



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y EL GÉNERO EN ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS, EN EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN GERIÁTRICA
INTEGRAL, EN PACHUCA HIDALGO, PERÍODO FEBRERO-MARZO 2014”**

Proyecto terminal de carácter profesional que para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

P r e s e n t a:

Mayra Pérez Rivera

Director de Proyecto Terminal:

DCSP Sergio Muñoz Juárez

Comité Tutorial:

Coodirector: M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Asesoras: D. en CQB. María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Pachuca de Soto, Hidalgo, junio de 2015.

ÍNDICE	Página
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	4
RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS.....	8
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. MARCO TEÓRICO.....	14
III. ANTECEDENTES.....	28
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
IV.1. Enunciado el problema.....	33
IV.2. Pregunta de investigación.....	33
V. JUSTIFICACIÓN.....	34
VI. OBJETIVOS.....	36
VII. HIPÓTESIS.....	37
VIII. METODOLOGÍA.....	38
VIII.1. Ubicación espacio-temporal.....	38
VIII.2. Diseño de investigación.....	38
VIII.3. Selección de la población de estudio.....	38
VIII.4. Tamaño de la muestra.....	38
VIII.5. Muestreo.....	40

VIII.6. Diseño operacional de variables.....	40
VIII.7. Plan de análisis.....	43
IX. ASPECTOS ÉTICOS.....	45
X. RESULTADOS.....	46
X.1. Análisis univariado.....	46
X.2. Análisis bivariado.....	74
X.3. Análisis multivariado.....	85
XI. DISCUSIÓN.....	104
XII. CONCLUSIONES.....	109
XIII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	112
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	113
XV. ANEXOS.....	119

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Envejecimiento. Es un proceso inevitable de todos los organismos vivos y se asocia con una disminución en la capacidad de control y de reserva homeostática de los sistemas de órganos, la capacidad de adaptarse a los factores ambientales, y la capacidad de respuesta al estrés.

Envejecimiento exitoso. Cuando sólo presenta los cambios (biológicos, psicológicos y sociales) inherentes a esta etapa, debido a una respuesta alostática eficiente, lo cual se traduce en una disminución significativa de riesgo a enfermedades agudas y crónicas y, consecuentemente cuenta con una mayor funcionalidad (física, mental y social), mejor calidad de vida y longevidad.

Envejecimiento usual. Además de los cambios inherentes, la carga alostática genera padecimientos crónico-degenerativos y, consecuentemente, alteraciones morfológicas y fisiológicas que repercuten negativamente en la funcionalidad, calidad de vida y longevidad.

Envejecimiento con fragilidad. Además de los cambios inherentes a su condición, la excesiva carga alostática provoca una disminución acentuada de la capacidad homeostática, que incrementa la vulnerabilidad a la descompensación por las enfermedades agudas y crónicas (anciano enfermizo, débil), con repercusiones significativas en su funcionalidad, calidad de vida y longevidad.

Carga alostática. El concepto de alostasis se refiere a los procesos integrativos y adaptativos necesarios para mantener la estabilidad total del organismo, es mucho más amplio que el de homeostasis ya que involucra al cerebro y al organismo en general. La carga alostática se refiere al precio que paga el cuerpo por ser forzado a la adaptación de situaciones psicológicas y fisiológicas que se acumulan a través del tiempo, reflejándose en muchos estados patológicos y en la acumulación de daños tanto a nivel fisiológico como cerebral.

Calidad de vida. Es la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno.

Calidad de vida relacionada con la salud. Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede estar influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones.

Actividades básicas de la vida diaria. Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana (baño, vestido, uso de sanitario, movilidad, continencia y alimentación).

Riesgo social. Es la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Esto quiere decir que el riesgo social depende de condiciones del entorno que rodea al individuo.

Funcionalidad geriátrica. Expresa la capacidad del anciano para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo.

Deterioro cognitivo. Es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se produce con el envejecimiento normal.

Demencia. Deterioro de la memoria y alguna de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia, deficiencia en funciones ejecutivas. Estas alteraciones tienen una intensidad suficiente como para repercutir en el desarrollo de las actividades ocupacionales y/o sociales, y representan un

deterioro con respecto a la capacidad previa en esas funciones.

Factor de riesgo. Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factor protector. Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo.

Abreviaturas

ABVD.-Actividades básicas de la vida diaria.

AVD.-Actividades de la vida diaria.

CIE.- Clasificación internacional de las enfermedades.

CESAGI.- Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral.

CONAPO.-Consejo Nacional de Población.

CVRS.-Calidad de vida relacionada con la salud.

DSM-IV.- Manual diagnóstico de las enfermedades mentales.

ENSANUT.-Encuesta nacional de salud y nutrición.

ENASEM.-Estudio nacional de salud y envejecimiento.

EVC.-Evento vascular cerebral.

PAIME.- Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

WHOQOL-BREF.- Instrumento abreviado para valorar calidad de vida diseñado por la OMS-OPS y tiene aplicabilidad universal.

WHOQOL-Old.-Instrumento para valorar calidad de vida en el adulto mayor.

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Página
I. Histograma de frecuencia para variable edad.	46
II. Porcentaje de participantes por sexo.	46
III. Municipios de residencia de los participantes, en porcentajes.	47
IV. Estado civil de los participantes.	47
V. Estado civil de los participantes por sexo.	48
VI. Estado civil de los participantes por grupo de edad.	48
VII. Escolaridad de los participantes.	49
VIII. Escolaridad de los participantes por sexo.	49
IX. Seguro médico con el que cuentan los participantes del estudio.	50
X. Variables empleadas para valorar condiciones de salud: atención médica regular, hospitalización reciente, pluripatología y polifarmacia.	51
XI. Hospitalización reciente puntuación total por sexo y por grupo de edad.	52
XII. Cultura de patriarcado.	52
XIII. Enfermedades crónico-degenerativas que presentan los participantes del estudio.	53
XIV. Situación económica, incluida dentro de la escala de valoración socio-familiar de Gijón, diferencias por sexo y por grupo de edad.	56
XV. Resultados de la Escala de valoración socio-familiar de Gijón.	57
XVI. Resultados de la Escala de valoración socio-familiar de Gijón, por sexo.	58
XVII. Dependencia o independencia de las actividades básicas de la vida diaria: baño, vestido, uso de sanitario, movilidad, continencia y alimentación.	60
XVIII. Dependencia de las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, uso de sanitario, movilidad, continencia y alimentación) por grupo de edad.	61
XIX. Resultado del Índice de Katz.	62
XX. Resultados Índice de Katz por grupo de edad.	63
XXI. Resultado de Calidad de vida en el área de Salud Física por grupo de edad, forma parte de los resultados del Instrumento WHOQOL-BREF.	71
XXII. Resultado de Calidad de vida en el área de Aspectos Psicológicos por grupo de edad, forma parte de los resultados del Instrumento WHOQOL-BREF.	72
XXIII. Resultados del instrumento WHOQOL-BREF para valorar calidad de vida, por puntaje global, por sexo y por grupos de edad.	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
I. Tabla de operacionalización de variables	41
II. Escala de valoración socio-familiar de Gijón modificada	53
III. Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, resultados de preguntas correspondientes a la calidad de vida en general en porcentajes.	64
IV. Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, resultados de preguntas correspondientes a la calidad de vida en salud física en porcentajes.	65
V. Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, resultados de preguntas correspondientes a la calidad de vida en aspectos psicológicos en porcentajes.	66
VI. Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, resultados de preguntas correspondientes a la calidad de vida en relaciones sociales en porcentajes.	67
VII. Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, resultados de preguntas correspondientes a la calidad de vida en medio ambiente en porcentajes.	68
VIII. Resultados Instrumento WHOQOL-BREF para calidad de vida, en porcentajes.	70
IX. Dependencia entre calidad de vida y las variables independientes en el CESAGI (Resultados de Chi-cuadrada de Pearson, $p < 0.05$)	74
IX-Continuación. Dependencia entre calidad de vida y las variables independientes en el CESAGI (Resultados de Chi-cuadrada de Pearson, $p < 0.05$)	75
X. Razón de momios cruda entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	78
XI. Razón de momios cruda entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de salud física (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	79
XII. Razón de momios cruda entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de aspectos psicológicos (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	81
XIII. Razón de momios cruda entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de relaciones sociales (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	82
XIV. Razón de momios cruda entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de medio ambiente (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	83
XV. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.	85
XVI. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en	86

adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014.

- XVII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **88**
- XVIII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de salud física (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **89**
- XIX. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de salud física (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **90**
- XX. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de salud física (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **92**
- XXI. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de aspectos psicológicos (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **93**
- XXII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de aspectos psicológicos (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **94**
- XXIII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de aspectos psicológicos (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **95**
- XXIV. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de relaciones sociales (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **97**
- XXV. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de relaciones sociales (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **98**
- XXVI. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de relaciones sociales (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **99**
- XXVII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del medio ambiente (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **100**
- XXVIII. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del medio ambiente (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **101**
- XXIX. Análisis multivariado con razón de momios ajustada por edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del medio ambiente (resultado del instrumento WHOQOL-BREF), en adultos mayores de 60 años en el CESAGI, 2014. **102**

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el género, en adultos mayores de 60 años, atendidos en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Se les aplicó 3 instrumentos: WHOQOL-BREF, Índice de Katz y Valoración Socio-familiar, y un cuestionario para valorar los aspectos socio-demográficos y de salud a una muestra de 466 adultos mayores de 60 años.

Resultados. De las 466 personas que participaron en el estudio, la media de edad fue de 70.77, el 71.46% fueron mujeres y 28.54% hombres, el 39.06% presentó pluripatología y el 44.85% polifarmacia. En cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas el 26.39% no presenta ninguna. La patología más frecuente fue la hipertensión arterial presente en 49.74% de los participantes. El 56.87% presentaron un riesgo social bajo y 49.49% riesgo social intermedio, por otro lado el 95.71% de los participantes son independientes en todas sus actividades básicas de la vida diaria. El 57.3% de los participantes tiene calidad de vida promedio, 41.63% calidad de vida alta y 1.07% calidad de vida baja y finalmente en el análisis multivariado destaca como factor protector la escolaridad para la calidad de vida promedio y baja y como factores de riesgo el no estar casado, la pluripatología, polifarmacia, el riesgo social intermedio y elevado, vivir en medio rural y la dependencia en una o más actividades básicas de la vida diaria.

Conclusiones. Menos de la mitad de los encuestados manifestaron tener una buena calidad de vida y un poco más de la mitad manifestó estar satisfecho con su salud. Destaca que no hay diferencias por género en el puntaje global de calidad de vida, sólo por grupos de edad, observamos como la calidad de vida alta va descendiendo a mayor edad. Los resultados encontrados en este estudio son de interés para la salud pública, ya que si bien no pueden generalizarse por las características especiales de la población encuestada, debido a las coincidencias con otros estudios en México y otros países, nos permiten sugerir medidas preventivas para lograr una mejor calidad de vida en los adultos mayores, lo cual podría reflejarse en la mejora de programas de atención a los adultos mayores y al fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.

Palabras clave: Calidad de vida, adultos mayores, género, salud, envejecimiento.

ABSTRACT

Objective. Assessing the quality of life related to health and gender, in adults over 60 years old, attended at the Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral of Hidalgo state.

Methodology. An observational, analytical and cross-sectional study. There were applied 3 instruments: WHOQOL-BREF, Katz Index and Socio-familiar assessment and a questionnaire to assess the socio-demographic and health aspects; to a sample of 466 adults over 60 years old.

Results. Of the 466 people who participated in the study, the mean age was 70.77, the 71.46% were women and 28.54% were men, 39.06% had comorbidity and polypharmacy 44.85%. As regard the chronic degenerative diseases, 26.39% of participants did not have them. The most frequent pathology was hypertension in 49.74% of the participants. The 56.87% had low social risk and 49.49% had intermediate social risk. On the other hand, 95.71% of the participants were independent in all its basic activities of daily living. 57.3% of participants have average quality of life, high quality of life 41.63% and 1.07% low quality of life. Finally the multivariate analysis stands the level of schooling as a protective factor for quality of life average and low, and as risk factors being unmarried, the comorbidity, polypharmacy, intermediate and high social risk, living in rural area, as well as, the dependence on one or more basic activities of daily living.

Conclusions. Less than half of respondents reported having good quality of life and a little more than half were satisfied with their health. It is remarkable that there were not differences by gender in the overall score for quality of life, but by age group it was observed that the high quality of life declined with increasing age. The results found in this study are of interest to public health, because if they cannot be generalized for the special characteristics of the surveyed population. Due to the similarities with other studies in Mexico and other countries, it allows to suggest preventive measures to achieve a better quality of life in older adults, which could be translated into improved care programs for the elderly and the strengthening of supporting social networks.

Keywords: Quality of life, elderly, gender, health, aging.

I. INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años y más está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad, los desafíos del envejecimiento de la población son globales, nacionales y locales (OMS, 2002). Este grupo es un gran demandante de los servicios de salud y de alto costo en su atención, y debido a la transición demográfica que está ocurriendo en nuestro país, que lo llevará en el 2050 a contar con el 28% de la población en el rango de edades superiores a los 65 años (CONAPO, 2011), resulta importante para la Salud Pública su conocimiento y atención. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, las enfermedades crónicas son causas importantes de discapacidad, resultan costosas y reducen la calidad de vida (OMS, 2002).

La variable género es crucial para estudiar enfermedad, salud y calidad de vida. No son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres, ni semejantes sus efectos (Barrantes, 2006). Es imposible entender el envejecimiento y la salud sin una perspectiva de género. Tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el psicosocial, los determinantes de salud a medida que envejecemos están intrínsecamente relacionados con el género (OMS, 2001).

El objetivo de la investigación fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el género, en adultos mayores de 60 años, atendidos en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral (CESAGI). El tipo de estudio que se realizó fue observacional, analítico y transversal. Se les aplicaron 3 instrumentos: WHOQOL-BREF, Índice de Katz y Valoración Socio-familiar, y un cuestionario para valorar los aspectos sociodemográficos y de salud.

Al final de la investigación se obtuvo una caracterización de la población estudiada de manera descriptiva y en la parte analítica del estudio se encontraron los factores asociados a la calidad de vida, así como los factores de riesgo y protectores para la calidad de vida promedio y baja en los adultos mayores en el CESAGI, proporcionando de esta manera el sustento para proponer estrategias que favorezcan la alta calidad de vida, con el fin de prevenir la dependencia y el síndrome de fragilidad, y buscar evitar así los altos costos en la atención en salud en este grupo de edad.

II. MARCO TEÓRICO

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones, o el 223 por ciento. En el año 2002, casi 400 millones de personas mayores vivían en el mundo en vías de desarrollo. Para el 2025, esta cifra se habrá incrementado hasta aproximadamente 840 millones, lo que representa el 70 por ciento de todas las personas mayores. Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas partes del mundo, en el 2002 había 678 hombres por cada 1000 mujeres mayores de 60 años en Europa, en regiones menos desarrolladas, había 879 hombres por cada 1000 mujeres (OMS, 2002).

De acuerdo con el marco conceptual para las estrategias nacionales de aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME) de las Naciones Unidas, el enfoque estándar consiste en clasificar como “personas de edad” a todas aquellas personas de 60 años o más. Sin embargo, debido a que las connotaciones e implicaciones del igual o mayor de 60 años varían considerablemente entre países e incluso dentro de ellos, conviene ser precavidos al llevar a cabo comparaciones entre países y en el interior de ellos. La población de más edad es tan diversa como cualquier otro grupo, la naturaleza y el grado de diversidad existente entre las personas de edad varían en el seno de los países y entre ellos. Las diferencias más evidentes se relacionan con el género, la afiliación étnica o tribal, la residencia urbana o rural, la situación económica, la salud y la capacidad funcional y con los niveles de educación y alfabetización. La edad no debería por consiguiente, examinarse de manera aislada, sino como parte de una realidad más compleja (ONU,2008).

El envejecimiento individual es el proceso que sigue una persona, hombre o mujer, desde el momento en que nace. Este es un producto de su proceso de vida que

se acumula e incorpora en cada etapa de la vida (niñez, adolescencia, adultez y vejez). El envejecimiento individual debería ser una sumatoria de otros procesos de envejecimiento biológico, psicológico y social. El envejecimiento global es definido como el proceso que experimentan las poblaciones a nivel mundial. La reflexión sobre este tipo de envejecimiento analiza demográficamente la composición y estructura de las poblaciones en los países del orbe y agrega la geopolítica, así como los aspectos territoriales en su reflexión (Montes de Oca, 2010).

El envejecimiento es un proceso inevitable de todos los organismos vivos y se asocia con una disminución en la capacidad de control y de reserva homeostática de los sistemas de órganos, la capacidad de adaptarse a los factores ambientales, y la capacidad de respuesta al estrés. Además el envejecimiento es una de las principales causas de la disminución de la calidad de vida debido a los cambios en las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas. Una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la discapacidad en los mayores que en otros grupos de edad, y en consecuencia limitaciones en sus actividades sociales, conducen a una reducción en la calidad de vida (Akyol, Durmus, Doğan, Bek, & Cantürk, 2010).

Rowe y Kanan (1997; en Mendoza, 2003) bajo un enfoque ecológico subdividen al envejecimiento en exitoso, usual y frágil; señalan que un individuo cursa con un envejecimiento exitoso cuando sólo presenta los cambios (biológicos, psicológicos y sociales) inherentes a esta etapa, debido a una respuesta alostática eficiente, lo cual se traduce en una disminución significativa de riesgo a enfermedades agudas y crónicas y, consecuentemente cuenta con una mayor funcionalidad (física, mental y social), mejor calidad de vida y longevidad. En el envejecimiento usual además de los cambios inherentes, la carga alostática genera padecimientos crónico-degenerativos y, consecuentemente, alteraciones morfológicas y fisiológicas que repercuten negativamente en la funcionalidad, calidad de vida y longevidad. En el envejecimiento con fragilidad, además de los cambios inherentes a su condición, la excesiva carga alostática provoca una disminución acentuada de la capacidad homeostática, que incrementa la vulnerabilidad a la descompensación por las enfermedades agudas y

crónicas (anciano enfermizo, débil), con repercusiones significativas en su funcionalidad, calidad de vida y longevidad.

El CESAGI inicia sus actividades en noviembre de 2008 y actualmente depende de la Dirección de Unidades Médicas Especializadas de los Servicios de Salud de Hidalgo y se encuentra ubicado en el Campus Arista del Hospital General en Pachuca, Hgo., el centro tiene como misión proporcionar atención integral al adulto mayor con calidad, con un alto sentido humanístico en los aspectos de prevención, curación y rehabilitación, para lo cual se cuentan con los servicios de consulta médica de especialidad (geriatria y medicina integrada), audiológica, oftalmología, odontología, podología, nutrición, psicología, terapia física; además se cuentan con salas lúdicas en las áreas donde esperan sus consultas, las cuales son atendidas por personal de gericultura, también se cuenta con el club del adulto mayor donde se ofertan diversos talleres a muy bajo costo y otros gratuitos, y por parte del centro se ofrecen de forma anual los cursos de cuidadores y autocuidado, además de haber talleres por parte del área de psicología para depresión y para pacientes con deterioro cognitivo leve, moderado y severo; se cuenta también con un área de farmacia donde se les proporcionan los medicamentos sin ningún costo (Secretaría de Salud de Hidalgo, 2015).

En los últimos años la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en la medida estándar en ensayos clínicos para evaluar la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad. La calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de su vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales. Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede estar influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones. Estas definiciones dan los elementos por los que, en la salud pública, la calidad de vida puede ser considerada como un indicador útil para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud. Los principales grupos de personas donde se centran estos estudios son en adultos mayores, debido en parte a que es el grupo de edad en el que se concentran

las pérdidas cualitativas más que cuantitativas en el estado de salud (Durán et al., 2013).

La calidad de vida es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno». A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia (OMS, 2002).

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994; en Vera, 2007) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”. Krzeimen (2001; en Vera, 2007) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”. Eamon O'Shea (2003; en Vera, 2007) sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.

Como nos lo dice Walker & Mollenkopf (2007; en Arun & Çevik, 2011), la calidad de vida en la vejez es el resultado de la combinación interactiva de los factores del

curso de la vida y las situaciones inmediatas. Por ejemplo, la situación laboral anterior afecta el acceso a los recursos. Además, las asociaciones empíricas conocidas con la calidad de vida en la vejez son la buena salud y la capacidad funcional, nivel socioeconómico cubriendo los ingresos, la vivienda y la riqueza; relación entre familiares y amigos; y la disponibilidad de apoyo social y los amigos.

Para McNaughton, Crawford, Ball & Salmon (2012) la carga de morbilidad atribuible a enfermedades crónicas aumenta sustancialmente desde los 45 años en adelante, sin embargo, un estimado del 80% de los problemas de salud asociados con la vejez puede prevenirse o retrasarse principalmente por los cambios en estilos de vida implementados en el grupo de edad 55-65 años. La nutrición y la actividad física son los principales factores determinantes de la salud y la enfermedad y se asocian al riesgo de mortalidad prematura, la enfermedad coronaria, la hipertensión, el cáncer de colon, la diabetes tipo 2, osteoporosis y aumento de peso. La promoción de la actividad física y una dieta saludable por lo tanto tiene el potencial de reducir sustancialmente la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Para Barrientos del Llano et al. (1995; en Borrayo & Casal, 2011), la calidad de vida es la resultante de la interacción permanente de un conjunto de elementos de naturaleza muy diversa, relacionada con el desarrollo económico, el desarrollo social, el nivel de vida, las necesidades humanas fundamentales, las desigualdades económicas sociales, el modo de vida, el nivel de salud-enfermedad de la población así como las percepciones de las personas acerca de sus condiciones sociales de vida y la traducción subjetiva de dicha percepción en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción, insatisfacción, felicidad-infelicidad. La OPS establece en 1993 las siguientes áreas que integran el concepto calidad de vida: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, factores ambientales y sociales, factores socioeconómicos, factores de autonomía personal, satisfacción subjetiva y factores de personalidad. A partir de 1993 se incorpora el concepto de calidad de vida a la calificación internacional de las enfermedades (CIE) y al manual diagnóstico de las enfermedades mentales (DSM-IV), cobrando cada vez más importancia en la evaluación integral del hombre (Borrayo & Casal, 2011).

Para autores como Patrick & Erickson (1994; en Botero de Mejía & Pico, 2007) la CVRS es definida como la medida en que se modifican el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Y para Shumaker & Naughton (1996; en Botero de Mejía & Pico, 2007) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Actualmente contamos con métodos objetivos que mediante cuestionarios generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Los instrumentos para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente, y en la conducción de ensayos clínicos. Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos (Velarde & Ávila, 2002).

El cuestionario WHOQOL – Bref es un instrumento abreviado que adapta un enfoque subjetivo, pidiendo a los sujetos que evalúen sus respuestas con relación a sus propios estándares. Ha sido diseñado por la OMS-OPS y tiene aplicabilidad universal contando con una versión en español. El WHOQOL - Bref, explora la satisfacción de los sujetos en diferentes áreas de la vida, así como las molestias debido

a los problemas de esas áreas. El instrumento WHOQOL-BREF cuenta con 26 ítemes, y se centra en la calidad de vida percibida por el sujeto. Las escalas de respuesta que contiene el WHOQOL - Bref, hacen referencia a una evaluación multidimensional de calidad de vida que incorpora la percepción del individuo en varios aspectos de la vida. Cuenta con 26 ítemes, que son aseveraciones para elegir según escala de cinco posibilidades, en una escala de tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio con puntuaciones que van de 0-100, entre más alta la calificación, mejor la calidad de vida (Borrayo & Casal, 2011).

De acuerdo con Iglesias-Souto & Dosil (2005; en Molina, Meléndez, & Navarro, 2008), la concepción de calidad de vida en la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales.

Para González-Celis & Padilla (2006), la salud en la vejez es el reflejo de factores que intervienen en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, condiciones socioeconómicas como oportunidades de educación y trabajo, y la participación personal en los hábitos de salud y de estilo de vida. La percepción de enfermedad es un aspecto importante, debido a que “sentirse enfermo” puede suponer “sentirse” también “incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria”. Así la percepción subjetiva de la salud influye en la reacción a sus síntomas.

Las patologías edad-dependientes se caracterizan por ser de larga evolución (crónicas) y por generar en los sujetos afectados una tendencia a la pérdida de la capacidad funcional o de la capacidad para realizar las actividades denominadas como de la vida diaria (AVD) o lo que es lo mismo, aquellas que permiten al sujeto vivir independientemente. Otra característica de que las personas mayores enfermen sería que presentan varias enfermedades de manera concomitante (pluripatología), surgiendo la necesidad de utilizar varios fármacos para controlarlas (polifarmacia), generando en la mayoría de los casos un equilibrio inestable que da lugar a la aparición del anciano frágil. De la fragilidad a la dependencia o a la necesidad de un tercero en la realización de las actividades de la vida diaria el paso es inevitable. La dependencia es

el factor más importante a la hora de que el sujeto valore su calidad de vida (Millán, 2011).

En el ámbito mundial se considera que a partir de los 60 años se dobla la frecuencia de algún tipo de incapacidad y después de los 80 se triplica. Por lo que se considera la incapacidad mental, física y social en el anciano como una de las grandes epidemias para los próximos años (Borrayo & Casal, 2011).

El paso de las enfermedades transmisibles a las enfermedades no transmisibles se está produciendo rápidamente en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde enfermedades crónicas se están convirtiendo rápidamente en las causas principales de morbilidad y discapacidad. Para el 2020, la carga de estas enfermedades se elevará aproximadamente al 78 por ciento. Tanto los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, las enfermedades crónicas son causas importantes de discapacidad, resultan costosas y reducen la calidad de vida. La independencia de un anciano se ve amenazada cuando las discapacidades físicas o mentales hacen que le resulte difícil llevar a cabo las actividades de la vida diaria (OMS, 2002).

Como lo dicen Rathi & Radhika (2013), la buena salud es fundamental para las personas mayores, mantener la independencia, la autonomía y seguir siendo productivos con lleva a una mejor calidad de vida en la vejez. La evaluación de la incidencia de morbilidades crónicas y la salud funcional de las personas mayores es uno de los factores clave en la determinación de las futuras políticas de atención a largo plazo de prevención, junto con el desarrollo de tecnología de asistencia apropiadas por el gobierno.

Como se ha reportado en otros estudios para México, entre los adultos de edad media y avanzada, y debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, son más los hombres que viven casados en comparación con las mujeres, y es más alta la proporción de mujeres viudas. Los resultados confirman la heterogeneidad entre la población de adultos de edad media y avanzada en México. Se encuentran grandes brechas entre grupos de la población, definidos por género, edad y

residencia urbana /rural en todos los temas brevemente resumidos, por ejemplo salud, funcionalidad, bienestar económico, cobertura de servicios de salud y apoyos familiares (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio de Mora, Villalobos, Araya & Ozols (2004) concluyeron que la calidad de vida (autonomía, soporte social, salud mental, actividad física recreativa) difiere en lo que respecta al género y que la depresión geriátrica presentó diferencias significativas en cuanto al género siendo superior en las mujeres. Por su parte Fusijawa (1994; en Mora et al., 2004), encontró diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental, relaciones familiares) con respecto al género.

Hernández (2006) nos hace referencia a lo que plantea Marta Lamas, que el género es una construcción simbólica e imaginaria que comporta los atributos asignados a las personas a partir de la interpretación cultural de su sexo: distinciones biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, afectivas, jurídicas, políticas y culturales impuestas. El orden fundado sobre la sexualidad (el género), se constituye entonces en un orden de poder. En el imaginario social, lo esencial en la feminidad, desde su constructo sociocultural, es lo natural, lo biológico, representado en la capacidad exclusiva de la maternidad y de ahí “emocionalidad, el cuidado, el ser para los otros, la fragilidad, la dependencia, entre otros”, mientras lo esencial en la masculinidad, viene dado por la cultura, la creación, el pensamiento abstracto, la trascendencia social de la biología. De ello se desprende que lo relacionado con lo natural-biológico-mujer, en el proceso de construcciones simbólicas y la práctica concreta, emerja como inferior o subordinada a la cultura-hombre. Hernández (2006) también hace referencia a la definición de género de Joan Scott, el cuál propone dos partes analíticamente interrelacionadas muy esclarecedoras de lo que aporta la categoría: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de poder”.

Como lo comenta Lagarde (1996), para Seyla Benhabib: “El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos. La identidad sexual es un aspecto de la identidad de género. El sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente”. Lagarde (1996) afirma que cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer; sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación, hablantes de su idioma, ubicados en la nación y en la clase en que han nacido o en la que han transitado, envueltos en la circunstancia y los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que su vida se desarrolla. La categoría de género es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, y lo es también para analizar la condición masculina y la situación vital de los hombres. Es decir, el género permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad. Las mujeres y los hombres no conforman clases sociales o castas; por sus características pertenecen a la categoría social de género, son sujetos de género.

Las categorías de viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no son ni claras ni universalmente aceptables. Viejo es un término específico de cada persona, cultura, país y género. Las definiciones pueden variar entre ambos sexos a medida que los acontecimientos de la vida contribuyen a las transiciones del envejecimiento, por ejemplo, la jubilación del trabajo. Una definición cronológica de tercera edad o de persona mayor se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada. La OMS utiliza dos categorías, los mayores de 65 años (a veces mayores de 60 años), denominados como mayores, y la categoría de muy mayores, para los mayores de 80 años (OMS, 2001).

La perspectiva de género respecto de la salud del hombre, incluido el hombre al envejecer, se desarrolla sobre la experiencia del movimiento para la salud de la mujer,

aunque está lejos de estar igual de bien articulado. La posición social de la masculinidad, la forma en que se espera que los hombres se comporten, parece que es un importante determinante de salud entre los hombres de todas las sociedades. La salud del hombre está inevitablemente influenciada por la naturaleza de sus relaciones sociales. Los problemas de salud de los hombres al envejecer tienen mayores repercusiones sobre la vida de las mujeres que a la inversa. La proporción hombre-mujer se reduce significativamente a medida que aumenta la edad: 55 hombres por cada 100 mujeres entre los octogenarios; 35 hombres por cada 100 mujeres entre los nonagenarios; y sólo 26 hombres por cada 100 mujeres entre los centenarios. Generalmente se prevé que la diferencia entre géneros disminuirá en los países desarrollados y aumentará en los países en vías de desarrollo. Las diferencias en el estado de salud sólo dan indicios sobre el considerable impacto del género sobre la salud y el bienestar personal. Esto se demuestra con la comparación de las diferencias entre las esperanzas de vida saludable y las esperanza de vida en hombres y mujeres. Tanto las diferencias biológicas como los papeles culturales, sociales y económicos género-específicos del hombre y de la mujer dan lugar a distintos problemas de salud y distintas secuelas (OMS, 2001).

Como lo menciona Yuni & Urbano (2008; en Urquiza, Arnold-Cathalifaud, Thumala & Mayorga, 2008) las mujeres tienden a vivir más que los hombres, este sólo dato es un indicio de las diferencias que se podrían encontrar entre el envejecimiento masculino y femenino. Por su parte Pinquart & Sorensen (2001; en Urquiza et al., 2008) realizaron una investigación que consistió en un meta-análisis de 300 estudios sobre bienestar subjetivo: encontraron que las mujeres mayores reportaron un nivel significativamente menor de bienestar que los hombres mayores, lo cual podría tener relación con sus posibilidades de experimentar por más tiempo las condiciones de soledad, dependencia y exclusión social. Inglehart (2002; en Urquiza et al., 2008) realizó un estudio a 146,000 adultos en 65 diferentes países y encontró que las mujeres menores de 45 años dieron cuenta de mayores niveles de bienestar subjetivo que sus pares hombres, pero los niveles inferiores de bienestar a partir de los 45 o más años. Como sería esperable, si la variable género afecta el curso de la vida, claramente

ello debería observarse en la vejez. Para Moen & Spencer (2006, en Urquiza et al., 2008), la forma en que se organiza la vida no sólo se relaciona con categorías de edad, en el sentido de lo que se entiende y se espera de cada etapa, sino también con las características de género, a partir de las cuales se aprecian diferencias en los cursos de vida de hombres y mujeres.

En el plano mundial la población está envejeciendo. La mayoría de esa población son mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años. Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Los problemas surgidos a lo largo de la historia personal, como: mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. Esa cantidad de años se acompaña de más morbilidades y sin embargo, tienen menos acceso a atención en salud. Esto se debe a ingresos precarios de la ancianas, porque no cuentan con previsión social o porque, en muchas ocasiones, sus trabajos no han sido remunerados. La variable género es crucial para estudiar enfermedad, salud y calidad de vida. No son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres ni semejantes sus efectos (Barrantes, 2006).

Es imposible entender el envejecimiento y la salud sin una perspectiva de género. Tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el psicosocial, los determinantes de salud a medida que envejecemos están intrínsecamente relacionados con el género. Aunque las mujeres sufren mayores cargas de morbilidad y discapacidad, los hombres mueren antes, las razones de dicha mortalidad prematura no se entienden completamente. El Programa de la OMS sobre Envejecimiento y Salud defiende ahora el enfoque género-específico para el envejecimiento saludable. Un enfoque específico de género se refiere no sólo a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sino también a los papeles creados por la sociedad y que dan forma a las identidades de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Un enfoque específico de género ayudará a entender las diferentes necesidades sanitarias y

sociales de cada sexo de acuerdo con las distintas formas en que hombres y mujeres envejecen (OMS, 2001).

El abordaje de la calidad de vida en la vejez debe partir de la base de que sí bien se trata de personas con una larga trayectoria de vida, es decir que han transitado por varias edades, y que por ello hay elementos y aspectos que intervienen en la calidad de vida comunes con otros grupos etarios, existen especificidades en los adultos mayores que intervendrán en la calidad de vida de éstos, las cuales son necesarias de ser reveladas. Por lo que vemos, el envejecer, lejos de ser un proceso únicamente individual, es un proceso colectivo con implicaciones y condicionado por el entorno social en el que tiene lugar, lo que significa que el tiempo individual se halla integrando al tiempo social, estando cada vivencia de las personas significada por el paso del tiempo y por el momento en que fueron experimentadas (Osorio, Torrejón & Anigstein, 2011).

La evaluación de la calidad de vida individual es fundamental desde un punto de vista social, porque permite planificar, asignar recursos, priorizar políticas y evaluar resultados. En este período de la vida cobran una relevancia especial los aspectos relacionados con la salud y con las relaciones sociales; tanto es así, que algunos autores concluyen que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida del adulto mayor (Elousa, 2010).

El apoyo social como lo mencionan Botero & Pico (2007) es necesario diferenciarlo de las relaciones sociales, en razón a que éstas son el mecanismo a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden o no estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos, en la medida en que no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan o garantizan dicho apoyo. Por otro lado Fernández & Oliva (2007) comentan que el apoyo social no sólo incluye las características estructurales de las redes sociales (el contexto social de las interacciones), sino también los aspectos funcionales de las interacciones entre sus miembros. Las circunstancias que rodean a este apoyo social determinan, en gran

medida, las situaciones de soledad y aislamiento social de los adultos mayores, y por otro lado repercute en el bienestar social, en su salud y en su calidad de vida, sobre todo a través de él puede ayudarles a enfrentar las situaciones estresantes y los protege de las consecuencias negativas del estrés.

Como lo comenta Montenegro, Salazar, De la Puente, Gómez & Ramírez (2009) para Vera además de las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social, el equilibrio entre el soporte social ofrecido y recibido se relaciona con el bienestar subjetivo; también nos hace referencia a que la importancia del diagnóstico socio familiar del adulto mayor radica en lo expresado por Pérez et al. (2003; en Montenegro et al., 2009), al asegurar que existen evidencias de que la influencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad aumentan con la edad, especialmente a partir de los 60 años.

En el contexto español, para Yanguas (2006; en Molina et al., 2008) se ha pasado de los modelos benéfico-asistenciales (décadas anteriores a los años ochenta) a los modelos paternalistas y hosteleros que imperaron a principios y mediados de los ochenta y de estos últimos, a modelos que progresivamente asumen que la calidad de vida de la persona mayor y su familia deben constituir el objetivo principal en el que se debe basar toda la atención a la vejez de este nuevo siglo XXI. De este modo Molina et al. (2008) dicen que la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no sólo debe centrarse en medidas de salud física ya que otro tipo de variables de orden psicológico influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico.

III. ANTECEDENTES

Los estudios sobre calidad de vida permiten abordar la causalidad de la salud y la enfermedad, al estudiar la calidad de las condiciones de vida en las que transcurre la vida cotidiana de las personas, y por tanto coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades, a partir de criterios técnicos, de la cultura específica y del grado de equilibrio de la personalidad del individuo. Además los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas (González, 2002).

En el estudio longitudinal inglés sobre el envejecimiento realizado por Zaninno, Falaschetti & Sacker (2009) entre 2002 y 2007 en el cual se valoró las trayectorias de edad en la calidad de vida de los adultos mayores, se exploraron los factores que influyen en el cambio a través del tiempo, encontrando que los factores que tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida incluyen un mayor número de síntomas de depresión, las limitaciones funcionales atribuibles a la enfermedad y las actividades de la vida diaria desde hace mucho tiempo, tener malos ingresos, no percibir el apoyo positivo de la cónyuge, los hijos, familia y amigos, y el tener un número menor de amigos cercanos o familia en su red social. La cohabitación con la pareja tuvo un efecto positivo en la calidad de vida de los hombres, pero no en las mujeres. También se encontró que para los adultos en las edades más avanzadas, hay una disminución mayor en la calidad de vida a través del tiempo.

En otra vertiente de análisis de la calidad de vida en el adulto mayor, tenemos el cuestionario WHOQOL-OLD, en el cuál se valoran actitudes de los participantes hacia el cambio físico, pérdida psicosocial, y el crecimiento psicológico. En el 2003 se realizó un estudio transversal en 20 países por Low, Molzahan & Schopflocher (2013) empleando este cuestionario, participaron 4,593 personas, la mayoría de los países fueron europeos, y algunos otros como Japón y Argentina fuera del continente europeo;

en este estudio se encontró que las actitudes de los participantes hacia el cambio físico eran el mediador más fuerte de satisfacción con la salud en la calidad global y específica de dominio de la vida, seguida de la pérdida psicosocial y el crecimiento psicosocial. Sin embargo, los autores del estudio reconocen las limitaciones que éste tuvo, ya que la muestra no fue representativa de las personas en los 20 países y estuvo sesgada a una población más saludable más joven de edad, dada la edad media de 72 años de los encuestados y que estaban satisfechos con su salud.

Rathi & Radhika (2013), evaluaron el “Estado de salud de los ancianos: evidencia de la India y Japón”, mediante un estudio que tenía entre otros objetivos evaluar el estado de salud funcional de las personas mayores en ambos países, y conocer los factores asociados a las morbilidades crónicas y la salud funcional de los ancianos. En los resultados de este estudio se encontró una asociación significativa entre la independencia financiera y la capacidad funcional entre los encuestados de la India, los que eran económicamente independientes tenían discapacidades menores en actividades funcionales que los que eran dependientes, también se observó una asociación significativa entre la educación y las morbilidades crónicas, en ambos países, los encuestados con niveles educativos más altos tenían morbilidades crónicas más bajas que aquellos con niveles de educación más bajos.

En Tanzania en el 2007, Mwanyangala et al.(2010) realizaron la aplicación de la encuesta de la OMS en salud del adulto y envejecimiento global, el cual consiste en un cuestionario que incluye el estado de salud, calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores de 50 años, en los resultados de este estudio encontramos que la buena calidad de vida y estado de salud se asoció significativamente con ser hombre, estar casado y no estar entre los más ancianos, la capacidad funcional se asoció con la edad, a mayor edad más dificultad para realizar actividades de rutina. La calidad de vida disminuye con la edad, y las mujeres experimentan una peor calidad de vida y una mayor discapacidad física que los hombres.

En Europa en el 2004, se llevó a cabo un estudio por Arun & Çevik (2011) en el cual se comparó y analizó la calidad de vida de las personas mayores de 65 años de tres países Italia, Portugal y Turquía, empleándose la encuesta europea sobre calidad de vida, aquí se encontró que a pesar de estar en una misma región (mediterráneo), los tres países difieren entre sí con respecto a las condiciones de la población de edad avanzada, siendo muy diferente su calidad de vida. En Turquía las personas de edad sufren más problemas en términos de calidad de la sociedad, sin embargo en el contexto de las relaciones sociales, la solidaridad y el mecanismo de apoyo tienen mejores condiciones que los de Italia y Portugal.

En un estudio realizado en adultos mayores de 65 años, en Turquía en el 2008 por Akyol et al. (2010), en el cual se utilizaron las escalas de valoración calidad de vida Short Form-36, escala de depresión geriátrica y escala análoga de dolor visual, se observó una correlación significativa negativa entre calidad de vida y la intensidad del dolor y el grado de depresión. No se observaron diferencias entre los grupos de edad en cuanto a calidad de vida y en la escala de dolor, y tampoco se observaron diferencias significativas relacionadas con el género en la calidad de vida, el dolor y la puntuación de la escala de depresión geriátrica. La presencia de una enfermedad crónica y bajos niveles educativos reduce la calidad de vida y aumenta el nivel de depresión en los ancianos. Esto sugiere que una reducción en la calidad de vida en la población de edad avanzada podría estar asociada con factores adicionales en lugar de envejecimiento en sí mismo.

Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas (2011) realizaron en Chile un estudio sobre los factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor, con 406 adultos mayores, evaluaron la calidad de vida a través del WHOQOL-Old, encontraron evidencia de que no es tan sólo el estado real de salud de una persona lo que condiciona su evaluación de la calidad de vida, sino la percepción que ella tiene sobre si se siente enferma o no. En el adulto mayor que se percibe enfermo, la calidad de vida se relaciona con la autopercepción, el apoyo social, la autonomía y la salud física y mental, en tanto que en los que no, con el propósito en la vida, el apoyo social, la salud mental, la autonomía y la salud física.

Por su parte Melguizo, Acosta & Castellanos (2012) en Cartagena, Colombia, realizaron una encuesta transversal para valorar los factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores, encontrando que el ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas mostró una asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

En Cuba Borrayo & Casal (2011), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, para evaluar la calidad de vida en adultos mayores, encontrando que los factores que más influyen en su calidad de vida son: higiene, alimentación, medicamentos, salud, economía, vivienda, ley de Seguridad Social, transporte, accesibilidad a los servicios sanitarios y/o sociales y recreación. A mayor edad, los adultos perciben peor calidad en sus vidas.

En 2009, Soberanes, González & Moreno llevaron a cabo un estudio en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en México, para valorar la funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida, en el cual al analizar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad, tomando en cuenta las variables de estudio, se sugiere lo siguiente: tener una edad mayor, ser mujer, estar casada o en unión libre, tener baja escolaridad, no trabajar, tener ingreso económico bajo y padecer diabetes mellitus son factores que condicionan de manera importante esta asociación.

También en México Flores & Troyo (2011) realizan un estudio para valorar la calidad de vida en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco, empleando el instrumento WHOQOL-BREF, encontraron que la mayor parte de los adultos evaluados en el estudio valoraron su calidad de vida como normal/buena, pero también expresaron insatisfacción con su calidad de vida respecto a las condiciones de su vivienda, en relación con el lugar donde está ubicada la vivienda en el edificio y en lo referente a su propia vida. Y respecto a la edad y sexo, en esta investigación se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores, la calidad de vida insatisfecha aumenta.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autopercepción de salud es un parámetro válido para la medición del estado de salud. En el adulto mayor ha demostrado, a nivel poblacional, ser un buen indicador de la demanda de los servicios de sanitarios. Estudios longitudinales comprueban que la supervivencia tiene mayor relación con la salud subjetiva que con la objetiva y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados al envejecimiento satisfactorio. Además la autopercepción de salud se relaciona con la mortalidad, independientemente del nivel objetivo de salud (Soberanes et al., 2009).

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de la salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado (Botero de Mejía & Pico, 2007).

En el Estado de Hidalgo no se cuenta con estudios previos respecto a la valoración de la calidad de vida relacionados con la salud y el género, en el Centro Estatal de Atención Geriátrica (CESAGI) se cuenta con una población activa de 3950 adultos mayores (datos de 2013), durante el 2011 el total de consultas otorgadas en el año fue de 27,480, de las cuales 18,527 (77.8%) correspondieron a mujeres y 5,285 (22.2%) a hombres ; en el 2012 se brindaron 35,108 consultas en total, 23,480 (75.5%) para mujeres y 7,628 (24.5%) para hombres .

IV.1. Enunciado del problema

Esta información nos muestra una gran diferencia en cuanto a género, que podrían indicarnos dos aspectos relevantes de la población de Hidalgo y específicamente del CESAGI, primero que probablemente las mujeres presenta una mala calidad de vida y por lo tanto acuden con mayor regularidad a su atención, o bien que ellas son por cuestiones de género quienes desde su edad reproductiva están acostumbradas a usar los servicios de salud con mayor regularidad, incluyendo el tratamiento de su salud desde un aspecto preventivo. Y por otro lado los hombres no acuden a los servicios de salud, probablemente porque perciben su calidad de vida como buena, o que al no estar acostumbrados a hacer uso de los servicios de salud no se atiendan hasta que presentan complicaciones médicas que los obligan a acudir. De ahí que surge la siguiente pregunta de investigación.

IV.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de la calidad de vida con género y salud en adultos mayores de 60 años, que acuden al Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral en Pachuca, Hidalgo, entre febrero y marzo de 2014?

V. JUSTIFICACIÓN

En el contexto mexicano el proceso de envejecimiento adquiere importancia en las últimas dos décadas. Según datos del CONAPO, la población adulta -65 años o más- para el año 2020 será de 12.5%, 20.2% en 2035, y 28% en 2050, cuando la poblacional de adultos mayores alcance valores nunca antes observados, 36 millones de personas. Por lo anterior, el crecimiento del número y proporción de adultos mayores en la población ocurrirá en un corto periodo de tiempo y tendrá importantes implicaciones sociales y económicas para el conjunto de la sociedad, imponiendo límites estrictos a la acción estatal y exigiendo atención especial y una planeación estratégica anticipada (CONAPO, 2011).

En el ENASEM (Estudio nacional de salud y envejecimiento en México) 2001-2003, cerca de 9% de la población reportó tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, usar excusado y traslado a la cama). Estas limitaciones las declaran en mayor medida los de mayor edad que los jóvenes, y las mujeres más que los hombres, aunque esto último solamente en áreas urbanas. Los resultados confirman la heterogeneidad entre la población de adultos de edad media y avanzada en México. Se encuentran grandes brechas entre grupos de la población, definidos por género, edad y residencia urbana /rural en todos los temas brevemente resumidos, por ejemplo salud, funcionalidad, bienestar económico, cobertura de servicios de salud y apoyos familiares (Wong et al., 2007).

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención (Durán et al., 2013).

La población de Hidalgo no está exenta de la transición demográfica que afectan al país y al mundo, incrementando su población de adultos mayores en el último censo 2010 a un total de 229,785 de los cuales 52.58% corresponden a mujeres y 47.42% a hombres, con lo cual resulta de gran importancia la caracterización de este grupo de edad, desde el enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud, analizando las repercusiones de género sobre la misma, con el fin de obtener un panorama amplio del problema y de orientar a las autoridades en salud hacia la definición de políticas públicas, estrategias y diseño de programas que favorezcan la calidad de vida de los adultos mayores, con un enfoque de género.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el género, en adultos mayores de 60 años, atendidos en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral, en el período febrero-marzo de 2014.

Objetivos Específicos

- Analizar la calidad de vida de los adultos mayores valorando 4 aspectos: la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente.
- Analizar la capacidad funcional o capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): la independencia en baño, vestido, uso del sanitario, traslado de cama a silla, continencia y alimentación.
- Determinar las características socio-familiares, en la cual se contemplan las dimensiones de situación familiar, económica, de vivienda y las relaciones sociales.
- Identificar los siguientes aspectos en salud: enfermedades crónicas (Pluripatología), medicamentos (Polifarmacia), e ingresos hospitalarios recientes (último año).
- Identificar los siguientes factores sociodemográficos: edad, género, estado civil, vivienda en medio urbano o rural, cultura de patriarcado, nivel de escolarización, seguro médico.
- Establecer cuales factores son de riesgo y cuales protectores para la calidad de vida de los adultos mayores.

VII. HIPÓTESIS

H₁.-Existe asociación entre alta calidad de vida con género masculino y riesgo social bajo, con alguna escolaridad , estado civil casado, no pluripatología , no polifarmacia, no hospitalización reciente.

H₀.- No existe asociación entre alta calidad de vida con género masculino y riesgo social bajo, con alguna escolaridad , estado civil casado, no pluripatología , no polifarmacia, no hospitalización reciente.

VIII. METODOLOGÍA

VIII.1. Ubicación espacio-temporal.- Pacientes activos del Centro Estatal de atención Geriátrica Integral, que acudan a consulta en los meses de febrero a marzo de 2014.

VIII.2. Diseño de investigación.- Se realizará un estudio observacional, analítico y transversal

VIII.3. Selección de la población de estudio

- **Criterios de inclusión.** Adultos mayores de 60 años de edad, de ambos sexos, que sean pacientes activos del CESAGI, que acepten participar en el estudio de investigación
- **Criterios de exclusión.** Adultos mayores de 60 años de edad, de ambos sexos, que tengan diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia, hipoacusia severa, deterioro en el habla por secuelas de EVC y aquellos que no acepten contestar los instrumentos de evaluación.
- **Criterios de eliminación.** Adultos mayores de 60 años de edad que no contesten por completo las preguntas de los instrumentos o el cuestionario que se utilizará.

VIII.4. Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula del tamaño muestral para estimar una proporción, se consideran los siguientes criterios, el nivel de significancia de 95% y la precisión (d) del 5%. Se requiere tener una idea del valor aproximado del parámetro que se quiere medir es decir la proporción de la característica en la población. La seguridad (nivel de significancia) y la precisión compiten entre sí, por lo que debe llegarse a una combinación aceptable que asegure que el tamaño de muestra sea factible de estudiar desde el punto de vista de los recursos y del tiempo disponible.

La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{z^2 (PQ)}{d^2}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

Z= es el valor de la desviación normal, iguala 1.96 para un nivel de significación del 5%

P= proporción esperada de la característica en la población

Q= 1-P

d= precisión (en cuanto se aleja la muestra del verdadero porcentaje del universo)

Para el cálculo se consideró la proporción esperada de calidad de vida promedio de 60.1% (P) la cual fue obtenida del estudio realizado en Guadalajara, Jalisco, sobre calidad de vida realizado con el mismo instrumento empleado en esta investigación WHOQOL-BREF (Flores & Troyo, 2011), con una confianza del 95% y una precisión de 5%.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{1.96^2 (60.1)(39.9)}{5^2} = 368$$

Se aplicó además la fórmula para ajuste de la muestra, por no respuesta en la encuesta.

$$nzj = n \left[\frac{1}{1-R} \right]$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

R=pérdida máxima 21%

R= 0.21

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$nzj= 368 \left[\frac{1}{1-0.21} \right] = 466$$

Por lo tanto el tamaño de la muestra fue de 466 adultos mayores de 60 años, que sean pacientes activos del Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral.

VIII.5. Muestreo

El muestreo que se llevó a cabo fue no probabilístico.

VIII.6. Diseño operacional de las variables

Se considera variable dependiente a calidad de vida y variables independientes a edad, género, vivienda en medio rural o urbano, estado civil, patriarcado, escolaridad, seguridad social, atención regular en su unidad de salud, hospitalización, presencia de enfermedades (pluripatología), polifarmacia, relaciones socio-familiares y funcionalidad geriátrica.

Tabla I
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Concepto	Operacionalización	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. (RAE, 2013)	Edad en años cumplidos hasta el día que se entrevista.	Cuantitativa, discreta.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y plantas. (RAE, 2013)	1.-Femenino 2.-Masculino	Cualitativa, dicotómica.
Vivienda en medio Rural o Urbano	Una localidad se considera rural cuando su número de habitantes se encuentra dentro del intervalo de 1 a 2 499 habitantes. Y una localidad urbana cuando su número de habitantes es superior a 2500. (CONAPO, 2011)	1.-Urbano 2.-Rural	Cualitativa, dicotómica
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (RAE, 2013)	1.-Casado 2.-Soltero 3.-Viudo 4.-Unión libre 5.-Divorciado o separado.	Cualitativa, nominal
Patriarcado	Patriarcado es una organización social primitiva en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, extendiéndose este poder a los parientes aun lejanos de un mismo linaje. (RAE, 2013)	1.-Si 2.-No	Cualitativa, dicotómica
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (RAE, 2013)	1.-Ninguna 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria o Carrera técnica 5.-Licenciatura 6.-Posgrado	Cualitativa, nominal
Seguridad social	Con fines de este estudio a las instituciones públicas de seguridad social que prestan sus servicios a los derechohabientes.	1.-IMSS 2.-ISSSTE 3.-SEDENA 4.-PEMEX 5.-Privado 6.-Seguro Popular 7.-Ninguno	Cualitativa, nominal
Atención regular en su Unidad de Salud.	Para este estudio se entiende así a la atención continua recibida en su Unidad de Salud más cercana, como mínimo en 4 ocasiones en el año.	1.-Si 2.-No	Cualitativa, dicotómica
Hospitalización reciente	Permanencia en un hospital, en calidad de enfermo, durante al menos un día, ya sea en el área de urgencias, o en el área de pisos.	1.-Si 2.-No	Cualitativa, dicotómica
Pluripatología	Pacientes caracterizados por la presencia de 2 o más enfermedades crónicas de varias categorías, lo que implica, una mayor afectación clinicobiológica (Enfermedades no curables, con deterioro progresivo).	1.-Si 2.-No	Cualitativa, dicotómica
Polifarmacia	De acuerdo a la OMS es el uso	1.-Si	Cualitativa, dicotómica

	concomitante de tres o más medicamentos.	2.-No	
Calidad de vida	La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (Botero de Mejía & Pico, 2007)	1.-Baja 2.-Promedio 3.-Alta	Cualitativa, nominal
Relaciones socio-familiares	Se definen como las relaciones tanto familiares y sociales que influyen en el funcionamiento social del anciano. Con este fin se realizara la Escala de Valoración Socio-Familiar, contemplando como dimensiones la situación familiar, económica, de vivienda y las relaciones sociales. La escala puntúa cada apartado de 1al 5, clasificando la situación en normal, o en riesgo social si es igual o mayor a 16 puntos. (Corrales, Tardón, & Cueto, 2000)	1.-Valor igual o superior a 16 2.-Valor inferior a 16	Cualitativa, dicotómica
Funcionalidad geriátrica	La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales. Se valorará de acuerdo al índice de Katz, el cual evalúa 6 actividades considerando la independencia en baño, vestido, aseo, traslado de cama a silla, continencia y alimentación; desde A (independiente en las 6) a G (dependiente en todas). (Soberanes et al., 2009)	A.-Independiente en alimentación, movilidad, uso del baño, vestirse y bañarse. B.-Independiente en todas las funciones anteriores excepto una. C.-Independiente en todas excepto bañarse y otra función adicional. D.-Independiente en todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional. E.-Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, uso del baño y otra función adicional. F.-Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, uso del baño movilidad y otra función adicional. G.-Dependiente en las 6 funciones. H.-Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C,D, E o F.	Cualitativa, nominal

Técnicas y procedimientos

Se valoró la calidad de vida mediante el instrumento WHOQOL-BREF, en el cual se evalúan 4 aspectos: la Salud Física, Aspectos Psicológicos, Relaciones sociales y Medioambiente, a través de 26 ítems (Arronte, Beltrán, Correa, Martínez, Mendoza, Rosado & Vélez, 2008).

Se evaluó la capacidad funcional o capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante el Índice de Katz, el cual evalúa 6 actividades considerando la independencia en baño, vestido, aseo, traslado de cama a silla, continencia y alimentación (Arronte et al., 2008).

Se valoró el riesgo social, mediante la escala de Valoración Socio-familiar, la cual contempla las dimensiones de situación familiar, económica, de vivienda y las relaciones sociales

Por otro lado se evaluaron los aspectos sociodemográficos y de salud mediante un cuestionario, con 11 preguntas cerradas.

VIII.7. Plan de análisis

Para el análisis de las variables se empleará el programa Intercooled Stata 8, una vez ingresados los datos, se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado de las variables como se menciona a continuación:

- Se aplicaron las medidas de tendencia central: media, moda y mediana para la variable edad.
- Se realizaron proporciones para las siguientes variables: calidad de vida, género, vivienda en medio rural o urbano, estado civil, patriarcado, escolaridad de primaria o ninguna y de secundaria o más años, seguridad social, atención regular en su centro de salud, pluripatología, polifarmacia, hospitalización reciente, relaciones socio-familiares y funcionalidad geriátrica.

- En la sección del análisis bivariado se aplicó la prueba de hipótesis Chi-cuadrada de Pearson para medir la asociación entre la calidad de vida (variable dependiente), con todas las variables independientes.
- Posteriormente se dicotomizaron las variables para realizar las razones de momios crudas con la variable calidad de vida alta, y promedio y baja con las variables independientes que den respuesta a la calidad de vida.
- Y finalmente se realizó el análisis multivariado a través de modelos de regresión logística no condicional con las variables confusoras edad y sexo. Se realizó un modelo para las variables edad, sexo y ambas para analizar si estas variables actuaban como confusoras y en caso de serlo ajustar por posible efecto confusor. Se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativa

Se considera la variable dependiente a la Calidad de vida y las variables independientes a edad, género, vivienda en medio rural o urbano, estado civil, patriarcado, escolaridad, seguridad social, atención regular en su unidad de salud, hospitalización, pluripatología, polifarmacia, relaciones socio-familiares y funcionalidad geriátrica

IX. Aspectos éticos

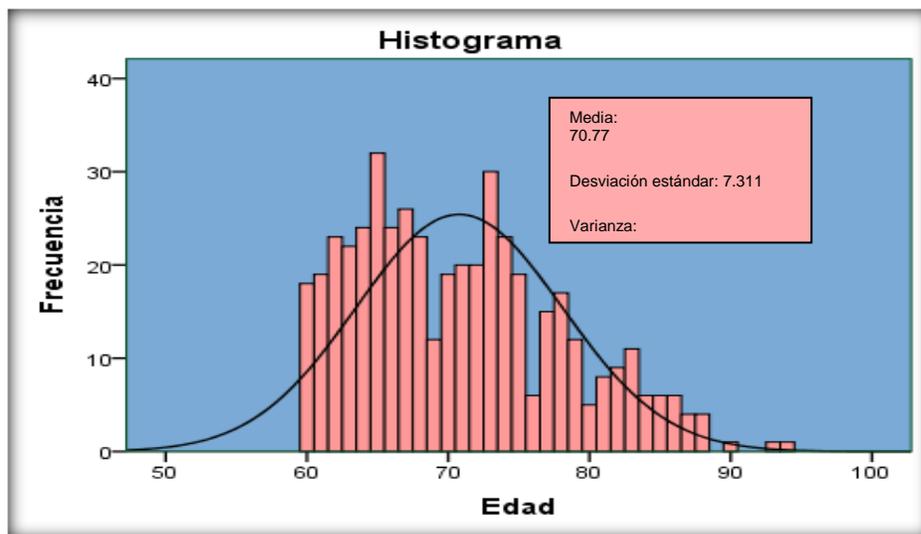
En el título segundo sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1984), y con fundamento en lo dispuesto en la fracción I, del artículo 17, clasifica a ésta investigación sin riesgo debido a que está investigación es de carácter descriptivo, sin ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio y solo se solicitarán las respuestas a los cuestionarios. El artículo 23, la Comisión de Ética, por razones justificadas para éste tipo de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado. (Presidencia de la República, 1984)

X. RESULTADOS

X.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

De las 466 personas que participaron en el estudio (Figura I), la media de edad fue de 70.77, siendo la edad mínima de 60 años y la edad máxima registrada de 94 años, con una desviación estándar de 7.311, una varianza de 53.45 y la kurtosis de 2.59.

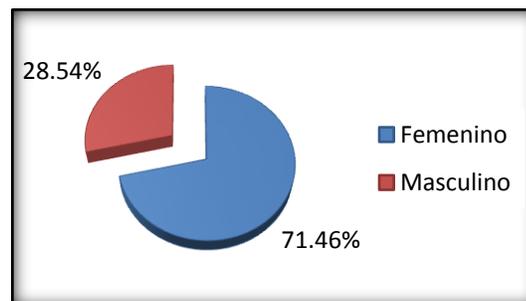
FIGURA I. HISTOGRAMA DE FRECUENCIA PARA VARIABLE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto al sexo de los participantes 71.46% correspondió a mujeres y 28.54% a hombres (Figura II).

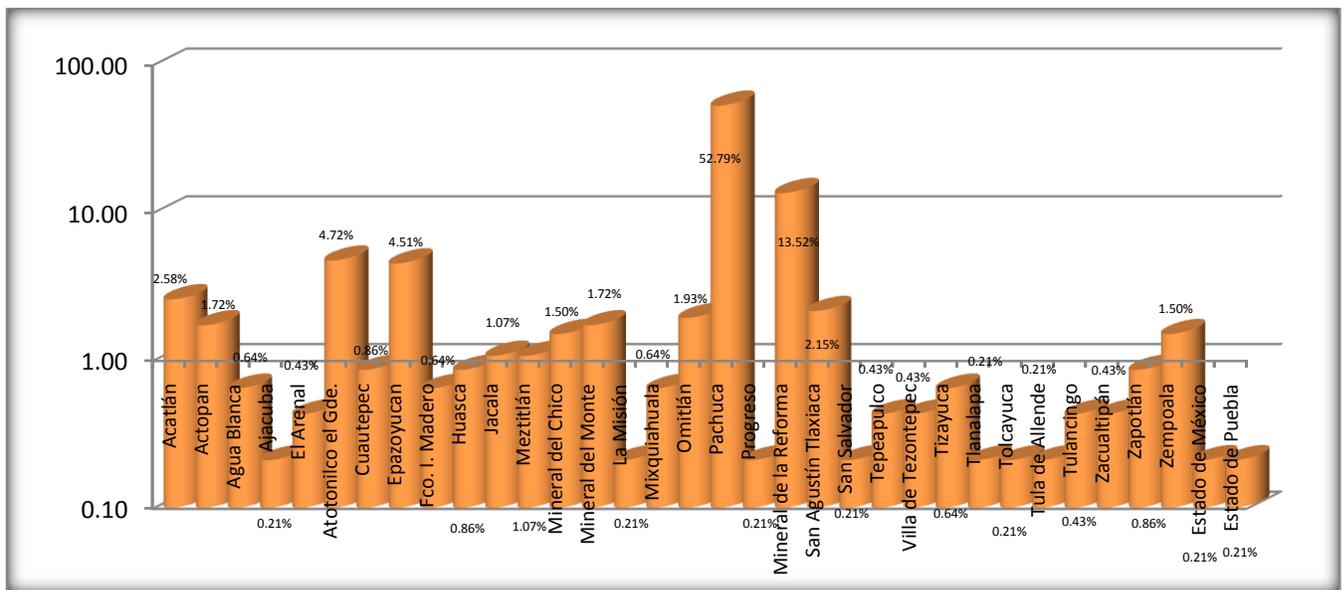
FIGURA II. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR SEXO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

El 84.33% de los participantes vive en un medio urbano y el 15.67% vive en un medio rural. El total de los participantes provenían de 32 municipios (Figura III) correspondiendo los mayores porcentajes al municipio de Pachuca de Soto el 52.79%, el 13.52% de Mineral de la Reforma, 4.72% de Atotonilco el Grande, 4.51% de Epazoyucan, y dos participantes provenían de otros estados, uno del Estado de México y otro del Estado de Puebla.

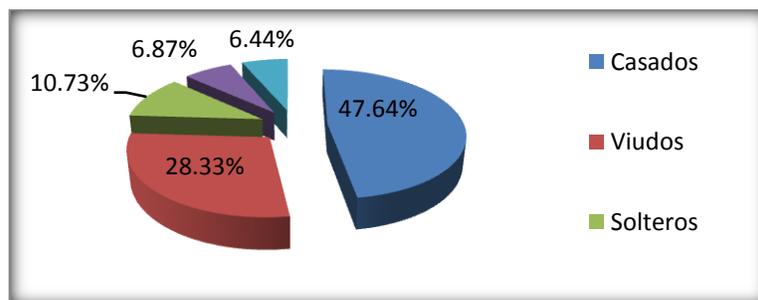
FIGURA III. MUNICIPIOS DE RESIDENCIA DE LOS PARTICIPANTES, EN PORCENTAJES



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto al estado civil de los participantes (Figura IV) se encontró que un 47.64% están casados, 28.33% son viudos, 10.73% son solteros, 6.87% viven en unión libre y 6.44% están separados o divorciados.

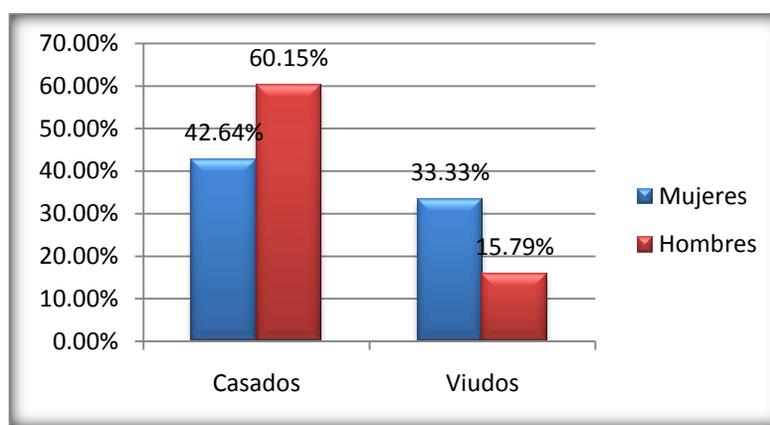
FIGURA IV. ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Aquí encontramos una diferencia por sexo (Figura V), el 60.15% de los hombres están casados, mientras que el 42.64% de las mujeres están casadas ($p < 0.05$); y el 15.79% de los hombres son viudos y el 33.33% de las mujeres son viudas ($p > 0.05$)

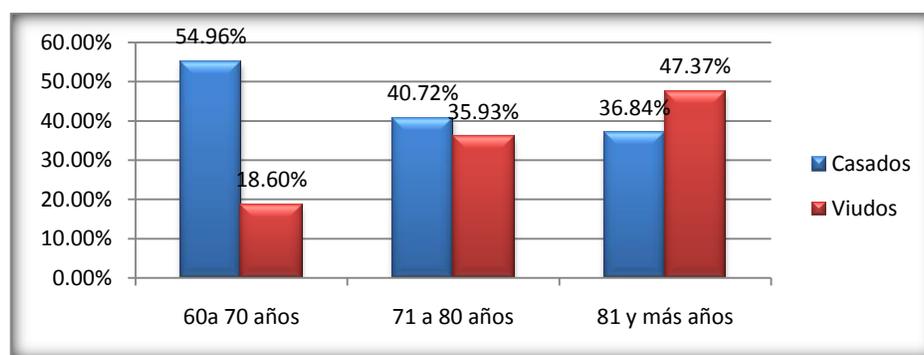
FIGURA V. ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES POR SEXO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Por grupo de edad (Figura VI) encontramos en el grupo de 60 a 70 años una mayor proporción de personas casadas 54.96% y sólo 18.60% de personas viudas, en el grupo de 71 a 80 años, esta proporción cambia 40.72% son casados y 35.93% viudos, y en el grupo de 81 y más años cambia aún más la proporción encontrando 36.84% casados y 47.37% viudos. Así vemos que conforme aumenta la edad, el porcentaje de viudos incrementa y los casados en consecuencia disminuyen.

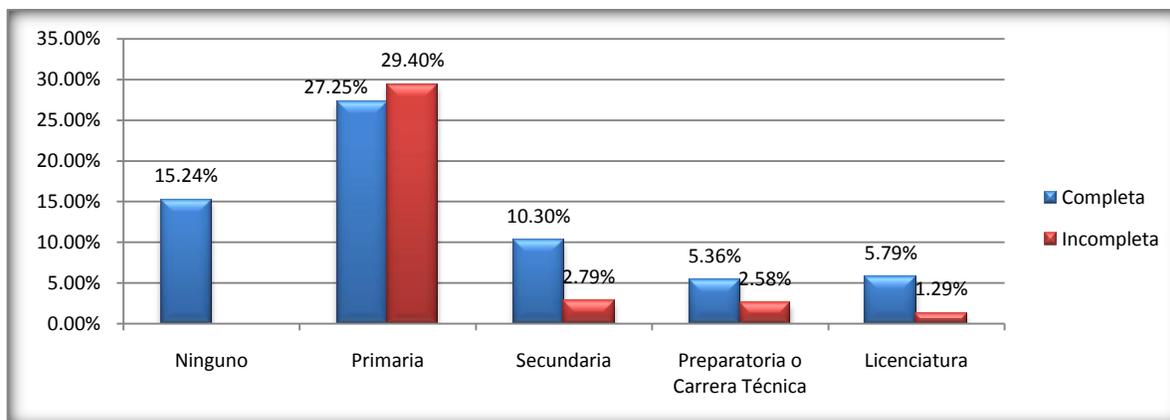
FIGURA VI. ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Con respecto a la escolaridad de los participantes llama la atención que la mayoría de ellos corresponde a los que tienen primaria completa e incompleta 56.65%, sin ninguna escolaridad tenemos a un 15.24% y con licenciatura completa e incompleta sólo 7.08%, de igual forma es relevante que sólo el 28.11% de los participantes tengan escolaridad por superior o igual a nivel secundaria (Figura VII).

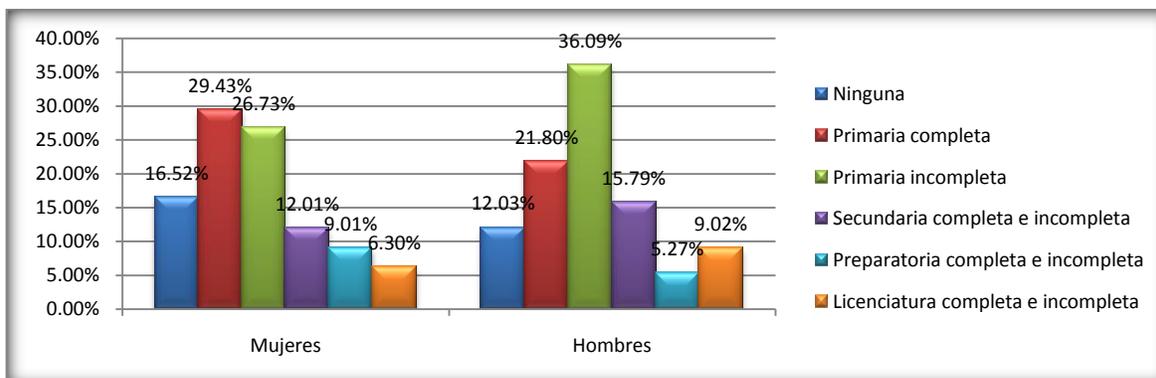
FIGURA VII. ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto al sexo, encontramos que tanto en hombres y mujeres la mayoría de ellos se concentran con estudios de primaria completa e incompleta, pero 21.80% de los hombres tiene primaria completa, mientras que sólo 29.43% de las mujeres tienen primaria completa, y en cuanto a licenciatura encontramos nuevamente diferencias ya que son 9.02% de los hombres y sólo 4.5% de las mujeres son quienes tienen licenciatura completa e incompleta (Figura VIII).

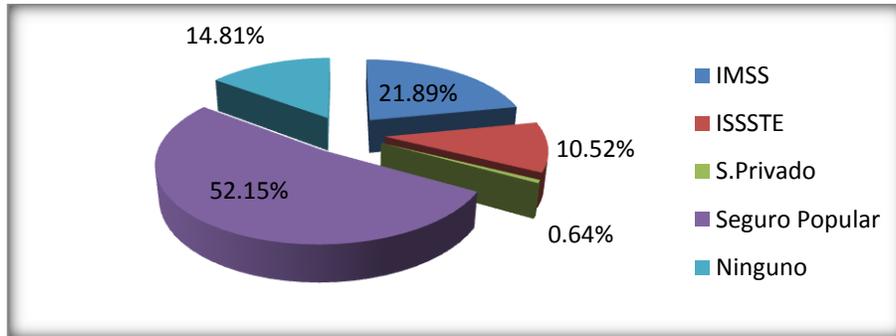
FIGURA VIII. ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES POR SEXO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto al seguro médico con el que cuentan los participantes (Figura IX) encontramos que el 52.15% tienen Seguro Popular, 21.89% tienen IMSS, 10.52% tienen ISSSTE, 14.81% no tienen ningún seguro médico y un 0.64% cuentan con un seguro médico privado.

FIGURA IX. SEGURO MÉDICO CON EL QUE CUENTAN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a las variables empleadas para valorar condiciones de salud encontramos los siguientes resultados, el 86.7% de los participantes manifestó acudir a recibir atención médica con regularidad, es decir al menos 4 veces al año, ya sea en su unidad de salud o en el CESAGI, y sólo 13.3% no acuden a recibir atención médica con regularidad (Figura X).

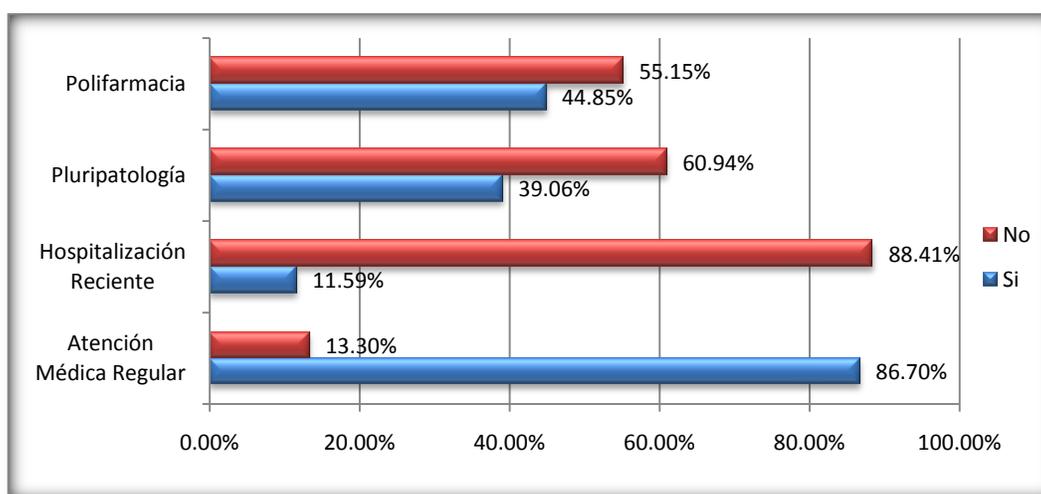
El 11.59% de los participantes estuvo hospitalizado en el último año que paso, mientras el 88.41% no estuvo hospitalizado. Lo cual nos habla de las posibles complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas que padecen (Figura X).

El 60.94% de los participantes no presenta pluripatología, es decir padece una enfermedad o ninguna enfermedad crónico degenerativa, y sólo el 39.06% presento pluripatología es decir 2 o más enfermedades crónico-degenerativas (Figura X).

El 55.15% de los participantes no presentan polifarmacia, es decir que no toman ningún medicamento o bien que toman uno o dos medicamento por día .Por otro lado el

44.85% si presentan polifarmacia es decir que consumen 3 o más medicamentos por día (Figura X).

FIGURA X. VARIABLES EMPLEADAS PARA VALORAR CONDICIONES DE SALUD: ATENCIÓN MÉDICA REGULAR, HOSPITALIZACIÓN RECIENTE, PLURIPATOLOGÍA Y POLIFARMACIA

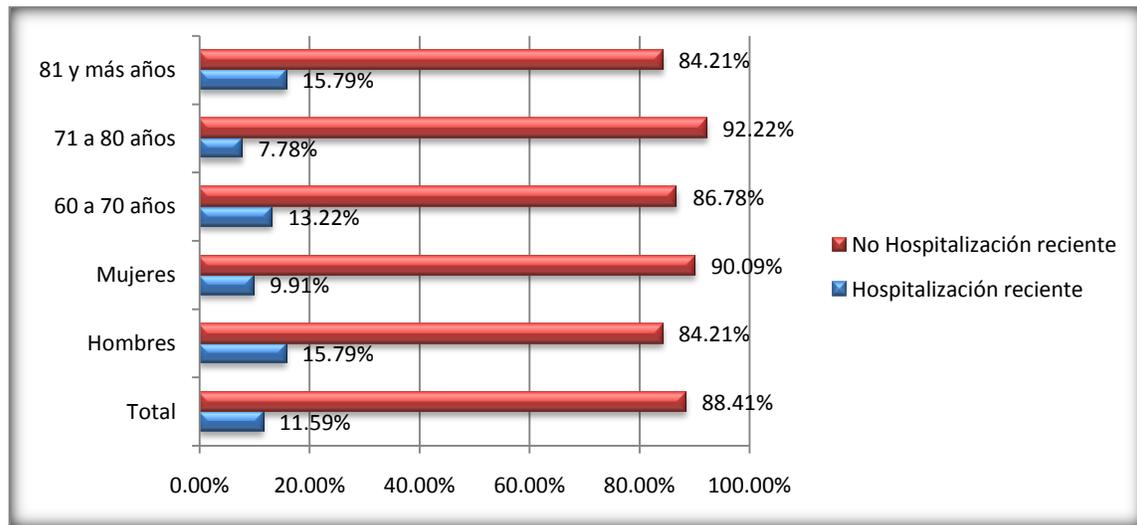


Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a hospitalización en el último año, encontramos diferencias por género, siendo más frecuente en los hombres con 15.79%, contra 9.91% de las mujeres (Figura XI).

Por grupo de edad esta variable también presenta variaciones por grupo de edad, en los del grupo de 60 a 70 años 13.22% han tenido una hospitalización reciente, en el grupo de 71 a 80 años 7.78% ha tenido hospitalización reciente y en el grupo de 81 y más años 15.79% ha estado hospitalizado en el último año que paso, lo cual vemos el comportamiento de las complicaciones de sus enfermedades crónicas que en el grupo de los mayores de 81 años se han presentado con más frecuencia la hospitalización (Figura XI).

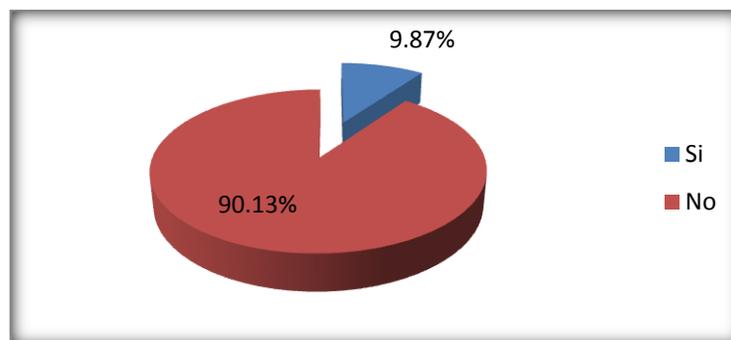
FIGURA XI. HOSPITALIZACIÓN RECIENTE PUNTUACIÓN TOTAL, POR SEXO Y POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a la cultura del patriarcado, la pregunta que se eligió para cuestionar sobre este ámbito en los participantes es ¿quién tomaba la mayoría de las decisiones sobre los asuntos en su casa?, a lo cual obtuvimos un 90.13% que no tienen esta cultura, es decir quién tomaba las decisiones en casa es la pareja o la esposa, este resultado pudo estar influido porque el 71.46% de la participantes fue del sexo femenino. Sólo el 9,87% respondió que el esposo es quien tomaba las decisiones en casa, habiendo una cultura de patriarcado en estos casos (Figura XII).

FIGURA XII. CULTURA DE PATRIARCADO

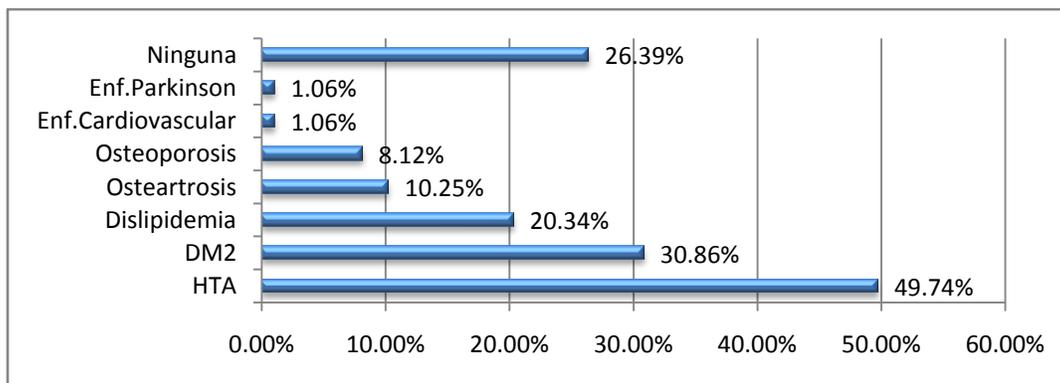


Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a las diferencias por sexo, tenemos que 12.78% de los hombres si presentan esa cultura de patriarcado en sus hogares, mientras que las mujeres sólo el 8,71% aceptaron que se presenta en sus hogares.

De las enfermedades crónico-degenerativas que reportaron padecer los participantes, tenemos que 49.74% del total de los participantes tiene hipertensión arterial sistémica (HTA), 30.86% reportó padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 20.34% dislipidemia, 10.25% osteoartrosis, 8.12% osteoporosis, 1.06% enfermedad cardiovascular, 1.06% enfermedad de Parkinson y 26.39% no presenta ninguna enfermedad crónico-degenerativa. Cabe hacer mención de la suma de estos porcentajes no representa el 100%, ya que como se comentó en el apartado anterior el 39,06% presenta pluripatología, es decir, padecen 2 o más enfermedades, pero para fines de la interpretación se presentan sus porcentajes por separado (Figura XIII).

FIGURA XIII. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS QUE PRESENTAN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Los siguientes resultados corresponden a las puntuaciones obtenidas para la Escala de valoración socio-familiar de Gijón, la cual se compone de los siguientes apartados: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. De estos cinco apartados se obtiene una puntuación total, la cual es valorada dependiendo si su valor es <10 como normal o con riesgo social bajo, entre 10 y 16 con riesgo social intermedio y ≥17 con riesgo social elevado (problema social) (Tabla II).

Tabla II
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN MODIFICADA

Situación Familiar	n	%
Vive con la familia (cónyuge , hijos y nietos , u otros familiares)	259	55.58
Vive con cónyuge de similar edad	129	27.68
Vive con la familia y usted presenta alguna dependencia física	4	0.86
Vive solo y tiene hijos próximos	35	7.51
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	39	8.37
Situación económica		
Con pensión	104	22.32
Ingresos superiores a \$1,800 mensuales.	5	1.07
Ingresos irregulares (ingresos variados y ocasionales) o menos de \$1500 mensuales.	52	11.16
Pensión no contributiva (Pensión para Adultos Mayores de 65 y más, \$525 mensuales)	173	37.12
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	132	28.33
Vivienda		
Adecuada a necesidades (luz, agua, drenaje, aseo de la vivienda)	374	80.26
Barreras arquitectónicas: escaleras, puertas estrechas	23	4.94
Mal aseo, baño incompleto, ausencia de agua caliente y luz.	61	13.09
Ausencia de elevador, teléfono.	0	0
Vivienda inadecuada: paredes y techos de cartón o lámina, en ruinas.	8	1.72
Relaciones sociales		
Buenas relaciones sociales (familia, amigos y vecinos cercanos, compañeros en un Club o Casa de día)	253	54.29
Relación social solo con familia y vecinos	164	35.19
Relación social solo con familia o vecinos	47	10.09
No sale del domicilio, recibe a familiares	1	0.21
No sale del domicilio y no recibe visitas	1	0.21
Apoyo de la red social		
Con apoyo familiar o vecinal (Si necesita algo, económico, para trasladarse, visitarlo para conocer su estado de salud, hacerle sus compras, o apoyarlo en las actividades de la casa.)	443	95.06
Voluntariado social y ayuda domiciliaria (Apoyo del DIF)	1	0.21
No tiene apoyo	22	4.72
Pendiente de ingreso a residencia geriátrica	0	0
Tiene cuidados permanentes	0	0

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

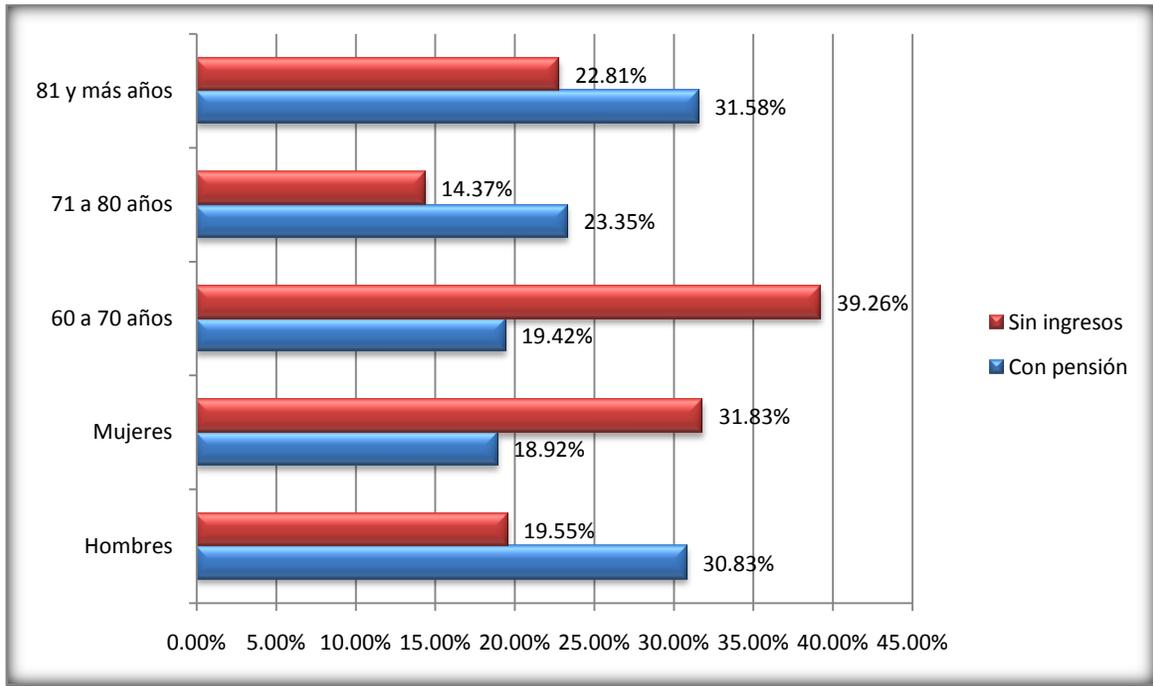
En los resultados de la situación familiar, 55.58% de los participantes vive con su familia (cónyuge, hijos y nietos, u otros familiares), 27.68% vive con su cónyuge, 0.86% vive con la familia y presenta dependencia física, 7.51% vive sólo y tiene hijos próximos y 8.37% vive sólo y carece de hijos o viven alejados (Tabla II).

Con respecto a la situación económica de los participantes, el 22.32% cuenta con pensión, sólo 1.07% tiene ingresos superiores a \$1,800 mensuales, 11.16% tiene ingresos irregulares o menores a \$1,500 mensuales, 37.12% cuenta con la pensión para Adultos Mayores de 65 y más, y el 28.33% no tiene ingresos o son inferiores a \$525 mensuales. Llama la atención que el 65.45% de los participantes, se encuentran en los últimos dos apartados, lo cual implica tener ingresos mensuales de \$525 o inferiores a esto, lo cual los limita y los hace dependientes económicamente de sus redes familiares o sociales (Tabla II).

Aquí encontramos una diferencia por género en cuanto a las personas con pensión, ya que sólo 18.92% de las mujeres cuentan con ella, y 30.83% de los hombres la tiene, por otro lado 31.83% de las mujeres no tienen ingresos y 19.55% de los hombres no tienen ingresos. Esto nos permite observar las diferencias por género, mientras que las mujeres permanecían en casa, los hombres eran quienes tenían que trabajar (Figura XIV).

En esta variable encontramos diferencias también en cuanto al grupo de edad, para el grupo de 60 a 70 años el 19.42% tienen pensión, del grupo de 71 a 80 años 23.35% tienen pensión, y del grupo de 81 y más años 31.58% tienen pensión. Por el lado contrario los que reportan no tener ingresos son 39.26% del grupo de 60 a 70 años, 14.37% del grupo de 71 a 80 años y 22.81% del grupo de 81 y más años. Aquí vemos como en los grupos de menor edad la tendencia es a desaparecer las pensiones, y esto se refleja también en el porcentaje de los que reportaron no tener ingresos son los del grupo de menor edad los que tienen el porcentaje mayor (Figura XIV).

FIGURA XIV. SITUACIÓN ECONÓMICA, INCLUIDA DENTRO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN, DIFERENCIAS POR SEXO Y POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

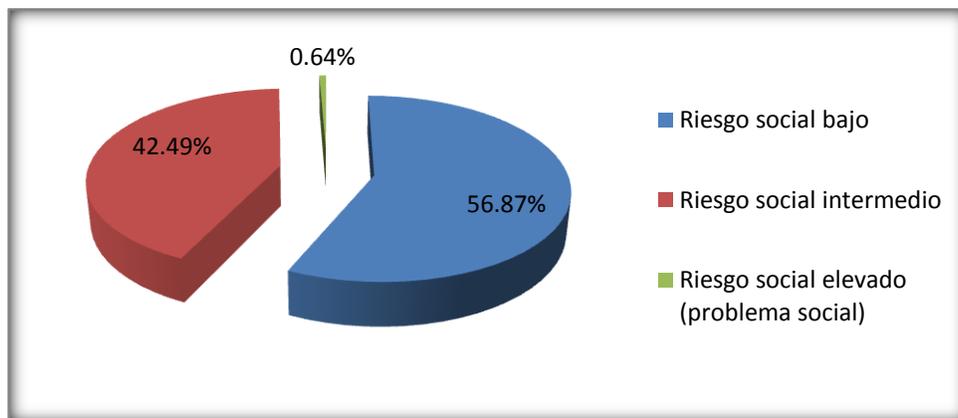
En los resultados de vivienda, el 80.26% de los participantes manifestaron tener una vivienda adecuada a necesidades con luz, agua, drenaje y buen aseo; el 4.94% presentan alguna barrera arquitectónica en su vivienda como escaleras o puertas estrechas; el 13.09% refieren tener baño incompleto, o ausencia de agua caliente o luz en su vivienda, y sólo el 1.72% de los participantes manifestó tener una vivienda inadecuada, con paredes y techos de cartón o lámina (Tabla II).

En cuanto a las relaciones sociales, el 54.29% de los participantes tienen buenas relaciones sociales con su familia, amigos y vecinos cercanos, el 35.19% tiene relación social sólo con la familia y vecinos, 10.09% tienen relación social sólo con familia o vecinos, y 0.21% no sale de su domicilio y recibe a familiares, y también el 0.21% no sale de su domicilio y no recibe visitas. De esto concluyo que el 99.57% tiene relaciones sociales con la familia, vecinos o amigos, lo cual conforma sus redes sociales y familiares (Tabla II).

En cuanto al apoyo de la red social, el 95.06% de los participantes manifestó tener apoyo familiar o vecinal de tipo económico, traslado, hacerle sus compras, apoyarlo en actividades en casa o visitarlo para conocer su estado de salud; el 0.21% refirió tener apoyo del DIF y el 4.72% manifestó no tener apoyo de ningún tipo (Tabla II).

De estos resultados obtenemos un puntuación final de la Escala de valoración socio-familiar de Gijón, en la cual el 56.87% se encontró con puntuaciones inferiores a 10 puntos, por lo cual presentan un riesgo social bajo, el 42.49% presentó puntuaciones entre 10 y 16 puntos lo cual corresponde a riesgo social intermedio y el 0.64% presentó puntuaciones superiores a 17 puntos lo que significa un riesgo social elevado o problema social, esto corresponde a 3 participantes del estudio (Figura XV).

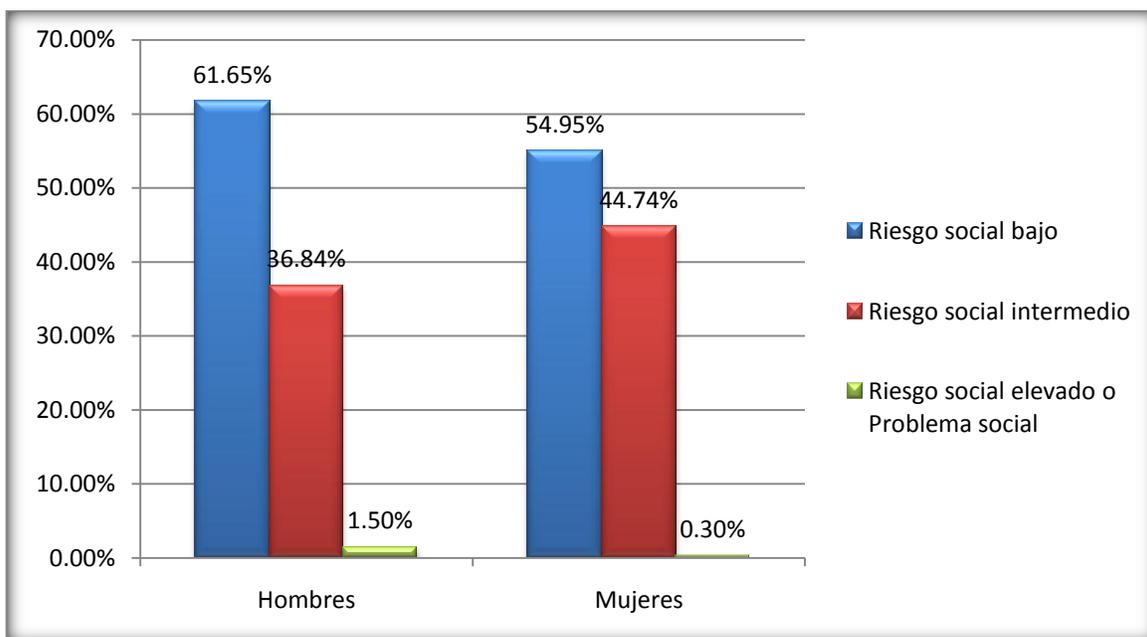
FIGURA XV. RESULTADOS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a los resultados por sexo, tenemos que los hombres tiene 61.65% riesgo social bajo, y las mujeres 54.95%, y en el riesgo social intermedio las mujeres tienen 44.74% y los hombres 36.84%, y para el riesgo social elevado o problema social los hombres tienen el 1.5%, mientras que las mujeres sólo el 0.30%. Es decir los hombres destacan con menor riesgo social (Figura XVI).

FIGURA XVI. RESULTADOS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN, POR SEXO



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Los siguientes resultados corresponden al Índice de Katz, el cual nos permite valorar la independencia o dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a los resultados obtenidos se les asigna una denominación A,B, C,D,E,F,G, de acuerdo a la independencia o dependencia de las ABVD, como se indica a continuación.

Índice de Katz

- A Independiente para todas las funciones
- B Independiente para todas **menos una cualquiera**
- C Independiente para todas **menos baño y otra cualquiera.**
- D Independiente para todas **menos baño, vestido y otra cualquiera.**
- E Independiente para todas **menos baño, vestido, uso de sanitario y otra.**
- F Independiente para todas **menos baño, vestido, uso de sanitario, movilidad y otra.**
- G **Dependiente en todas las funciones**

Con respecto al baño, el 95.71% manifestó ser independiente, es decir se bañan completamente solos o sólo requieren ayuda en alguna parte del cuerpo, y el 4.29% es dependiente en esta actividad, es decir necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo o bien para entrar o salir de la ducha (Figura XVII).

Para el vestido, el 97% de los participantes son independientes, cogen la ropa, se la ponen solos y pueden abrocharse botones y atarse zapatos; sólo el 3% presento dependencia en esta actividad, esto es que no se visten por sí mismos (Figura XVII).

En el uso de sanitario, el 97.42% de los participantes son independientes, van al sanitario solos, se arreglan la ropa y se limpian solos, y el 2.58% son dependientes en esta actividad, requiriendo ayuda para ir al sanitario y/o limpiarse (Figura XVII).

Para la movilidad, el 94.21% de los participantes son independientes, se levantan y se acuestan de la cama solos, se levantan y se sientan en la silla y se sientan solos; el 5.79% son dependientes de esta actividad necesitando ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama o de la silla, además de necesitar ayuda para desplazarse o no se desplazan (Figura XVII).

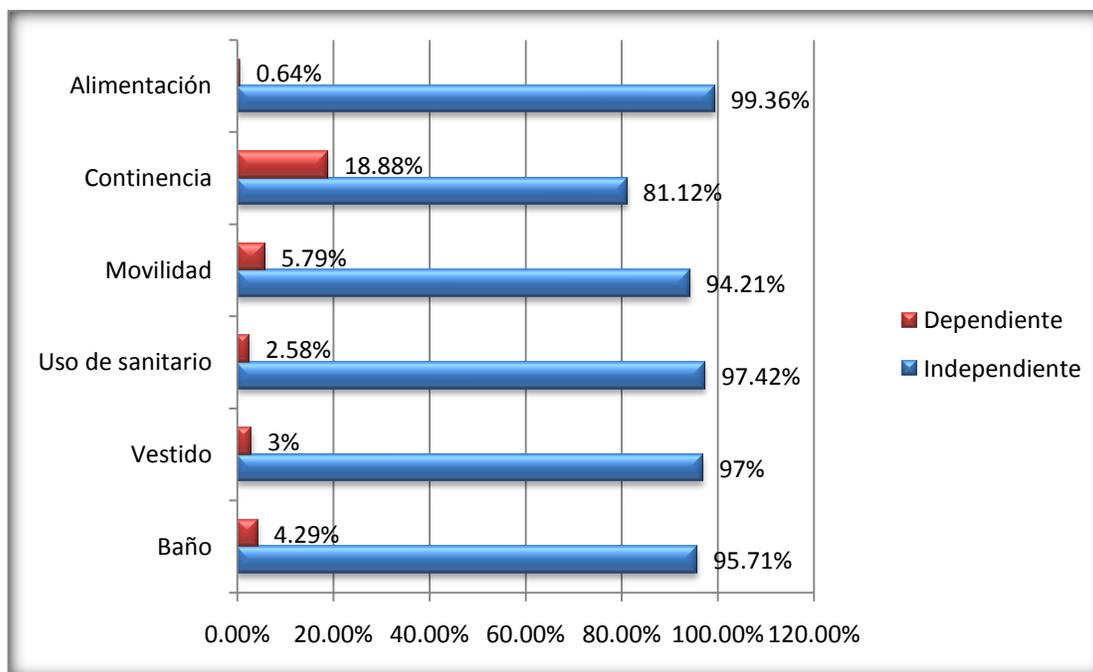
La continencia, es la ABVD donde mayor dependencia se presentó de todas las actividades, encontrando un 81.12% de los participantes con independencia, con

control completo de la micción y defecación, y 18.88% presentó dependencia es decir incontinencia parcial o total de la micción o defecación (Figura XVII).

Aquí llama la atención en cuanto a sexo, como las mujeres presentan el 20.42% y los hombres sólo 15.04% de dependencia en la Continencia.

En la alimentación el 99.36% de los participantes son independientes en esta actividad, comen solos, llevan alimento solos desde el plato a la boca, y el 0.64% son dependientes, necesitan ayuda para comer, no comen solos, o requieren alimentación enteral (Figura XVII).

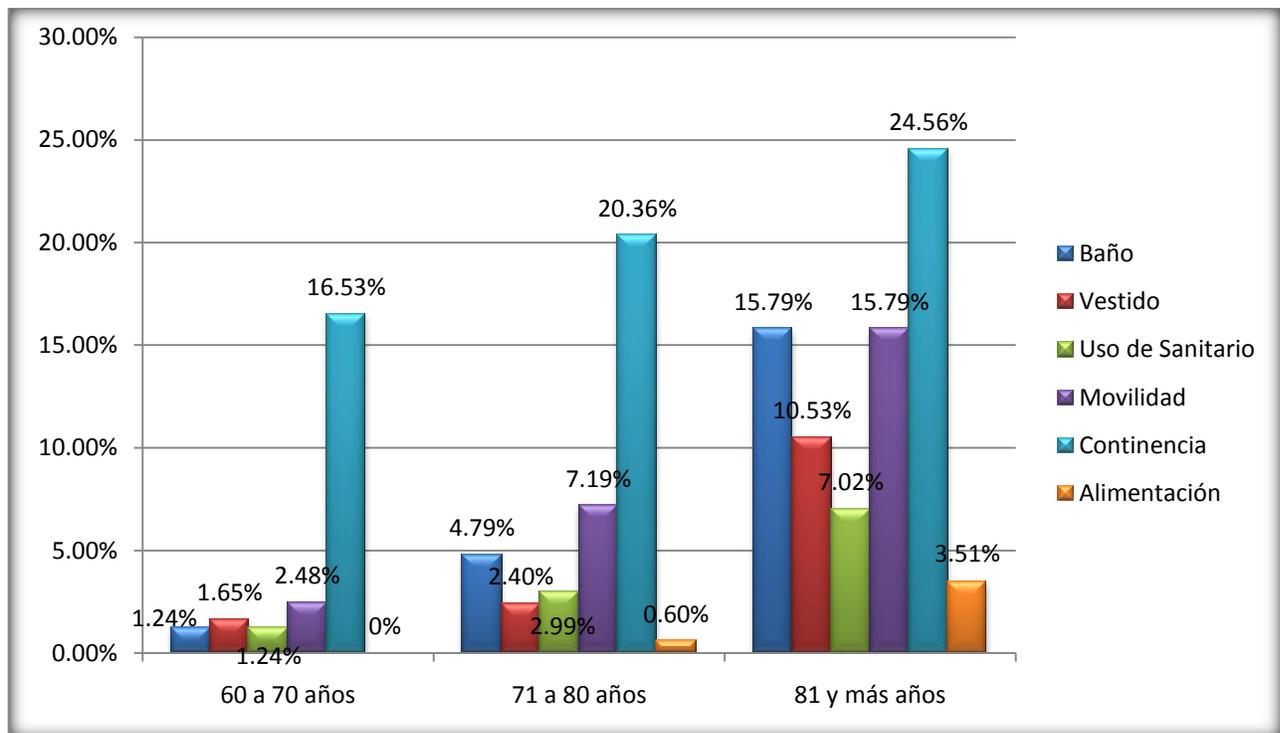
FIGURA XVII. DEPENDENCIA O INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: BAÑO, VESTIDO, USO DE SANITARIO, MOVILIDAD, CONTINENCIA Y ALIMENTACIÓN



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Por grupo de edad, para todas las actividades de la vida diaria observamos como el grupo de 81 y más años presenta mayor dependencia, 15.79% para baño, 10.53% para vestido, 7.02% para uso de sanitario, 15.79% en movilidad, 24.56% en continencia y 3.51% en alimentación. Y el grupo de 60 a 70 años presentó la menor dependencia en todas las ABVD (Figura XVIII).

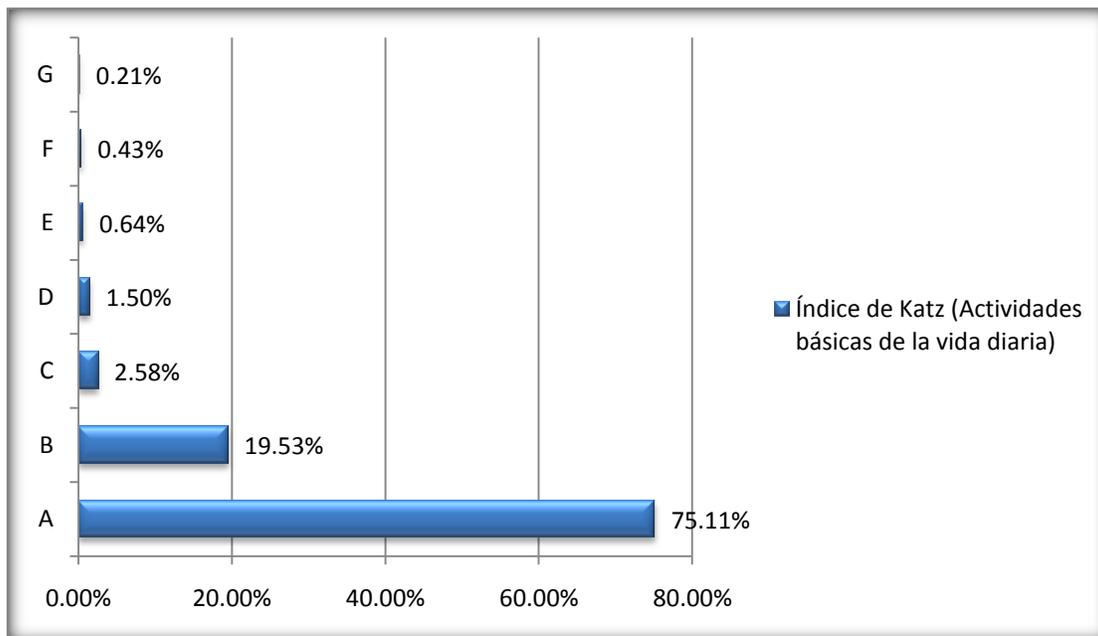
FIGURA XVIII. DEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (BAÑO, VESTIDO, USO DE SANITARIO, MOVILIDAD, CONTINENCIA Y ALIMENTACIÓN) POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

De los resultados de las seis actividades básicas de la vida diaria, del índice de Katz, se obtuvieron los siguientes resultados, 75.11% de los participantes con valoración Katz A (independientes para todas sus funciones), 19.53% con Katz B (Independientes para todas menos una función cualquiera), 2.58% con Katz C (Independiente para todas menos baño y otra cualquiera), 1.50% con Katz D (Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera), 0.64% con Katz E (Independiente para todas menos baño, vestido, uso de sanitario y otra), 0.43% con Katz F (Independiente para todas menos baño, vestido, uso de sanitario, movilidad y otra) y 0.21% con Katz G (Dependiente en todas las funciones). Llama la atención que la mayoría de los participantes es independiente en todas sus actividades 75.11%, y que el 94.64% de los participantes presenta una dependencia o ninguna en las actividades de la vida diaria (Figura XIX).

FIGURA XIX. RESULTADO DEL ÍNDICE DE KATZ

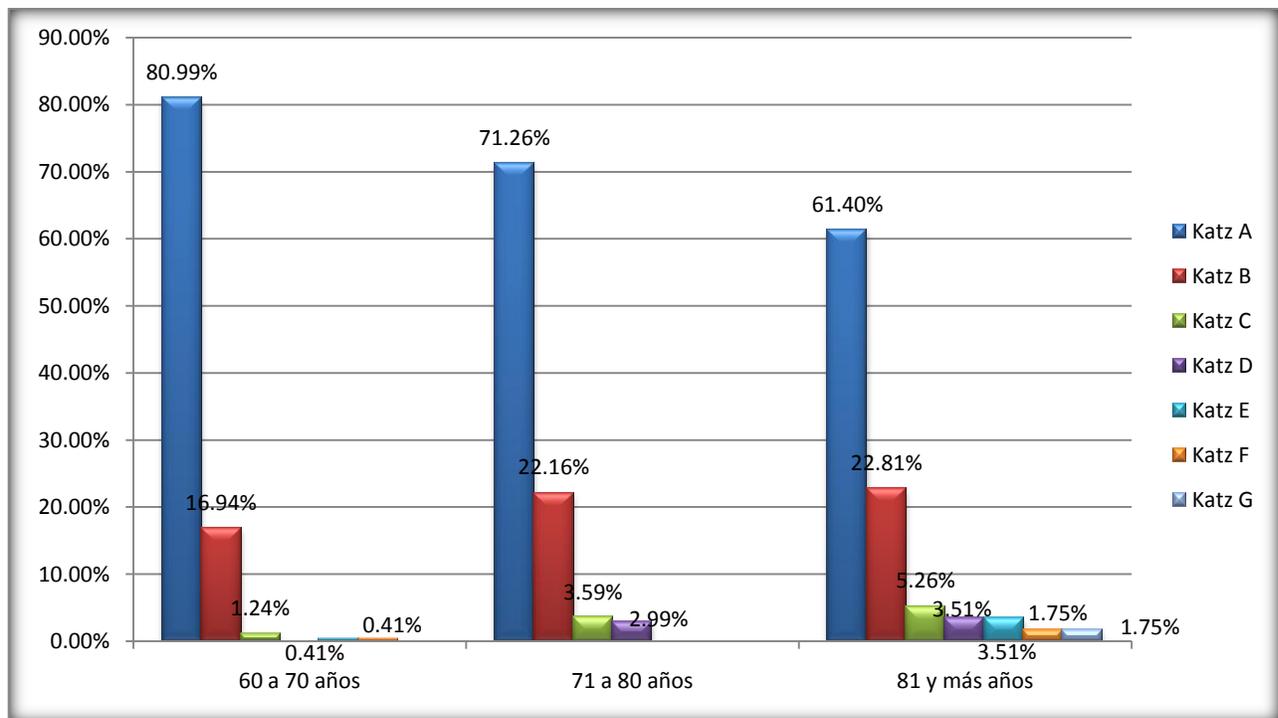


Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En los resultados por sexo tenemos que las mujeres al igual que los hombres tienen el porcentaje más alto en Katz A, seguido de Katz B, pero existe diferencia en cuanto a que los hombres no tienen a nadie clasificado en Katz E y G, y si hay 3 mujeres con Katz E (0.90%) y a una mujer (0.30%) con Katz G.

En cuanto a los grupos de edad, el grupo de 81 y más años presenta el porcentaje más bajo de personas con Katz A, siendo de 61.4% y el grupo de 60 a 70 años presenta el porcentaje más alto de Katz A con 80.99%, además observamos como el grupo de 81 y más años presentan 1.75% con Katz F y 1.75% con Katz G, mientras que el grupo de 60 a 70 años sólo presenta Katz A, B o C en sus resultados (Figura XX).

FIGURA XX. RESULTADOS ÍNDICE DE KATZ POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Resultados del Instrumento WHOQOL-BREF versión en español

La siguiente parte de resultados corresponde a los resultados obtenidos del Instrumento WHOQOL-BREF versión en español, el cual consta de 26 ítems y estos se dividen a su vez en los ítems correspondientes a las 4 áreas de valoración: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente.

En la tabla III observamos los resultados de las preguntas 1 y 2 correspondientes a la valoración de la calidad de vida en general, aquí observamos cómo el 57.08% de los participantes manifestó tener una buena calidad de vida y 62.23% respondió estar satisfecho con su salud.

	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1.-¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	0.43%	3.86%	34.98%	57.08%	3.65%
2.-¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy satisfecho 0%	Insatisfecho 13.95%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 18.88%	Satisfecho 62.23%	Muy satisfecho 4.94%

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla IV se muestran los resultados de las preguntas correspondientes a la valoración de la calidad de vida en el área de Salud física, aquí el 31.97% de los participantes manifestaron sentir **bastante y completamente** que el dolor físico les impide realizar lo que necesitan hacer, por otro lado 36.70% manifestaron necesitar **bastante** algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria. En cuanto a cuánta energía tienen para su vida diaria 36.70% refirieron que **moderadamente** y 36.05% **bastante**. Sobre qué tan capaces se sienten para moverse a su alrededor el 46.02% respondieron que **bastante**. El 46.56% de los participantes manifestó estar **satisfecho** con su sueño. Y el 61.59% de los participantes refirió que está **satisfecho**

con su habilidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. El 51.29% de los participantes respondió estar **satisfecho** con su capacidad para trabajar.

Tabla IV
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF VERSIÓN EN ESPAÑOL, RESULTADOS DE PREGUNTAS
CORRESPONDIENTES A LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD FÍSICA EN PORCENTAJES

3.-¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 1.50%	Un poco 12.45%	Moderadamente 22.10%	Bastante 31.97%	Completamente 31.97%
4.-¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1.29%	Un poco 16.31%	Moderadamente 19.53%	Bastante 36.70%	Completamente 26.18%
10.-¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 0.21%	Un poco 14.59%	Moderadamente 36.70%	Bastante 36.05%	Completamente 12.45%
15.-¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 0.86%	Un poco 13.98%	Moderadamente 23.01%	Bastante 46.02%	Completamente 16.13%
16.-¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1.50%	Insatisfecho 22.75%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 23.18%	Satisfecho 43.56%	Muy satisfecho 9.01%
17.-¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 0.64%	Insatisfecho 9.87%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 19.74%	Satisfecho 61.59%	Muy satisfecho 8.15%
18.-¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1.07%	Insatisfecho 12.02%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 24.25%	Satisfecho 51.29%	Muy satisfecho 11.37%

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla V se muestran los resultados de las preguntas correspondientes a la valoración de la calidad de vida en el área de Aspectos psicológicos, aquí observamos que 40.99% respondieron que disfrutaban **bastante** su vida; el 61.80% respondieron **bastante** con respecto a que su vida tiene un significado; para la pregunta de cuanta capacidad tienen para concentrarse el 36.27% respondió que **moderadamente** y 31.33% que **bastante**; sobre la pregunta si aceptan su apariencia corporal el 48.93% respondió que **bastante**; el 70.82% de los participantes respondieron estar **satisfechos** con su vida; y 52.36% respondieron que **muy seguido** han experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión.

Tabla V
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF VERSIÓN EN ESPAÑOL, RESULTADOS DE PREGUNTAS
CORRESPONDIENTES A LA CALIDAD DE VIDA EN ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN
PORCENTAJES

5.-¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	1.29%	10.73%	24.68%	40.99%	22.32%
6.-¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	0.64%	5.36%	16.09%	61.80%	16.09%
7.-¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	0.43%	19.31%	36.27%	31.33%	12.66%
11.-¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	0.86%	8.80%	28.97%	48.93%	12.45%
19.-¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	0.64%	4.08%	8.80%	70.82%	15.67%
26.-¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
	1.07%	7.51%	23.18%	52.36%	15.88%

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla VI se muestran los resultados de las preguntas correspondientes a la valoración de la calidad de vida en el área de Relaciones sociales, el 70.60% respondió estar **satisfecho** con sus relaciones personales, el 61.80% respondieron que no están **ni satisfechos, ni insatisfechos** con su vida sexual y el 64.59% respondieron estar **satisfechos** con el apoyo que le brindan sus amigos.

Tabla VI
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF VERSIÓN EN ESPAÑOL, RESULTADOS DE PREGUNTAS
CORRESPONDIENTES A LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIONES SOCIALES EN
PORCENTAJES

20.-¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	0.43%	2.58%	18.24%	70.60%	8.15%
21.-¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	0.21%	3.22%	61.80%	33.91%	0.86%
22.-¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	0.43%	3.86%	15.45%	64.59%	15.67%

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla VII se muestran los resultados de las preguntas correspondientes a la valoración de la calidad de vida en el área de Medio ambiente, el 45.28% respondieron tener **bastante** seguridad en su vida diaria; 55.79% respondieron que su medio ambiente físico es **bastante** saludable; 52.79% respondió tener un **poco** de dinero para cubrir sus necesidades; para la pregunta si está disponible la información que necesita en su vida diaria el 35.62% respondió que **moderadamente** y 38.63% que **bastante**; en la pregunta de qué tantas oportunidades tiene para participar en las actividades recreativas el 22.10% respondió que **nada en lo absoluto** y 33.48% que **un poco**; el 75.11% respondieron que están **satisfechos** con las condiciones del lugar donde viven; y el 63.95% respondieron estar **satisfechos** con los medios de transporte que utilizan.

Tabla VII
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF VERSIÓN EN ESPAÑOL, RESULTADOS DE PREGUNTAS
CORRESPONDIENTES A LA CALIDAD DE VIDA EN MEDIO AMBIENTE EN PORCENTAJES

8.-¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1.29%	Un poco 10.94%	Moderadamente 28.11%	Bastante 45.28%	Completamente 14.38%
9.-¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 0.21%	Un poco 4.72%	Moderadamente 30.47%	Bastante 55.79%	Completamente 8.80%
12.-¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 20.39%	Un poco 52.79%	Moderadamente 24.46%	Bastante 1.93%	Completamente 0.43%
13.-¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 0.43%	Un poco 22.96%	Moderadamente 35.62%	Bastante 38.63%	Completamente 2.36%
14.-¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 22.10%	Un poco 33.48%	Moderadamente 16.74%	Bastante 21.67%	Completamente 6.01%
23.-¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 0.21%	Insatisfecho 4.29%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 10.52%	Satisfecho 75.11%	Muy satisfecho 9.87%
24.-¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 0.21%	Insatisfecho 1.29%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 6.87%	Satisfecho 79.18%	Muy satisfecho 12.45%
25.-¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1.50%	Insatisfecho 10.73%	Ni satisfecho, ni insatisfecho 20.39%	Satisfecho 63.95%	Muy satisfecho 3.43%

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a las diferencias por sexo se encuentran las siguientes diferencias para las preguntas que se mencionan a continuación: ¿Cuánto disfruta usted la vida? en esta pregunta encontramos que el 25.53% de las mujeres respondieron que **completamente**, mientras que los hombres sólo el 14.29% disfruta su vida **completamente**. Para la pregunta ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria? el 47.45% de la mujeres respondieron que sienten **bastante** seguridad en su vida,

mientras los hombres sólo el 39.85% siente lo mismo. En la pregunta ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas? el 24.02% de las mujeres respondieron que tienen **bastantes** oportunidades para participar en actividades recreativas, mientras que sólo el 15.79% de los hombres respondió lo mismo. Y el 42.86% de los hombres respondió **un poco** de oportunidades para realizar actividades recreativas, comparado con 29.73% de las mujeres que también respondieron **un poco**. En la pregunta ¿Qué tan satisfecho está con su sueño? el 51.13% de los hombres respondió estar **satisfecho** con su sueño, mientras sólo el 45.05% de las mujeres respondió lo mismo. En la pregunta ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria? el 63.36% de las mujeres respondieron estar **satisfechas** con su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria, mientras que el 57.14% de los hombres respondió lo mismo. En cuanto a la pregunta ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar? El 54.35% de las mujeres están **satisfechas** con su capacidad para trabajar, mientras que 43.61% de los hombres respondieron lo mismo. En la pregunta ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos? en esta pregunta 18.62% de las mujeres respondió estar muy **satisfecha** con el apoyo que le brindan sus amigos y 8.27% de los hombres respondió lo mismo.

Por lo que respecta a los grupos de edad se encuentran las siguientes diferencias por grupos de edad, para las preguntas que se mencionan a continuación: ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria? en el grupo de 81 y más años el 24.56% respondió que tiene **un poco** de energía para su vida diaria, mientras que el grupo de 71 a 80 años sólo 11.38% respondió **un poco** y el grupo de 60 a 70 años, 14.46% respondió **un poco**. Respecto a la pregunta ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor? en el grupo de 81 y más años respondió el 25% que se siente **un poco** de capaz para moverse a su alrededor, mientras que el grupo de 71 a 80 años sólo 13.77% respondió **un poco** y el grupo de 60 a 70 años 11.57% respondió **un poco**. Y en cuanto a sentirse **bastante** capaz para moverse vemos como el 48.76% del grupo de 60 a 70 años respondieron así de manera similar el grupo de 71 a 80 años con 46.11% y el grupo de 81 y más años sólo 33.93% de ellos se siente **bastante** capaz para moverse. Por otro lado el grupo de 60 a 70 años respondió 56.20% estar

satisfecho con su capacidad para trabajar, el grupo de 71 a 80 años 48.50% está **satisfecho** y en el grupo de 81 y más años sólo el 39.60% está **satisfecho**.

En cuanto a los resultados obtenidos para el instrumento WHOQoL_Breve, sobre Calidad de vida, como se mencionó se obtienen resultados en 4 áreas Salud Física (SF), Aspectos psicológicos (AP), Relaciones Sociales (RS), y Medio Ambiente (MA), para cada uno de estas áreas obtenemos puntajes crudos que nos permiten valorar la calidad de vida en alta, promedio y baja, y también obtenemos puntajes ponderados, lo cuales corresponden a los porcentajes obtenidos en cada área, y el puntaje global integra como su nombre lo indica a la suma de todas las áreas . Así tenemos los siguientes resultados en porcentajes en cada área, como se observan en la tabla VIII, ahí observamos que el 56.44% de los participantes presentan una calidad de vida promedio en la salud física, 49.36% presenta una calidad de vida alta para aspectos psicológicos, 61.80% presento calidad de vida promedio en las relaciones sociales, 77.25% presentó una calidad de vida promedio de medio ambiente, y en cuanto al puntaje global el 57.3% de los participantes presentaron una calidad de vida promedio y el 41.63% presentaron una calidad de vida alta.

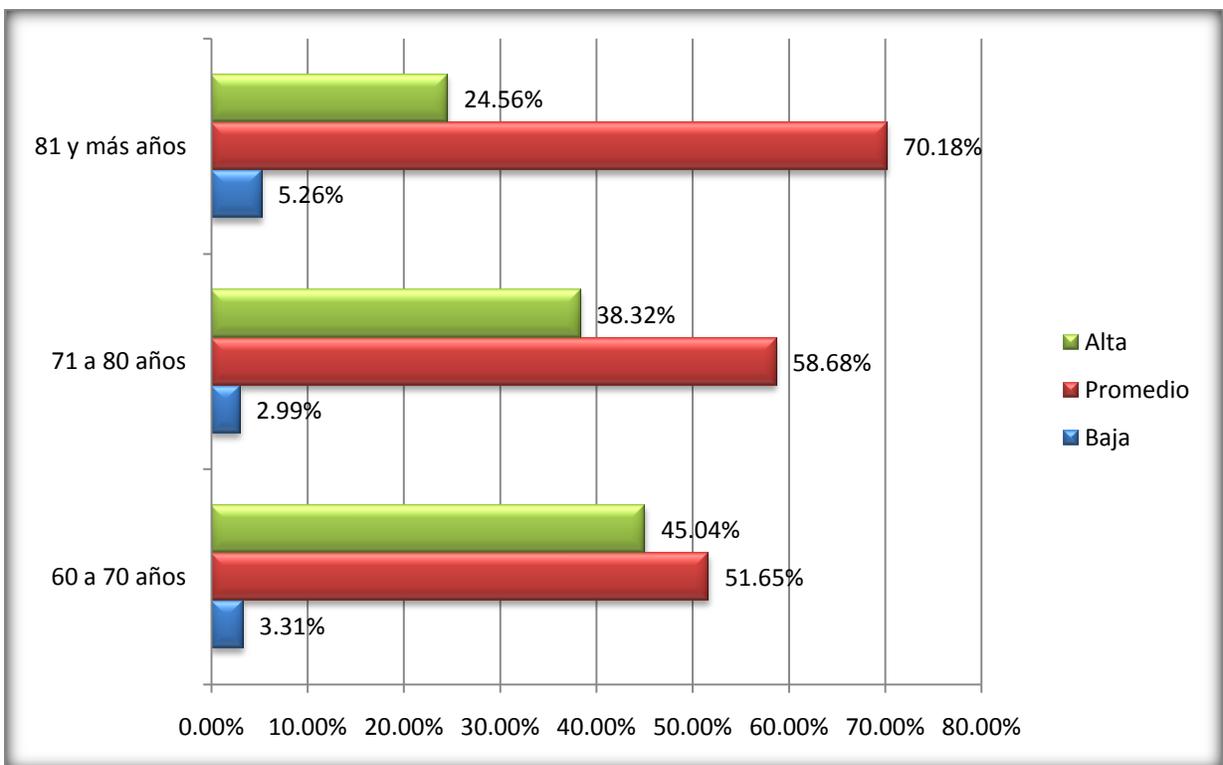
Tabla VIII
RESULTADOS INSTRUMENTO WHOQOL-BREF PARA CALIDAD DE VIDA, EN
PORCENTAJES

	Baja	Promedio	Alta
Calidad de vida Salud Física (SF)	3.43	56.44	40.13
Calidad de vida Aspectos Psicológicos (AP)	1.72	48.93	49.36
Calidad de vida Relaciones Sociales(RS)	2.36	61.80	35.84
Calidad de vida Medio Ambiente (MA)	1.29	77.25	21.46
Calidad de vida Puntaje Global	1.07	57.30	41.63

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Por grupos de edad para la Calidad de vida en aspectos de Salud Física se encontraron con calidad de vida alta el 45.04% de las personas del grupo de 60 a 70 años, 38.32% del grupo de 71 a 80 años y sólo el 24.56% del grupo de 81 y más años. Lo cual como observamos va descendiendo en el porcentaje conforme aumenta la edad (Figura XXI).

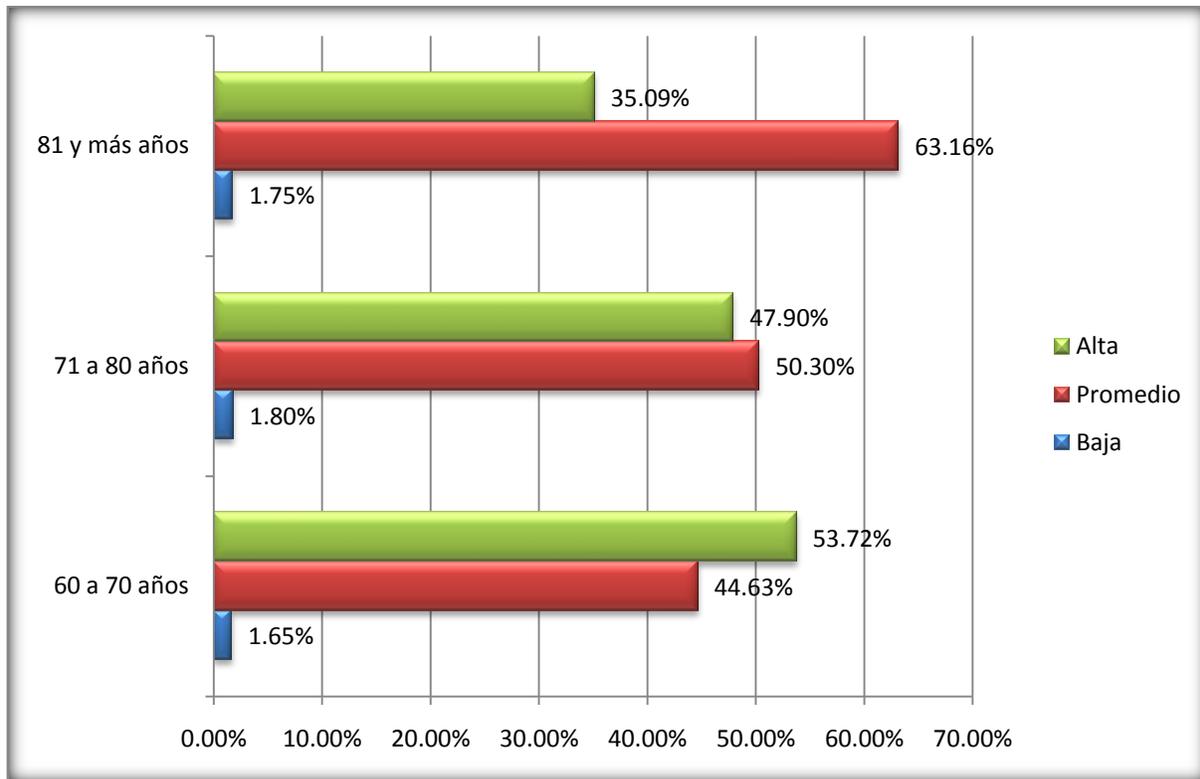
FIGURA XXI. RESULTADO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ÁREA DE SALUD FÍSICA POR GRUPO DE EDAD, FORMA PARTE DE LOS RESULTADOS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Por grupos de edad para la Calidad de vida en Aspectos Psicológicos se encontraron con calidad de vida alta el 53.72% de las personas del grupo de 60 a 70 años, 47.90% del grupo de 71 a 80 años y sólo el 35.09% del grupo de 81 y más años. Lo cual como observamos va descendiendo el porcentaje conforme aumenta la edad (Figura XXII).

FIGURA XXII. RESULTADO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ÁREA DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS POR GRUPO DE EDAD, FORMA PARTE DE LOS RESULTADOS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

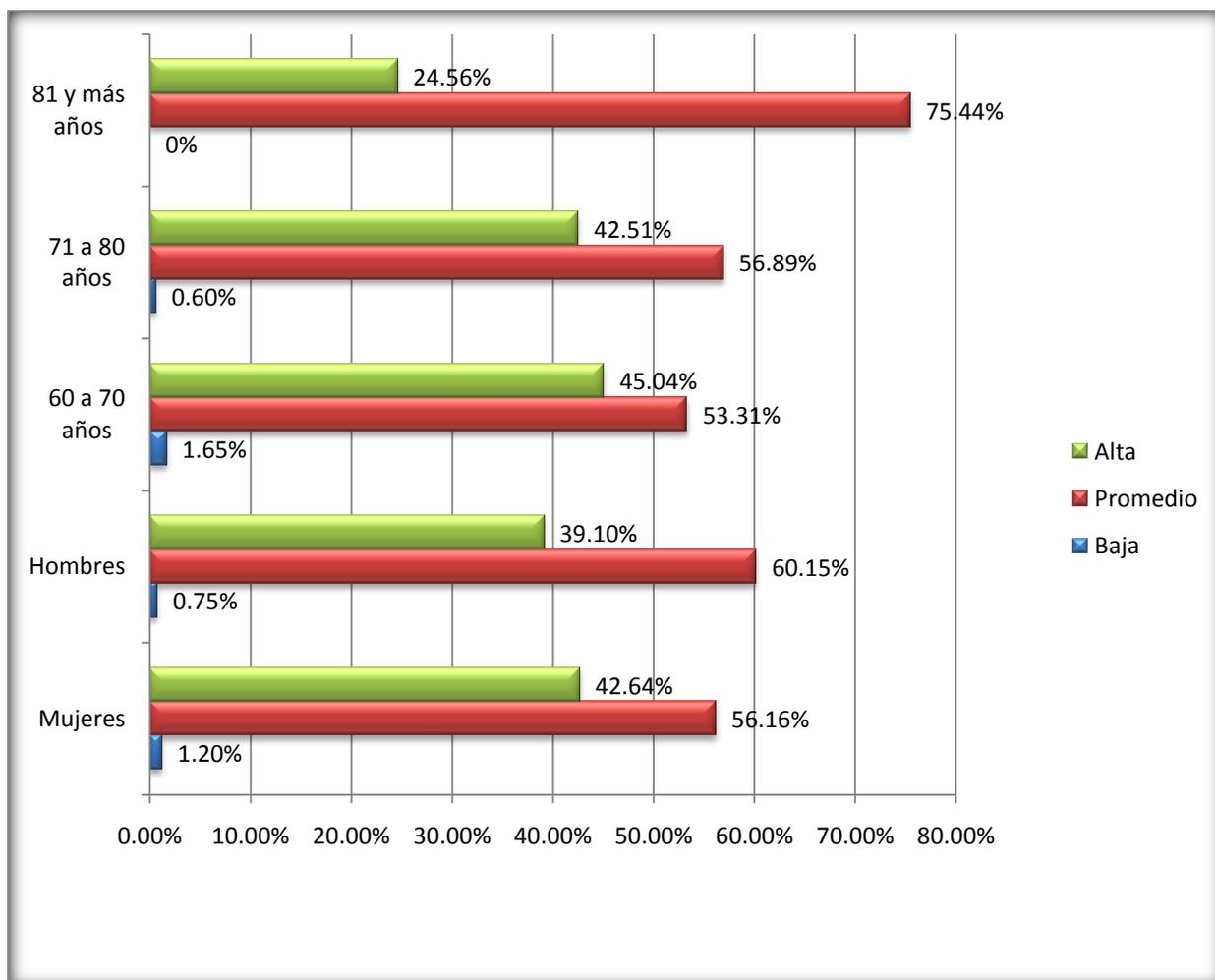


Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En cuanto a sexo en el Puntaje Global, 1.20% de las mujeres tuvieron calidad de vida baja y 0.75% de los hombres, 56.16% de las mujeres tuvieron calidad de vida promedio y 60.15% de los hombres tuvieron este mismo resultados, 42.64% de las mujeres tuvieron calidad de vida alta y 39.10% de los hombres (Figura XXIII).

Para el Puntaje Global de Calidad de vida encontramos por grupos de edad, que en el de 60 a 70 años la calidad de vida alta fue de 45.04%, en el de 71 a 80 años de 42.51% y para el grupo de 81 y más años de 24.56%, observamos que la calidad de vida alta va descendiendo conforme aumenta la edad (Figura XXIII).

FIGURA XXIII. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF PARA VALORAR CALIDAD DE VIDA, POR PUNTAJE GLOBAL, POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

X.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Resultados del análisis estadístico con Chi-cuadrada de Pearson.

En la tabla IX se observan el resultado de la Chi-cuadrada de Pearson, se muestran únicamente los resultados de las asociaciones estadísticas donde se encontró entre ellas influencia o dependencia ($p < 0.05$) entre las variables, tanto la variable dependiente con las variables independientes.

Relación de variables.	Chi-cuadrada calculada (gl)	Valor p
Edad y baño	69.33 (31)	0.000
Edad y vestido	100.29 (31)	0.000
Edad y movilidad	67.32 (31)	0.000
Edad y alimentación	58.09 (31)	0.000
Edad y situación económica	232.36 (124)	0.000
Edad y ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	166.62 (124)	0.006
Edad y ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	169.20 (124)	0.004
Edad y ¿qué tan satisfecho está con su sueño?	207.12 (124)	0.000
Edad y ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	158.77 (124)	0.019
Sexo y estado civil	26.79 (4)	0.000
Sexo y situación económica	14.38(4)	0.006
Sexo y situación familiar	19.60 (4)	0.001
Sexo y ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	10.26 (4)	0.036
Sexo y ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	10.77 (4)	0.029
Sexo y ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	11.09 (4)	0.026
Sexo y ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	10.42 (4)	0.034
Sexo y ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	20.06 (4)	0.000
Escolaridad y vivir en medio rural o urbano	44.99 (8)	0.000
Escolaridad y seguro médico	116.08 (32)	0.000

Escolaridad y situación económica	106.75 (32)	0.000
Escolaridad y vivienda	41.08 (24)	0.016
Escolaridad y riesgo social	42.61 (16)	0.000
Pluripatología y polifarmacia	11.76 (1)	0.000
Pluripatología y continencia	9.38 (1)	0.002
Pluripatología y el índice de Katz	14.00 (6)	0.030
Pluripatología y ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	9.84 (4)	0.043
Pluripatología y ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	10.74 (3)	0.013
Pluripatología y ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	15.69 (4)	0.003
Pluripatología y ¿Qué tanto necesita tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	47.65 (4)	0.000

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Tabla IX-Continuación

DEPENDENCIA ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES EN EL CESAGI (RESULTADOS DE CHI-CUADRADA DE PEARSON, P<0.05)

Relación de variables.	Chi-cuadrada calculada (gl)	Valor p
Patriarcado y situación familiar	14.02 (4)	0.007
Índice de Katz y estado civil	36.46 (24)	0.049
Índice de Katz y pluripatología	14.00 (6)	0.030
Índice de Katz y polifarmacia	15.34 (6)	0.018
Índice de Katz y situación económica	42.26 (24)	0.012
Índice de Katz y calidad de vida en su puntaje global	22.09 (12)	0.037
Riesgo social y vivir en medio rural y urbano	22.86 (2)	0.000
Riesgo social y estado civil	17.37 (8)	0.026
Riesgo social y seguro médico	31.31 (8)	0.000
Riesgo social y atención médica regular	7.34 (2)	0.025
Calidad de vida en salud física y escolaridad	55.48 (16)	0.000
Calidad de vida en salud física y pluripatología	18.83 (2)	0.000
Calidad de vida en aspectos psicológicos y escolaridad	41.02 (16)	0.001

Calidad de vida en aspectos psicológicos y pluripatología	9.27 (2)	0.010
Calidad de vida de las relaciones sociales y escolaridad	63.53 (16)	0.000
Calidad de vida del medio ambiente y escolaridad	68.05 (16)	0.000
Calidad de vida puntaje global y estado civil	21.32 (8)	0.006
Calidad de vida puntaje global y escolaridad	54.27 (16)	0.000
Calidad de vida puntaje global y seguro médico	19.65 (8)	0.012
Calidad de vida puntaje global y pluripatología	16.92 (2)	0.000
Calidad de vida puntaje global y polifarmacia	15.88 (2)	0.000
Calidad de vida puntaje global y situación económica	19.70 (8)	0.012
Calidad de vida puntaje global y relaciones sociales	119.24 (8)	0.000
Calidad de vida puntaje global y apoyo red social	20.57 (4)	0.000
Calidad de vida puntaje global y riesgo social	12.93 (4)	0.012
Calidad de vida puntaje global y índice de Katz	22.09 (12)	0.037
Calidad de vida puntaje global y baño	6.58 (2)	0.037
Calidad de vida puntaje global y uso de sanitario	9.18 (2)	0.010
Calidad de vida puntaje global y movilidad	6.91 (2)	0.032
Calidad de vida puntaje global y continencia	12.40 (2)	0.002

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

Se observa en la tabla IX la edad influye en la dependencia de las siguientes actividades de la vida diaria el baño, vestido, movilidad y alimentación, en el resultado del Índice de Katz y en la situación económica. La edad también influye en las siguientes preguntas del cuestionario de calidad de vida: ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)? ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse? ¿Qué tan satisfecho está con su sueño? y ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar? ($p < 0.05$)

La variable sexo tiene influencia en el estado civil, la situación económica y la situación familiar, estas dos últimas variables corresponden a parte de la Escala de valoración socio-familiar. También el sexo influye en las respuestas a las siguientes preguntas del cuestionario de calidad de vida: ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)? ¿Qué tantas oportunidades tiene para

participar en actividades recreativas? ¿Qué tan satisfecho está con su sueño? ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar? ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos? ($p < 0.05$) (Tabla IX).

Las variables vivir en medio rural o urbano, contar con seguro médico, la situación económica y la vivienda, así como riesgo social dependen de la escolaridad. ($p < 0.05$) (Tabla IX).

La pluripatología influye en la polifarmacia, la continencia, el índice de Katz y en las respuestas de las siguientes preguntas del cuestionario de Calidad de vida: ¿Cómo evaluaría su calidad de vida? ¿Qué tan satisfecho está con su salud? ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer? ¿Qué tanto necesita tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? ($p < 0.05$) (Tabla IX).

También observamos que en la tabla IX que la variable patriarcado tiene influencia en la situación familiar ($p < 0.05$).

El índice de Katz depende del estado civil, la pluripatología, la polifarmacia, la situación económica y la calidad de vida en su puntaje global ($p < 0.05$) (Tabla IX).

Las variables vivir en medio rural o urbano, el estado civil, contar con seguro médico y la atención médica regular influyen en los resultados de riesgo social. ($p < 0.05$) (Tabla IX).

La escolaridad y la pluripatología son variables que influyen en la calidad de vida en las áreas de salud física y en los aspectos psicológicos. Por otro lado la escolaridad también influye en la calidad de vida en las áreas de las relaciones sociales y del medio ambiente ($p > 0.05$) (Tabla IX).

La calidad de vida en su puntaje global depende de las siguientes variables: estado civil, escolaridad, contar con seguro médico, pluripatología, polifarmacia, situación económica, relaciones sociales, apoyo red social, riesgo social, índice de Katz y las dependencia de las actividades baño, uso de sanitario, movilidad y continencia. ($p < 0.05$) (Tabla IX).

La siguiente parte de resultados del análisis bivariado corresponde a los resultados obtenidos de la razón de momios cruda, los cuales se muestran en tablas separadas para calidad de vida en su puntaje global, salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente, los últimos cuatro forman parte del puntaje global, por lo cual resulta importante dividir los resultados en sus 4 áreas.

Tabla X
RAZÓN DE MOMIOS CRUDA ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE GLOBAL (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 272	Razón de momios cruda (IC 95%)	Valor P
Estado civil			
Casado	113	1	
No casado	159	1.80 (1.22,2.66)	0.0018
Escolaridad			
Sin escolaridad	54	1	
Con alguna escolaridad	218	0.30 (0.20,0.70)	0.0010
Pluripatología			
No	146	1	
Si	126	2.12 (1.41,3.2)	0.0001
Polifarmacia			
No	130	1	
Si	142	2.07 (1.39, 3.08)	0.0002
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	19	1	
Tiene apoyo	253	0.20 (0.39,0.72)	0.0064
Riesgo social			
Bajo	137	1	
Intermedio y elevado	135	1.91 (1.28,2.84)	0.0008
Baño			
Independiente	17	1	
Dependiente	255	4.2 (1.30,13.73)	0.0135
Movilidad			
Independiente	250	1	
Dependiente	22	3.32 (1.27,8.63)	0.0121
Continencia			
Independiente	206	1	
Dependiente	66	2.50 (1.48, 4.22)	0.0004

Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	en 184	1	
Dependiente en una o más ABVD	88	2.83 (1.73,4.73)	0.0000

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla X se presentan los resultados del análisis bivariado, con razón de momios cruda, entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global. Se observa como factores protectores contar con alguna escolaridad y tener apoyo de la red social. Por otro lado no estar casado, presentar pluripatología y polifarmacia, presentar riesgo social intermedio y elevado, ser dependiente en el baño, movilidad y continencia, y ser dependiente en una o más actividades de la vida diaria, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje global.

Tabla XI
RAZÓN DE MOMIOS CRUDA ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE SALUD FÍSICA (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 279	Razón de momios cruda (IC 95%)	Valor P
Estado civil			
Casado	122	1	
No casado	157	1.47 (1.00,2.18)	0.0389
Pluripatología			
No	148	1	
Si	131	2.36 (1.55,3.59)	0.0000
Polifarmacia			
No	133	1	
Si	146	2.16 (1.44,3.23)	0.0001
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	18	1	
Tiene apoyo	261	0.31 (0.71,0.98)	0.314
Baño			
Independiente	261	1	
Dependiente	18	6.3 (1.46,27.8)	0.005
Uso de sanitario			
Independiente	268	1	

Dependiente	11	7.63 (0.98, 59.6)	0.0479*	de
			Corrección	Yates
Movilidad				
Independiente	253	1		
Dependiente	26	19.11 (2.57,142.12)	0.0002*	de
			Corrección	Yates
Continencia				
Independiente	209	1		
Dependiente	70	3.14 (1.80,5.48)	0.0000	
Índice de Katz				
Independiente en todas sus ABVD	184	1		
Dependiente en una o más ABVD	95	4.08 (2.38,7.19)	0.0000	

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XI se presentan los resultados del análisis bivariado, con razón de momios cruda, entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Salud Física. Se observa como factor protector tener apoyo de la red social. Por otro lado no estar casado, presentar pluripatología y polifarmacia, ser dependiente en el baño, movilidad y continencia, así como ser dependiente en una o más actividades básicas de la vida diaria, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Salud Física.

Tabla XII
RAZÓN DE MOMIOS CRUDA ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 236	Razón de momios cruda (IC 95%)	Valor P
Estado civil			
Casado	100	1	
No casado	136	1.53 (1.04,2.25)	0.0211
Escolaridad			
Sin escolaridad	48	1	
Con alguna escolaridad	188	0.43 (0.24,0.76)	0.0019
Seguro Médico			
Con seguro médico	210	1	
Sin seguro médico	26	1.85 (1.06,3.27)	0.0196
Pluripatología			
No	128	1	
Si	108	1.77 (1.19,2.64)	0.0026
Polifarmacia			
No	113	1	
Si	123	1.82 (1.23,2.68)	0.0014
Riesgo social			
Bajo	120	1	
Intermedio y elevado	116	1.64 (1.12,2.42)	0.0079
Uso de sanitario			
Independiente	225	1	
Dependiente	11	11.19 (1.43,87.43)	0.0097* Corrección de Yates
Continencia			
Independiente	180	1	
Dependiente	56	1.92 (1.19,3.10)	0.0068
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	162	1	
Dependiente en una o más ABVD	74	2.04 (1.29,3.23)	0.0011

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XII se presentan los resultados del análisis bivariado, con razón de momios cruda, entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Aspectos Psicológicos. Se observa como factor protector contar con alguna escolaridad. Mientras que no estar casado, no tener seguro médico, presentar pluripatología y polifarmacia,

tener riesgo social intermedio y elevado, ser dependiente en el uso de sanitario y continencia, así como ser dependiente en una o más actividades básicas de la vida diaria, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Aspectos Psicológicos.

Tabla XIII
RAZÓN DE MOMIOS CRUDA ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE RELACIONES SOCIALES (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 299	Razón de momios cruda (IC 95%)	Valor P
Vivienda			
Urbana	241	1	
Rural	58	2.43 (1.30,4.79)	0.0030
Estado civil			
Casado	127	1	
No casado	172	1.78 (1.19,2.66)	0.0028
Escolaridad			
Sin escolaridad	57	1	
Con alguna escolaridad	242	0.38 (0.19,0.73)	0.0021
Riesgo social			
Bajo	144	1	
Intermedio y elevado	155	2.83 (1.84,4.36)	0.0000
Continencia			
Independiente	233	1	
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.0186
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	215	1	
Dependiente en una o más ABVD	84	1.64 (1.01,2.70)	0.0325

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XIII se presentan los resultados del análisis bivariado, con razón de momios cruda, entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Relaciones Sociales. Se observa como factor protector contar con alguna escolaridad. Por otro lado vivir en medio rural, no estar casado, tener riesgo social intermedio y elevado, ser

dependiente en la continencia, así como ser dependiente en una o más actividades básicas de la vida diaria, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Relaciones Sociales.

Tabla XIV
RAZÓN DE MOMIOS CRUDA ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DEL MEDIO AMBIENTE (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 366	Razón de momios cruda (IC 95%)	Valor P
Vivienda			
Urbana	301	1	
Rural	65	2.48 (1.13,6.2)	0.0173
Estado civil			
Casado	163	1	
No casado	203	1.79 (1.11,2.88)	0.0103
Escolaridad			
Sin escolaridad	69	1	
Con alguna escolaridad	297	0.087 (0.01,0.34)	0.0000
Riesgo social			
Bajo	192	1	
Intermedio y elevado	174	2.45 (1.47,4.14)	0.0002
Continencia			
Independiente	233	1	
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.0186
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	262	1	
Dependiente en una o más ABVD	104	2.91 (1.50,6.08)	0.0008

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XIV se presentan los resultados del análisis bivariado, con razón de momios cruda, entre Calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del Medio Ambiente. Se observa como factor protector contar con alguna escolaridad. En tanto que vivir en medio rural, no estar casado, presentar riesgo social intermedio y elevado,

ser dependiente en la continencia, así como ser dependiente en una o más actividades básicas de la vida diaria, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje del Medio Ambiente.

X.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO

Las siguientes tablas corresponden a los valores de razón de momios ajustadas, obtenidas en modelos de regresión logística con las variables confusoras edad y sexo. Se realizó un modelo para las variables con edad, otro con sexo y el último con edad y sexo, para analizar si la presencia de estas variables actuaban como confusoras, y de serlo ajustar por este posible efecto confusor.

Tabla XV
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE GLOBAL (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 272	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	113	1	1
No casado	159	1.80 (1.22,2.66)	1.52 (1.01,2.28)
Escolaridad			
Sin escolaridad	54	1	1
Con alguna escolaridad	218	0.30 (0.20,0.70)	0.36 (0.19,0.67)
Pluripatología			
No	146	1	1
Si	126	2.12 (1.41,3.2)	1.67 (1.04,2.67)
Polifarmacia			
No	130	1	1
Si	142	2.07 (1.39, 3.08)	1.48 (0.94,2.34)
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	19	1	1
Tiene apoyo	253	0.20 (0.39,0.72)	0.24 (0.69,0.89)
Riesgo social			
Bajo	137	1	1
Intermedio y elevado	135	1.91 (1.28,2.84)	1.51 (0.99,2.30)
Baño			
Independiente	17	1	1
Dependiente	255	4.2 (1.30,13.73)	0.51(0.11,2.28)
Movilidad			
Independiente	250	1	
Dependiente	22	3.32 (1.27,8.63)	1.06 (0.25,4.40)

Continencia				
Independiente		206	1	1
Dependiente		66	2.50 (1.48, 4.22)	0.89 (0.21,3.66)
Índice de Katz				
Independiente	en	184	1	1
todas sus ABVD				
Dependiente	en una	88	2.83 (1.73,4.73)	2.10 (0.50,8,72)
o más ABVD				

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XV se presentan los resultados del análisis multivariado, con razón de momios ajustado con la variable edad, entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global. Aquí encontramos como las variables polifarmacia, baño, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa como factores protectores contar con alguna escolaridad y tener apoyo de la red social. Por otro lado no estar casado, presentar pluripatología, presentar riesgo social intermedio y elevado, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje global.

Tabla XVI			
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE GLOBAL (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014			
Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 272	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	113	1	1
No casado	159	1.80 (1.22,2.66)	1.56 (1.03,2.26)
Escolaridad			
Sin escolaridad	54	1	1
Con alguna escolaridad	218	0.30 (0.20,0.70)	0.38 (0.20,0.72)
Pluripatología			
No	146	1	1
Si	126	2.12 (1.41,3.2)	1.73 (1.08,2.77)
Polifarmacia			
No	130	1	1
Si	142	2.07 (1.39, 3.08)	1.44 (0.91,2.28)
Apoyo Red social			

No tiene apoyo	19	1	1
Tiene apoyo	253	0.20 (0.39,0.72)	0.30 (0.83,1.10)
Riesgo social			
Bajo	137	1	1
Intermedio y elevado	135	1.91 (1.28,2.84)	1.50 (0.99,2.28)
Baño			
Independiente	17	1	1
Dependiente	255	4.2 (1.30,13.73)	0.48 (0.10,2.16)
Movilidad			
Independiente	250	1	
Dependiente	22	3.32 (1.27,8.63)	1.02 (0.25,4.17)
Continencia			
Independiente	206	1	1
Dependiente	66	2.50 (1.48, 4.22)	0.86 (0.21,3.56)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	184	1	1
Dependiente en una o más ABVD	88	2.83 (1.73,4.73)	2.07 (0.49, 8.66)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XVI se presentan los resultados del análisis multivariado, con razón de momios ajustado con la variable sexo, entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global. Aquí encontramos como las variables polifarmacia, apoyo de red social, riesgo social, baño, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa como factor protector el contar con alguna escolaridad. Por otro lado no estar casado y presentar pluripatología son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje Global.

Tabla XVII

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE GLOBAL (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 272	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	113	1	1
No casado	159	1.80 (1.22,2.66)	1.53 (1.01,2.33)
Escolaridad			
Sin escolaridad	54	1	1
Con alguna escolaridad	218	0.30 (0.20,0.70)	0.39 (0.20,0.73)
Pluripatología			
No	146	1	1
Si	126	2.12 (1.41,3.2)	1.72 (1.07,2.76)
Polifarmacia			
No	130	1	1
Si	142	2.07 (1.39, 3.08)	1.44 (0.91,2.28)
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	19	1	1
Tiene apoyo	253	0.20 (0.39,0.72)	0.30 (0.084,1.12)
Riesgo social			
Bajo	137	1	1
Intermedio y elevado	135	1.91 (1.28,2.84)	1.51 (0.99,2.31)
Baño			
Independiente	17	1	1
Dependiente	255	4.2 (1.30,13.73)	0.51(0.11,2.30)
Movilidad			
Independiente	250	1	1
Dependiente	22	3.32 (1.27,8.63)	1.06 (0.25,4.35)
Continencia			
Independiente	206	1	1
Dependiente	66	2.50 (1.48, 4.22)	0.86 (0.21,3.57)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	184	1	1
Dependiente en una o más ABVD	88	2.83 (1.73,4.73)	2.06 (0.49,8.59)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XVII se presentan los resultados del análisis multivariado con razón de momios ajustado con las variables edad y sexo, entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje global. Aquí encontramos como las variables polifarmacia, apoyo de red social, baño, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa como factor protector contar con alguna escolaridad. Por otro lado no estar casado, presentar pluripatología, presentar riesgo social intermedio y elevado, son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje global.

Tabla XVIII			
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE SALUD FÍSICA (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014			
Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 279	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	122	1	1
No casado	157	1.47(1.00,2.18)	1.19 (0.79,1.79)
Pluripatología			
No	148	1	1
Si	131	2.36(1.55,3.59)	1.77 (1.10,2.85)
Polifarmacia			
No	133	1	1
Si	146	2.16(1.44,3.23)	1.44 (0.91,2.29)
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	18	1	1
Tiene apoyo	261	0.31(0.71,0.98)	0.39 (0.12,1.24)
Baño			
Independiente	261	1	1
Dependiente	18	6.3 (1.46,27.8)	0.56 (0.075,4.27)
Uso de sanitario			
Independiente	268	1	1
Dependiente	11	7.6 (30.98, 59.6)	0.58 (0.040,8.3)
Movilidad			
Independiente	253	1	1

Dependiente	26	19.11 (2.57,142.12)	0.14 (0.012,1.59)
Continencia			
Independiente	209	1	1
Dependiente	70	3.14 (1.80,5.48)	0.59 (0.069,5.06)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	184	1	1
Dependiente en una o más ABVD	95	4.08 (2.38,7.19)	1.58 (0.18,13.59)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XVIII se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Salud Física. Aquí encontramos como las variables estado civil, polifarmacia, apoyo de red social, baño, uso de sanitario, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa únicamente que el presentar pluripatología es un factor de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Salud Física.

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 279	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	122	1	1
No casado	157	1.47(1.00,2.18)	1.25 (0.83,1.88)
Pluripatología			
No	148	1	1
Si	131	2.36(1.55,3.59)	1.80 (1.12,2.89)
Polifarmacia			
No	133	1	1
Si	146	2.16(1.44,3.23)	1.44 (0.91,2.29)
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	18	1	1
Tiene apoyo	261	0.31(0.71,0.98)	0.37 (0.11,1.19)
Baño			

Independiente	261	1	1
Dependiente	18	6.3 (1.46,27.8)	0.50 (0.068,3.68)
Uso de sanitario			
Independiente	268	1	1
Dependiente	11	7.6 (30.98, 59.6)	0.64 (0.046,8.9)
Movilidad			
Independiente	253	1	1
Dependiente	26	19.11 (2.57,142.12)	0.13 (0.012,1.44)
Continencia			
Independiente	209	1	1
Dependiente	70	3.14 (1.80,5.48)	0.63 (0.077,5.13)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	184	1	1
Dependiente en una o más ABVD	95	4.08 (2.38,7.19)	1.72 (0.21,14.09)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XIX se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Salud Física. Aquí encontramos como las variables estado civil, polifarmacia, apoyo de red social, baño, uso de sanitario, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa únicamente que el presentar pluripatología es un factor de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Salud Física.

Tabla XX

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE SALUD FÍSICA (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 279	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	122	1	1
No casado	157	1.47(1.00,2.18)	1.19 (0.79,1.80)
Pluripatología			
No	148	1	1
Si	131	2.36(1.55,3.59)	1.77 (1.10,2.85)
Polifarmacia			
No	133	1	1
Si	146	2.16(1.44,3.23)	1.44 (0.91,2.30)
Apoyo Red social			
No tiene apoyo	18	1	1
Tiene apoyo	261	0.31(0.71,0.98)	0.39 (0.12,1.24)
Baño			
Independiente	261	1	1
Dependiente	18	6.3 (1.46,27.8)	0.56 (0.075,4.27)
Uso de sanitario			
Independiente	268	1	1
Dependiente	11	7.6 (30.98, 59.6)	0.58 (0.040,8.32)
Movilidad			
Independiente	253	1	1
Dependiente	26	19.11 (2.57,142.12)	0.14 (0.012,1.59)
Continencia			
Independiente	209	1	1
Dependiente	70	3.14 (1.80,5.48)	0.59 (0.069,5.06)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	184	1	1
Dependiente en una o más ABVD	95	4.08 (2.38,7.19)	1.58 (0.18,13.58)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XX se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con las variables edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su

puntaje de Salud Física. Aquí encontramos como las variables estado civil, polifarmacia, apoyo de red social, baño, uso de sanitario, movilidad, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Se observa únicamente que el presentar pluripatología es un factor de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Salud Física.

Tabla XXI
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 236	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	100	1	1
No casado	136	1.53(1.04,2.25)	1.25 (0.84,1.86)
Escolaridad			
Sin escolaridad	48	1	1
Con alguna escolaridad	188	0.43 (0.24,0.76)	0.48 (0.27,0.86)
Seguro Médico			
Con seguro médico	210	1	1
Sin seguro médico	26	1.85 (1.06,3.27)	1.91 (1.10,3.32)
Pluripatología			
No	128	1	1
Si	108	1.77(1.19,2.64)	1.36 (0.87,2.13)
Polifarmacia			
No	113	1	1
Si	123	1.82 (1.23,2.68)	1.51 (0.97,2.35)
Riesgo social			
Bajo	120	1	1
Intermedio y elevado	116	1.64 (1.12,2.42)	1.56 (1.04,2.34)
Uso de sanitario			
Independiente	225	1	1
Dependiente	11	11.19 (1.43,87.43)	0.11 (0.012,1.07)
Continencia			
Independiente	180	1	1
Dependiente	56	1.92(1.19,3.10)	0.57 (0.20,1.57)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	162	1	1
Dependiente en una o más ABVD	74	2.04 (1.29,3.23)	0.97 (0.37,2.50)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXI se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Aspectos Psicológicos. Se observa las variables estado civil, pluripatología, polifarmacia, uso de sanitario, continencia e índice de Katz, pierden significancia estadística. Por otro lado permanece como factor protector contar con alguna escolaridad. Mientras que no tener seguro médico y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Aspectos Psicológicos.

Tabla XXII			
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014			
Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 236	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	100	1	1
No casado	136	1.53(1.04,2.25)	1.35 (0.90,2.01)
Escolaridad			
Sin escolaridad	48	1	1
Con alguna escolaridad	188	0.43 (0.24,0.76)	0.46 (0.26,0.82)
Seguro Médico			
Con seguro médico	210	1	1
Sin seguro médico	26	1.85 (1.06,3.27)	1.92 (1.10,3.33)
Pluripatología			
No	128	1	1
Si	108	1.77(1.19,2.64)	1.38 (0.88,2.16)
Polifarmacia			
No	113	1	1
Si	123	1.82 (1.23,2.68)	1.50 (0.96,2.34)
Riesgo social			
Bajo	120	1	1
Intermedio y elevado	116	1.64 (1.12,2.42)	1.54 (1.03,2.31)
Uso de sanitario			
Independiente	225	1	1
Dependiente	11	11.19 (1.43,87.43)	0.11 (0.013,1.08)
Continencia			
Independiente	180	1	1

Dependiente	56	1.92(1.19,3.10)	0.60 (0.22,1.64)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	162	1	1
Dependiente en una o más ABVD	74	2.04 (1.29,3.23)	1.07 (0.42,2.72)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXII se presenta el análisis multivariado, con razón de momios ajustado con la variable sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Aspectos Psicológicos. Se observa las variables estado civil, pluripatología, polifarmacia, uso de sanitario, continencia e índice de Katz, pierden significancia estadística. Por otro lado permanece como factor protector contar con alguna escolaridad. Mientras que no tener seguro médico y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Aspectos Psicológicos.

Tabla XXIII			
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014			
Variab independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 236	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	100	1	1
No casado	136	1.53(1.04,2.25)	1.30 (0.87,1.94)
Escolaridad			
Sin escolaridad	48	1	1
Con alguna escolaridad	188	0.43 (0.24,0.76)	0.48 (0.27,0.84)
Seguro Médico			
Con seguro médico	210	1	1
Sin seguro médico	26	1.85 (1.06,3.27)	1.92 (1.10,3.34)
Pluripatología			

No	128	1	1
Si	108	1.77(1.19,2.64)	1.37 (0.87,2.15)
Polifarmacia			
No	113	1	1
Si	123	1.82 (1.23,2.68)	1.49 (0.96,2.33)
Riesgo social			
Bajo	120	1	1
Intermedio y elevado	116	1.64 (1.12,2.42)	1.57 (1.04,2.35)
Uso de sanitario			
Independiente	225	1	1
Dependiente	11	11.19 (1.43,87.43)	0.12 (0.013,1.10)
Continencia			
Independiente	180	1	1
Dependiente	56	1.92(1.19,3.10)	0.56 (0.20,1.56)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	162	1	1
Dependiente en una o más ABVD	74	2.04 (1.29,3.23)	0.98 (0.38,2.53)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXIII se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con las variables edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Aspectos Psicológicos. Se observa las variables estado civil, pluripatología, polifarmacia, uso de sanitario, continencia e índice de Katz, pierden significancia estadística. Por otro lado permanece como factor protector contar con alguna escolaridad. Mientras que no tener seguro médico y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Aspectos Psicológicos.

Tabla XXIV

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE RELACIONES SOCIALES (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 299	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	127	1	1
No casado	172	1.78 (1.19,2.66)	1.56 (1.04,2.35)
Escolaridad			
Sin escolaridad	57	1	1
Con alguna escolaridad	242	0.38(0.19,0.73)	0.49 (0.26,0.94)
Riesgo social			
Bajo	144	1	1
Intermedio y elevado	155	2.83 (1.84,4.36)	2.33 (1.52,3.56)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.50 (0.19,1.33)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	215	1	1
Dependiente en una o más ABVD	84	1.64(1.01,2.70)	0.94 (0.40,2.24)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXIV se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable edad y tipo de vivienda entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Relaciones Sociales. Se observa que las variables continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Relaciones Sociales.

Tabla XXV

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE RELACIONES SOCIALES (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 299	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	127	1	1
No casado	172	1.78 (1.19,2.66)	1.65 (1.10,2.49)
Escolaridad			
Sin escolaridad	57	1	1
Con alguna escolaridad	242	0.38(0.19,0.73)	0.48 (0.25,0.91)
Riesgo social			
Bajo	144	1	1
Intermedio y elevado	155	2.83 (1.84,4.36)	2.37 (1.55,3.63)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.47 (0.18,1.23)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	215	1	1
Dependiente en una o más ABVD	84	1.64(1.01,2.70)	0.90(0.39,2.11)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXV se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable sexo y tipo de vivienda entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Relaciones Sociales. Se observa que las variables continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Relaciones Sociales.

Tabla XXVI
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DE RELACIONES SOCIALES (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

Variables independientes	Calidad de vida Promedio y Baja n= 299	Razón de momios cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Estado civil			
Casado	127	1	1
No casado	172	1.78 (1.19,2.66)	1.68(1.11,2.56)
Escolaridad			
Sin escolaridad	57	1	1
Con alguna escolaridad	242	0.38(0.19,0.73)	0.47 (0.24,0.91)
Riesgo social			
Bajo	144	1	1
Intermedio y elevado	155	2.83 (1.84,4.36)	2.36 (1.54,3.62)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.48 (0.18,1.27)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	215	1	1
Dependiente en una o más ABVD	84	1.64(1.01,2.70)	0.94 (0.40,2.24)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXVI se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con las variables edad, sexo y tipo de vivienda entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje de Relaciones Sociales. Se observa que las variables continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Relaciones Sociales.

Tabla XXVII

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DEL MEDIO AMBIENTE (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

VARIABLES INDEPENDIENTES	Calidad de vida Promedio y Baja n= 366	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Vivienda			
Urbana	301	1	1
Rural	65	2.48 (1.13,6.2)	3.23(0.56,18.49)
Estado civil			
Casado	163	1	1
No casado	203	1.79 (1.11,2.88)	1.55 (0.96,2.51)
Escolaridad			
Sin escolaridad	69	1	1
Con alguna escolaridad	297	0.087(0.01,0.34)	0.10 (0.024,0.43)
Riesgo social			
Bajo	192	1	1
Intermedio y elevado	174	2.45(1.47,4.14)	2.09 (1.24,3.53)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.31 (0.85,1.12)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	262	1	1
Dependiente en una o más ABVD	104	2.91 (1.50,6.08)	1.25 (0.43,3.60)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXVII se presenta el análisis multivariado con Razón de Momios ajustado con la variable edad entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del Medio Ambiente. Se observa que las variables vivienda, estado civil, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que tener riesgo social intermedio y elevado es un factor de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Medio Ambiente.

Tabla XXVIII

ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DEL MEDIO AMBIENTE (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014

VARIABLES INDEPENDIENTES	Calidad de vida Promedio y Baja n= 366	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Vivienda			
Urbana	301	1	1
Rural	65	2.48 (1.13,6.2)	3.13(0.53,18.28)
Estado civil			
Casado	163	1	1
No casado	203	1.79 (1.11,2.88)	1.80 (1.10,2.94)
Escolaridad			
Sin escolaridad	69	1	1
Con alguna escolaridad	297	0.087(0.01,0.34)	0.094 (0.022,0.39)
Riesgo social			
Bajo	192	1	1
Intermedio y elevado	174	2.45(1.47,4.14)	2.12 (1.25,3.59)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.30 (0.83,1.08)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	262	1	1
Dependiente en una o más ABVD	104	2.91 (1.50,6.08)	1.32 (0.46,3.73)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXVIII se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con la variable sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del Medio Ambiente. Se observa que las variables vivienda, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado es un factor de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Medio Ambiente.

Tabla XXIX			
ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE CALIDAD DE VIDA PROMEDIO Y BAJA, EN SU PUNTAJE DEL MEDIO AMBIENTE (RESULTADO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF), EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CESAGI, 2014			
VARIABLES INDEPENDIENTES	Calidad de vida Promedio y Baja n= 366	Razón de momios Cruda (IC 95%)	Razón de momios ajustada (IC 95%)
Vivienda			
Urbana	301	1	1
Rural	65	2.48 (1.13,6.2)	3.10(0.53,18.07)
Estado civil			
Casado	163	1	1
No casado	203	1.79 (1.11,2.88)	1.75 (1.06,2.88)
Escolaridad			
Sin escolaridad	69	1	1
Con alguna escolaridad	297	0.087(0.01,0.34)	0.096 (0.022,0.40)
Riesgo social			
Bajo	192	1	1
Intermedio y elevado	174	2.45(1.47,4.14)	2.14 (1.27,3.63)
Continencia			
Independiente	233	1	1
Dependiente	66	1.86 (1.10,3.15)	0.28 (0.78,1.04)
Índice de Katz			
Independiente en todas sus ABVD	262	1	1
Dependiente en una o más ABVD	104	2.91 (1.50,6.08)	1.23 (0.42,3.55)

Fuente: Encuestas aplicadas en el CESAGI, período febrero-marzo 2014.

En la tabla XXIX se presenta el análisis multivariado con razón de momios ajustado con las variables edad y sexo entre calidad de vida promedio y baja, en su puntaje del Medio Ambiente. Se observa que las variables vivienda, continencia e índice de Katz pierden significancia estadística. Por otro lado se encuentra como factor protector contar con alguna escolaridad, mientras que no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo para presentar Calidad de vida promedio y baja en su puntaje de Medio Ambiente.

En el análisis bivariado se observa como la calidad de vida en su puntaje global, la pluripatología, la edad, sexo, escolaridad, índice de Katz y el riesgo social influye sobre seis o más variables (estado civil, situación económica, situación familiar, vivienda, polifarmacia, seguro médico, continencia, baño, vestido, movilidad, alimentación, vivir en medio urbano o rural, etc.). Tres de estas variables destacan nuevamente en el análisis multivariado como factores protectores (escolaridad) y de riesgo (pluripatología, y riesgo social) para calidad de vida promedio y baja.

Por otro lado en el análisis bivariado destaca como factor protector la escolaridad para la calidad de vida promedio y baja, como factores de riesgo se repiten en casi todas las áreas de calidad de vida y en el puntaje global las variables no estar casado, pluripatología, polifarmacia, el riesgo social intermedio y elevado, vivir en medio rural y la dependencia en una o más actividades básicas de la vida diaria. Llama la atención como en el análisis multivariado al realizar el ajuste con las variables confusoras más frecuentes en epidemiología (edad y sexo) pierden significancia estadística varias variables, quedando sólo en el puntaje global de Calidad de vida el contar con escolaridad como un factor protector y como factores de riesgo el no estar casado y pluripatología; en el área de Salud Física de calidad de vida sólo pluripatología es un factor de riesgo; en el área de Aspectos Psicológicos de calidad de vida la escolaridad es un factor protector, no contar con seguro médico y riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo; y para el área de Relaciones Sociales y el área de Medio Ambiente de calidad de vida, la escolaridad es un factor protector, mientras que el no estar casado y tener riesgo social intermedio y elevado son factores de riesgo. Así observamos como en el análisis bivariado y multivariado las variables escolaridad, no estar casado, pluripatología, y riesgo social intermedio y elevado son variables que destacan como factores protectores y de riesgo para calidad de vida promedio y baja.

XI. DISCUSIÓN

En los hallazgos de este estudio en relación con las características sociodemográficas encontramos que la mayoría de los adultos mayores tiene un bajo nivel de escolaridad, una sexta parte informó no tener estudios, esto es menor si se compara con los resultados nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, en donde sólo una cuarta parte de los participantes era analfabeta (Gutiérrez et al.,2012), de igual forma se encontró que sólo una tercera parte tiene primaria completa mientras que en ENSANUT 2012 más de la mitad de los adultos mayores tenía completa la primaria, esto nos habla del bajo nivel de escolaridad de los adultos mayores del CESAGI, donde un poco más de la mitad corresponde a la sumatoria de las proporciones de aquellos que tienen primaria completa e incompleta, esto a pesar de que la mayoría de los participantes provienen de un medio urbano.

En cuanto a la situación conyugal la mayoría de los participantes están casados y le siguen en proporción los viudos, donde predominan las mujeres, estos resultados son similares a los encontrados en ENSANUT 2012 (Gutiérrez et al., 2012). Al comparar con estudios en otros países como en Colombia, Villareal & Month (2012), encontraron un nivel de escolaridad más bajo que el hallado en este estudio, más de la mitad de los participantes no tenían ningún grado de escolaridad y la proporción de viudos fue mayor que la de casados.

En lo que respecta a las principales enfermedades crónico-degenerativas encontradas en este estudio la mayor proporción correspondió a la hipertensión arterial, seguida por la diabetes mellitus, dislipidemia y osteoartritis. Lo cual fue similar a lo encontrado por Villareal & Month (2012) quienes encontraron como principales enfermedades crónicas la hipertensión arterial, osteoartritis y diabetes mellitus. Por otro lado Srinivasan et al. (2010; en Rathi & Radhika, 2013), también encontraron como las principales enfermedades crónicas entre los adultos mayores de la India a la hipertensión, diabetes, artritis y a las enfermedades coronarias. Por su parte Murata et al. (2010; en Rathi & Radhika, 2013), reportaron como las principales enfermedades crónicas en los adultos mayores japoneses a la hipertensión, artritis, enfermedades del

corazón y la diabetes. De igual forma Teamur, Sedigheh & Shahram (2009) encontraron en Irán que las principales enfermedades crónicas en los adultos mayores fueron la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, artritis y diabetes. El comportamiento en la presentación de las enfermedades crónicas en este estudio y en otros realizados en varios países es muy similar, repitiéndose en todos en primer lugar la hipertensión arterial, independientemente de la cultura, raza o condición social.

En la presente investigación se encontró que tres cuartas partes de los participantes presentan una o más enfermedades crónicas, lo cual es superior a lo reportado por Low et al. (2013) en un estudio realizado en 20 países, donde más de la mitad reportaron tener una o más enfermedades crónicas. De igual forma González-Celis & Padilla (2006) en su estudio realizado en la Ciudad de México, encontraron que más de la mitad de los adultos mayores presentaron una enfermedad crónica degenerativa. Esto se explica porque la población de estudio proviene de un centro estatal de atención geriátrica, donde quienes acuden por lo general son aquellos que por sus condiciones de salud requieren atención médica especializada para el tratamiento de sus enfermedades crónicas.

La mayoría de los participantes de este estudio no presentó polifarmacia, a diferencia de lo encontrado por Villareal & Month (2012) quienes encontraron que dos terceras partes de los adultos mayores presentaron polimedicación en Colombia. Estos resultados se explican porque en este estudio menos de la mitad de los participantes tiene pluripatología, por lo cual la polifarmacia no se presenta en una alta proporción entre los participantes.

En la parte correspondiente a la valoración socio-familiar de Gijón, encontramos que los resultados para riesgo social bajo (bueno o aceptable) fue muy bajo menor a 1%, este resultado difiere de lo reportado por Montenegro et al. (2009) quienes encontraron en la mitad de los participantes del estudio con riesgo social bajo. Ruiz-Dioses, Campos-León & Peña (2008) reportaron una cuarta parte de los participantes y Villareal & Month (2012) sólo un tercio de los participantes con riesgo social bajo. Mientras que los resultados encontrados para riesgo social elevado o problema social son similares a los hallados por Villareal & Month (2012) en Colombia. La proporción de

riesgo social bajo encontrada en este estudio la cual fue muy baja, es probablemente debido a las características especiales de esta población la cual cuenta con buenas redes sociales, lo cual favorece su asistencia al CESAGI.

Por otro lado en cuanto a los resultados obtenidos en los componentes de la valoración socio-familiar de Gijón, la situación familiar, situación económica y vivienda fueron similares a los hallados por Montenegro et al. (2009), siendo la proporción más alta en las respuestas con mayor puntaje, es decir que viven con la familia, cuentan con pensión y tienen una vivienda adecuada a las necesidades. Y difieren de Montenegro et al. (2009) y de Villareal & Month (2012) porque en este estudio las proporciones fueron muy superiores en las respuestas de mayor puntaje para redes sociales y apoyo de la red social. Esto se explica porque la población el CESAGI presenta característica diferentes a la de una población abierta, ya que para acudir ahí se requiere de un traslado, el cual es facilitado por esas redes sociales, por lo tanto los que no acuden al CESAGI es entre otras causas porque no cuentan con buenas redes de apoyo social.

En los resultados del índice de Katz, el cual nos habla de la independencia en las (ABVD), encontramos que más de dos terceras partes de los participantes en esta investigación presentaron independencia en todas sus ABVD, lo cual fue similar a lo hallado en la ENSANUT 2012, de igual forma la proporción de dependencia en alguna ABVD aumenta con la edad en los dos estudios. También los resultados fueron parecidos a los hallados por Villareal & Month (2012), quienes encontraron al menos dos terceras partes de los adultos mayores con independencia de sus ABVD. Incluso, ya desde la ENASEM 2000, más de la mitad de los participantes reportó no tener dependencia en las ABVD (Wong et al., 2007). Los resultados encontrados son también explicados por el tipo de población que se atiende en el CESAGI, los cuales en su mayoría son independientes en sus ABVD, es decir se trasladan solos a recibir su atención en salud.

En cuanto a los resultados de la percepción de la calidad de vida con el instrumento WHOQOL-BREF, encontramos similitud con el estudio realizado en Cuba por Borrayo & Casal (2011) al igual que ellos más de la mitad de los participantes presentaron calidad de vida promedio, sin embargo, se encontraron diferencias en la

calidad de vida baja, los autores encontraron una tercera parte de los participantes en este rubro y en nuestros resultados sólo se reportó uno por ciento, también hubo diferencias en la proporción de los participantes con alta calidad de vida, en este estudio se encontró más de la tercera parte, mientras que en el estudio en Cuba sólo fue un poco más de la décima parte. Por otro lado Flores & Troyo (2011) en cada uno de las áreas que componen el instrumento WHOQOL-BREF (medio ambiente, relaciones sociales, aspectos psicológicos y salud física) reporta más de dos terceras partes con calidad de vida promedio, en nuestros resultados sólo el área de medio ambiente corresponde a dos terceras partes, las restantes áreas sólo corresponden a la mitad de los participantes con calidad de vida promedio. Esto se debe a que en la presente investigación la calidad de vida alta corresponde a más de dos terceras partes de los participantes en las áreas de salud física, aspectos psicológicos y relaciones sociales, muy superiores a los hallados por Flores & Troyo (2011) en donde la calidad de vida alta no alcanza ni la décima parte de los participantes en todas la áreas. Esto también difiere con los resultados de Borrayo & Casal (2011) en Cuba, donde la calidad de vida alta no supera ni la tercera parte de los participantes en las áreas de salud física y aspectos psicológicos.

Los resultados encontrados son semejantes a los de Arita, Romano, García & Félix (2005); Borrayo & Casal (2011); Flores & Troyo (2011); Durán, Salinas & Gallegos-Carrillo (2013) y con Torres, Quezada, Rioseco & Ducci (2008), en donde se señala que a mayor edad se presenta una menor calidad de vida en los adultos mayores, en nuestros hallazgos se muestran que a mayor edad la calidad de vida alta disminuye y aumenta la proporción en la calidad de vida baja y promedio. Y en cuanto al género, en nuestros resultados no encontramos diferencias en cuanto a calidad de vida, a diferencia de lo hallado por Duran et al. (2013) quienes sí encontraron que el género femenino es propenso a tener menor calidad de vida que su contraparte masculina.

En cuanto a los resultados encontrados a través del análisis multivariado ajustado con edad y sexo, se presenta la escolaridad como factor protector para la calidad de vida, lo cual concuerda con lo hallado en los estudios realizados por

Melguizo et al. (2012), Teamur et al. (2009), Soberanes et al. (2009) y Zaninotto et al. (2009). En nuestros resultados el presentar pluripatología se encontró como un factor de riesgo para la calidad de vida promedio y baja, situación similar con lo encontrado por Soberanes et al. (2009), Teamur et al. (2009) y Zaninotto et al. (2009).

El tener riesgo social intermedio y elevado en este estudio es un factor de riesgo para la calidad de vida promedio y baja, esto concuerda con lo reportado por Soberanes et al. (2009), Urzúa et al. (2011) y Zaninotto et al. (2009). Por otro lado, los datos arrojados por el análisis multivariado en donde se señala que el no estar casado es un factor de riesgo para calidad de vida promedio y baja, coincide con lo hallado por Urzúa et al. (2011) y Zaninotto et al. (2009).

En contraparte Soberanes et al. (2009) menciona que el tener pareja ya sea en matrimonio o en unión libre se encuentra asociado a mala calidad de vida, lo que no coincide con lo encontrado en el estudio.

XII. CONCLUSIONES

Conforme aumenta la edad, la proporción de viudos incrementa y por lo tanto las personas casadas disminuyen, ello es más notorio en el grupo de 81 años y más. Por sexo llama la atención que el porcentaje de viudez es mayor en las mujeres, pero tal vez se deba a que las mujeres son las que mayormente demandan la atención en el CESAGI, o por la expectativa de sobrevivencia de las mismas.

La escolaridad de los pacientes del CESAGI es muy baja en más de la mitad de los encuestados, lo cual afecta su situación económica, pues encontramos que la tercera parte no tiene ingresos, siendo las mujeres las más afectadas y los del grupo de edad de 60 a 70 años, de lo cual podemos concluir que la situación sociodemográfica de los pacientes del CESAGI no sólo está repercutiendo en su calidad de vida, sino también en su acceso a la atención a la salud, ya que a pesar de que la mitad de los encuestados tienen seguro popular no se cuenta con dicho programa de atención en el CESAGI.

La proporción de los participantes con pluripatología fue similar con los que presentan polifarmacia, en lo cual se encuentra concordancia ya que al presentar dos o más enfermedades crónicas, requerirá por lo tanto al menos 3 o más medicamentos para su control, esto también significa mayores costos en la atención a la salud de los adultos mayores, sobre todo tomando en cuenta que este grupo representa más de la tercera parte de los encuestados, además significa un mayor riesgo de complicaciones, así como de dependencia. En este mismo contexto observamos como el grupo de los mayores de 81 años presentan con más frecuencia la hospitalización, lo cual nos indica la complicación de sus enfermedades crónico-degenerativas y un mayor riesgo de dependencia y fragilidad. Es necesario señalar que la cuarta parte de los participantes no presentan ninguna enfermedad crónico-degenerativa, este grupo resulta de interés para futuras investigaciones ya que corresponde a los adultos mayores con envejecimiento exitoso.

Las relaciones sociales y el apoyo de la red social se muestran como los mejores calificados por los encuestados, esto forma parte del puntaje total de la escala

de valoración socio-familiar, donde además encontramos que más de la mitad de los participantes presentaron riesgo social bajo, cabe hacer mención que en esta parte de la investigación observamos las diferencias por género, ya que los hombres tienen menos habilidad para crear redes de contacto social y lazos familiares, por lo tanto recibir menos apoyo social, sin embargo, son las mujeres quienes tienen mayor problema al carecer de ingresos, lo cual se ve reflejado en que ellas tengan una mayor proporción de riesgo social intermedio.

Por otro lado, la mayoría de los encuestados son independientes en sus ABVD y acuden solos a consulta, destacando la continencia como la actividad con mayor proporción de dependencia, presentándose sobre todo en las mujeres y en el grupo de 81 años y más, lo cual nos lleva a corroborar las características especiales de la población que es atendida en el CESAGI, pues la mayoría de los pacientes que reciben atención son independientes en sus ABVD y los mayores de 81 años y más por lo general acuden acompañados y presentan alguna dependencia.

Al menos la mitad de los encuestados manifestaron tener una buena calidad de vida, y un poco más de la mitad manifestó estar satisfecho con su salud. En relación a la calidad de vida evaluada por el instrumento WHOQOL-BREF en los aspectos de salud física, relaciones sociales y medio ambiente, así como en el puntaje global la mayor proporción se concentró en la calidad de vida promedio, sólo en los aspectos psicológicos se tuvo una mayor proporción en calidad de vida alta. Se destaca que no hay diferencias por género en el puntaje global de calidad de vida, sólo por grupos de edad, observamos como la calidad de vida alta en su puntaje global va descendiendo a mayor edad, incrementándose en consecuencia el porcentaje de calidad de vida promedio.

Los hallazgos de este estudio no pueden generalizarse a la población general ya que como se ha mencionado los adultos mayores que son atendidos en el CESAGI tiene características diferentes al resto de la población, debido a que en su mayoría son independientes, acuden solos a consultas y los mayores de 80 años por lo regular son acompañados por sus familiares, cuentan con buenas redes sociales de apoyo, por lo cual su riesgo social es bajo, sin embargo, la mayor proporción presentan un

envejecimiento saludable, es decir padecen al menos una enfermedad crónica degenerativa lo cual los hace buscar la atención médica en este centro de atención geriátrica. Podemos suponer que los adultos mayores frágiles, los cuales son dependientes en una o más ABVD y que no tienen buenas redes de apoyo social se encuentran en sus casas y, por lo tanto no son atendidos en este centro por los problemas de salud que presentan y el escaso apoyo social que tienen.

Los resultados encontrados en este estudio son de interés para la salud pública, ya que si bien no pueden generalizarse, debido a las coincidencias con otros estudios en México y otros países, nos permiten sugerir medidas preventivas para lograr una mejor calidad de vida en los adultos mayores, lo cual podría reflejarse en la mejora de programas de atención a los adultos mayores y al fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.

Expectativas a futuro

Debido a la transición demográfica que se está experimentando en el país, en la cual se espera que un tercio de la población corresponda a adultos mayores para el año 2050, es relevante para la salud pública el plantear alternativas para lograr una mejor calidad de vida para los adultos mayores, por lo cual identificar los factores de riesgo y protectores serán los pilares para la elaboración de programas de prevención y promoción de la salud entre los adultos que hoy tiene 25 años y más, ya que este grupo de adultos se enfrentará a un envejecimiento con malas condiciones de salud, y con complicaciones incluso de las enfermedades crónicas en caso de no hacerse nada al respecto, en este momento tenemos la oportunidad de plantear estrategias de prevención para que en el 2050 el envejecimiento en México logré tener una mejor calidad de vida, lo cual se reflejaría en menos costos para el sistema de salud del país.

XIII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Las principales limitaciones de este estudio se relacionan con el tipo de muestreo ya que éste fue no probabilístico, ocasionando un sesgo de selección, esto se decidió así debido a las características de la población del estudio, ya que los pacientes que acuden a consulta al CESAGI, lo hacen dependiendo de sus citas y algunos de ellos presentan dependencia funcional, lo cual los hace depender de sus familiares para el traslado, además de la presencia de discapacidades las cuales si son auditivas o del habla impidieron su inclusión en el estudio, de ahí que se decidió tomar la muestra de los pacientes que aceptaron participar durante los meses de febrero y marzo, hasta lograr el número programado. Además la mayoría de ellos acuden solos a consulta lo cual también ocasionó que en los resultados de funcionalidad geriátrica (índice de Katz), se haya encontrado entre los participantes un bajo porcentaje de dependencia en sus actividades básicas de la vida diaria.

Dada la importancia de identificar los factores de riesgo y protectores para una mejor calidad de vida, y las limitaciones que el diseño transversal de la investigación el cual hace imposible establecer una relación causal, convendría realizar en futuros estudios, el diseño de casos y controles en el grupo de adultos mayores con envejecimiento exitoso, es decir en aquellos que no presentan ninguna enfermedad crónica, ya que este tipo de estudios nos permitirán obtener más información sobre los factores protectores y de riesgo para un envejecimiento exitoso y por lo tanto una mejor calidad de vida.

Es recomendable en futuros estudios continuar con la búsqueda de factores sociales asociados con la calidad de vida, como se realizó en este estudio con la valoración de riesgo social, ya que como lo observamos en los resultados es un factor de riesgo para la calidad de vida baja.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, G., Abizanda, P., Alastuey, C., Albó, A., Alfaro, A., Alonso, M., Yela, G. (2006). *Tratado de Geriátrica para residentes*. Recuperado de <http://www.anme.com.mx/libros/Tratado%20de%20Geriatr%EDa%20para%20Residentes.pdf>
- Akyol, Y., Durmus, D., Doğan, C., Bek, Y., & Cantürk, F. (2010). Quality of Life and Level of Depressive Symptoms in the Geriatric Population. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25, 165-173.
- Arias, C.J. (2008). El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en psicología*, 5(2), 54-61.
- Arita, B.Y., Romano, S., García, N., & Félix M.R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(1), 93-102.
- Arronte, A., Beltrán, N., Correa, E., Martínez, M.L., Mendoza, V.M., Rosado, J., & Vélez, F. (2008). *Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la Comunidad*. México, Distrito Federal: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Arun, Ö., & Çevik A. Ç. (2011). Quality of life in ageing societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology*, 37, 945-966.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193-197.
- Borrayo, Y., & Casal, M. (2011). Calidad de vida en adultos mayores, Cuba. *Horizonte de enfermería*, 22(1), 11-22.
- Botero de Mejía, B.E., & Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVSR) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- CONAPO. (2011). Situación demográfica de México 2011. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_situacion_demografica_de_Mexico__2011

- Corrales, E., Tardón, A., & Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12(2), 171-175.
- Durán, L., Salinas, G., & Gallegos-Carrillo, K. (2013). Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/html./Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CALIDAD%20DE%20VIDA.PDF>
- Elousa, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(2), 67-71.
- Fernández, C., & Oliva A. (2007). Social support, psychological well-being, and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33, 1053-1068.
- Flores, M.A., & Troyo R. (2011). Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. En Flores, M.A., Vega, M.G., & González, G.J. (Ed.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp.99-117). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2), 1-17.
- González-Celis, A.L., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13, 1-10.
- Lagarde, M. (1996). La perspectiva de género. En M. Lagarde, *Género y feminismo, Desarrollo humano y democracia* (pp. 13-38). España: Horas y HORAS.

Recuperado de

http://equidadygenero.prd.org.mx/documentos/genero_y_feminismo.pdf

- Low, G., Molzahan A.E., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 146-155.
- McNaughton S.A., Crawford, D., Ball, K., & Salmon, J. (2012). Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long life (WELL) study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 109.
- Melguizo, E., Acosta, A., & Castellanos, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2), 251-263.
- Mendoza, V.M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En Salgado, V.N., & Wong, R. (Ed.), *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida* (pp. 57-80) Cuernava: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Millán, J.C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galena de Economía*, 20, 1-13.
- Molina, C., Meléndez, J.C., & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.
- Montenegro, L., Salazar, C., De la Puente, C., Gómez, A., & Ramírez, E. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 26(3), 169-174.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones*, 62, 159-181.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MH Salud*, 1(1), 1-12.

- Mwanyangala, M.A., Mayombana, C., Urassa, H., Charles, J., Mahutanga, C.; Abdullah, S., & Nathan, R. (2010). Health status and quality of life among adults in Tanzania. *Global Health Action*, S2, 36-44.
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- OMS. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf>
- ONU. (2008) Guía para la aplicación nacional del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Nueva York, EE.UU: ONU. Recuperado de www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/papers/guide-es.pdf
- Osorio, P., Torrejón, M.J., & Anigstein, M.S. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad*, 24, 61-75.
- Presidencia de la República. (1984). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
- RAE. (2013). Real Academia Española., <http://lema.rae.es/drae/?val=edad>
- Rathi, R., & Radhika, R. (2013). Health Status of Elderly: Evidence from India and Japan. *Indian Journal of Gerontology*, 27(2), 233-253.
- Ruiz, J. A. (2011). La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos apra la política de salud en México. *Encrucijada, Revista electrónica del Centro de Estudios en administración*, 8, 1-15.
- Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M., & Peña, N. (2008). Situación socio-familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acuden a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(4), 374-79.
- Secretaría de Salud de Hidalgo (2015). *Gobierno del Estado de Hidalgo*. Recuperado el 2 de enero de 2015, de

<http://servicios.hidalgo.gob.mx/tramites/tramservdetallesdep.aspx?1180,#General>.

- Soberanes, S., González, A., & Moreno Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-72.
- Teamur, A., Sedigheh, S.T., & Shahram, Z. (2009). Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study. *Acta Medica Iranica*, 48(3), 185-191.
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M.A. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante el uso de WHOQOL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 136, 325-333.
- Urquiza, A., Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., & Mayorga, O. (2008). ¿Hay diferencias en la manera en que observan hombres y mujeres a los adultos mayores, ancianas y ancianos? *Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 18, 1-19.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139, 1006-1014.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 448-463.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290.
- Villareal, G., & Month, E. (2012). Condición socio-familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Soncelejo (Colombia). *Salud Uninorte.Barranquilla (Col.)*, 28(1), 75-78,
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(suppl 4), S436-S447.

- Yuni, J.A., & Urbano, C.A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.
- Zaninoto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*, 18, 1301-1309.

XV. ANEXOS

Cronograma de actividades (P= programada, R=realizada)

No.	ACTIVIDADES		AGOSTO- NOV 2013	ENERO- FEBRERO 2014	FEBRERO- MARZO 2014	ABRIL- MAYO 2014	JUNIO- NOV 2014	ENERO- JUNIO 2015
1	Elaboración del protocolo de investigación.	P						
		R						
2	Revisión, corrección y validación del protocolo.	P						
		R						
2	Elaboración de los instrumentos de medición.	P						
		R						
3	Gestión de recursos materiales y financieros, autorización de la Directora del CESAGI para realizar el proyecto.	P						
		R						
4	Aplicación de la prueba piloto.	P						
		R						
5	Realización de correcciones necesarias a los instrumentos de medición.	P						
		R						
6	Capacitación del personal que apoyará para la aplicación de los instrumentos y el cuestionario.	P						
		R						
7	Aplicación de los instrumentos y del cuestionario a los adultos mayores del CESAGI.	P						
		R						
8	Captura de la información obtenida.	P						
		R						
9	Procesamiento de la información y análisis de datos.	P						
		R						
10	Elaboración de discusión, conclusiones y aportaciones del proyecto de investigación.	P						
		R						
11	Elaboración de tesis.	P						
		R						

Hoja de autorización del CESAGI para llevar a cabo el estudio de investigación.

Pachuca, Hidalgo a 2 de diciembre de 2013

Asunto:
Solicitud para llevar a cabo protocolo de investigación

Dra. Cynthia E. Mustieles Rocha,
Directora del Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral
Presente.

Reciba por este medio un cordial y atento saludo; asimismo aprovecho el espacio para **solicitar su apoyo a fin de que me autorice llevar a cabo con los pacientes del CESAGI, la investigación: “Calidad de vida relacionada con la salud y el género en Adultos Mayores de 60 años, en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral (CESAGI), en el período de mayo a julio de 2014, en Pachuca, Hgo.”**

Como usted sabe, estoy realizando la Maestría en Salud Pública y dentro de mi investigación debo de aplicar una prueba piloto del cuestionario que se empleará como parte de la misma; **por esa razón solicito su autorización para llevarla a cabo en el mes de diciembre de este año y enero de 2014. De igual manera en los meses de mayo a julio realizaría la aplicación de los instrumentos y el cuestionario a la muestra programada en la investigación. Por supuesto que todo ello no lo podría hacer sin su apoyo y autorización.**

El tiempo que ocuparé para realizar dichos procedimientos serán los días que tengo autorizado ir a la maestría, es decir, los viernes; esto, con la finalidad de no utilizar mi horario de trabajo y por ende no afectar mi productividad laboral.

Le adjunto un resumen del protocolo de estudio en donde le detallo en qué consiste el mismo. Sin más por el momento le agradezco de antemano su atención.

Atentamente.



Dra. Mayra Pérez Rivera
Médica encargada del consultorio No. 3.

VOBO Dra. Mustieles



INFORMACIÓN DE PROGRAMAS Y/O PROYECTOS

Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral, adscrito a la Secretaría de Salud de Hidalgo

1.- PROGRAMA Y/O PROYECTO

* NOMBRE DEL PROGRAMA Y/O PROYECTO	* SECTOR AL QUE SE BENEFICIA
"Calidad de vida relacionada con la salud y el género en adultos mayores de 60 años en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral, en el periferico"	60 años en el Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral, en el periferico
* NOMBRE DEL RESPONSABLE	* CORREO ELECTRÓNICO
Med. Esp. Mayra Pérez Rivera	aryamy@gmail.com
* PUESTO O CARGO	
Medico Consulta Externa Consult.3	
* PERIODO	* DURACIÓN
FEBRERO - MAYO 2014	4 Meses

2.- ES IMPORTANTE SABER SI EXISTE ALGÚN RECURSO QUE SE OTORGARÁ A NUESTROS PRESTADORES

* BECA O APOYO ECONÓMICO	* MONTO
NO	0

3.- PLAZAS

* ESCUELA		
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD		
* PROGRAMA ACADÉMICO		
LICENCIATURA EN GERONTOLOGIA		
* TURNO	* HORARIO	* NUMERO DE PLAZAS
Matutino	08:00-12:00	2

3.1.- ACTIVIDADES

- 1 Evaluar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante el Índice de Katz.
- 2 Aplicar el instrumento WHOQoL-Bref para valorar la Calidad de vida en los adultos mayores.
- 3 Valorar el riesgo social en los adultos mayores, mediante la escala de Valoración Socio-familiar.
- 4 Evaluar los aspectos socio-demográficos y de salud mediante un cuestionario, previamente validado a los adultos mayores.
- 5 Conocer y participar en las actividades que se realizan en la atención integral a los adultos mayores en el Centro Estatal de Atención Geriátrica

La organización "Dirección de Servicio Social y Practicas Profesionales" declara que la información de la presente solicitud es fidedigna y que los estudiantes que colaboran en su programa y/o proyecto no podrán cumplir con necesidades de tipo laboral, ni se les otorgará categoría de trabajador. Al mismo tiempo se compromete a respetar los detalles del programa y/o proyecto, comprometiéndose a mantener informada a la Dirección de Servicio Social y Prácticas Profesionales de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo si existiera algún cambio.


CESAGI
 Dra. Mayra Perez Rivera
 MEDICINA INTEGRADA AREA GERIATRICA
 Ced. Prof. 682090
 Responsable del programa


CESAGI
 CENTRO ESTATAL DE ATENCION GERIATRICA INTEGRAL
 COORDINADOR

Titular

Fecha de impresión: 06-12-2013 05:23:00 PM



Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.



Los datos de este cuestionario se emplearán en una investigación que se llevará a cabo en la UAEH, en el ICSSA, para la Maestría en Salud Pública, titulada "Calidad de vida relacionada con la salud y el género, en Adultos Mayores de 60 años"

Instrucciones: Se trata de una escala heterodinámica de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems, donde sólo se podrá tener una respuesta a cada ítem. La aplicación será realizada por el encuestador capacitado, los datos que aquí se recaben serán para uso exclusivo de la investigación, siendo de carácter confidencial. Marque con una X la opción seleccionada

A. Situación familiar	
Vive con la familia (cónyuge , hijos y nietos , u otros familiares)	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con la familia y Usted presenta alguna dependencia física	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Con pensión	1
Ingresos superiores a \$1,800 mensuales.	2
Ingresos irregulares (ingresos variados y ocasionales) o menos de \$1500 mensuales.	3
Pensión no contributiva (Pensión para Adultos Mayores de 65 y más, \$525 mensuales)	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades (luz, agua, drenaje, aseo de la vivienda)	1
Barreras arquitectónicas: escaleras, puertas estrechas	2
Mal aseo, baño incompleto, ausencia de agua caliente y luz.	3
Ausencia de elevador, teléfono.	4
Vivienda inadecuada: paredes y techos de cartón o lámina, en ruinas.	5
D. Relaciones sociales	
Buenas relaciones sociales (familia, amigos y vecinos cercanos, compañeros en un Club o Casa de día)	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social solo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe a familiares	4
No sale del domicilio y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar o vecinal (Si necesita algo, económico, para trasladarse, visitarlo para conocer su estado de salud, hacerle sus compras, o apoyarlo en las actividades de la casa.)	1
Voluntariado social y ayuda domiciliaria (Apoyo del DIF)	2
No tiene apoyo	3
Pendiente de ingreso a residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
Puntuación total	

Puntuación final:

- (1).- < 10 puntos: normal o riesgo social bajo.
- (2).- 10-16 puntos: riesgo social intermedio.
- (3).- ≥17 puntos: riesgo social elevado (problema social)

Fuente: Villarreal G y Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. 2012; 28 (1): 75-87



INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL *1

Folio: _____

Los datos de este cuestionario se emplearán en una investigación que se llevará a cabo en la UAEH, en el ICESA, para la Maestría en Salud Pública, titulada "Calidad de vida relacionada con la salud y el género, en Adultos Mayores de 60 años"

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las últimas dos semanas. Si no se entiende alguna pregunta aclárela, sólo se podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

*Fuente: González-Celis R A L. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM 2001.

8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1



Índice de Katz (Actividades básicas de la vida diaria)



Los datos de este cuestionario se emplearán en una investigación que se llevará a cabo en la UAEH, en el ICESA, para la Maestría en Salud Pública, titulada "Calidad de vida relacionada con la salud y el género, en Adultos Mayores de 60 años"

Instrucciones: Este Índice evalúa las actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. Cada actividad se evalúa de forma dicotómica. La aplicación será realizada por el encuestador capacitado, los datos que aquí se recaben serán para uso exclusivo de la investigación, siendo de carácter confidencial. Marque con una X la opción seleccionada.

1.-Baño	
Independiente	Se baña completamente solo. O bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta, p/ espalda)
Dependiente	Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2.-Vestido	
Independiente	Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias).
Dependiente	No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
3.-Uso del sanitario	
Independiente	Va al sanitario solo, se arregla la ropa, se limpia él sólo.
Dependiente	Necesita ayuda para ir al sanitario y/o para limpiarse.
4.-Movilidad	
Independiente	Se levanta y se acuesta de la cama él sólo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza sólo.
Dependiente	Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
5.-Continencia	
Independiente	Control completo de la micción y defecación.
Dependiente	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6.-Alimentación	
Independiente	Come sólo, lleva alimento solo desde el plato a la boca.
Dependiente	Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

A	Independiente para todas las funciones
B	Independiente para todas menos una cualquiera
C	Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.
D	Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.
E	Independiente para todas menos baño, vestido, uso de sanitario y otra.
F	Independiente para todas menos baño, vestido, uso de sanitario, movilidad y otra.
G	Dependiente en todas las funciones

Fuente: Álvarez M, De Alaiz T, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Atención Primaria 1992; 10:312-6.

