

Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE

Belém Peña Pérez,** Margarita Terán Trillo,* Fernando Moreno Aguilera,*** Manuel Bazán Castro****

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación del Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI), considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas.

Participantes y método: estudio transversal, observacional y descriptivo. Se entrevistaron 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años, mediante el CUBRECAVI. Se utilizó el análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%.

Resultados: 32.7% de los pacientes fueron hombres. Todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia; 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular.

Conclusiones: la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida. El CUBRECAVI es un instrumento útil para cuantificar la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, CUBRECAVI.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of the quality of life in the elderly through a tool (CUBRECAVI), which is enable to confine shape of the perspective and create strategies based in the needs of this group.

Participants and method: A transversal, descriptive and observational study was done. A total of 150 patients of a medical familiar clinic were interviewed with a median age of 72 years through the application of CUBRECAVI test as a measure tool.

Results: Of the 150 patients interviewed 32.7% were men. All have any kind of illness; 18.7% felt no satisfied with health state, 20% mentioned to be no satisfied with relationship to their sons-daughters and 24.7% consider themselves able to be frequently independent.

Conclusions: The perception of quality of life is link to the family relationships. The interviewed patients don't ask for medical attention for an specific illness, reflecting its quality of life and the CUBRECAVI test provides an objective form to measure it.

Keys words: quality of life, elderly, CUBRECAVI.

* Investigadora de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Profesora del Departamento de Medicina Familiar (UNAM).

** Residente de tercer año.

*** Jefe de Enseñanza e Investigación.

**** Coordinador de Consulta Externa. Clínica de Medicina Familiar Oriente, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Belém Peña Pérez. Jefatura de Enseñanza de la Clínica de Medicina Familiar Oriente. Avenida Telecomunicaciones s/n, colonia Ejército Constitucionalista, CP 09220, México, DF. Correo electrónico: drablm@hotmail.com
Recibido: enero, 2007. Aceptado: febrero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Peña PB, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Rev Esp Med Quir 2009;14(2):53-61.

La versión completa de este artículo también está disponible en:

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros (1998) indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización.¹ El término no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores.² Analizar la calidad de vida de una sociedad significa alcanzar las experiencias subjetivas de los individuos

que la integran y que tienen de su existencia en una determinada sociedad, lo que implica conocer cómo viven y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, además de evaluar el grado de satisfacción que consiguen.¹

El tema de la calidad de vida es amplio, tanto en el concepto como en la trascendencia que puede representar, pues durante los últimos años se han tratado de realizar cambios significativos en la salud de la población, cuyo objetivo es mejorar, precisamente, la calidad de vida. De inicio es importante definir lo que es la calidad, lo que puede hacerse para los diferentes niveles. Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.² En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de consenso de calidad de vida: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".³

La calidad de vida es un concepto que utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político.

En ocasiones, el concepto de calidad de vida se confunde con el de nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infraconsumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias.¹

Rocío Fernández Ballesteros, psicóloga especializada en envejecimiento y vejez, plantea en diferentes investigaciones de calidad de vida la tendencia actual para alcanzar un mayor estado de bienestar a través de todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a personas mayores. Recalca que el concepto de calidad de vida en estas personas mantiene aspectos comunes con otros grupos poblacionales, además de factores importantes que inciden en los ancianos, como el valor de la autonomía. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de

salud del individuo y sustenta la multidimensionalidad de esta percepción, incluyendo ciertos factores personales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción; factores socioambientales, apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.⁴

La satisfacción de las necesidades de la especie humana condiciona la llamada calidad de vida y ésta, a su vez, es el fundamento concreto del bienestar social.⁵

La longevidad ha sido para toda la humanidad un ideal expresado de diversas maneras y desde tiempos inmemorables; sin embargo, no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones. La meta es la longevidad relacionada con creciente calidad de vida. Estas condiciones pueden alcanzarse a través de influir en el ámbito sociocultural, es decir, en la condición y estilo de vida, así como mayores conocimientos de los factores biológicos y avances científicos que aumenten la esperanza de vida y mantengan las capacidades funcionales del ser humano.

El envejecimiento

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que se ha hecho durante la vida; del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella; y de cómo y dónde se ha vivido la vida. La duración de la vida se define como la capacidad de supervivencia máxima de una especie en particular.⁶ La esperanza de vida es, a su vez, la media de años que se vive en la práctica, desde el nacimiento o alguna edad en concreto.

El envejecimiento es un hecho que se estudia en forma multidisciplinaria. Desde el punto de vista biológico significa, simplemente, deterioro; no obstante, en la actualidad la mayoría de los especialistas consideran que envejecimiento es lo mismo que desarrollo, es decir, un cambio del comportamiento relacionado con la edad cronológica, sin que ello implique crecimiento ni deterioro.⁷

El conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida

y, con ello, cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los ancianos es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan. Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer, bien o mal, depende de los grandes márgenes fijados por el contexto social de los mismos individuos que envejecen.⁸

Desde la perspectiva del envejecimiento biológico, existen modelos que indican que la vejez es una época inactiva y de desgaste físico e intelectual. Las áreas de gerontología y psicología han analizado el proceso del envejecimiento con una percepción que aporta nuevos elementos y complementa el conocimiento de dicho proceso:

1. *Modelo deficitario*: propone que lo que caracteriza al envejecimiento son las pérdidas. Dicho de otro modo, lo que diferencia a un viejo de un adulto joven es el haber perdido algunas capacidades que el adulto joven conserva. El problema y las críticas le vienen de que, si bien es cierto que la conducta depende de los órganos, el principio básico de la biología funcionalista es que los órganos evolucionan de modo distinto, en función de que se usen o no. Se sabe que a cualquier edad el cerebro muestra gran plasticidad, es decir, una capacidad de recuperación. Esto significa que en la vejez no sólo hay pérdidas, sino también ganancias.
2. *Modelo contextual*: la eficacia de la conducta depende de las oportunidades y exigencias que la sociedad proporciona a los sujetos de ejercitar determinadas conductas. Es decir, la práctica adecuada es el principal determinante de la conducta; anteriormente, la función de los viejos era transmitir sus conocimientos y experiencias (ser los depositarios de la cultura).
3. *Modelo evolucionista*: parte del supuesto de que los viejos existen porque cumplen o han cumplido alguna función que ha contribuido con la supervivencia de la especie. El problema es ¿cuál es el rasgo útil? Todo parece indicar que la función de los viejos es transmitir lo aprendido y sus experiencias.⁷

Esta función de transmisores de tradición ha desaparecido, porque la profesión de enseñar es por especialistas. Lo más importante es mencionar que ninguno de estos modelos deja bien situados a los viejos.⁷

El cambio más frecuente en el cerebro a medida que envejece es que se produce un “encogimiento progresivo” (se concreta en pérdida de peso), que en condiciones anormales raramente supone 5% de su tamaño. Este encogimiento se debe a la pérdida de neuronas, la cual es variable en distintas etapas de la vida. A los 30 años se estabiliza (se pierden 10,000 neuronas cada 24 h) y a los 70, el número de neuronas que sobrevive representa casi 30%. La muerte gradual de neuronas es el resultado de un proceso adaptativo. Se eliminan neuronas que no cumplían ninguna función. El cerebro va envejeciendo y necesitando menos neurotransmisores para llevar a cabo estas funciones; cabe esperar una disminución o inhibición generalizada de toda la actividad cerebral y, en consecuencia, una reducción en la rapidez y eficacia de todas las facultades mentales, incluida la actividad social.⁷

Cada individuo envejece a ritmo y tonalidad diferentes; más aún, los órganos y sistemas del cuerpo envejecen de manera distinta. De aquí que puedan encontrarse personas envejecidas, físicamente, a los 40 o 50 años de edad y otras conservadas a los 80 y 90 años de edad. Por tanto, este proceso y sus consecuencias deben valorarse de modo individual. El envejecimiento está determinado por dos grandes vertientes; por un lado se encuentra la longevidad fijada por la programación genética de cada individuo y, por el otro, la expectativa de vida, que se refiere a la posibilidad de años que pueden vivirse a partir del nacimiento, lo cual está relacionado con diversos factores externos, pero íntimamente asociado con el micro y macroambiente de cada individuo. Respecto al proceso de envejecimiento, la esperanza o expectativa de vida representan las únicas posibilidades de intervención para lograr un envejecimiento exitoso. Específicamente, en el rubro del microambiente es donde más puede hacerse: se refiere, en gran parte, al estilo de vida de cada persona, es decir, el patrón de conducta de vida diaria, el cual está condicionado por múltiples factores que inducen a comportarse de cierta manera y tiene gran influencia en la salud.⁷

Los factores que perjudican con más frecuencia a los viejos que a los adultos jóvenes en ciertos tipos de tareas son: la complejidad de la tarea, la falta de práctica, la ansiedad y la mala condición física.

Con base en esto, la jubilación no es un proceso que se imponga en relación con la edad, sino con la capa-

cidad del sujeto, pues se ha encontrado cierto nivel de incapacidad o discapacidad motriz a cualquier edad, y se incrementa, levemente, entre los 55 y 75 años. La importancia de la funcionalidad fue ratificada por la Comisión Estadounidense en Enfermedades Crónicas y por la OMS. El estado funcional se define como la capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para lograr el bienestar. A menudo se conceptualiza como la integración de tres campos de la funcionalidad: biológico, psicológico y social. En las personas mayores, las respuestas adaptativas a situaciones de estrés adquieren cada vez mayor importancia en cada campo. Aunque los procesos de desarrollo y envejecimiento pueden dar lugar a grandes diferencias, las mediciones de salud física pretenden determinar los niveles totales de salud y estado físico.⁷

Los indicadores de salud física suelen incluir los diagnósticos y afecciones coexistentes, síntomas, discapacidades, tipos de fármacos que se consumen, gravedad de la enfermedad y cuantificación de los servicios médicos utilizados (por ejemplo, el número de días de hospitalización al año, o la cantidad de días al año en los que no pudo realizar las actividades normales de la vida diaria). La valoración que realiza la persona de su salud y discapacidad puede incluirse, también, en dichas mediciones.⁶

La competencia funcional se ha definido como el grado de facilidad con el que una persona piensa, siente, actúa o se comporta, congruentemente con su entorno y gasto de energía. Se ha relacionado con el nivel al que mantiene a sí misma, la calidad con la que desempeña funciones que le corresponden en la sociedad, el estado intelectual y emocional, la actividad social y la actitud respecto del mundo y de uno mismo.⁶

La salud y capacidad funcional son aspectos importantes para la calidad de vida social de las personas: el nivel de capacidad funcional determina la medida en que pueden manejarse con autonomía dentro de la comunidad, participar en distintas actividades, visitar a otras personas, utilizar los servicios y facilidades que les ofrecen las organizaciones y la sociedad y, en general, enriquecer sus propias vidas y las de personas próximas a ellos. La educación, a su vez, está relacionada estrechamente con los ingresos, el estilo de vida, el trabajo, las condiciones del trabajo y vida, y con las oportunidades

en general. Un determinante principal de las oportunidades de vida es su situación económica.⁶

Cuando se habla de las personas de la tercera edad, o ancianas en términos generales, muchas veces no se considera que se está hablando del periodo más largo de la vida y durante el cual no es posible identificarlos como si fueran todos iguales, sino que el periodo abarca una diversificación de edades y situaciones donde existen diferentes capacidades de aportación y posibilidades, incluso de incorporación de las personas mayores.⁹

En México debe trabajarse para hacer frente al reto de una población que envejece aceleradamente como resultado de cambios epidemiológicos; es necesaria la adaptación de recursos para la atención de este grupo social, en el que por sus peculiaridades, la relación costo-efectividad es más elevada. La psicogeriatría ha experimentado múltiples cambios en los últimos años debido al gran problema psicosocial generado por las siguientes razones: aumento en la esperanza de vida, disminución de los índices de mortalidad, incremento de la población de ancianos en todo el mundo, aumento del costo social de atención médica, incremento cuantitativo y cualitativo de las enfermedades crónicas, pérdida progresiva de las facultades físicas, intelectuales y cognitivas conforme se incrementa la edad, carencias económicas y de soporte social para los ancianos, estrés por jubilación, pérdida de estatus, pérdida de seres queridos, soledad y aislamiento. Es importante reconocer la fragilidad homeostática del anciano, la situación biológica y la inevitable declinación del vigor físico; la mayor dificultad para adaptarse al estrés (situación reconocida en este grupo etario), seguida de diversas pérdidas, duelos y disminución de la capacidad para adecuarse a los cambios y situaciones nuevas, además de los trastornos amnésicos frecuentemente relacionados con el envejecimiento.⁹

Psicología del envejecimiento

Vistos a grandes trazos algunos de los rasgos de la sociedad actual, es posible referirse a ciertos aspectos psicológicos del adulto mayor, los cuales se relacionan con la manera que, enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiende a percibir de sí mismo. La manera de percibirse es lo que permite hacer la propia evaluación, esto último es el proceso conocido como "autoestima".

Que la autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente. De la autoestima depende la manera en que cada individuo tiende a enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y a los demás; de ella depende, en gran medida, la manera en que cada uno se enfrenta a los conflictos y dificultades de la vida.¹⁰

Enfrentado a la realidad del envejecimiento, en medio de una sociedad altamente diversificada, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como cierto grado de marginación social. Es fácil que se sienta como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, porque percibe que los demás no cuentan con él. A nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por tanto, que algunos ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.¹⁰

En la familia, el trabajo da la capacidad económica y si el trabajador está satisfecho, retroalimentará de manera positiva la dinámica familiar. En lo personal, el trabajo hace sentir útil y necesaria a la persona, dando una imagen que alimenta la autoestima; sin embargo, todo esto se pierde con la jubilación, sobre todo si no hay un periodo de transición. Significa una gran pérdida. Al principio, los trámites que siguen a la jubilación suelen disfrazar la gravedad del paso a dar, luego se inicia una etapa de “luna de miel” donde se disfruta el descanso y la persona se entretiene con lo que “no había podido hacer antes”. Pero pronto se enfrenta al duelo de una gran pérdida, donde se percibe la reducción de la capacidad económica, la falta de una rutina y motivación diaria, el enfrentamiento al tiempo libre sin saber con qué llenarlo o emplearlo, sobre todo productivamente,¹¹ disminución de la autoestima como consecuencia de la valoración social, proveniente en gran medida del rol profesional y el exceso de pasividad; como consecuencia de la desorientación temporal, el sujeto no es capaz de ordenar su vida. El anciano se encuentra sin las motivaciones o refuerzos sociales que le permiten un trabajo de adaptación. Al carecer de dichas herramientas es difícil adquirir hábitos nuevos y, por tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.¹⁰ Así, puede aparecer como una persona “rígida, chapada a la antigua”, aferrada a

su experiencia tan importante para él o ella, y siente que la sociedad no la valora en la forma que considera sería lo justo. La agresividad y la fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores pueden relacionarse con el sentimiento de difícil adaptación, que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.¹²

Atribuir los síntomas psiquiátricos al proceso de envejecimiento o, bien, condicionarlos a la multipatología de la vejez, genera inmovilidad y en ocasiones falta de interés, al no reconocer que la agudización de las enfermedades crónicas coexistentes puede agravarlos; por tanto, es importante su reconocimiento. El tratamiento deberá orientarse a restablecer la salud, mejorar la calidad de vida, disminuir la incapacidad, preservar la autonomía y dar soporte social, todos igualmente válidos.¹²

El contexto social en el que vive el anciano resulta fundamental para su estado de salud y bienestar, por lo que es indispensable considerarlo un factor importante en la evaluación médica. Se considera que la mayor parte de la población anciana vive dentro de una familia y ésta es su principal fuente de apoyo psicosocial. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del anciano y el proceso de su enfermedad, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia. El grado de dependencia física, mental o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al anciano.¹²

La familia es la institución social basada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, cuya forma varía según las culturas (monogámica, poligámica, poliándrica, etc.). Como todo sistema, tiene la capacidad de adaptarse de manera adecuada, lo que se traduce en crecimiento armónico y en la posibilidad de desarrollarse y alcanzar la madurez de cada uno de sus miembros. Este concepto se refiere a una familia funcional. Cuando la familia se adapta de manera inadecuada, la interacción entre sus miembros se afecta. Al igual que el individuo, la familia pasa por diferentes etapas que conforman el ciclo vital, según el autor que lo aborde. Cada etapa representa nuevos retos y funciones a los

que la familia debe adaptarse de manera funcional. El proceso en cada cambio de etapa requiere una serie de crisis para su ajuste. El entender el ciclo vital familiar permite comprender mejor su dinámica y los ajustes paulatinos a los que debe enfrentarse la familia que envejece. Algunos cambios que sobrevienen frecuentemente y repercuten en su bienestar son la jubilación, la viudez, las enfermedades e incapacidades.¹²

La valoración geriátrica debe ser global o integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del anciano, situación con la que los médicos están poco habituados. Deben tenerse suficientes referencias al considerar que el anciano es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, equipo de salud) que le rodea. La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social puede ser el único factor que desencadene problemas patológicos o de enfermedad y resultar en trastorno de orden psicosocial.¹²

Si no se mejoran las condiciones sociales y de la calidad de vida, y sin los avances tecnológicos, no puede haber mejoramiento en la salud. La calidad de vida está determinada por una mejor alimentación, vivienda y escolaridad. El reto actual no consiste en incrementar la cantidad de años de vida de los mexicanos, sino mejorar su calidad de vida. Esta mejoría depende de diferentes factores, entre los que intervienen servicios de salud, desarrollo de ciencia y tecnología, formación de recursos humanos, capacitación, mejores prestaciones para los jubilados, mejorar el estilo de vida, entre otros.⁶ Se considera que el adulto mayor tiene buen nivel de bienestar cuando es capaz de frenar los cambios que ocurren en su organismo y medio social, con un grado de adaptación adecuado y satisfacción personal.¹³

Cuando se habla de envejecimiento, debe reconocerse, ante todo, como un fenómeno multicausal que requiere acciones multidisciplinarias. Hasta el momento se le ha considerado, principalmente, un asunto de salud pública o de carácter social, con incidencia a nivel familiar y aplicaciones de orden de deterioro físico y económico de dependencia.

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)¹⁴

Es un cuestionario validado que cuenta con las garantías psicométricas de confiabilidad y consistencia interna.

Este cuestionario se ha adaptado para la población mexicana; incluye un rubro donde se interroga sobre el diagnóstico. Deben agruparse las enfermedades según la frecuencia con que se presentan en la consulta externa: 1) diabetes mellitus tipo 2, 2) hipertensión arterial sistémica, 3) enfermedades cardíacas, 4) diabetes e hipertensión, y 5) otras (osteoartrosis, artritis reumatoide, hipertrofia prostática, cistocele, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica). De la misma manera, se estandarizó la edad mínima de aplicación a la población mexicana, pues el instrumento se ha utilizado en España, donde se considera al adulto mayor a partir de los 65 años de edad.¹

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de calidad de vida del adulto mayor mediante el CUBRECAVI, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Estudio transversal, observacional y descriptivo realizado en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. En este proyecto se consideraron las recomendaciones de la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar.¹⁵

Se entrevistaron usuarios mayores de 65 años de edad. El periodo de estudio fue de noviembre a diciembre de 2005.

Los criterios de inclusión fueron: ser derechohabiente del ISSSTE con expediente vigente en la Clínica Oriente, pacientes de uno y otro sexo mayores de 65 años de edad; y los de eliminación, contar con cuestionarios incompletos.

El propósito estadístico fue conocer la percepción de vida en los adultos mayores. Se entrevistaron 150 pacientes en una sola ocasión. Se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas. La escala de medición fue nominal.

La obtención de datos consistió en una cédula de autoaplicación (CUBRECAVI),¹⁴ que corresponde a un cuestionario general de referencias personales. Contiene 17 elementos agrupados en nueve apartados: salud (subjetiva y objetiva), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfac-

ción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios. Con la finalidad de ponderar la importancia subjetiva de cada componente, el CUBRECAVI contiene también una pregunta en la que se interroga al sujeto sobre el orden de importancia que atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida.¹⁰

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0.

El estudio estadístico incluyó medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Se utilizó el análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, este trabajo se clasifica en categoría I, con base en el título segundo, artículo 17, que lo ordena como investigación sin riesgo, debido a que los participantes sólo aportan datos a través de encuestas, y no provoca daños físicos ni mentales. Además, la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.^{11,16}

RESULTADOS

Se encuestaron 150 pacientes, por lo que se cubrió satisfactoriamente la muestra en la sala de espera de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. No hubo rechazo para la aplicación del cuestionario por parte de los individuos.

Respecto a la edad de los entrevistados, la media se situó en 72 años, con límites de 65 a 95 años.

Entre las características sociodemográficas, 49 sujetos correspondieron al sexo masculino (32.7%).

En cuanto al grado de satisfacción con el estado actual de salud, 20 (13.3 %) participantes respondieron *mucho*, 55 (36.7%) *bastante*, 47 (31.3%) *algo* y 28 (18.7%) mencionaron sentirse *nada satisfechos*.

En cuanto a los diagnósticos a los que se tuvo acceso por expediente se reportan los siguientes:

Salud objetiva: hipertensión arterial sistémica en 22.7% y asociada con diabetes en 16.7% de los casos.

Salud emocional: se encontraron cifras similares para los encuestados; casi 48% tuvo datos de tipo

depresivo (figura 1). En relación con problemas de memoria, 40% reconoció presentarlos. Así mismo, se encontró que 14.7% de los pacientes tiene problemas de desorientación y olvidos.

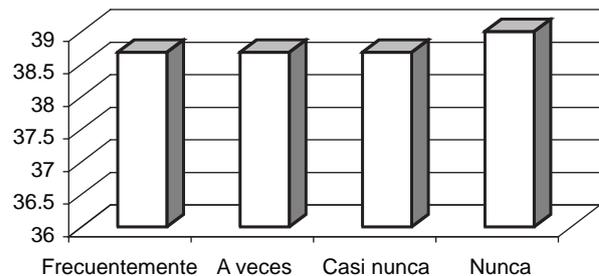


Figura 1. Salud emocional.

Fuente: Información CUBRECAVI noviembre-diciembre, 2005.

Integración social: la frecuencia de apoyo familiar, en relación con visitas de los familiares, se muestra en el cuadro 1. El grado de satisfacción asociado con la relación de personas allegadas al paciente se observa en el cuadro 2.

Habilidades funcionales: cuando se preguntó al paciente ¿Puede valerse por sí mismo? 29.3% respondió *valerse muy bien*, 46% *bien* y sólo 24.7% comentó *valerse de manera regular*. La medida en que se dificulta realizar sus actividades se muestra en el cuadro 3.

DISCUSIÓN

Los 150 participantes de este estudio correspondieron a una población de adultos mayores que, en relación con otros estudios, conserva la distribución del género, con predominio del sexo femenino. En cuanto al grado de satisfacción con su estado actual de salud, 81.3% se encuentra satisfecho y 18.7% insatisfecho. En relación con los síntomas incluidos en el cuestionario, la mayoría respondió manifestarlos algunas veces y nunca. Todos tuvieron algún tipo de enfermedad: 53.4% tiene enfermedades crónico-degenerativas de predominio metabólico y cardiovascular, y 43.3% reporta enfermedades tan diversas, como hipertrofia prostática, enfermedad articular degenerativa, artritis reumatoide, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En cuanto a los síntomas afectivos, se apreció relación con los problemas de memoria, el porcentaje de

Cuadro 1. Integración social (visitas)

<i>Integración social</i>	<i>Todos los días n (%)</i>	<i>Al menos una vez a la semana n (%)</i>	<i>Al menos una vez al mes n (%)</i>	<i>Menos de una vez al mes n (%)</i>	<i>No contestó n (%)</i>
Hijos/as que no viven con usted en la misma casa	32 (21.3)	56 (37.3)	34 (22.7)	24 (16.0)	4 (2.7)
Nietos/as que no viven con usted en la misma casa	22 (14.7)	59 (39.3)	37 (24.7)	26 (17.3)	6 (4.0)
Familiares que no viven con usted en la misma casa	14 (9.3)	28 (18.7)	33 (22.0)	69 (46.0)	6 (4.0)
Vecinos	44 (29.3)	40 (26.7)	28 (17.3)	38 (25.3)	2 (1.3)
Amigos que no sean vecinos	15 (10.0)	34 (22.7)	27 (18.0)	65 (43.3)	9 (6.0)

Fuente: Información CUBRECAVI noviembre-diciembre, 2005.

Cuadro 2. Integración social (grado de satisfacción)

<i>Parentesco</i>	<i>Satisfecho n (%)</i>	<i>Indiferente n (%)</i>	<i>Insatisfecho n (%)</i>	<i>No contestó n (%)</i>
Cónyuge	100 (66.7)	22 (14.7)	15 (10)	13 (8.7)
Hijos	103 (68.7)	15 (10.0)	30 (20)	2 (1.3)
Nietos	103 (68.7)	16 (10.7)	27 (18)	4 (2.7)
Otros familiares	77 (51.3)	39 (26)	29 (19.3)	5 (3.3)
Vecinos	80 (53.3)	57 (38)	8 (5.3)	5 (3.3)
Amigos no vecinos	74 (49.3)	56 (37.3)	9 (6)	11 (7.3)

Fuente: Información CUBRECAVI noviembre-diciembre, 2005.

Cuadro 3. Habilidades funcionales

<i>Actividades</i>	<i>Ninguna n (%)</i>	<i>Alguna n (%)</i>	<i>Bastante n (%)</i>	<i>Mucha n (%)</i>	<i>No contestó n (%)</i>
Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse o bañarse)	112 (74.7)	31 (20.7)	5 (3.3)	1 (0.7)	1 (0.7)
Realizar tareas caseras	90 (60)	48 (32)	10 (6.7)	1 (0.7)	1 (0.7)
Caminar	91 (60.7)	39 (26)	18 (12)	2 (1.3)	0
Realizar tareas fuera de casa	92 (62.7)	34 (22.7)	15 (10)	9 (6)	0

Fuente: Información CUBRECAVI noviembre-diciembre, 2005.

pacientes que comúnmente olvidan sus actividades u objetos personales fue importante. Hay cifras que llaman la atención en cuanto a los pacientes que se desorientan frecuentemente y a veces, los cuales corresponden a 37.5% de los casos.

En cuanto a la red familiar, los hijos y nietos visitan semanalmente a los encuestados (satisfacción de

68.7%), y la extrafamiliar, una vez al mes. El 10% de los pacientes que respondió sentirse insatisfecho con la relación con su cónyuge fueron mujeres, en quienes hubo negligencia en el cuidado y atención de sus parejas.

En la variable de “valerse por sí mismo”, 62.7% mencionó no tener dificultad para realizar tareas fuera de casa y quienes tienen limitaciones (16%) coinciden

con los que respondieron tener “flojedad de piernas” en cuanto a síntomas incluidos.

El hecho de que el adulto mayor pueda valerse por sí mismo, que se sienta satisfecho con la relación con su familia y con el apoyo de amigos o vecinos, le permite ser funcional, aun cuando se tenga alguna enfermedad. Esto le hace considerarse útil y no un cargo para la familia y sociedad en la que se desenvuelve.

CONCLUSIONES

La población encontrada en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE que cuenta con un diagnóstico no busca atención médica al acudir a consulta. La mayor parte de los síntomas se relaciona con su estado de ánimo; un alto porcentaje se considera autosuficiente, al no tener grandes dificultades para realizar sus actividades diarias; además, las redes con las que el adulto mayor cuenta son importantes para su vida diaria. La recomendación principal debe centrarse en un enfoque educativo a la población en edad productiva, e integrar al adulto mayor en algunas tareas que él mismo considere capaz de llevar a cabo. Las autoridades institucionales deben considerar que el módulo de gerontología incluya la capacitación hacia la población en etapa productiva, de acuerdo con los periodos de jubilación, retiro y muerte.

REFERENCIAS

1. Rueda S. Calidad de vida y vejez. 2001 [en línea]. Dirección URL: <www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez>.
2. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª ed. Madrid: ESPASA, 2001.
3. Casado JM, González N, Moraleda S, Orrueta R. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(3):167-73.
4. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Maciá A. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. 1ª ed. Madrid: INSERSO, 2000.
5. López P, Roset B, Iglesias P, González G y col. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica exhaustiva en atención primaria. Comparación con los datos de la historia clínica. *Aten Primaria* 2000;25(9):630-3.
6. OMS. Programa sobre envejecimiento y salud. Ginebra, 1998
7. Aspectos conceptuales y metodológicos en la vejez. 2000 [en línea]. Dirección URL: <http://www.geocities.com//psicological/VEJEZ.rtf >.
8. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento en: Organización Panamericana de la Salud, editor. La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. 1ª ed. Washington: OPS, 1994;p:546.
9. Levi L, Anderson L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. 1ª ed. México: El Manual Moderno, 1980.
10. Ysern de Arce, Jose Luis; joluis@ctc_mundo.net. Chillian, Chile 2004.
11. Declaración de Helsinski de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinski, Finlandia 1964, enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
12. Rodríguez R, Morales J. Geriátria. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998.
13. San Martín H, Pastor U. Epidemiología de la vejez. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.
14. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A. Calidad de vida en distintos contextos de la vejez. 2ª ed. Madrid: INSERSO, 1996.
15. GAFIMF. Guía para la tutoría de proyectos de investigación en medicina familiar. 1ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 2003.
16. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, 1983.