



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO
MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD
DE VIDA.**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA. ANGÉLICA CUAPIO GÓMEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. HILDA RÍOS ANDRADE**

**ASESORA METODOLÓGICA
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**ASESORA CLINICA
DRA. SILVIA SÁNCHEZ AMBRIZ**



CIUDAD DE MÉXICO 2021





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.

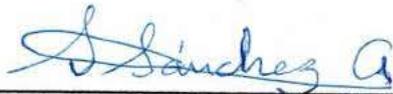
**PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO
MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD
DE VIDA.**

DIRECTORA DE TESIS



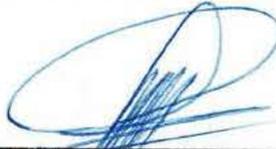
**DRA. HILDA RÍOS ANDRADE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICO DE BASE ADSCRITA A LA UMF 20
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

ASESORA CLINICA



**DRA. SILVIA SÁNCHEZ AMBRIZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIPLOMADO EN GERONTO-GERIATRÍA
MAESTRA EN CIENCIAS
PROFESORA DE EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA Y MEDICINA BASADA
EN EVIDENCIAS UNAM DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

ASESORA METODOLÓGICA



**DRA. VEGA MENDOZA SANTA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**



**PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO
MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD
DE VIDA.**

VoBo



**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

VoBo



**DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN DOCENCIA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

DEDICATORIA

A mi mamá y hermana, principalmente por el apoyo, sacrificio, paciencia y siempre estar ahí, las quiero.

A mis maestras, asesoras y todas las personas que estuvieron involucradas en el proyecto. Por las oportunidades brindadas, por creer, confiar e iluminar con su conocimiento.

A mi familia en general, por contribuir de diferentes maneras a mi formación sin ustedes no estaría aquí ahora gracias por su amor y cariño

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Unidad de Medicina Familiar UMF 20, por brindarme todas las herramientas y habilidades que llevaron a desarrollar en mí un profesionalista de calidad y una persona humanista.

Sobre todo, agradezco a mis profesoras y asesoras por acompañarme, asesorarme y apoyarme en el proceso de titulación.

Por otro lado, agradezco a mi madre Marta Angela Gómez Ostría y mi hermana Griselda Cuapio Gómez quienes son ejemplo de perseverancia y constancia, ambas me han brindado su apoyo a lo largo de mi vida siendo parte de mi crecimiento académico, personal y profesional.

Por último agradezco a mis compañeros con los que me cruce en la residencia médica debido a que se han convertido en parte fundamentales en mi vida académica y personal.

Finalmente destino un espacio para agradecerme a mí, ya que este trabajo me ha hecho crecer en formas que no imaginé. Tuve miedo de hacer una tesis y estuve a punto de rendirme en repetidas ocasiones, ahora al ver este trabajo terminado, reconozco que mi esfuerzo no fue en vano, y siento una gran satisfacción, crecimiento como persona y profesionalista. Hoy me agradezco porque decidí ser valiente, esforzarme y aprender.

ÍNDICE

I. RESUMEN	7
II. INTRODUCCIÓN	10
III. MARCO TEÓRICO	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
V. OBJETIVOS	23
VI. HIPÓTESIS	24
VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	25
VIII. RESULTADOS	32
IX. DISCUSIÓN	51
X. CONCLUSIONES	54
XI. RECOMENDACIONES	55
XII. BIBLIOGRAFÍA	56
XIII. ANEXOS	62

I. RESUMEN

PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD DE VIDA.

Cuapio-Gómez Angélica¹, Ríos-Andrade Hilda ², Sánchez Ambriz Silvia³, Vega-Mendoza Santa⁴

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar, UMF20, IMSS.
3. Médico Familiar, Maestra en Ciencias, UNAM, Depto. Salud Pública.
4. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. UMF20, IMSS.

Introducción. Con la edad la incidencia de tener mínimo una enfermedad crónica se incrementa substancialmente, por lo tanto, la polifarmacia siendo uno de los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor, impacta directamente en su Calidad de Vida **Objetivo.** Determinar las principales comorbilidades que llevan al adulto mayor a la polifarmacia y como alteran su calidad de vida **Metodología.** Diseño correlacional en 373 pacientes de 65 -74 años de la UMF20. Se aplicó test previo consentimiento informado de datos generales, ingesta de medicamentos, cuestionario WHOQOL-OLD para calidad de vida. Estadística r Spearman, IC95% $p < 0.05$. **Resultados.** Adultos mayores con edad de 69.5 ± 2.8 . El 54.2% mujeres y 45.8% hombres. 72.11% presentaron polifarmacia presentaban osteoartritis 65.1%, diabetes mellitus 59.5%. Calidad de vida y polifarmacia percibido ni satisfecho/ni insatisfecho 68.49% ($p = 0.052$). Con satisfacción Alta en autonomía 21.4% y capacidad sensorial 21.2%; baja satisfacción en participación social 49.6% e intimidad 52.8%. La diabetes mellitus calidad de vida percibida ni satisfecho/ni insatisfecho ($p = 0.009$). **Conclusiones.** Se obtuvo una alta prevalencia de polifarmacia con calidad de vida ni satisfecha/ni insatisfecha lo cual nos hace referencia a una indiferencia a la relación con su enfermedad y la asistencia médica recibida.

Palabras claves: polifarmacia, comorbilidades, adulto mayor, calidad de vida.

MAIN COMORBIDITIES THAT LEAD THE ELDERLY ADULT TO POLYPHARMACY AND HOW THEY ALTER THEIR QUALITY OF LIFE

Cuapio Gómez Angélica¹, Ríos Andrade Hilda ², Sánchez Ambriz Silvia³, Vega-Mendoza Santa⁴

1. 3rd year Resident Physician of Family Medicine UMF 20 IMSS.
2. Family Physician, assigned to UMF 20 IMSS.
3. Family Physician, Master of Science, UNAM, Dept Public health
4. Family Physician, Master of Science in Education. UMF 20 IMSS.

Introduction: With age, the incidence of having at least one chronic disease increases substantially, therefore, polypharmacy, being one of the many health problems that affect the elderly, directly impacts their Quality of Life. **Objective.** Determine the main comorbidities that lead the elderly to polypharmacy and how they alter their quality of life. **Methodology.** Correlational design in 373 patients aged 65-74 years from the UMF20. A test was applied with prior informed consent of general data, medication intake, and the WHOQOL-OLD questionnaire for quality of life. Spearman r statistic, CI 95% p <0.05. **Results.** Older adults aged 69.5 + 2.8. 54.2% women and 45.8% men. 72.11% had polypharmacy, 65.1% had osteoarthritis, 59.5% diabetes mellitus. Quality of life and polypharmacy perceived neither satisfied / nor dissatisfied 68.49% (p = 0.052). With satisfaction High in autonomy 21.4% and sensory capacity 21.2%; low satisfaction in social participation 49.6% and intimacy 52.8%. Diabetes mellitus quality of life perceived neither satisfied / nor dissatisfied (p = 0.009). **Conclusions.** A high prevalence of polypharmacy was obtained with neither satisfied / nor dissatisfied quality of life, which refers to an indifference to the relationship with their disease and the medical care received.

Key words: polypharmacy, comorbidities, elderly, quality of life

**PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO
MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD
DE VIDA.**

Registro ante el comité 3404: R-2020-3511-013

II. INTRODUCCIÓN

El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés, por lo tanto, la calidad de vida en esta etapa depende de la salud del adulto mayor, siendo la polifarmacia uno de los múltiples problemas que lo afectan.

En México hay 12.4 millones de personas mayores de 60 años, ellas representan 10.4% de la población total, de ahí que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destina más de 60 mil millones de pesos cada año en atender casi 40% de la demanda de atención en salud de este grupo de población. Si partimos de que, el costo anual de la consulta médica fue de \$1,263.26 (mil doscientos sesenta y tres pesos con veintiséis centavos) y el de farmacia, de \$229.91. (Doscientos veintinueve pesos con noventa y un centavos), el tiempo de uso de medicamentos fue de 4.37 meses al año y el costo anual en fármacos, de \$708.00 (setecientos ocho pesos), el costo anual de la polifarmacia en el adulto mayor fue de \$2201.17 (dos mil doscientos uno pesos con diecisiete centavos)

La presente investigación es de gran importancia y trascendencia considerando es una problemática actual afecta a un sector de la población la cual va en aumento, de interés internacional debido a las consecuencias de la calidad de vida del adulto mayor con polifarmacia originando un alto impacto en aspectos sociales, políticos y económicos del país.

El conocimiento que se genere con el presente estudio hará posible caracterizar el impacto de la polifarmacia en la calidad de vida del adulto mayor, así como, identificar las áreas de oportunidad en las que, se debe invertir para obtener mayores beneficios para mejorar la calidad de vida de esta población a nivel local.

III. MARCO TEÓRICO

México se encuentra en una coyuntura que lo coloca como el décimo país más poblado del mundo, con 125.3 millones de habitantes¹. En 2019, la esperanza de vida en México es de 75.1 años en promedio y para 2030 se estima que sea de 76.7 años.²

Actualmente la población de adultos mayores, personas de 60 a 74 años de acuerdo a la OMS, representa a nivel mundial el 10% poblacional y en México el 9%; encontrándose en un proceso de transición demográfica progresiva, y con expectativas hacia envejecimiento poblacional del 25 % para el 2050 ubicándonos en el séptimo lugar de población envejecida.³

Este envejecimiento poblacional es en sí mismo, un fenómeno complejo con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el país. Podría plantearse como una falacia el hecho de que la prolongación de la expectativa de vida sea un éxito en la calidad de vida del hombre, si predominan problemas de salud, tales como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, que generan dependencia y discapacidad.⁴

En este contexto la Secretaría de Desarrollo Social ha realizado un análisis de las condiciones de pobreza, carencias sociales y de bienestar económico de las personas adultas mayores (PAM), obteniendo que, cada vez más personas han podido ejercer sus derechos sociales: mostrando un mayor acceso a los servicios de salud y de seguridad social.⁵

Así mismo en enero de 2020 el jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud en el Área de Envejecimiento del IMSS⁶, señaló que, de los diez principales motivos de consulta en medicina familiar para los derechohabientes de 65 años y más edad, tan solo las enfermedades cardíacas y la diabetes representan el 64.7 por ciento, esto es casi dos de cada tres

atenciones. También destacó que, si bien la diabetes, enfermedades del corazón, cerebrovascular y en riñón son los males más comunes que sufren los adultos mayores, la demencia es el padecimiento crónico que causa mayor dependencia.

Cabe destacar que, los adultos mayores consumen más de 30% de todas las prescripciones; en promedio el anciano en comunidad, consume más de 4 fármacos y el institucionalizado generalmente consume más de 5 medicamentos.⁷

En consecuencia, esta investigación busca profundizar en el conocimiento de las principales comorbilidades que llevan al adulto mayor a la polifarmacia y cómo alteran su calidad de vida con la finalidad de mejorar la atención en la salud de dicha población.

ADULTO MAYOR

De acuerdo a la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se consideran grandes viejos o grandes longevos.

En México, la pensión por vejez se otorga a los 65 años cumplidos.⁸ De acuerdo a ambos rangos, consideraremos una población de estudio entre 65 a 74 años de edad.

Si consideramos que la ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años (de vida) adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones, además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades, sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: La Salud.⁹

Si consideramos que las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven, en cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas. ¹⁰

Si partimos de que la vejez es la parte del ciclo vital que, se caracteriza por el deterioro continuo de las funciones normales y la capacidad de adaptación del cuerpo humano, además de los cambios en la farmacocinética (la absorción, distribución, metabolismo y excreción) y la farmacodinamia (los efectos fisiológicos del medicamento) relacionados con la edad, entonces se requerirá de competencias específicas del personal de salud para lograr reducir el elevado riesgo de eventos adversos e interacciones asociados al inadecuado uso de fármacos. ¹¹

COMORBILIDADES EN EL ADULTO MAYOR

El deterioro fisiológico es una característica del envejecimiento normal y tiene lugar en todos los sistemas del organismo. La comorbilidad y la multimorbilidad son problemas frecuentes en adultos mayores y son factores de riesgo para que se presenten diversos eventos adversos como: deterioro funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización, hospitalización, mala calidad de vida y muerte.

Es necesario destacar que los pacientes mayores de 70 años sufren de al menos una comorbilidad y en 30% de ellos están presentes dos o más. La polimedicación es común y puede aumentar el riesgo de interacción con fármacos. Los pacientes geriátricos toman un gran número de fármacos, tanto recetados como sin receta médica. Las enfermedades coexistentes más comunes encontradas por Castellanos en 2017 fueron las enfermedades cardiovasculares (60%), la artritis (51%), la diabetes mellitus (20%), los problemas de tiroides (15%), las úlceras

(13%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema (11%) y en 10% asma bronquial.¹²

En contraste 2018 Zavala detecto, polifarmacia en 89% de la población mayor de 65 años de la UMF 24 Tamaulipas, siendo Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica las comorbilidades más frecuentes, sin embargo, los fármacos más prescritos fueron los AINES y el ácido acetilsalicílico sin indicación precisa. Los fármacos con adecuada y mayor prescripción en la consulta médica fueron: metformina, antiagregantes y estatinas.¹³

De esta manera, los pacientes geriátricos aun presentando una sola comorbilidad, han sido blanco de la polifarmacia y de la prescripción inapropiada de medicamentos, y como consecuencia de ello, de mala adherencia a los esquemas terapéuticos, deterioro en la calidad de vida, cascadas de prescripción y en general mayor morbimortalidad

POLIFARMACIA

Es una realidad que, con los avances en el tratamiento médico, los adultos mayores están viviendo más tiempo, sin embargo, a mayor esperanza de vida, existe mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y comorbilidades que, a menudo resultan en un mayor número de medicamentos.¹⁴

Por lo tanto, es necesario reconocer que, los medicamentos han mejorado la calidad de vida de los adultos mayores; sin embargo, paradójicamente también son causantes de reacciones adversas, siendo la forma más frecuente de enfermedad iatrogenica, que tiene profundas consecuencias para su salud, seguridad y elevación del costo de la atención sanitaria.¹⁵

Si tomamos en cuenta que, el adulto consume alrededor del doble de los medicamentos prescritos a los jóvenes, no resulta extraordinario que, un adulto mayor tome más de 4 o 5 fármacos diferentes, lo cual supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas y de interacciones.¹⁶

Es importante resaltar que, Polifarmacia deriva etimológicamente de la palabra griega polus que significa muchos y pharmakon que significa droga. Así mismo la organización mundial de la salud define Polifarmacia como la administración simultánea de más de 3 fármacos, no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios en un periodo de 3 meses. ¹⁶

Si partimos de que, la prevalencia de polifarmacia reportada en la literatura varía ampliamente en función de su definición, del ámbito asistencial, o de la población a la que se aplique, la fuente de información utilizada, el rango de edad de los individuos y el periodo de estudio, en países desarrollados aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años toman 5 o más medicamentos. ¹⁷

En 2005 el Instituto Mexicano del Seguro Social estimó una prevalencia de polifarmacia del 55% al 65%, en contraste en 2018 Zavala Rubio describe un aumento en la prevalencia de hasta el 89% en pacientes mexicanos de 65 a 75 años. La cantidad de medicamentos administrados varió en un rango de entre dos, como mínimo, a quince medicamentos como máximo, con una media de 5.9 ± 2.7 medicamentos, lo cual se puede explicar por las patologías que llegan a padecer y que los predispone como grandes consumidores de fármacos. ¹⁸

Por lo tanto la polifarmacia, así como la prescripción inapropiada de medicamentos atentan contra la calidad de vida del paciente, e incrementan eventos adversos y complicaciones que, generan aumento de costos institucionales, tanto por la cantidad de fármacos, como por las hospitalizaciones secundarias, producto de una inadecuada racionalización de fármacos; todo esto refleja áreas de oportunidad en los sistemas de salud, en los que se pierde el aspecto preventivo, integral y con enfoque de riesgos de la medicina familiar; ya que se debe estar alerta ante el uso inadecuado de medicamentos frecuentes en atención primaria, con el objetivo de valorar, priorizar y jerarquizar la indicación de

medicamentos potencialmente inapropiados, para disminuir los riesgos y el impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

EFFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

En cuanto a los efectos una o más reacciones adversas a uno o más medicamentos (RAMs) se puede definir como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento. Por tanto, las RAM son efectos no deseados ni intencionados de un medicamento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso adecuado.¹⁹

Si bien los medicamentos modernos han cambiado la forma de tratar y combatir las enfermedades, pese a todas las ventajas que ofrecen, cada vez hay más pruebas de que, las reacciones adversas a los fármacos son una causa frecuente prevenible de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad.²⁰

Ante esta situación si el factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, resulta importante estudiar el impacto del uso de varios medicamentos, en el grupo con mayor probabilidad de presentar reacciones adversas, esto es, los adultos mayores, debido a la disminución de la depuración renal/hepática, la afectación de la distribución tisular, la reducción de los niveles séricos de albúmina que contribuye a tener más fármaco circulante.²¹

Diversas Investigaciones plantean que, más del 69,6 % de las personas de la tercera edad padecen al menos una enfermedad no transmisible, atendiendo a la aparición de nuevas enfermedades, tanto agudas como crónicas, los accidentes del hogar y/o del tránsito de cierta trascendencia y los síntomas propios del envejecimiento (dolor articular, dispepsias, insomnio, constipación, etc.).²²

Otra fuente importante es la de Cuba, 2019 González Casanova, reporta en adultos mayores predominio afecciones del sistema osteomioarticular (87,89 %), trastornos del sueño (78,95 %), enfermedades cardiovasculares (60,53) e hipertensión arterial (57,89 %).

Así mismo el grupo farmacológico más consumido fue el de los AINES (97,37 %).²³

En comparación, Mateu Cabré y colaboradores, encontraron las enfermedades pulmonares crónicas (35,5 %) y la insuficiencia cardiaca (34,5 %) como comorbilidades más comunes en pacientes geriátricos hospitalizados en España. Dicha diferencia está asociada a las características sociodemográficas y hábitos y estilos de vida de las diferentes poblaciones.²⁴

En México las principales causas de muerte en la población adulta mayor son Diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.²⁵

En el caso de las reacciones adversas de los antihipertensivos se clasifican en tipo A y B. El tipo A están relacionadas con sus efectos farmacológicos, son predecibles y su frecuencia es elevada, podemos citar como ejemplos la hiperuricemia por tiazidas, la bradicardia por bloqueadores beta o los edemas por dihidropiridinas (DHP). Las de tipo B no están relacionadas con efectos esperables, tienen un mecanismo mal conocido, y son menos frecuentes y más graves. Como ejemplos podemos citar la agranulocitosis por captopril o el lupus por hidralazina.

En cuanto al manejo de Diabetes con hipoglucemiantes orales predominan efectos adversos como hipoglucemia, acidosis láctica, diarrea, pérdida de peso, meteorismo, alteraciones en la tasa de filtración glomerular, entre otros.²⁵

FÁRMACOS INNECESARIOS

Un problema frecuente relacionado con la prescripción de medicamentos en el anciano es el efecto cascada en la llamada cascada de prescripción, un fármaco produce efecto secundario no reconocido que, es tratado con otro fármaco, en los ancianos puede ser más frecuente debido a que, los síntomas inducidos por medicamentos en personas de mayor edad se pueden malinterpretar fácilmente como indicadores de una nueva enfermedad o atribuirse al proceso de envejecimiento más que, a la terapia farmacológica instaurada, produciéndose cuando las reacciones adversas a medicamentos (RAM) no se distinguen de enfermedades comunes en senescentes.²⁶

Los pacientes con enfermedades crónicas que, emplean múltiples fármacos están en particular riesgo, por lo tanto, las cascadas de prescripción resultantes de reacciones adversas conocidas y desconocidas provocan que el afectado sufra un daño mayor.²⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los medicamentos más utilizados están los antidepresivos, los analgésicos, los antiinflamatorios, las vitaminas y laxantes, los tranquilizantes tipo benzodiazepinas, así como los protectores gástricos y la consecuencia de la prescripción inapropiada son los eventos adversos evitables, por lo tanto la posibilidad de un evento adverso de un fármaco siempre debe tenerse en cuenta al evaluar a una persona de edad avanzada, cualquier síntoma nuevo debe considerarse relacionado con los medicamentos hasta que se demuestre lo contrario, evitando así la indicación de nuevos fármacos para suplir efecto colateral de otro. En consecuencia, la prescripción en los pacientes ancianos presenta desafíos únicos y sobre todo el efecto en su calidad de vida.²⁸

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida es un término multidimensional que, integra indicadores objetivos y subjetivos. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de la vida como la percepción de los individuos de su posición en la vida

en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que se ve afectado de manera compleja por el estado físico de las personas, salud, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno.

Ante esta situación 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, salud, satisfacción e incluso con felicidad.²⁹

Cuando hablamos de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en, cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: El estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo.

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas por condiciones muy arraigadas a su edad, entre ellas el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros, las cuales pueden ser influenciadas por diversos factores.³⁰

Derivado del reciente interés por conocer sobre la satisfacción de los adultos mayores con la vida, el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México ENASEM 2012, consideró una serie de preguntas vinculadas con el tema; de la

información recabada destaca lo siguiente: El 83.7 % de los hombres y el 79.8 % de las mujeres se encuentran satisfechas con sus vidas, 79.6 de cada 100 varones y 78 de cada 100 mujeres consideran que, han conseguido cosas que les son importantes en su vida. En cuanto a pensar que su vida está cerca del ideal, el 71.4 % de los varones y el 67.8 % de las mujeres lo consideran así.

El 64.4 % de los hombres y el 61.5 % de las mujeres no cambiarían casi nada de sus vidas. Anudado a esto, 59.8 de cada 100 hombres y 54.6 de cada 100 mujeres perciben que las condiciones de su vida son excelentes. Ante esta visión general positiva de la vida expresada por ambos sexos, es de notar que las mujeres sistemáticamente son menos optimistas que los varones, así mismo se aprecia que alrededor de 20 % si cambiaria algo a su vida y el 12.1 % hombres y 17.7 % mujeres no considera excelentes sus condiciones de vida.³¹

Es relevante resaltar que la calidad de vida ha tomado relevancia como indicador en la planificación de políticas públicas para los adultos mayores, tomando en cuenta la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.³²

Por lo que, podemos señalar que la calidad de vida en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre calidad de vida y expectativa, es decir, a mayor calidad de vida menor discapacidad. Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida.³³

Entre los que destaca el test WHOQOL-OLD, elaborado por la OMS, el cual evalúa el impacto sobre la calidad de vida de los servicios y las diferentes estructuras sociales y sanitarias, con lo que se identifica posibles consecuencias de las políticas para los ancianos y proporciona un conocimiento más claro sobre las áreas en las que, se debe invertir para obtener mayores beneficios a fin de mejorar la calidad de vida de esta población, por lo consiguiente se puede obtener

una estimación de la repercusión de las intervenciones físicas y psicológicas sobre el amplio campo que son los problemas físicos y psiquiátricos relacionados con la edad.³⁴

Asimismo, con el WHOQOL-OLD se pueden evaluar tanto estudios transversales entre diferentes servicios, como estudios longitudinales de diferentes intervenciones y el exclusivo enfoque transcultural del desarrollo instrumental de la herramienta permite realizar comparaciones interculturales. En definitiva, el estricto desarrollo de los patrones de instrumentos usados por el WHOQOL-OLD implica que, las comparaciones realizadas con la metodología de este test son menos susceptibles al sesgo cultural, lo cual proporciona un enfoque adecuado del desarrollo instrumental, así como validez transcultural para la evaluación de la calidad de vida en las personas ancianas.³⁵

En consecuencia, la presente investigación busca analizar las comorbilidades que llevan a polifarmacia al adulto mayor y su alteración en la calidad de vida, representando un problema de salud pública. De la misma forma mediante el conocimiento del papel que juega la polifarmacia y las enfermedades que la llevaron a impactar en la calidad de vida, es posible replantear estrategias para destinar un buen manejo de medicamentos y la simplificación de tratamientos, sin dejar de brindar una atención integral con un control óptimo en los pacientes adultos mayores.

IV. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Las estadísticas sobre Adultos Mayores en México señalan una población total de 112, 336, 538 personas, de las cuales 10, 055, 379 tienen 60 años o más. Ocupando la CDMX el primer lugar con mayor proporción de adultos mayores (11.3 %).³⁶

Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio. En México, el envejecimiento lejos de verse como una etapa natural dentro del ciclo de vida, se liga a un proceso lleno de amenaza, por lo cual dicha condición no es esperada con felicidad repercutiendo negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

La calidad de vida en esta etapa depende de su estado de salud, donde el aumento de comorbilidades puede ocasionar el incremento de uso de fármacos, siendo la polifarmacia uno de los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor.³⁷

Por lo tanto, es preciso generar información cualitativa respecto al impacto de la polifarmacia en la calidad de vida, en la actualidad existen pocas investigaciones respecto a este tema, por este motivo resulta relevante visibilizar esta práctica, analizar esta problemática y sentar las bases para que abra el camino a otras modalidades y territorios de atención en la unidad local.

Ante este escenario nos hacemos la siguiente pregunta:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las principales comorbilidades que llevan al adulto mayor a la polifarmacia y como alteran su calidad de vida?

v. OBJETIVOS

Objetivos generales

- Determinar las principales comorbilidades y calidad de vida del adulto mayor con y sin polifarmacia que acude a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores
- Identificar la prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor
- Identificar las comorbilidades más frecuentes y la calidad de vida del adulto mayor con polifarmacia
- Identificar las comorbilidades más frecuentes y la calidad de vida del adulto mayor sin polifarmacia

VI. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

La comorbilidad no lleva a la polifarmacia y no altera la calidad de vida del adulto mayor.

HIPÓTESIS ALTERNA

La comorbilidad lleva a la polifarmacia y altera la calidad de vida del adulto mayor.

VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 20 en Calzada Vallejo 675, colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo a Madero, Ciudad de México.

Población objeto

La población objeto en la que se realizó el estudio fueron los adultos mayores de 65 a 74 años adscritos a la unidad de medicina familiar 20 IMSS en la Ciudad de México.

Grupos de estudio

Adultos mayores de 65 a 74 años adscritos a la unidad de medicina familiar 20 IMSS en la Ciudad de México.

Periodo de estudio

Marzo 2021

Diseño de estudio

Estudio transversal, correlacional.

Criterios del estudio

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 65 a 74 años,
- Ambos sexos.
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 20
- Turno matutino y vespertino
- Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que refirieron no querer estar dentro de la investigación.
- Pacientes que presentaron alguna discapacidad para la comunicación verbal, visual y/o auditiva, así como déficit neurológico.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no contestaron el 90% de la encuesta o desearon retirarse del seguimiento del estudio.

Tamaño de muestra

Se determinó una n de **373** pacientes obtenida por medio de la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas, la cual, se despliega a continuación:

$$n = \frac{(N * (Z\alpha^2) * p * q)}{(((d^2) * (N - 1)) + ((Z\alpha^2) * p * q))}$$

Donde:

- n = Tamaño de la Población
- N = Total de la población (Pacientes adultos mayores entre 65 a 74 años adscritos a la Consulta Externa de Medicina Familiar No. 20, siendo 13,278 al momento del estudio)
- $Z\alpha$ = 1.96 al cuadrado (Si la seguridad es del 95%)
- p = Proporción esperada (En este caso, 50% = 0.50)
- q = 1 – p (En este caso, 1-0.50 = 0.50)
- d = Precisión (En investigación, se usará 5% = 0.05)

Aplicando fórmula:

$$\begin{aligned}n &= \frac{(13278 * (1.96^2) * 0.50 * 0.50)}{(((0.05^2) * (13278 - 1)) + ((1.96^2) * 0.50 * 0.50))} \\n &= \frac{(12752.1912)}{((33.1925) + (0.9604))} \\n &= \frac{(12,752.1912)}{(34.1529)} \\n &= 373.38\end{aligned}$$

Total, de 373 adultos mayores de 65 a 74 años

Tipo de muestreo

No probabilístico. Casos consecutivos,

Variables de estudio

- Variables de interés (dependiente): Polifarmacia, calidad de vida.
- Variable descriptora (independiente): edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidades

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medición
Calidad de Vida	Condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y su realización en la vida social	Se determinara de acuerdo al resultado del cuestionario WHOQOL-OLD para Calidad de Vida en las siguientes categorías: Escala de 0 a 100. 0-20 Muy insatisfecho 21-40 Insatisfecho 41-60 Ni satisfecho ni insatisfecho 61-80 Satisfecho 81-100 Muy satisfecho	Cualitativa	Ordinal	1.Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5.Muy satisfecho
Polifarmacia	Administración simultánea de más de tres fármacos, no incluyendo vitaminas, ni suplementos en tres meses.	Aquellos pacientes que consuman más de tres medicamentos en más de tres meses al momento del estudio. Polifarmacia 4 o mas Sin polifarmacia 0 a 3	Cuantitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. no
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos al estudio	Cuantitativa	Discreta	65, 66, 67....
Sexo	Condición Masculino/Femenino	Se preguntara al paciente su género o sexo	Cualitativa	Nominal Dicotómico	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Periodo de tiempo que una persona acude a la escuela	Preparación académica que tenga el paciente al momento del estudio	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
Estado Civil	Relación de una persona con otra con la que crea lazos	Se preguntará al paciente su estado civil al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Soltero 2. Casada 3. Viudo 4. Divorciado 5. Concubinato
Ocupación	Actividad o trabajo	Se preguntará al paciente su actividad que desempeña al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Hogar 2. Empleado 3. jubilado 4. otra

Comorbilidades	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.	Numero de enfermedades del paciente que presente al momento del estudio y tipo de comorbilidad que presenta	Cuantitativa Cualitativa	Discreta Nominal politómica	1, 2, 3, 1.Diabetes 2.Hipertensión 3.Osteoartrosis 4.Otras
----------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------	--

Descripción del estudio:

Al término del protocolo de investigación y posterior al envío de registro para el dictamen de SIRELCIS, se solicitó a la coordinación de educación e investigación la autorización para la aplicación de las encuestas, se identificaron a todos los adultos mayores de 65 a 74 años que fueron sujetos de entrar al proyecto, que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No.20, se les dio a conocer el motivo del estudio, así como los beneficios y uso de la información personal.

A quienes aceptaron participar se les solicitó llenar un consentimiento informado y se procedió a realizar la encuesta. Ante cualquier duda de la encuesta se aclarando conforme su llenado.

Para el almacenamiento, captura y análisis de la información recolectada se utilizó el programa SPSS 21, se realizó el empleo de porcentaje, así como cuadros comparativos con lo que se descartó la información obtenida

Al término de la misma se agradeció su participación y se procedió al análisis de resultados.

Instrumentos utilizados

Cuestionario WHOQOL-OLD

- Para la obtención de datos se utilizó el cuestionario WHOQOL-OLD, el cual consta de 20 ítems. Del instrumento se obtiene un perfil de la calidad de vida en

las dimensiones de: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Muerte e Intimidad.

- Se tomó el instrumento WHOQOL-OLD Versión 20 con la adaptación al castellano hablado en México, validado en Aguascalientes, México en 2018 con una consistencia interna de instrumento con la técnica estadística alfa de Cronbach, 0,831, lo que indica el test utilizado es de adecuada fiabilidad estadística.

- Se contesta con una escala tipo Likert la cual tiene 5 opciones de respuesta en donde 1 tiene el valor más bajo y 5 el valor más alto.

La calificación del módulo WHOQOL-OLD implica los siguientes pasos de acuerdo al manual de la OMS:

(a) Básicamente, los puntajes altos representan alta calidad de vida, los puntajes bajos representan baja calidad de vida;

(b) Para elementos redactados positivamente, los valores más altos representan una mayor calidad de vida.

Para los elementos redactados negativamente, la puntuación debe recodificarse;

(c) Recodificar elementos redactados negativamente, es decir, cada elemento identificado con un "*" en el la lista de puntuación debe recodificarse para que los valores numéricos asignados se inviertan: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Al recodificar, los puntajes altos en elementos redactados positivamente reflejan más alto calidad de vida. Los valores unidireccionales se pueden agregar posteriormente para obtener los puntajes sumados;

(d) El uso de la lista de puntuación también es necesario para identificar qué elementos pertenecen a una faceta. Los elementos a recodificar están marcados con un "*";

(e) Sumar los elementos que pertenecen a una faceta produce el puntaje de faceta sin procesar (RFS). Su rango se encuentra entre el más bajo posible (número de artículos (n) x 1) y el más alto posible (número de elementos (n) x 5) valor de la faceta respectiva. Para el módulo WHOQOL-OLD, cada uno de las seis facetas comprenden 4 elementos, por lo tanto, el más bajo posible y el más alto posible crudo el valor del puntaje es igual en todas las facetas (rango de 4 a 20);

(f) Es posible comparar puntajes entre facetas comparando directamente los puntajes de facetas sin procesar. Como cada faceta consta de 4 elementos con el mismo formato de escala y puntuación, no es necesaria la transformación de los puntajes brutos (siempre que se hayan respondido todos los ítems por faceta);

g) Si la puntuación de faceta bruta se divide por el número de elementos en la faceta, el resultado del puntaje facetario (SFS) estandarizado (promedio) puede tener cualquier valor decimal entre 1 y 5. El valor de 1 representa la calificación de calidad de vida más baja posible y un valor de 5 la mejor calificación de calidad de vida posible para el individuo;

(h) La transferencia de un puntaje bruto a un puntaje de escala transformada (TFS) entre 0 y 100 hace posible expresar el puntaje de escala en porcentaje entre el más bajo (0) y el más alto (100) valor posible. Para obtener el puntaje de faceta transformado (0 - 100) lo siguiente se puede aplicar la regla de transformación: $TFS = 6.25 \times (RFS - 4)$. (i) Produciendo el total el puntaje del WHOQOL-OLD involucra la suma de los puntajes facetarios de una persona que usa todos los ítems (en lugar de los ítems de faceta solamente) del cuestionario (nuevamente prestando atención a el procedimiento de recodificación. Se pueden agregar elementos para formar un total sin procesar puntaje (de acuerdo con el paso "e",

pero usando todos los ítems), un puntaje total estandarizado (promedio) (de acuerdo con el paso "g", pero utilizando todos los elementos) o un puntaje total transformado (0-100) (según el paso "h", pero utilizando todos los elementos);

(i) Acumulando los valores de más de una persona - e g. un grupo de edad especial, simplemente se puede hacer resumiendo la faceta y / o puntajes totales de cada individuo en esa muestra (en el nivel de puntajes brutos, estandarizados / medios o transformados) y dividiendo el resultado respectivo a través del número de participantes para producir la puntuación media del grupo respectivo.

Interpretación

Los valores alcanzados en las puntuaciones de facetas individuales en la puntuación total del módulo WHOQOL-OLD representan una evaluación empírica de calidad de vida de los adultos mayores desde el punto de vista del encuestado.

Hasta que los datos de muestras estándar nacionales representativas estén disponibles para el módulo WHOQOL-OLD, los resultados del ensayo de campo WHOQOL-OLD (N = 5566) deben usarse como preliminares, además se compararan los promedios de nuestro resultado con los dos estudios previos validados en México.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas frecuencias y porcentajes y para variables cuantitativas medidas de tendencia central. Realizando estadística descriptiva y de asociación como utilizara prueba de r Spearman con IC 95% considerando significancia estadística $p < 0.05$

Para el almacenamiento, captura y análisis de la información recolectada se utilizó el programa SPSS 21, se realizó el empleo de porcentaje, así como cuadros comparativos para descartar la información obtenida.

VIII. RESULTADOS

Se evaluaron 373 pacientes adultos mayores donde se observó una media de edad de 69.5 ± 2.80 , mínima 65 años y máxima de 74 años, el 50.9% se encuentra en el rango de edad de 65-69 años, 54.2% fueron femeninas y 45.8% masculinos, 40.5% fueron empleados, 45.3% casados, 34% con primaria. **Tabla 1 y 2**

TABLA 1. ESTADÍSTICA DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES

MEDIA	MEDIANA	MODA	DE	MÍNIMO	MÁXIMO
69.5	70	67	2.801	65	74

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

SOCIODEMOGRÁFICA	N=373	%
EDAD		
65-69 AÑOS	187	50.9
70-74 AÑOS	186	49.1
SEXO		
FEMENINO	202	54.2
MASCULINO	171	45.8
OCUPACIÓN		
HOGAR	88	23.6
EMPLEADO	151	40.5
JUBILADO	132	35.4
OTRA	2	0.5
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	92	24.7
CASADO	169	45.3
VIUDO	62	16.6
DIVORCIADO	44	11.8
CONCUBINATO	6	1.6
ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	87	23.3
PRIMARIA	127	34
SECUNDARIA	99	26.5
BACHILLERATO	56	15
LICENCIATURA	3	0.8
POSGRADO	1	0.3

Con respecto a las comorbilidades el 100% de los adultos mayores presento alguna comorbilidad teniendo que el 63.8% de los adultos mayores presenta la comorbilidad de osteoartritis y el 60.1% otras. **Tabla 3.**

TABLA 3. COMORBILIDADES EN EL ADULTO MAYOR

	N	%
COMORBILIDADES	373	100
DIABETES MELLITUS TIPO II	220	59
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	211	56.6
OSTEOARTRITIS	238	63.8
OTRAS	224	60.1

El 72.11% de los adultos mayores presento polifarmacia. **Tabla 4.**

TABLA 4. POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR

	SI	NO
	N (%)	N (%)
POLIFARMACIA	269 (72.11)	104 (27.88)

La probación total de nuestro estudio fue de 373 pacientes entrevistados con un total de 269 pacientes clasificados en polifarmacia se calcula la prevalencia de la polifarmacia en la UMF 20 resultando en un 72.11%

La Calidad de Vida Total en el adulto mayor es ni satisfecha ni insatisfecha en el 66.8 % con resultado bajo en todas las dimensiones: en un 45% en Capacidad sensorial, Autonomía en 43.7%, Participación social 49.6%, Intimidad 52.8% y Muerte 44%. **Tabla 5.**

TABLA 5. CALIDAD DE VIDA Y DIMENSIONES EN EL ADULTO MAYOR

	N=373	%
CALIDAD DE VIDA TOTAL		
INSATISFECHO	65	17.4
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	249	66.8
SATISFECHO	58	15.5
MUY SATISFECHO	1	0.30
CAPACIDAD SENSORIAL		
BAJO	168	45
MEDIO	125	33.5
ALTO	80	21.4
AUTONOMÍA		
BAJO	163	43.7
MEDIO	131	35.1
ALTO	79	21.2
PARTICIPACIÓN SOCIAL		
BAJO	185	49.6
MEDIO	114	30.6
ALTO	74	19.8
INTIMIDAD		
BAJO	197	52.8
MEDIO	116	31.1
ALTO	60	16.1
MUERTE		
BAJO	164	44
MEDIO	132	35.4
ALTO	77	20.6

Se observó una media de Calidad de Vida de 51.05 ± 9.93 , puntaje mínimo de 28 y máximo de 81. Por sus dimensiones se determinó una media de 10.46 ± 3.99 en

Capacidad sensorial, media de 10.56 ± 4.03 en Autonomía, en Participación social media de 10.15 ± 4.27 , Intimidad con media de 9.75 ± 4.12 y Muerte con media de 10.14 ± 4.36 coincidiendo con un puntaje mínimo de 4 y máximo de 20 en cada dimensión. **Tabla 6.**

TABLA 6. ESTADÍSTICA DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

	MEDIA	MEDIANA	MODA	DE	MÍNIMO	MÁXIMO
CALIDAD DE VIDA TOTAL	51.05	51	51	9.936	28	81
CAPACIDAD SENSORIAL	10.46	12	12	3.997	4	20
AUTONOMÍA	10.56	12	12	4.031	4	20
PARTICIPACIÓN SOCIAL	10.15	12	12	4.279	4	20
INTIMIDAD	9.75	11	12	4.12	4	20
MUERTE	10.14	12	12	4.366	4	20

Características sociodemográficas de los adultos mayores con polifarmacia: Se observó una edad de 65 a 69 años en 50.2%, de sexo femenino 53.5%, empleados en el 40.5%, casados en el 43.9%, escolaridad primaria en el 34.6% y predominio osteoartritis en el 65.1%. **Tabla 7 y 8.**

TABLA 7. POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR

SOCIODEMOGRÁFICA	POLIFARMACIA		P
	SI N (%)	NO N (%)	
EDAD			
65-69 AÑOS	135 (50.2)	52 (50)	.533
70-74 AÑOS	134 (49.8)	52 (50)	
SEXO			
FEMENINO	144 (53.5)	58 (55.8)	.393
MASCULINO	58 (46.5)	46 (44.2)	
OCUPACIÓN			
HOGAR	58 (21.6)	30 (28.8)	.328
EMPLEADO	109 (40.5)	42 (40.4)	
JUBILADO	101 (37.5)	31 (29.8)	
OTRA	1 (0.4)	1 (1.0)	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	61 (22.7)	31 (29.8)	.168
CASADO	118 (43.9)	51 (49.0)	
VIUDO	51 (19.0)	11 (10.6)	
DIVORCIADO	35 (13.0)	9 (8.7)	
CONCUBINATO	4 (1.5)	2 (1.9)	
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	62 (23.0)	25 (24.0)	.947
PRIMARIA	93 (34.6)	34 (32.7)	
SECUNDARIA	73 (27.1)	26 (25.0)	
BACHILLERATO	38 (14.1)	18 (17.3)	
LICENCIATURA	2 (0.7)	1 (1.0)	
POSGRADO	1 (0.4)	0 (0)	

TABLA 8. POLIFARMACIA Y COMORBILIDADES EN EL ADULTO MAYOR

COMORBILIDAD	POLIFARMACIA		P
	SI N (%)	NO N (%)	
DIABETES MELLITUS TIPO II	160 (59.5)	60 (57.7)	.753
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	155 (57.6)	56 (53.8)	.510
OSTEOARTRITIS	175 (65.1)	63 (60.6)	.420
OTRAS	159 (59.1)	65 (62.5)	.549

Al comparar la Calidad de Vida y la Polifarmacia en el adulto mayor con polifarmacia se encontró una Calidad de Vida ni satisfecha ni insatisfecha en el 68.4% con dimensiones bajas: capacidad sensorial en el 47.2%, autonomía 45.7%, Participación social 50.2%, Intimidad 52% y muerte en el 47.2%.

La calidad de vida total asociado con polifarmacia tuvo significancia estadística por una p de .052. **Tabla 9.**

TABLA 9. POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

CALIDAD DE VIDA	POLIFARMACIA		P
	SI N (%)	NO N (%)	
TOTAL, CALIDAD DE VIDA			
INSATISFECHO	50 (18.6)	15 (14.4)	.052
NI SATISFECHO NI			
INSATISFECHO	184 (68.4)	65 (62.5)	
SATISFECHO	35 (13)	23 (22.1)	
MUY SATISFECHO	0 (0)	1 (0.3)	
CAPACIDAD SENSORIAL			
BAJO	127 (47.2)	41 (39.4)	.296
INTERMEDIO	89 (33.1)	36 (34.6)	
ALTO	53 (19.7)	27 (26)	
AUTONOMÍA			
BAJO	123 (45.7)	40 (38.5)	.429
INTERMEDIO	92 (34.2)	39 (37.5)	
ALTO	54 (20.1)	25 (24)	
PARTICIPACIÓN SOCIAL			
BAJO	135 (50.2)	50(48.1)	.790
INTERMEDIO	83 (30.9)	31 (29.8)	
ALTO	51 (19)	23 (22.1)	
INTIMIDAD			
BAJO	140 (52.0)	57 (54.8)	.689
INTERMEDIO	83 (30.9)	33 (31.7)	
ALTO	46 (17.1)	14 (13.5)	
MUERTE			
BAJO	127 (47.2)	37 (35.6)	.064
INTERMEDIO	86 (32)	46 (44.2)	
ALTO	56 (20.8)	21 (20.2)	

La calidad de vida asociada con datos sociodemograficos nos hace observar insatisfechos de 65 a 69 años en un 17.6%, masculinos 18.1%, viudos en un 19.4% con bachillerato en un 21.4%. los que clasifican en una calidad de vida ni satisfecho ni insatisfecho tienen una edad de 70 a 74 años, masculinos en un

70.8%, empleados 17.2%, casados en un 16.6%, analfabetos en un 73.3%. El grupo de los satisfechos tenía una edad de 65 a 69 años en un 17.1% femeninos en un 19.3% empleadas en un 26% casadas en un 16.6%, con primaria en un 17.3%, el grupo de los muy satisfechos tenía edad de 65 a 69 años en un 0.5%, femenina en un 0.5% empleada en un 0.7% soltera 1.1% y con licenciatura en un 33.3%. La asociación con la escolaridad tuvo significancia estadística con una p de .000 **Tabla 10**

TABLA 10. CALIDAD DE VIDA CON SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR

SOCIO DEMOGRÁFICA	CALIDAD DE VIDA TOTAL				
	IN SATISFECHO N (%)	NI SATISFECHO NI INSATISFECH O N (%)	SATISFE- CHO N (%)	MUY SATIS- FECHO N (%)	P
EDAD					
65-69 AÑOS	33 (17.6)	121 (64.7)	32 (17.1)	1 (0.5)	.608
70-74 AÑOS	32 (17.2)	128 (68.8)	26 (14.0)	0 (0)	
SEXO					
FEMENINO	34 (16.8)	128 (63.4)	39 (19.3)	1 (0.5)	.127
MASCULINO	31 (18.1)	121 (70.8)	19 (11.1)	0 (0)	
OCUPACIÓN					
HOGAR	19 (21.6)	58 (65.9)	11 (12.5)	0 (0)	.882
EMPLEADO	24 (15.9)	100 (66.2)	26 (17.2)	1(0.7)	
JUBILADO	22 (16.7)	89 (67.4)	21 (15.9)	0 (0)	
OTRA	0 (0)	2 (0.1)	0 (0)	0(0)	
ESTADO CIVIL					
SOLTERO					.909
CASADO	16 (17.4)	63 (16.9)	12 (13)	1 (1.1)	
VIUDO	30 (17.8)	111 (29.8)	28 (16.6)	0 (0)	
DIVORCIADO	12 (19.4)	41 (11)	9 (14.5)	0 (0)	
CONCUBINATO	5 (11.4)	31 (8.3)	8 (8.2)	0 (0)	
	2 (33.3)	3 (0.8)	1 (16.7))	0 (0)	
ESCOLARIDAD					
ANALFABETA	13 (14.9)	64 (73.6)	10 (11.5)	0(0)	.000
PRIMARIA	22 (17.3)	83 (65.4)	22 (17.3)	0(0)	
SECUNDARIA	17 (17.2)	63 (63.6)	19 (19.2)	0(0)	
BACHILLERATO	12 (21.4)	37 (66.1)	7 (12.5)	0(0)	
LICENCIATURA	0 (0)	2 (66.7)	0 (0)	1 (33.3)	
POSGRADO	1 (100)	0 (0)	0(0)	0(0)	

En cuestión de la calidad de vida con comorbilidades se encontró que el grupo insatisfecho tenía diabetes mellitus en un 20.9%, osteoartritis en un 16.6% hipertensión arterial en un 16.4% y otras en 16.1%.

El grupo ni satisfecho o ni insatisfecho presento diabetes mellitus en un 60.5%, hipertensión arterial sistémica 67.4% osteoartritis 66.8% y otras en un 67.9%,

El grupo satisfecho presento diabetes mellitus en un 18.6%, osteoartritis en 16.4%, hipertensión arterial en 16.1% y otras en 16.1%.

El grupo muy satisfecho presento solamente osteoartritis en un 0.4%.

La diabetes mellitus tuvo asociación estadística significativa con una p de .009

Tabla 11.

TABLA 11. CALIDAD DE VIDA CON COMORBILIDADES.

COMORBILIDAD	CALIDAD DE VIDA TOTAL				P
	INSATISFECHO N (%)	NI SATISFECHO O NI INSATISFECHO N (%)	SATISFECHO N (%)	MUY SATISFECHO N (%)	
DIABETES MELLITUS TIPO II	46 (20.9)	133 (60.5)	41 (18.6)	0 (0)	.009
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	35 (16.4)	142 (67.3)	34 (16.1)	0 (0)	.655
OSTEOARTRITIS	39 (16.6)	159 (66.8)	39 (16.4)	1 (0.4)	.736
OTRAS	36 (16.1)	152 (67.9)	36 (16.1)	0 (0)	.655

En la dimensión de Capacidad Sensorial asociado a sociodemográficos se encontró una capacidad baja con una edad de 65 a 69 años en un 47.6% femeninas 45.5% de ocupación empleada 47%, casados en un 44.4% con primaria en un 44.9%. con capacidad sensorial intermedia se encontró una

población con una edad de 70 a 74 años en un 35.5% siendo más mujeres en un 31.2%, con ocupación jubilados en un 37.9% casados en un 32.5% con escolaridad primaria 37.8% y por último con capacidad sensorial alta se encontró una edad de 70 a 74 años en un 22% del sexo femenino en un 23.3% con ocupación empleado en un 23.2% casados en un 23.1% con primaria en un 7.3%.

Tabla 12.

TABLA 12. CAPACIDAD SENSORIAL CON SOCIODEMOGRÁFICOS

SOCIO DEMOGRAFÍA	CAPACIDAD SENSORIAL			P
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	
EDAD				
65-69 AÑOS	89 (47.6)	59 (31.6)	39 (20.9)	.596
70-74 AÑOS	79 (42.5)	66 (35.5)	41 (22.0)	
SEXO				
FEMENINO	92 (45.5)	63 (31.2)	47 (23.3)	.493
MASCULINO	76 (44.4)	62 (36.3)	33 (19.3)	
OCUPACIÓN				
HOGAR	39 (44.3)	29 (33.0)	20 (22.7)	.823
EMPLEADO	71 (47.0)	45 (29.8)	35 (23.2)	
JUBILADO	57 (43.2)	50 (37.9)	25 (18.9)	
OTRA	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	41 (44.6)	30 (32.6)	21 (22.8)	.786
CASADO	75 (44.4)	55 (32.5)	39 (23.1)	
VIUDO	29 (46.8)	24 (38.7)	9 (14.5)	
DIVORCIADO	22 (50.0)	13 (29.5)	9 (20.5)	
CONCUBINATO	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)	
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	39 (44.8)	27 (31.0)	21 (24.1)	.720
PRIMARIA	57 (44.9)	48 (37.8)	22 (17.3)	
SECUNDARIA	47 (47.5)	31 (31.3)	21 (21.2)	
BACHILLERATO	23 (41.1)	17 (30.4)	16 (28.6)	
LICENCIATURA	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0)	
POSGRADO	1 (100)	0 (0)	0 (0)	

La Capacidad sensorial baja en adultos con comorbilidades reporto Diabetes Mellitus tipo 2 en un 59.5% hipertensión arterial en un 54.8% osteoartritis en un 57.1%, en la capacidad intermedia se encontró diabetes mellitus en un 54.4% hipertensión arterial sistémica en un 59.2%, osteoartritis en un 68% y con una

capacidad sensorial alta se encontró a la diabetes en un 65%, hipertensión arterial en un 56.3% y osteoartritis en un 71.3% **Tabla 13.**

TABLA 13. CAPACIDAD SENSORIAL CON COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	CAPACIDAD SENSORIAL			
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
DIABETES MELLITUS TIPO II	100 (59.5)	68 (54.4)	52 (65.0)	.316
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	92 (54.8)	74 (59.2)	45 (56.3)	.749
OSTEOARTRITIS	96 (57.1)	85 (68.0)	57 (71.3)	.047
OTRAS	100 (59.5)	78 (62.4)	46 (57.5)	.770

Los datos sociodemográficos de adultos mayores en la dimensión de autonomía en el puntaje bajo reportaron una edad de 70 a 74 años en un 51.5% con sexo femenino en un 53.4% de ocupación empleados en un 41.7%, casados en un 45.4% con escolaridad primaria en un 35%. La autonomía con un puntaje medio y los datos sociodemográficos reporto una edad de 50.4%, femeninas en un 51.9%, empleadas en un 39.7%, casados en un 44.3% con escolaridad primaria en un 36.6%, la dimensión autonomía con puntaje alto resulto con una edad de 65 a 69 años en un 54.4% femeninas en un 59.5% jubilados en un 40.5% casados en un 46.8% con escolaridad secundaria en un 30.4%. **Tabla 14.**

TABLA 14. AUTONOMÍA CON SOCIODEMOGRÁFICOS

SOCIODEMOGRÁFICA	AUTONOMÍA			
	BAJO N (%)	MEDIO N (%)	ALTO N (%)	P N (%)
EDAD				
65-69 AÑOS	79 (48.5)	65 (49.6)	43 (54.4)	.678
70-74 AÑOS	84 (51.5)	66 (50.4)	36 (45.6)	
SEXO				
FEMENINO	87 (53.4)	68 (51.9)	47 (59.5)	.545
MASCULINO	76 (46.6)	63 (48.1)	32 (40.5)	
OCUPACIÓN				
HOGAR	39 (23.9)	33 (25.2)	16 (20.3)	.672
EMPLEADO	68 (41.7)	52 (39.7)	31 (39.2)	
JUBILADO	54 (33.1)	46 (35.1)	32 (40.5)	
OTRA	2 (1.2)	0 (0)	0(0)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	37 (22.7)	31 (23.7)	24 (30.4)	.645
CASADO	74 (45.4)	58 (44.3)	37 (46.8)	
VIUDO	31 (19.0)	21 (16.0)	10 (12.7)	
DIVORCIADO	17 (10.4)	19 (14.5)	8(10.1)	
CONCUBINATO	4 (2.5)	2 (1.5)	0 (0)	
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	35 (21.5)	29 (22.1)	23 (29.1)	.126
PRIMARIA	57 (35.0)	48 (36.6)	22 (27.8)	
SECUNDARIA	37 (22.7)	38 (29.0)	24 (30.4)	
BACHILLERATO	33 (20.2)	15 (11.5)	8 (10.1)	
LICENCIATURA	0 (0)	1 (0.8)	2 (2.5)	
POSGRADO	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	

La capacidad de autonomía con respecto a las comorbilidades con puntaje bajo mostro a la diabetes mellitus en un 60.1%, hipertensión arterial sistémica en un 59.5%, osteoartritis en un 60.1% y otras en un 61.3%. la capacidad de autonomía en un puntaje intermedio mostro a la diabetes mellitus en un 58.8%, hipertensión arterial en un 52.7%, a osteoartritis en un 64.9% y otras en un 63.4%, con puntaje en autonomía alto se encontró a la diabetes mellitus en un 57%, hipertensión arterial en un 57%, a osteoartritis en un 69.6% y otras en un 51.9%. **Tabla 15**

TABLA 15. AUTONOMÍA CON COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	CAPACIDAD SENSORIAL			P
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	
DIABETES MELLITUS TIPO II	98 (60.1)	77 (58.8)	45 (57.0)	.894
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	97 (59.5)	69 (52.7)	45 (57.0)	.499
OSTEOARTRITIS	98 (60.1)	85 (64.9)	55 (69.6)	.336
OTRAS	100 (61.3)	83 (63.4)	41 (51.9)	.234

La participación social con sociodemográficos evidencio con un puntaje **bajo** a los pacientes con 65-69 años en un 51.4%, sexo masculino 51.9%, ocupación empleada en un 39.5%, casados en un 48.6 con una participación social con puntaje **medio** se encontró una edad de 70 a 74 años en un 52.6%, con sexo femenino en un 57%, empleados en un 40.4%, casados en un 45.6% con escolaridad primaria en un 31.6%, con puntaje **alto** en participación social se encontró una edad de 65 a 69 años en un 51.4%, de sexo femenino en un 64.9%, empleados en un 43.2% con estado civil casado en un 36.5% y con escolaridad primaria en un 31.1%. Directamente el sexo con una p de 0.038 y el estado civil con una p de 0.023 tuvieron asociación estadística significativa. **Tabla 16**

TABLA 16. PARTICIPACIÓN SOCIAL CON SOCIODEMOGRÁFICOS

SOCIODEMOGRÁFICA	PARTICIPACIÓN SOCIAL			
	BAJO N (%)	MEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
EDAD				
65-69 AÑOS	95 (51.4)	54 (47.4)	38 (51.4)	.778
70-74 AÑOS	90 (48.6)	60 (52.6)	36 (48.6)	
SEXO				
FEMENINO	89 (48.1)	65 (57.0)	48 (64.9)	.038
MASCULINO	96 (51.9)	49 (43.0)	26 (35.1)	
OCUPACIÓN				
HOGAR	47 (25.4)	25 (21.9)	16 (21.6)	.511
EMPLEADO	73 (39.5)	46 (40.4)	32 (43.2)	
JUBILADO	65 (35.1)	41 (36.0)	26 (35.1)	
OTRA	0 (0)	2 (1.8)	0 (0)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	50 (27.0)	28 (24.6)	14 (18.9)	.023
CASADO	90 (48.6)	52 (45.6)	27 (36.5)	
VIUDO	23 (12.4)	16 (14.0)	23 (31.3)	
DIVORCIADO	18 (9.7)	16 (14.0)	10 (13.5)	
CONCUBINATO	4 (2.2)	2 (1.8)	0 (0)	
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	41 (22.2)	26 (22.8)	20 (27.0)	.468
PRIMARIA	68 (36.8)	36 (31.6)	23 (31.1)	
SECUNDARIA	50 (27.0)	27 (23.7)	22 (29.7)	
BACHILLERATO	26 (14.1)	22 (19.3)	8 (10.8)	
LICENCIATURA	0 (0)	2 (1.8)	1 (1.4)	
POSGRADO	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	

La participación social con comorbilidades que tuvieron un puntaje bajo demostró a la diabetes mellitus en un 62.2%, hipertensión arterial en un 58.4%, osteoartritis en un 63.8% y otras en un 61.1%, con puntaje intermedio para participación social se obtuvo diabetes mellitus con 57% hipertensión arterial en un 56.1% osteoartritis en un 61.4% y otras en un 57%, la participación social con puntaje alto denoto a la diabetes mellitus en un 54.1%, hipertensión arterial sistémica en 52.7%, osteoartritis en un 67.6% y otras en un 62.2% **Tabla 17**

TABLA 17. PARTICIPACIÓN SOCIAL CON COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	PARTICIPACIÓN SOCIAL			
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
DIABETES MELLITUS TIPO II	115 (62.2)	65 (57.0)	40 (54.1)	.428
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	108 (58.4)	64 (56.1)	39 (52.7)	.703
OSTEOARTRITIS	118 (63.8)	70 (61.4)	50 (67.6)	.691
OTRAS	113 (61.1)	65 (57.0)	46 (62.2)	.720

Si relacionamos a la dimensión intimidad con elementos sociodemográficos resaltamos que el grupo con puntaje bajo tiene una edad de 61 a 69 años con 51.8%, sexo femenino en un 50.8%, ocupación empleada en un 40.1%, estado civil casado en un 45.2% con escolaridad primaria en un 67%. En la dimensión intimidad con puntaje medio se encontró una edad de 70 a 74 años en un 54.3% femeninos en un 61.2%, casados en un 46.6%, con escolaridad primaria en un

31%, en el grupo de puntaje alto se encontró la edad de 65-69 años en un 53.3% con sexo femenino en un 51.7%, empleados en un 45%, casados en un 43.3% con primaria en un 34%. **Tabla 18**

TABLA 18. INTIMIDAD CON SOCIODEMOGRÁFICOS

SOCIODEMOGRÁFICO	INTIMIDAD			
	BAJO N (%)	MEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
EDAD				
65-69 AÑOS	102 (51.8)	53 (45.7)	32 (53.3)	.503
70-74 AÑOS	95 (48.2)	63 (54.3)	28 (46.7)	
SEXO				
FEMENINO	100 (50.8)	71 (61.2)	31 (51.7)	.184
MASCULINO	97 (49.2)	45 (38.8)	29 (48.3)	
OCUPACIÓN				
HOGAR	54 (27.4)	20 (17.2)	14 (23.3)	.114
EMPLEADO	79 (40.1)	45 (38.8)	27 (45.0)	
JUBILADO	64 (32.5)	49 (42.2)	19 (31.7)	
OTRA	0 (0)	2 (1.7)	0 (0)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	48 (24.4)	29 (25.0)	15 (25.0)	.744
CASADO	89 (45.2)	54 (46.6)	26 (43.3)	
VIUDO	38 (19.3)	15 (12.9)	9 (15.0)	
DIVORCIADO	18 (9.1)	17 (14.7)	9 (15.0)	
CONCUBINATO	4 (2.0)	1 (0.9)	1 (1.7)	
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	49 (24.9)	29 (25.0)	9 (15.0)	.865
PRIMARIA	67 (34.0)	36 (31.0)	24 (40.0)	
SECUNDARIA	50 (25.4)	31 (26.7)	18 (30.0)	
BACHILLERATO	29 (14.7)	19 (16.4)	8 (13.3)	
LICENCIATURA	1 (0.5)	1 (0.9)	1 (1.7)	
POSGRADO	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)	

Con respecto a la dimensión intimidad asociado a comorbilidades se encontró que el grupo con puntaje bajo tenía diabetes mellitus en un 57.4%, hipertensión arterial sistémica en un 51.3%, osteoartritis en un 66.5% y otras en un 57.9%. el grupo con puntaje intermedio con diabetes mellitus tipo 2 con 61.2%, hipertensión arterial sistémica en un 62.9% osteoartritis en un 56.9% y otras en un 62.9%, el grupo con

puntaje alto describió que diabetes mellitus en un 60%, hipertensión arterial sistémica en 61.7%, osteoartritis en un 68.3% y otras en un 61.7%. **Tabla 19**

TABLA 19. INTIMIDAD CON COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	INTIMIDAD			P
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	
DIABETES MELLITUS TIPO II	113 (57.4)	71 (61.2)	36 (60.0)	.788
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	101 (51.3)	73 (62.9)	37 (61.7)	.091
OSTEOARTRITIS	131 (66.5)	66 (56.9)	41 (68.3)	.170
OTRAS	114 (57.9)	73 (62.9)	37 (61.7)	.651

Con respecto a la dimensión muerte asociado a datos demográficos encontramos que el grupo con un puntaje bajo reporto una edad de 70 a 74 años con un 54.3%, de sexo femenino con un 54.9%, de ocupación jubilados en un 37.8%, con estado civil casados en un 43.3%, con escolaridad primaria en un 31.1%. el grupo con puntaje medio en la dimensión muerte denotó una edad de 65 a 69 años en un 51.1%, femeninos en un 58.3%, con ocupación empleados en un 40.2% con estado civil casado en un 40.2%, con escolaridad analfabeta y primaria en un 31.8%. En el grupo con puntaje alto se encontró una edad de 65 a 69 años en un 57.1%, de sexo masculino en un 54.5%, ocupación jubilados en un 36.4%, estado civil casado en un 42.9% y con escolaridad primaria en un 44.2%. La asociación de la muerte con la escolaridad tuvo una asociación significativa por una p de 0.049. **Tabla 20**

TABLA 20. MUERTE CON SOCIODEMOGRÁFICOS

SOCIODEMOGRÁFIC A	MUERTE			
	BAJO N (%)	MEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
EDAD				
65-69 AÑOS	75 (45.7)	68 (51.5)	44 (57.1)	.236
70-74 AÑOS	89 (54.3)	64 (48.5)	33 (42.9)	
SEXO				
FEMENINO	90 (54.9)	77 (58.3)	35 (45.5)	.191
MASCULINO	74 (45.1)	55 (41.7)	42 (54.5)	
OCUPACIÓN				
HOGAR	39 (23.8)	35 (26.5)	14 (18.2)	.369
EMPLEADO	63 (38.4)	53 (40.2)	35 (45.5)	
JUBILADO	62 (37.8)	42 (31.8)	28 (36.4)	
OTRA	0 (0)	2 (1.5)	0 (0)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	43 (26.2)	32 (24.2)	17 (22.1)	.350
CASADO	71 (43.3)	65 (49.2)	33 (42.9)	
VIUDO	33 (20.1)	16 (12.1)	13 (16.9)	
DIVORCIADO	15 (9.1)	18 (13.6)	11 (14.3)	
CONCUBINATO	2 (1.2)	1 (0.8)	3 (3.9)	
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	37 (22.6)	42 (31.8)	8 (10.4)	.049
PRIMARIA	51 (31.1)	42 (31.8)	34 (44.2)	
SECUNDARIA	48 (29.3)	28 (21.2)	23 (29.9)	
BACHILLERATO	26 (15.9)	19 (14.4)	11 (14.3)	
LICENCIATURA	2 (1.2)	0 (0)	1 (1.3)	
POSGRADO	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	

Al relacionar a la muerte con las comorbilidades observamos que el grupo con puntaje bajo presento diabetes mellitus en un 57.3%, hipertensión arterial sistémica en un 53.7%, osteoartritis en un 60.4% y otras en un 55.5%. con respecto al grupo con puntaje intermedio se encontró diabetes mellitus en un 59.1%, hipertensión arterial sistémica en un 58.3%, osteoartritis en un 66.7% y otras en un 65.9%, y con respecto al grupo con puntaje alto para la dimensión muerte se encontró a la diabetes mellitus en un 62.3%, hipertensión arterial sistémica en un 59.7%, osteoartritis en un 66.2% y otras en un 59.7%. **Tabla 21**

TABLA 21. MUERTE CON COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	MUERTE			
	BAJO N (%)	INTERMEDIO N (%)	ALTO N (%)	P
DIABETES MELLITUS TIPO II	94 (57.3)	78 (59.1)	48 (62.3)	.761
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	88 (53.7)	77 (58.3)	46 (59.7)	.592
OSTEOARTRITIS	99 (60.4)	88 (66.7)	51 (66.2)	.471
OTRAS	91 (55.5)	87 (65.9)	46 (59.7)	.191

IX. DISCUSIÓN

El envejecimiento puede ser considerado como el efecto cronológico y deletéreo que conlleva cambios fisiológicos y patológicos que inevitablemente conllevarán a las personas a su deceso. Por lo que estos cambios invariablemente sitúan a las personas en un mayor riesgo de sufrir multimorbilidad y complicaciones relacionadas con el tratamiento a las diversas patologías que a lo largo de su vida desarrollan.³⁸

La atención médica de las patologías adquiridas durante la vida hacen propenso a los pacientes de mayor edad a coleccionar tratamientos para sus diversas afectaciones, es entonces cuando debemos recurrir a la definición de polifarmacia, la cual en varias ocasiones se encuentra difusa debido a que se define polifarmacia como el uso indebido e indiscriminado de medicamentos sin considerar los efectos secundarios, las interacciones entre los fármacos y el estado metabólico completo del paciente.³⁹

Además, se debe considerar la calidad de vida que desencadena el existir con poli patologías y sus respectivas terapias, destacando la codependencia a los fármacos como un potencial modificador del estilo de vida, cambiando el sistema de valores con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.⁴⁰

Por lo que en este estudio se determinó que la principal comorbilidad fue la osteoartritis en un 65.1%, diabetes mellitus en un 59.5%%, otras en un 59.1% e hipertensión arterial en un 57.6%. siendo el grupo de los pacientes con calidad de vida clasificada como ni satisfecho ni insatisfecho que numéricamente equivaldría a un puntaje de 41 a 60 puntos en el instrumento WHOQOL-OLD en un 68.4%. Teniendo una asociación significativa con la polifarmacia por la $p \leq 0.52$

Yamada y cols. En su estudio evaluaron a un total de 361 adultos mayores con una edad de 50 a 91 años de edad en la Republica Checa, utilizando los

instrumentos WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, el cuestionario de Comorbilidad de Charlson y el cuestionario de actitudes ante la vejez (AAQ), con la finalidad de asociar la interacción entre la comorbilidad y las actitudes hacia el envejecimiento desde el punto de vista de la calidad de vida. Ajustando todos sus análisis a edad, genero, educación y estilo de vida. Dentro de sus resultados ellos refieren que el índice de comorbilidad más alto se asoció significativamente con puntuaciones más bajas de ambas medidas de calidad de vida; un aumento del índice de comorbilidad se asoció con una disminución de la calidad de vida específicamente en personas mayores. Refiriendo una edad media de 77.3, siendo el género mujer el más prevalente en un 66% (n=239), educación primaria en un 31%, profesionales 30% secundaria 30% y universidad 9%, viviendo en pareja en un 38% con otra familia en un 26% y solos 36%. Con una media en la puntuación de calidad de vida asociada a comorbilidad de la siguiente manera: ninguna comorbilidad + calidad de vida alta 73.6, comorbilidad baja + calidad de vida media 61.9 y comorbilidad moderada alta +calidad de vida baja de 51.3, cabe destacar que en este estudio decidieron otorgar los puntajes de 0 a 40 como bajo, 41 a 60 medio y 61 a 100 alto.⁴¹

Comparándolo con nuestro estudio observamos que la calidad de vida acoplándonos a las adecuaciones del estudio de Yamada y cols es calidad de vida media con una media de 51.05 ± 9.93 , cabe destacar que nosotros no asignamos un puntaje específico para la comorbilidad. Sin embargo, podemos comentar que el 100% de nuestra población tenía alguna enfermedad crónico degenerativa, teniendo como principal enfermedad que afecta la calidad de vida a la osteoartritis en un 63.8%, seguido de la diabetes mellitus tipo 2 en un 59% (**p=.009**) e hipertensión arterial sistémica en un 56.6%, de igual forma observamos en nuestra población la mayoría son mujeres, pero con un nivel escolar menor en nuestra población siendo la primaria e infiriendo que el vivir en pareja puede ser equivalente a nuestro rubro de ser casados, siendo discretamente mayor en nuestra población ya que ellos refieren 38% y nosotros 45.3%.

Vitorino y cols en su estudio realizado en una población de 77 adultos mayores residentes de instituciones públicas en Brasil, utilizando los instrumentos WHOQOL BREF Y WHOQOL OLD valoraron la percepción del adulto mayor y su calidad de vida. Observando que la edad media fue de 76.6 años, existiendo un equilibrio entre los sexos reportando 50.6% de mujeres, la mitad de los adultos tenía hijos 50.6% con un nivel escolar analfabeto del 81.6% siendo solteros en un 51.9% y la mayoría de los adultos valoro su estado de salud como bueno a excelente en un 72.7%, a pesar de que el 100% padecía alguna enfermedad crónica, no describen cuales, con respecto a las rubros del test WHOQOL- OLD se valoró un valor del puntaje medio de habilidades sensoriales en un 73.7, autonomía del 56.9, pasado, presente y futuras actividades en un 60.2, participación social con un 58.6, muerte con un 71.8 e intimidad con un 58.4. Refiriendo observar que las actividades sociales y de ocio aumentan el puntaje para mejor calidad de vida. ⁴²

Comparando con nuestro estudio encontramos que la edad media es más alta que la que nosotros reportamos en un 69.5%, coincidimos que la mayoría son mujeres en un 54.2%, reportando un estado civil diferente ya que ellos reportan solteros en un 51.9% y nosotros casados en un 45.3%, nuestra población cuenta con una escolaridad mayor siendo secundaria del 26.5% contra analfabetismo el cual reportaron en 81.6%, con respecto a la calidad de vida ellos la determinaron de tipo media, con una tendencia a resultados bajos en todas las dimensiones coincidiendo con nuestro análisis, aunque ellos desglosan la calificación media de cada dimensión estudiada por el test WHOQOL-OLD.

X. CONCLUSIONES

En este estudio se comprobó que la calidad de vida percibida como ni satisfecha ni insatisfecha se ve afectada por la polifarmacia al tener asociación estadística significativa.

De igual manera se reportó que las principales comorbilidades asociadas a la calidad de vida del adulto mayor con y sin polifarmacia fue la osteoartritis, seguido de diabetes mellitus, otras enfermedades e hipertensión arterial. Si nosotros analizamos la historia natural de la enfermedad de estas patológicas observamos que si tienen un tratamiento crónico en algún momento se vuelve refractario y tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial tenderán a la hipoglucemia y la hipotensión, por el contrario, la osteoartritis aumenta con el paso del tiempo y se vuelve resistente al uso de AINES, requiriendo fármacos de nuevas generaciones, mezclas con opioides o entre los mismos AINES.

Podemos observar que la prevalencia de la polifarmacia en nuestra población es alta, debido a que mantienen poli patologías. Observando que el grupo con polifarmacia mantiene su principal afectación en la séptima década de la vida, siendo mayor en las mujeres que por alguna razón se mantienen económicamente activas, casadas, sin embargo, a mayor grado de estudios a pesar de la polifarmacia se obtiene mejor puntaje en la calidad de vida.

La calidad de vida en calificación decreciente tuvo asociación significativa con el nivel de estudios y con la diabetes mellitus a pesar de no ser una enfermedad que directamente incidiera en las dimensiones del test. La osteoartritis fue la única comorbilidad con asociación significativa en la dimensión sensorial. Todas las demás dimensiones no tuvieron asociación significativa. El estado civil y el sexo tuvieron asociación significativa con la dimensión de participación social, posiblemente por mantener el acompañamiento de la pareja en la etapa del envejecimiento, siendo un probable factor protector. La escolaridad tuvo asociación significativa con la dimensión de la muerte, quizá la baja escolaridad de nuestra población otorga menor ideación del proceso.

XI. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se insista en la capacitación del médico de primer nivel para que conozca sobre las interacciones, y diversos manejos farmacológicos que existen de las patologías de base de los pacientes para evitar la poli farmacia. Ya que como observamos en este estudio tiene alta relevancia en la manera en la que el paciente se percibe a si mismo y en la manera en la que lleva los últimos años de su vida.

Se necesita que el galeno tenga paciencia en explicar el padecimiento, la manera de tomar los medicamentos y las dudas en general que tenga el paciente ya que observamos que nuestra población adulta tiene un bajo nivel de estudios.

Se insta en no subestimar el dolor como un factor predisponente para el deterioro de la calidad de vida, ya que observamos que la osteoartritis fue la principal enfermedad que modifico la calidad de vida por ser la enfermedad con el síntoma más consciente que viven los pacientes.

A pesar de los malestares que pueden provocar las patologías de base se observa como un factor protector de la calidad de vida las redes de apoyo y el acompañamiento, principalmente en los adultos que aún se encuentran casados, por lo que promover la convivencia y las actividades grupales podría ser valorada como una intervención óptima.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. La situación demográfica de México [Internet]. México: Consejo Nacional de Población; 2019 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2018> Bertrand AG, Rabía CAC. Ley del Seguro Social comentada, correlacionada y tematizada con sus reglamentos y otros ordenamientos. IMCP; 2019. 336 p.
2. Informa CONAPO sobre la esperanza de vida de la población mexicana [Internet]. México: Secretaría de Gobernación; 2019 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/informa-conapo-sobre-la-esperanza-de-vida-de-la-poblacion-mexicana>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). México: University of Texas Medical Branch, University of Wisconsin, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Geriátría, Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 [citado 27 mar 2020]. Disponible en: http://www.enasem.org/index_Esp.aspx
4. Rosas GM, Paredes YV, Yarce E, Rosero M, Morales A. Caracterización de los factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto. Pasto: Editorial Unimar; 2015.
5. Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante [Internet]. México: Secretaria de Desarrollo Social; 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblacion_de_60_años_en_adelante.pdf
6. Prevención de enfermedades crónicas, clave para adultos mayores independientes y saludables [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2020 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202001/038>
7. Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012;23(1):31–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702705>

8. Bertrand AG, Rabía CAC. Ley del Seguro Social comentada, correlacionada y tematizada con sus reglamentos y otros ordenamientos. IMCP; 2019. 336 p.
9. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
10. La situación demográfica de México [Internet]. México: Consejo Nacional de Población; 2019 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2018>
11. Ramírez-Bohórquez MC, Ruge-Perdomo AL, Saavedra-Vargas AL, Sogamoso-Bohórquez MA, et al. Efectos de la polifarmacia inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de Barrios Unidos de la ciudad de Bogotá en el periodo de Marzo a Noviembre de 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/849>
12. Castellanos-Olivares A, Sánchez-Ruíz JG, Gómez-Sánchez G, et al. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. Rev Mex Anest. 2017 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72734>
13. Zavala-Rubio JD, Terán-Martínez MA, Nava Álvarez MG, Pineda-Maldonado ML, De la Mata-Márquez MJ. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar [Internet]. Vol. 25, Atención Familiar. 2018. p. 141. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257>
14. Hilmer S. The Effects of Polypharmacy in Older Adults [Internet]. American Society for Clinical Pharmacology and Therapeutics (ASCPT). 2008 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/clpt.2008.224>

15. Oscanoa T, Lira G. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos [Internet]. Vol. 66, Anales de la Facultad de Medicina. 2013. p. 195. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v66i3.1339>
16. Cala-Calviño L, Dunán-Cruz LK, Marín-Álvarez T, Vuelta-Pérez L. Principales características de la prescripción de fármacos en ancianos del Policlínico “José Martí Pérez”. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2020]; 21(12):3306–14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017001200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med [Internet]. mayo de 2015; 175(5):827–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
18. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: A literature review [Internet]. Vol. 17, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2005. p. 123–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x>
19. Gutiérrez-Tejedor JE, Molano-Ardila CA. Reacciones adversas en pacientes mayores de 65 años de edad con monoterapia o politerapia para la hipertensión arterial en el Hospital de II Nivel de Bosa de Bogotá DC entre Agosto y Noviembre del año 2015 [Internet]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.; 2016. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/463/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20VERSI%C3%93N%20FINAL.pdf>
20. Serra-Urra M, Germán-Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. el 27 de marzo de 2013 [citado el 27 de marzo de 2020]; 12(1). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/27>
21. Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante [Internet]. México: Secretaria de Desarrollo Social; 2017. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblacion_de_60_a_os_en_adelante.pdf

22. Domínguez TR, Hechavarría EA, Ortiz GL, Suarez RM. Polifarmacia en la tercera edad. Algunas consideraciones. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. el 21 de diciembre de 2015 [citado el 27 de marzo de 2020]; 38(5). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/607>
23. Casanova GJ, Ortiz MF, De la Caridad CM, Reyes MF. Polifarmacia en los adultos mayores del policlínico Hermanos Cruz. Universidad Médica Pinareña [Internet]. el 15 de octubre de 2019 [citado el 27 de marzo de 2020]; 15(3):32937 Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/359> Villavicencio
24. Cabré M, Elías L, García M, Palomera E, Serra-Prat M. Hospitalizaciones evitables por reacciones adversas a medicamentos en una unidad geriátrica de agudos. Análisis de 3.292 pacientes [Internet]. Vol. 150, Medicina Clínica. 2018. p. 209–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.075>
25. Secretaría de Salud. 147. Enfermedades crónicas degenerativas, principales causas de muerte en adultos mayores [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/147-enfermedades-cronicas-degenerativas-principales-causas-de-muerte-en-adultos-mayores>.
26. Secretaría de Salud. Guía de Referencia Rápida. Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2010 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GP_C_Prescripcionfarmacologica/GRR_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
27. Cala-Calviño L, Casas-Gross S, Dunán-Cruz LK. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de la polifarmacia. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2020]; 21(3):279–86. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=30192017000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es =S1029-

28. Gómez JA. La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad [Internet]. Biblioteca CF+S: 2014 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n3/a1jalq.html>
29. Flores M, Vega M, González G. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. México: Universidad de Guadalajara CUCS. 2011;
30. Robles AR, Hernández-Martínez EK, Delabra-Salinas MM, Covarrubias-Solis IF, Leija-Mendoza A, Ponce-Ibarra BB. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa “adultos mayores empacadores” | NURE Investigación [Internet]. [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1206>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010 [Internet]. INEGI; 2016 [citado 2020 sep 30]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/default.html?ps=microdatos>
32. Madeiro de Araújo-Nunes V, Paiva de Menezes RM, Alchieri JC. Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados en la ciudad de Natal, estado de Rio Grande do Norte [Internet]. Vol. 32, Acta Scientiarum. Ciencia de la salud. 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479>
33. Santibáñez-Beltrán S, Villarreal-Ríos E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Vargas-Daza ER, Ramos-López JM. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013;51(2):192–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42118>
34. Muñoz JS. Percepción de calidad de vida mediante el formato WHOQOL-OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF No. 1 De La Delegación IMSS, Aguascalientes, AGS [Internet] [Especialista en Medicina Familiar]. Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes; 2018 [citado el

27 de marzo de 2020]. Disponible en:
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1657/434978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

35. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arellano SS, Hernández GA, Márquez-Mendoza O. Validación del WHOQOL-OLD en Adultos Mayores de México. *Psencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2015 [citado el 9 de julio de 2020]; 7(3):397–405. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435001>
36. Estadísticas sobre Adultos Mayores en México [Internet]. gov.mx. [citado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
37. Romero ZS, Universidad Autónoma del Estado México, Arce BJM, Universidad Autónoma del Estado México. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México [Internet]. Vol. 23, Papeles de Población. 2017. p. 59–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
38. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010989
39. Yıldırım AB, Kılınç AY. Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç etkileşimi. Polypharmacy and drug interactions in elderly patients. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2017;(5):17-21
40. Tavares DM, Matias TG, Ferreira PC, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(11):3557-3564.
41. Yamada Y, Merz L, Kisvetrova H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Qual Life Res*. 2015; 24(7):1661-7.

42. Vitorino LM, Paskulin LM, Viana LA. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(6):1186-95

XIII. ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**,
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Miércoles, 31 de marzo de 2021**

M.E. Hilda Rios Andrade

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO MAYOR A LA POLIFARMACIA Y COMO ALTERAN SU CALIDAD DE VIDA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-013

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Encuesta para valorar la calidad de vida asociado al empleo de polifarmacia en adultos mayores de la unidad de medicina familiar 20 IMSS.

Fecha:	
Edad:	
Sexo:	
Estado Civil:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Enfermedades que padece:	

¿Cuántos fármacos ha tomado sin suspender desde hace 3 meses o más? SIN INCLUIR VITAMINAS	
--	--

Por favor lea cada pregunta y **MARQUE CON UNA X** la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Por favor, conteste todas las preguntas.

Questionario WHOQOL-OLD

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

DIMENSIÓN 1. CAPACIDAD SENSORIAL.

1. ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) ¿afectan su vida diaria?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

2. ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

3. ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) ¿afectan su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

4. ¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto?

Muy mal	mal	Ni mal ni bien	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 2. AUTONOMÍA

5. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

Nada	Un Poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

Nada	Un Poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿En qué medida siente que sale tanto como desearía?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentement e	Siempre
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 3. PARTICIPACIÓN SOCIAL

9. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su contribución a la sociedad?

Muy insatisfech o	Insatisfech o	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

10. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?

Muy insatisfech o	Insatisfech o	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

11. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?

Muy insatisfech o	Insatisfech o	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
----------------------	------------------	----------------------------------	------------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 4. INTIMIDAD

13. ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos?

Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

14. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?

Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

15. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

16. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 5. MUERTE

17. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

18. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

19. ¿En qué grado está asustado (a) de morir?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

20. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

ANEXO 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Anexo 3)**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**PRINCIPALES COMORBILIDADES QUE LLEVAN AL ADULTO MAYOR A LA POLIFARMACIA
COMO ALTERAN SU CALIDAD DE VIDA.**

Nombre del estudio:		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS, a _____ de _____ de 2021	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	En México hay 12.4 millones de personas mayores de 60 años, ellas representan 10.4% de la población total. Con la edad la incidencia de tener mínimo una enfermedad crónica se incrementa substancialmente, con los avances en el tratamiento médico, los adultos mayores están viviendo más tiempo, sin embargo, a mayor esperanza de vida, existe mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y comorbilidades que, a menudo resultan en un mayor número de medicamentos por lo tanto la polifarmacia es uno de los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor, impactando en su Calidad de Vida. OBJETIVO: Conocer las principales comorbilidades que llevan al adulto mayor a la polifarmacia y como alteran su calidad de vida	
Procedimientos:	Al participar en el estudio se te aplicará un cuestionario de recolección de datos generales, enfermedades, tratamientos y se realizaran preguntas para conocer cómo se siente con su calidad de vida, utilizando diferentes reactivos. En caso de tener alguna duda, puedes realizarla mediante la aplicación del cuestionario.	
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos para tu salud o de prestación de servicio ya que la información se mantendrá confidencialmente.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias para las áreas más afectadas de nuestra población en relación a la calidad de vida en el adulto mayor.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados y los resultados obtenidos en tu encuesta, se realizará respetando el anonimato de los participantes y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que se respetara la confidencialidad.	
Participación o retiro:	Es posible abandonar el estudio en el momento que así lo desee, no modificará de ninguna manera la prestación de servicio.	
Privacidad y confidencialidad:	Los datos son confidenciales. En caso de que solicites tú resultado solo se realizará de manera personalizada para tu protección. Si deseas conocer tu resultado deberás anotar en hoja frontal del cuestionario tu correo electrónico al cual serán enviados.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica	
Beneficios al término del estudio:	Conocer la calidad de vida en el adulto mayor con polifarmacia de la unidad de medicina familiar No. 20 del IMSS Delegación Norte	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. Hilda Ríos Andrade , hil8102@yahoo.com.mx	
Colaboradores:	Dra. Angélica Cuapio Gómez , angelica.cuapio@hotmail.com Dra. Santa Vega Mendoza drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx Dra. Silvia Sanchez Ambriz silkirei@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1	Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-009-013		