTAR FISICO			
AUTODETERMINACION			
INCLUSION SOCIAL			
DERECHOS			
	Puntuacion estándar total	:	
	Índice de calidad de vida	:	
		Percentil del índice de calidad de vida	:

**Sección 1b Perfil de calidad de vida**  
**Rodea las puntuaciones estándar de cada dimensión y del índice de calidad de vida**  
**Después une los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil**

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AV	IS	DR	I.CDV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	30
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

	Valoración geriátrica de Yesavage	
1. Esta básicamente contento con su vida?	Si	No
2. Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Si	No
3. Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. Se siente a menudo aburrido?	Si	No
5. Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si	No
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. Se siente a menudo sin esperanza?	Si	No
9. Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10. Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si	No
11. Cree que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12. Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Si	No
13. Piensa que su situación es desesperada?	Si	No
14. Se siente lleno de energía?	Si	No
15. Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si	No
Suma total:		
Interpretación:		

0-5 puntos	Normal
5-10 puntos	Depresión moderada
> 10 puntos	Depresión severa

## Anexo 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION**

**“CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF N°20 DEL IMSS  
Y  
SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA”**

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. D:F; a ____ del mes _____ del _____
Por medio de la presente autorizo	
Participar en el protocolo de investigación titulado	CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF N°20 DEL IMSS Y SU RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.** Con este estudio queremos valorar la calidad de vida de nuestra población, valorando aspectos biopsicosociales, esperando que estos resultados tengan un impacto no solo en la población de nuestra unidad, sino con ello implementar mejoras que nos ayuden a elevar la calidad de vida de la población en nuestro país.

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

- 1.-Se me informara y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación
- 2.-Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento.
- 3.-Se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos

**RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:**

Ninguno.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio

**BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha logrado confirmar la hipótesis de que el apoyo social se relaciona con la mortalidad de los ancianos, de forma que, si es insuficiente, el riesgo de muerte será mayor. Por todo ello parece interesante e importante llevar a cabo un estudio que nos ayude a establecer la verdadera magnitud del problema en los ancianos de nuestra zona básica de salud.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted cuenta con un índice de calidad de vida adecuado o no, así como los factores asociados a su desarrollo como alteraciones cognitivas y presencia de depresión. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido para elevar su calidad de vida, determinando los factores biopsicosociales que pueden incrementar o disminuir la misma.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos en el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	<b>Dra. Santa Vega Mendoza</b>  <b>NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>	<b>Dra. Silvia Edith Barajas Bolaños</b>  <b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>

Números telefónicos al cual puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con este estudio: 045 333 80 96 47 1, Tel 53331100 Ext. 15320.