

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Enfermedades prevalentes y calidad de vida en el adulto mayor funcional

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería

Presenta

Yessica Cecilia Velázquez Balderas

Santiago de Querétaro, Qro. Agosto 2021



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

Enfermedades prevalentes y calidad de vida en el adulto mayor funcional

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

Presenta:

Yessica Cecilia Velázquez Balderas

Dirigido por:

M.C.E. Gabriela Palmé Vega

SINODALES

M.C.E. Gabriela Palmé Vega

Presidente

M.C.T.A. Adriana Martínez Díaz

Secretario

L.E. Fredy Reyes Coronel Serrano

Vocal

Dr. Alberto Juárez Lira

Suplente

M.C.E. Ma. Guadalupe Perea Ortiz

Suplente

M.G.D.S. Judith Valeria Frías Becerril

Director de la facultad

Centro Universitario
Querétaro, Gro.
Agosto 2021
México

Dirección General de Bibliotecas UAQ

RESUMEN

Introducción: La Organización mundial de la Salud (OMS) determinó que de cada nueve personas existe una de edad avanzada, se espera que este valor aumente para el año 2050. Actualmente el 1.5 millones de personas mueren anualmente antes de los 70 años edad como consecuencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Lo cual repercute en la calidad de vida del adulto mayor en el estado físico, psicológico, social y ambiental. **Objetivo:** Relacionar la prevalencia de las ECNT y la calidad de vida del adulto mayor funcional de un centro de día de la ciudad de Querétaro para generar evidencia científica que permita posteriormente a las instituciones ofrecer programas que mejoren su calidad de vida. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal, de nivel descriptivo y de correlación. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida versión breve QHOOQOL-BREF y la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud para identificar las ECNT. **Resultados:** Se entrevistaron a 30 adultos mayores de un centro de día en la ciudad de Querétaro, siendo la media de edad de 71.7 años. Se destaca que existe prevalencia de 7 enfermedades dentro de las cuales se encuentran hipertensión, diabetes mellitus, artritis, bronquitis crónica, problemas auditivos, oftálmicos y gastritis. Los cuatro dominios estudiados para determinar la calidad de vida son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, para la mayoría de los ítems su respuesta fue “lo normal”, destacando que el dominio más alto fue el de relaciones sociales con un 87.7% determinando buenas relaciones sociales. **Conclusiones:** existe la necesidad de fortalecer cada vez más los programas en prevención que ayuden en disminuir la prevalencia de las ECNT y sus consecuencias, para seguir manteniendo la calidad de vida de los adultos mayores como hasta ahora.

AGRADECIMIENTOS

A todos los maestros que aportaron ideas positivas para la realización de este proyecto de investigación durante un largo tiempo, que motivó a seguir adelante con cada una de las etapas de elaboración de la tesis.

Por el apoyo en ser un equipo de trabajo y de complicidad donde la amistad nos unió para siempre a mi amiga Ana María Rojas Trejo con quien pasé horas de risas, felicidad, pláticas, investigación, uniendo ideas, dudas y estrés en la biblioteca, no olvidaré esos grandes momentos junto a ella para darle forma a este trabajo que iniciamos y terminamos juntas.

En especial a la M.C.E. Gabriela Palomé Vega por su apoyo incondicional en todo momento en este largo proceso que conlleva la investigación, por lo tanto, puedo decir que nos impulsó día a día para dar una aportación a la comunidad de enfermería sobre el cuidado hacia el adulto mayor y que sin ella como parte del equipo de investigación no hubiera sido posible el inicio hasta la culminación de este proyecto. También quiero agradecerle porque cultivó la investigación en ambas para nuestras metas y objetivos en un futuro ya como Licenciadas en Enfermería. Gracias que no tan sólo se convirtió en nuestra directora de tesis, sino que la consideramos como una amiga.

Por otra parte, le estaré siempre agradecida a mi madre quien fue el pilar principal en toda mi educación, quien estuvo en buenos y malos momentos durante todo este largo camino de la carrera, ella indispensable no tan solo en mi formación sino en mi vida, por apoyarme como siempre en poder realizarme como Licenciada en Enfermería y con ello crear un futuro como profesionista.

También gracias a todas las personas que se cruzaron en mi camino durante este proyecto que me apoyaron con sus consejos, aportaron ideas, dándome ánimos y estando conmigo.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 4.1	Relación edad y sexo de los adultos mayores	42
Cuadro 4.2	Dominio 1 Salud física	42
Cuadro 4.3	Dominio 2 Psicológica	44
Cuadro 4.4	Dominio 3 Relaciones sociales	45
Cuadro 4.5	Dominio 4 Ambiente	46
Cuadro 4.6	Dominio 1 Salud física, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.	48
Cuadro 4.7	Dominio 2 Salud psicológica, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.	50
Cuadro 4.8	Dominio 3 Relaciones sociales, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.	51
Cuadro 4.9	Dominio 4 Ambiente, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1	Enfermedades prevalentes	48
-------------------	--------------------------	----

Dirección General de Bibliotecas UAQ

ÍNDICE

RESUMEN	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE DE CUADROS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	9
1.3 Objetivos	11
1.3.1 General	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
1.4 Hipótesis o supuesto	11
II. REVISIÓN DE LITERATURA	12
2.1 Adulto mayor.....	12
2.2 Características fisiológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor.....	13
2.3 Enfermedad.....	16
2.3.1 Enfermedades crónicas	17
2.3.2 Dentales.....	18
2.3.3 Cáncer.....	18
2.3.4 Psiquiátricas o mentales.....	20
2.4 Polifarmacia.....	20
2.5 Calidad de vida	22
2.6 Calidad de vida en el adulto mayor en un contexto internacional y nacional dentro del ámbito rural y urbano	26
2.7 Calidad de vida del adulto mayor en centros de día.....	27
2.8 Calidad de vida y enfermedades en el adulto mayor.....	29
2.9 Servicios de salud para el adulto mayor	30
2.10 Estudios relacionados.....	31
III. METODOLOGÍA.....	34
3.1 Tipo y diseño metodológico	34
3.2 Universo y muestra	34

3.3 Material y métodos	35
3.3.1 Instrumentos	36
3.4 Plan de análisis	37
3.5 Ética del estudio	38
IV. RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN.....	55
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	57
VII.BIBLIOGRAFÍA.....	58
VIII.ANEXOS	65
8.1 Definición de variables	65
8.2 Carta de consentimiento informado	70
8.3 Cuestionario de calidad de vida versión breve WHOQOL- BREF.....	71
8.4 Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud	76

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evaluado que en cada nueve personas hay una persona de edad avanzada, es decir, de 60 años o más. Se espera que este valor aumente a una de cada cinco personas para el año 2050, lo que representa aproximadamente la mitad del crecimiento total de la población mundial. Los países de bajos y medianos ingresos son donde se producen algunas de las tasas más rápidas de envejecimiento (Dagli & Sharma, 2014).

La población total en México es de 112, 336, 538 de los cuales 10, 055,379 de la población mexicana tiene 60 años o más. Dentro de los estados con mayor proporción de personas adultas mayores se encuentran el Distrito Federal con 11.3%, Oaxaca con 10.7% y Veracruz con el 10.4%. Y los estados que cuentan con una menor proporción de adultos mayores son Baja California con 6.8%, Baja California Sur con 6.6% y Quintana Roo con 4.8%. La esperanza de vida en la población a partir de los 60 años son 22.9 años en mujeres y 20.9 años en hombres. El 40.6% de los adultos mayores alguna vez en su vida han ingerido alcohol y el 28.9% ha fumado alguna vez. Además, es importante resaltar que solamente el 74% de las personas adultas mayores en México saben leer y escribir (INAPAM, 2016).

El adulto mayor funcional llega a padecer distintas enfermedades y a pesar de ello puede llevar a cabo diferentes actividades dentro las limitaciones que le desencadena la enfermedad, intentando que esto no repercuta en su vida social, por medio de la participación en programas, actividades como pueden ser: música, canto, baile, pintura, bordado, tejido, activación física, entre otros (Sanhueza, M. et al 2005).

Las discapacidades de mayor relevancia en el adulto mayor son: caminar, bajar y subir por medio del uso de sus piernas, lo que representa el 64.7%; un 41.4% utilizan lentes, y 25.9 % tienen dificultad para escuchar a pesar de que utilice un aparato auditivo. En México se espera según lo señala la CONAPO que la población de personas mayores para el año 2030 sea de 20.4 millones (INEGI, 2016).

La OMS, define a la calidad de vida como: “La percepción, que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” y este concepto está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y el entorno. Un adulto mayor considerado sano es aquella persona que puede enfrentar procesos de cambio de adaptabilidad funcional y con ello obtener la satisfacción funcional, su estado de independencia funcional es el indicador más importante porque ellos son capaces de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria (Sanhueza, M. et al, 2005).

Las siguientes enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración, su progresión es lenta, y son las que más afectan a la población a nivel mundial: enfermedades del corazón, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, (OMS, 2008). Las enfermedades crónicas sobresalen por la mala alimentación por un aporte calórico excesivo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, y el gran consumo de tabaco y alcohol, afectando con ello la calidad de vida. En México según las Estadísticas de la Secretaría de Salud las enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor afectan tanto a hombres como a mujeres, las más importantes son la diabetes y la insuficiencia renal crónica (Beade, A., 2012).

Las instituciones que presentan programas que apoyan a la inclusión social de la persona de la tercera edad son los llamados centros de día o centros gerontológicos quienes brindan distintas actividades durante el día a los adultos mayores que de cierta forma los ayuda a sentirse útiles, importantes, queridos, por más personas que tienen relación dentro de estos centros creando lazos sociales que los hacen sentir bien y obteniendo con ello una mejor calidad de vida a comparación de otras personas mayores (Sanhueza, M. et al, 2005).

Para la finalidad de este estudio con enfoque cuantitativo se determinó las enfermedades prevalentes y calidad de vida en el adulto mayor funcional, que asisten a un centro de día.

1.1 Planteamiento del problema

Entre el año de 1990 al 2017 el porcentaje de la población de 60 años de edad a más aumentó de 6.4 a 10.5 por ciento. Se ha reducido la natalidad de 2, 900, 000 a 2, 234, 039 y ha aumentado la esperanza de vida de 6.4 a 10.5%, de 1990 a 2017 ha incrementado el porcentaje de adultos mayores de gran manera debido a que por cada 100 niños y jóvenes hay 38 personas mayores por lo que se espera que en el 2050 aumente el porcentaje de personas mayores de 60 años en México (INEGI, 2017).

El aumento en la población de los adultos mayores significa grandes desafíos para la política pública, por lo tanto la ONU menciona que “El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral, financiero y la demanda de bienes y servicios, así, como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales” (ONU, 2015).

El envejecimiento es un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a nivel biológico, psicológico y social determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente. Dentro de los años 30 y 60 en México existió un descenso significativo de la mortalidad y elevados niveles de natalidad, provocó un aumento demográfico y descenso de la fecundidad. En las próximas décadas se espera un descenso en la natalidad y mortalidad. Se estima que en el año 2050 las mujeres que cuenten con 60 años y más representarán el 23% de la población femenina y el 19.5% de hombres del total de la masculina, la población está creciendo de manera acelerada. La población adulta mayor se localiza mayormente en lugares rurales y predomina en el género femenino. Las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres. En el año de 2014 la esperanza de vida de las mujeres asciende a 77.5 años y los hombres a 72.1 años. Se proyecta

que para el año 2050 en mujeres será de 81.6 y en los hombres 79.4 (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Se entiende como vejez a todos los cambios psicológicos, biológicos y sociales de cada de persona que marca de forma física y en el comportamiento de los individuos y se ve representado en su estilo de vida en relación con el medio ambiente, es un proceso irreversible y constante el cual tiene su origen desde el momento del nacimiento (Aponte y Vanesca, 2015).

La OMS en 1999 define a la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Sánchez, LG et al 2014).

La OMS dice que la calidad de vida se encuentra ligada a la forma en la cual el adulto mayor percibe su posición en la vida, sobre el contexto cultural y sus valores, todo esto se relaciona con sus propios objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones. La percepción que tiene el adulto mayor sobre la calidad de vida puede estar influida por su salud física, psíquica, el nivel de independencia al igual que con sus relaciones sociales. La calidad de vida ha sido definida como "tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad", la calidad de vida positiva se da con las buenas relaciones familiares y sociales, la buena salud, buenas condiciones materiales y se puede volver negativa cuando dependen de los hijos, existe falta de funcionalidad y reducen sus redes sociales (Loredo, MT 2016).

En el 2014, se realizó un estudio con 28 adultos mayores en Cuba con la aplicación de la Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (M.G.H.), validada para evaluar calidad de vida en adultos mayores. Como resultados se obtuvieron que 67.8% son hombres y 28.6% mujeres y dentro de los grupos de 60 a 79 años ninguno percibe su calidad de vida como media más que una persona de 80 años y

más y los demás tienen una calidad de vida baja por lo que ninguno tiene una calidad de vida alta (Corugedo, MC et al 2014).

Con base en un estudio relacionado con el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia en el que participaron 16 adultos mayores entre 65 y 80 años y 16 familias, 7 fueron hombres y 9 mujeres, la edad promedio en hombres fue de 72 y 71 en mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados: las personas tienen conocimientos de que la vejez es un proceso normal y natural con un deterioro físico y mental con pérdida de vigor para las personas mayores. Se considera importante que la familia siga unida respetando las cosas materiales, el poder expresarse de manera libre y de tomar decisiones en las situaciones de la vida; reconocieron que es importante además tener paz y tranquilidad en su vida diaria porque entre más paz y tranquilidad tengan mayor será su calidad de vida y mientras menos se sienta seguro el adulto mayor disminuirá su calidad de vida. No se debe de pasar por alto la autorrealización porque es una parte importante de la calidad de vida de los adultos mayores (Vera, 2007).

Por otra parte, un estudio efectuado sobre calidad de vida con 108 559 personas de la tercera edad en la provincia de Matanzas en Cuba, los resultados mostraron un predominio de calidad de vida baja con un 43.3% después la calidad de vida media con 36.4% y solo un 20.2% con calidad de vida alta (Dueñas et al 2009).

En un estudio realizado en un centro de día en Cali, Colombia con 86 hombres y 416 mujeres de la tercera edad se encontró que el 41.4% de las personas no padecían ninguna enfermedad crónica, pero el 24.6% padecía hipertensión arterial, el 8.6% diabetes y el 4.8% osteoporosis, esto quiere decir que en Colombia las enfermedades crónicas siguen siendo un gran problema en las personas adultas mayores porque existe una problemática para el acceso al sistema de salud (Durán et al, 2010).

En el mundo, el envejecimiento es de suma importancia por sus repercusiones tanto sociales como económicas, este grupo de personas tiene una

gran demanda del sistema de salud, debido a que presentan desnutrición, enfermedades crónicas, pérdida de la funcionalidad, etc. La OMS considera que una persona adulta mayor es aquella que tiene 60 años o más. La atención sanitaria enfocada a este grupo de personas se centra en evitar o retrasar el deterioro funcional con la finalidad de que siga viviendo de forma independiente (Ruíz et al, 2008).

El cáncer es un gran problema que deteriora la salud del adulto mayor rápidamente. En el año 2014 se reportó que el cáncer es la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo la edad el mayor factor de riesgo para el desarrollo de cáncer y en específico en personas mayores de 65 años (Flores, D. 2017).

Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad a causa de las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer se coloca en el segundo puesto en las principales causas de muerte en Cuba después de las enfermedades cardiovasculares. En las personas mayores en el 2008 la mortalidad por tumores malignos fue: el localizado en pulmón, tráquea, bronquios, después el de próstata u colón en los hombres y en las mujeres el de colón y mama. La edad media de muertes por tumores malignos fue de 75.5 años; el mayor número de defunciones a causa de tumores malignos dentro del estudio fueron por cáncer de próstata con 254 defunciones por cada cien mil personas seguidos de los tumores malignos en el pulmón con riesgo de 189,6 por cada cien mil (González et al. 2011).

Las enfermedades más frecuentes en el Salvador del anciano son arterioesclerosis, hipertensión, osteoporosis, fracturas, traumatismos, EPOC, enfermedades infecciosas predominando en vía respiratoria, estreñimiento, incontinencia, diversos cánceres, depresión, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, úlceras por presión, anemia, deshidratación, hipotermia, caries, entre otras. En un estudio realizado en el Salvador se detectaron que las patologías que son causa de una hospitalización en el adulto mayor a nivel nacional a principios de 2015 fueron: infecciones de vías urinarias, insuficiencia renal crónica, neumonía, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, diarrea y problemas gastrointestinales, hipertensión, cálculos en la vesícula biliar, hernia inguinal unilateral y como otras cirrosis. Es difícil

reconocer una enfermedad por tres factores: que se cree que existen enfermedades propias del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y que existen otras múltiples patologías concomitantes (Paniagua, I. 2015).

Las principales enfermedades de la población adulta de 60 años y más: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias, infecciones intestinales, úlceras, gastritis y duodenitis, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos, gingivitis y enfermedades periodontales, conjuntivitis, otitis media aguda, neumonías y bronco neumonías (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Los adultos mayores al participar en grupos tienen la oportunidad de expandir las fronteras de su valor personal, tener nuevas perspectivas de vida, realizar actividades placenteras, planear proyectos de vida y adquirir estrategias para enfrentar el proceso de envejecimiento de manera positiva, además funciona como un recurso para la promoción de la salud. Dentro de un estudio que se llevó a cabo en la población de Brasil fue con el objetivo de describir la calidad de vida de adultos mayores inscritos en una Unidad de Atención Primaria de Salud de la Familia (UABSF) que participan de un grupo de promoción de la salud, la edad media de los adultos mayores fue de 71,0 años. Los resultados muestran que la mayoría de las personas mayores evaluaron su calidad de vida como buena o muy buena (20, 76,9%), pero casi todos ellos no estaban satisfechos con su salud (24, 92,4%), se sugiere que participar en grupos de promoción de la salud favorece mejoras de diversos aspectos de la calidad de vida de los mayores, porque existe participación social y establecimiento de relaciones interpersonales, todo esto busca la autonomía y un envejecimiento activo (Ferreira, L et al. 2015).

Es importante ofrecer a la población adulta mayor recursos para que su salud mejore y así exista un envejecimiento exitoso, sin discapacidades, con la menor cantidad de enfermedades posibles o se encuentren controladas, ir en dirección de mantener su autonomía y calidad de vida, respetando siempre sus valores y preferencias (Aliaga, L et al, 2016).

La promoción de la salud puede ser abordada en tres escenarios, el primero de ellos el escenario macrosocial, por medio de políticas públicas que disminuyan

la inequidad en esta etapa. En segundo lugar está el escenario microambiental, es donde los adultos mayores se desenvuelven: como en casas, barrios, municipios en muchas ocasiones con el apoyo del gobierno y por último el escenario interpersonal, donde la familia es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida saludable, se puede influir para promover salud sobre la alimentación, el ejercicio, el no consumo de tabaco y/o alcohol entre otras medidas preventivas como la vacunación, realización de mamografías, papanicolaou, estudios sobre la próstata, exámenes de la vista, presión arterial, tratar la hiperlipidemia y más para evitar la dependencia, para realizar sus actividades con libertad y autonomía (Aliaga, L et al, 2016).

De los espacios de importancia en los centros de día son las áreas verdes con mobiliario para el descanso con el fin de que se tenga contacto con la naturaleza, salón de baile y actos para la estimulación motriz, sala de lectura o biblioteca para que el adulto mayor pueda leer y esté en contacto con el mundo que lo rodea, sala de televisión para la proyección de videos y películas, contar con un comedor con espacio suficiente para las personas mayores del lugar, cocina, sanitarios espaciosos y con pasamanos que sirvan de apoyo al adulto mayor, consultorio médico y de enfermería con material (médico y medicamentos) al igual que mobiliario necesario para una adecuada atención en salud en caso que se requiera, área de terapia física o ejercicio para que los adultos mayores puedan mantener su independencia física, sala de terapia ocupacional donde se realicen sesiones para el desenvolvimiento y dependencia de las personas mayores y ya por último oficinas generales y recepción (Martínez, CM 2007).

De lo anteriormente expuesto, se estructura la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la relación que existe entre la enfermedad y la calidad de vida en el adulto mayor funcional?**

1.2 Justificación

La finalidad de este estudio es el identificar las principales enfermedades que afectan a las personas mayores y su relación con la calidad de vida. Se espera que esta investigación trascienda para evidenciar la calidad de vida del adulto mayor en la actualidad al obtener resultados que posibiliten generar a las instituciones programas de atención a la población en general y principalmente a los adultos mayores.

En cuanto a la profesión de enfermería, lo que se busca es proporcionar elementos que permitan al profesional de enfermería identificar las características de la calidad de vida al considerar las principales enfermedades crónicas degenerativas, observando las consecuencias y la forma como esto afecta a los adultos mayores en su vida o labores diarias, porque las enfermedades pueden causar dependencia, con esta evidencia se pueden mejorar los programas educativos que forman recursos humanos en enfermería y generar con ellos profesionistas que satisfagan las necesidades de cuidados específicos para fomentar la autonomía e independencia de la persona mayor.

En el centro gerontológico en donde se aplicó este estudio, se generó información relevante hacia su población y de esta manera se identificaron las enfermedades que más afectan a los individuos y a su calidad de vida, para que el personal de ésta institución con esta evidencia pueda trabajar actividades o intervenciones con el fin de evitar un desequilibrio de las actividades de su vida diaria y de las personas que las rodean.

Es importante estudiar a los adultos mayores porque las enfermedades crónicas degenerativas hoy en día han aumentado de una manera acelerada y muchos de ellos las padecen y esto repercute de manera directa en su calidad de vida, en los cuidadores que por lo regular son sus familiares, principalmente mujeres, y son quienes brindan los cuidados porque están al pendiente de sus necesidades básicas y especiales dependiendo de la situación de cada adulto mayor.

Las enfermedades crónicas degenerativas que padecen los adultos mayores producen y causan un gran impacto para el sistema de salud no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, lo que produce una gran demanda a los servicios de salud no solo a primer nivel sino principalmente repercute en el segundo nivel de atención, lo cual puede llegar a requerir una intervención del tercer nivel de atención a causa de la gran incidencia de secuelas que dejan las enfermedades crónicas degenerativas. Además, afecta de manera importante en el aspecto económico o los recursos del sector salud y del gobierno porque se incrementa la demanda de los servicios para brindar una adecuada atención a las principales enfermedades prevalentes en el adulto mayor funcional y dependiente, lo que obliga a una mejor preparación y especialización por parte de todo el personal multidisciplinario que incluye el primer, segundo y tercer nivel (Ruiz et al. 2008).

Esta investigación fue factible debido a que se obtuvo acceso a la población a la que se encuentra enfocada este trabajo. Se consideró viable porque la investigadora cuenta con los conocimientos y los recursos necesarios para realizarla. En cuanto a la pertinencia, este estudio se consideró así debido a que existen cambios en la actualidad dentro de la población mexicana y a nivel mundial tras la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida de las personas a causa del gran impacto de los avances tecnológicos en la medicina para la curación o retardo, rehabilitación a la mayoría de las enfermedades, no tan solo crónicas degenerativas sino también otras enfermedades generales que afectan a la población, y por ende se hace necesario aportar evidencia científica de sus manifestaciones.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Relacionar las enfermedades prevalentes y la calidad de vida del adulto mayor de las personas del centro de día Nanxü de la ciudad de Querétaro para generar evidencia científica que permita posteriormente a otras instituciones ofrecer programas que mejoren la calidad de vida de la población y en particular de los adultos mayores.

1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer las enfermedades prevalentes en el adulto mayor funcional.
- Identificar las características de la calidad de vida del adulto mayor funcional.
- Describir las variables sociodemográficas del adulto mayor funcional.
- Determinar estadísticamente la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades prevalentes en el adulto mayor.

1.4 Hipótesis o supuesto

- La presencia de enfermedades crónico-degenerativas influye en la calidad de vida del adulto mayor.
- La presencia de enfermedades crónico-degenerativas no influye en la calidad de vida del adulto mayor.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Con respecto a este apartado, se espera mostrar los referentes teóricos de las variables involucradas en este estudio: adulto mayor, enfermedades y calidad de vida; así como una descripción de las investigaciones relacionadas con estos estudios hallados en la revisión de los mismos.

2.1 Adulto mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años se les considera de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas y quien sobrepasa de los 90 años se le denomina grande, viejo o longevo. A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad (Cerón, X. 2014).

La OMS en 1985, desde una perspectiva funcional, señala que un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De acuerdo con el Ministerio de Salud (MIN-SAL) en 2003 la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad esta indemne (Sanhueza, Castro y Merino, 2005).

Además, para comprender mejor al adulto mayor se necesita comprender que el envejecimiento se define como un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico, y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Un anciano frágil es considerado como una persona mayor de 80 años de edad que tiene mayor riesgo de presentar alteración intelectual (demencia), inmovilidad por dolor, problemas podológicos, ansiedad, hipotensión, iatrogenia medicamentosa y problemas psicológicos., inestabilidad física por caídas e incontinencia (Paniagua, I. 2015).

2.2 Características fisiológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor

Dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es de ocurrencia universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aun entre los mismos seres humanos. Numerosos son los cambios fisiológicos que van presentándose durante el proceso de envejecimiento. Se produce un aumento de la grasa que trae como consecuencia una disminución en la termorregulación y existe la disminución del agua corporal total, por lo que hay mayor tendencia a la deshidratación. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles los huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que puede existir fracturas. Existe un envejecimiento cutáneo, disminución de melanocitos, células de Langerhans, keratinocitos, producción de vitamina D, de las reacciones de hipersensibilidad, de la adhesión epidermis-dermis y un incremento en la generación de ampollas. Existe una disminución de colágeno y de elastina (Penny, E y Melgar, F 2012).

A nivel cardiovascular los cambios que se producen son: a) Cambios normales: depósito de lipofuscina, degeneración leve de las células del músculo cardíaco, engrosamiento y rigidez de las válvulas del corazón. b) El nódulo sinusal puede perder células o verse afectado por fibrosis o depósito de grasa. c) Es frecuente observar enfermedades cardíacas. d) Es común un leve incremento del tamaño del corazón porque la pared cardíaca se engruesa a expensas del ventrículo izquierdo, lo cual hace disminuir la cantidad de sangre expulsada y un llenado más lento. Por cambios del tejido conectivo en la aorta se vuelve más gruesa y rígida, ello produce una mayor presión y eyección sanguínea e hipertrofia cardíaca. Los barorreceptores se hacen menos sensibles con el envejecimiento y esto puede llevar a una hipotensión ortostática. La pared de los capilares se engruesa, y puede producir una tasa más lenta de intercambio de nutrientes y desechos. Al producirse una reducción normal de la cantidad de agua corporal el volumen de sangre se reduce. El número de glóbulos rojos disminuye junto con la hemoglobina y hematocrito. Los glóbulos blancos se mantienen en el mismo nivel, aunque la

cantidad de linfocitos disminuye en número y capacidad de función (Sociedad española de geriatría y gerontología, 2006).

En el aparato digestivo, la masticación, el flujo salival y el sentido del gusto están disminuidos, así como los músculos faríngeos y la motilidad esofágica. La alimentación puede tener dificultad ya que existen alteraciones en la dentición y por qué existe una pérdida de la sensibilidad ante los sabores por parte de las papilas gustativas lo que produce que el anciano rechace los alimentos (Serrano, M et al.2010) El tiempo del tránsito intestinal está retardado, la motilidad colónica está disminuida, con una tendencia al estreñimiento o constipación y a la formación de divertículos. El hígado está disminuido de tamaño, y tanto el número de hepatocitos y del flujo sanguíneo se encuentran disminuidos por lo tanto la función hepática está disminuida, por lo que los procesos metabólicos normales pueden sufrir una demora y una menor eficiencia (ej.: metabolismo de los fármacos). El páncreas está disminuido de peso y de tamaño con disminución de las glándulas acinares y de la secreción pancreática. El vaciamiento de la vesícula biliar es más lento y hay una tendencia a la formación de cálculos biliares (Penny, E y Melgar, F 2012).

El flujo renal se encuentra disminuido por la reducción de la masa renal y por otros cambios anatómicos del riñón. Existe un descenso de la tasa de filtrado glomerular a partir de los 40 años de edad. El transporte de sodio se altera en el riñón anciano debido a la dificultad en la retención de sodio en el asa de Henle, existe una reducción de los componentes hormonales que producen menores niveles de renina lo que reduce el nivel plasmático de aldosterona que contribuye a un mayor riesgo de hiperpotasemia, esta se ve reforzada por la acidosis ya que el riñón corrige de forma más lenta los aumentos de la carga ácida. Existe una disminución de la función renal en situaciones de sobrecarga por enfermedad, uso de medicamentos u otras condiciones. En el adulto mayor hay un mayor riesgo de insuficiencia renal aguda y crónica, además de la tendencia a infecciones urinarias por el vaciado incompleto de la vejiga y cambio en las mucosas (Sociedad española de geriatría y gerontología, 2006).

En el aparato respiratorio hay una disminución de la elasticidad pulmonar y un aumento de la rigidez torácica, que no permiten una buena contracción-distensión pulmonar, con el consecuente déficit en el intercambio de gases. La velocidad y producción del moco traqueal está alterada, así como el funcionamiento y eficiencia del aparato ciliar, además de un reflejo antitusígeno disminuido con las consecuencias de una tendencia al desarrollo de infecciones respiratorias (Penny, E y Melgar, F 2012).

Los cambios endócrinos en el envejecimiento son: el hipotálamo es el principal órgano productor de hormonas que regulan muchas estructuras que componen el sistema endócrino. La hipófisis al avanzar la edad se hace gradualmente más pequeña y es quien almacena las hormonas producidas por el hipotálamo. La tiroides, produce las hormonas que regulan el metabolismo el cual disminuye a partir de los 20 años. Las paratiroides, secretan la hormona paratiroidea, que afecta los niveles de calcio y fósforo que contribuyen a la densidad ósea llevando a la osteoporosis. En el páncreas se produce la insulina y eleva su secreción a partir de los 50 años de edad. El cortisol afecta el metabolismo de la glucosa, proteínas y grasas y se va disminuyendo con la edad. Los ovarios y testículos, además de la producción de hormonas sexuales generan las células reproductoras (óvulo y espermatozoides respectivamente), las cuales suelen disminuir su producción más lentamente en el hombre, y rápidamente en la mujer con la menopausia (D'Hyver de las Deses, C 2017).

El cerebro en el envejecimiento disminuye progresivamente su masa en un 5% de su peso a partir de los 40 años. Las células del sistema nervioso central, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. La pérdida de neuronas asociado al envejecimiento es mínima y no generalizada. Existen cambios en la expresión de genes y proteínas relevantes para la transmisión sináptica, como por ejemplo canales de calcio y receptores GABA, lo que pudiera alterar el balance entre la neurotransmisión inhibitoria y estimuladora, a favor de ésta última en relación a la edad. La dopamina, muestra una disminución

de sus niveles totales especialmente en la parte de la sustancia negra. Este deterioro de la actividad dopaminérgica se asocia a la Enfermedad de Parkinson. Hay alteraciones en vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica, las que se han asociado a la enfermedad de Alzheimer y trastornos del ánimo, entre otros. Los cambios en la función cognitiva asociados a la edad no son uniformes, siendo la memoria y la atención de las esferas cognitivas más afectadas (Salech et al, 2012).

Por características psicológicas el adulto mayor necesita ser escuchado, al platicar sus experiencias y transmitir sus conocimientos a los jóvenes. El sentimiento de aislamiento social se considera un problema grave y habitual en la vejez, porque muchos ancianos sienten falta de compañía y apoyo. Para los adultos mayores dependientes y frágiles en ocasiones pueden ser víctimas de violencia familiar. Por características sociales el adulto mayor tiene la necesidad de la comunicación social para expresar sus deseos y opiniones, pertenecer a un grupo, siempre y cuando cuente con una movilidad suficiente que le permita mantener relaciones sociales. Una mala infraestructura hace que el adulto mayor con alguna discapacidad y/o enfermo le impida y reduzca su movilidad dentro y fuera de casa. El adulto mayor que cuenta con problemas de salud puede ser rechazado dentro del núcleo familiar porque se vuelve más dependiente. La recreación y ocio aumenta la calidad de vida de la persona mayor porque contribuye a un buen desarrollo en sus estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad (Pérez, TG 2012).

2.3 Enfermedad

La OMS define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Herrero, S. 2016). Las enfermedades que actualmente tienen mayor desarrollo son las enfermedades crónicas las que se entienden como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, 2017).

Las enfermedades más frecuentes en el anciano por mencionar algunas son: arterioesclerosis, hipertensión, osteoporosis, fracturas, traumatismos, EPOC,

enfermedades infecciosas predominando en vías respiratorias, estreñimiento, incontinencia, diversos cánceres, depresión, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, úlceras por presión, anemia, deshidratación, hipotermia, caries, etc. Por ello no se puede decir que existan enfermedades propias de la senectud, aunque algunas puedan ser más frecuentes que en otras fases de la vida; lo que cambia en estos casos, no es en concreto el tipo de patología, sino el sujeto que la padece y las consecuencias funcionales, psíquicas y sociales que tiene el enfermar. Es difícil reconocer una enfermedad por tres factores: que se cree que existen enfermedades propias del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y que existen otras múltiples patologías concomitantes (Paniagua, I. 2015).

2.3.1 Enfermedades crónicas

Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, como efecto de los hábitos y costumbres que se conservan desde la niñez. El impacto de estas enfermedades en la población de edad avanzada es dos o tres veces mayor en países de ingresos bajos y medianos, que en los de ingresos altos, incluso en los países más pobres, la mayor carga para la salud de las personas mayores proviene de enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, discapacidad visual, pérdida de la audición y demencia. Con frecuencia las personas de edad avanzada padecen varios de esos problemas de salud al mismo tiempo. En los países de América Latina, los adultos mayores padecen alteraciones como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y artritis en prevalencia más alta que en Estados Unidos (Guerrero & Yépez, 2015).

El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, ya que hay déficits en los órganos del cuerpo. Son comunes las fallas de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, razonamiento lógico y de cálculo, estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio. La hipertensión arterial, es un factor de riesgo para otras enfermedades, como lo son los accidentes cerebrovasculares, el infarto del

miocardio y la enfermedad renal. La diabetes mellitus puede traer complicaciones que causan enfermedades cardiovasculares, retinopatías y problemas renales, además de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son las enfermedades que originan más muertes en este grupo de población (Duran, A et. al 2010).

2.3.2 Dentales

Con respecto a la atención estomatológica es de gran importancia en los adultos mayores debido a que hay una alta incidencia en cuanto a estas patologías porque a esta edad ocurren cambios fisiológicos y patológicos debido a que los cambios que ocurren son pequeños y difíciles de detectar. En cuanto a los dientes estos cambian de color y de forma además de que el desgaste del diente provoca que disminuya la longitud del diente y del esmalte. Existen pruebas de que con el aumento de la edad disminuye la producción de saliva, así como de las proteínas antimicrobianas. Las caries dentales incrementan su aparición en personas mayores lo que es casi el doble de la incidencia en personas mayores de 60 años. La xerostomía se produce por la disminución de la salivación y la cual afecta entre un 29 y 57% de los adultos mayores. Por lo que es de suma importancia tomar en cuenta las múltiples enfermedades estomatológicas que pueden padecer los adultos mayores y por ello darle la importancia que estas merecen (Laplace, et al, 2013).

2.3.3 Cáncer

El cáncer es un gran problema que deteriora la salud del adulto mayor rápidamente, en el año 2014 se reportó que el cáncer es la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo la edad el mayor factor de riesgo para el desarrollo de cáncer y en específico en personas mayores de 65 años. Se ha desarrollado varias teorías que tratan de explicar el envejecimiento y con ello el desarrollo de tumores cancerosos en la vejez y son la carcinogénesis, alteraciones en el metabolismo o en el sistema inmunitario y los radicales libres. En los adultos mayores predomina el cáncer de mama, de tiroides el cual es muy agresivo, melanoma maligno, cáncer de pulmón, cánceres ginecológicos, leucemia mieloide aguda la cual tiene mal pronóstico en la edad avanzada, sin embargo, la mayoría de los cánceres son

prevenibles, pero para esto se debe evitar la exposición al humo de tabaco, a los químicos ambientales y ocupacionales, la exposición al sol, evitar comida con grasa o con demasiada sal, ahumados y en vinagre. Por lo tanto, hay que modificar las costumbres y mejor consumir alimentos ricos en vitaminas, fibra y principalmente frescos (Flores, D. 2017).

Más del 60% de las muertes por cáncer ocurren en pacientes de edad avanzada, por lo que se debe actuar en la prevención y detección precoz del proceso tumoral. En cuanto a las neoplasias más frecuentes en mayores de 65 años se encuentran en los hombres el cáncer de próstata, pulmón, colorrectal, vejiga urinaria y estómago y en las mujeres, el cáncer de mama, colon-recto, estómago, cuerpo uterino. Respecto a los tipos de cáncer que con más frecuencia producen mortalidad en los adultos mayores de 60 a 79 años en hombre se encuentran el broncopulmonar, colorrectal, y de próstata y en mujeres de mama y coló rectal; en mayores de 80 años en hombre se presentan cáncer de próstata, broncopulmonar y colorrectal y en mujeres colorrectal y de mama (Farre, M y Benavent, R. 2006).

El tratamiento contra el cáncer en los adultos mayores puede ser complicado y desafiante. Los objetivos del tratamiento contra el cáncer en el adulto mayor pueden incluir: eliminar el cáncer, ayudar a la persona a vivir más tiempo, reducir los signos y síntomas relacionados con el cáncer, mantener las habilidades físicas y emocionales de la persona y su calidad de vida. El tratamiento contra el cáncer consiste de una única terapia o de la combinación de varias terapias, las cuales son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Las inquietudes que tiene un adulto mayor y que pueden afectar la decisión sobre un tratamiento por interferir en su calidad de vida se incluyen: la comodidad física, las relaciones, la nutrición, la capacidad de seguir cuidándose por su propia cuenta, la seguridad económica, el tener una vida con sentido, la preservación de la función y la independencia, las ideas personales acerca de la muerte digna y en paz. Es importante que el adulto mayor tenga una discusión con su médico de su enfermedad y de lo que entiende por una buena calidad de vida (American Society of Clinical Oncology, 2012).

2.3.4 Psiquiátricas o mentales

Muchos ancianos si cuentan con seguridad social sin embargo muchos de ellos están en pobreza y pobreza extrema. La OMS muestra que dentro de las 10 causas de discapacidad en las personas son de carácter psiquiátrico y para el año 2020 la depresión será a nivel mundial la segunda causa de discapacidad. La depresión no es natural o parte del envejecimiento, por lo cual debe ser tratada a tiempo y con un tratamiento adecuado, la depresión del adulto mayor no solo está afectándose así mismo si no a su entorno social y familiar también (Jonis, M y Llacta, D. 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la demencia y depresión en los ancianos es un problema de salud pública. La demencia es un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana pero no es parte normal de la vejez. Se calcula que en el mundo hay 47,5 millones de personas aquejadas de demencia, se prevé que el número aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050. La demencia lleva a problemas sociales y económicos sobre costos de la asistencia médica porque son personas que necesitan de un apoyo sanitario constante. En cuanto a la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera porque los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasan por alto y no se tratan porque coinciden con otros problemas de salud. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas (OMS, 2017).

2.4 Polifarmacia

Polifarmacia se define como el consumo de dos o más fármacos en forma simultánea, por un periodo mayor de 240 días. La polifarmacia mayor es definida como el consumo de cinco o más fármacos de forma simultánea durante el mismo periodo de tiempo. Se considera a la polifarmacia como un factor de riesgo que incrementa las reacciones adversas a los medicamentos y la morbimortalidad de los

pacientes. También se asocia con el aumento de las admisiones hospitalarias y los días de internamiento (Portela, J y Rivera, M 2008).

Tras el crecimiento de la población anciana constituye un desafío importante para las autoridades sanitarias de todo el mundo, ya que con el avance de la edad se asocian enfermedades crónicas múltiples como hipertensión, diabetes mellitus, artritis, cardiopatía crónica, enfermedades renales, etc. Como resultado, las personas mayores tienden a tomar múltiples medicamentos en un día que puede denominarse polifarmacia. Las personas mayores corren un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos debido a los cambios metabólicos y la menor eliminación del fármaco asociada con el envejecimiento; este riesgo se agrava aún más al aumentar el número de medicamentos utilizados. Los síntomas causados por la polifarmacia desafortunadamente generalmente se confunden con los signos y síntomas normales del envejecimiento, que pueden ser: cansancio, somnolencia o disminución del estado de alerta, estreñimiento, diarrea o incontinencia, pérdida del apetito, confusión, caídas, depresión o falta de interés en sus actividades usuales, debilidad, temblores, alucinaciones visuales o auditivas, ansiedad, o excitabilidad, y/o mareos (Dagli & Sharma, 2014).

Los adultos mayores con un nivel cultural más bajo consumen un mayor número de fármacos (por automedicación) que aquellos con un mayor nivel de educación, y las mujeres son también más propensas a consumir más medicamentos que los hombres. La presencia de varios médicos tratantes incrementa el riesgo de la polifarmacia, así como el vivir solo o dentro de un asilo (Pórtela J, Rivera M, 2008).

El porcentaje de ancianos que se auto medican es de un 46.6% y ello puede traer grandes consecuencias en la vida de los adultos mayores como pueden ser: el enmascaramiento de la enfermedad, prolongación o agravamiento, mayor interacción entre los medicamentos y una dependencia o adicción. Es importante considerar que el uso de fármacos exige: el conocimiento racional de cada fármaco, evaluación riesgo/ beneficio de cada principio activo, evaluación geriátrica – gerontológica, un plan terapéutico integrado, educación al paciente, familiares y/o

cuidadores, considerar siempre la iatrogenia tanto al agregar como al suspender un fármaco, las indicaciones deben ser continuamente evaluadas y ajustadas. Por ello es importante que siempre se tenga una orientación médica adecuada en cuanto a los medicamentos que ingieren los adultos mayores (Arriaga, L. 2012).

Para reducir la incidencia de los efectos adversos de los regímenes de medicamentos polifarmaciales, los pacientes de edad avanzada deben evaluarse mensualmente. Se debe prescribir un único agente/ medicamento en lugar de múltiples medicamentos para el tratamiento de una sola afección, si es posible; los medicamentos deben de iniciarse con la dosis más baja del fármaco cuando este clínicamente indicado y, si es necesario, puede realizarse un aumento gradual. Los medicamentos que se pueden administrar una o dos veces al día, debe preferirse a los medicamentos que se administran tres veces al día. Los medicamentos que se tiene sospecha que causan un problema deben suspenderse. Si el medicamento tomado no tiene un efecto terapéutico beneficioso o una indicación clínica, debe eliminarse. Los medicamentos innecesarios deben ser identificados y eliminados que han sido recetados por diferentes proveedores de atención medida por la misma afección / enfermedad. Identificar y evitar la polifarmacia puede conducir a mejores resultados en los pacientes de edad avanzada y también ayuda a mejorar la calidad de vida (Dagli & Sharma, 2014).

2.5 Calidad de vida

La calidad de vida se define como un estado de bienestar, físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Se han establecido múltiples definiciones acerca de la calidad de vida y enuncia la OMS que la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. El concepto de calidad de

vida es subjetivo y relativo porque esta mediada por factores físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, etc. Además de la cultura, valores y la diversidad de sus edades (Rubio, et al. 2015).

La calidad de vida no sólo se debe abordar desde lo material con lo que se cuenta o se carece, sino que también se debe considerar, que tan capaces son los individuos de conducir sus propias vidas, requiriéndose una descripción respecto a lo que las personas quieren hacer y ser. Alguacil Gómez (2000), define a la calidad de vida como el grado óptimo de satisfacción de las necesidades humanas, esta definición de calidad de vida lleva implícita la idea de libertad, esta idea se refiere que el sujeto puede tener acceso bajo su propia elección a los recursos que lo han de llevar a conducir conscientemente su vida (Espinoza, F. 2014).

Desde la perspectiva sistemática- ecológica la calidad de vida es definida como “un estado de bienestar, en el sentido, de sostener, enriquecer, fomentar y promover el bienestar general de la vida humana en las condiciones bajo las cuales puede existir en armonía el hombre y la naturaleza y lograr el requerimiento social, económico y otros de las generaciones presentes y futuras” (Van Gigch 1990).

La calidad de vida desde el enfoque constructorista y sistémico ecológico, se construye socialmente con la participación de los protagonistas, en diversos contextos tanto personales, familiares, institucionales y comunitarios, generando instrumentos de medida que incluyan indicadores subjetivos y objetivos, correspondientes a los micro sistemas, meso sistemas y macro sistemas. La importancia de cada indicador varía en función de tres parámetros: 1) personales donde se incluye la edad, necesidades, capacidades, entre otros; 2) socio ambientales, economía, educación, trabajo, empleo y ecología y 3) objetivos y subjetivos (Barranco, C 2009).

Las dimensiones del enfoque sistémico- ecológico propuestas por Schalock y Verdugo en 2003 consta de tres sistemas:

- El microsistema o contexto inmediato: familia, hogar, el lugar de trabajo, etc., ya que esto afecta directamente la vida de la persona,

- El meso sistema o vecindario es la comunidad las agencias de servicio y las organizaciones, porque esto afecta directamente el funcionamiento del contexto social inmediato y
- El macro sistema o los patrones funcionales más amplios: son los sistemas sociales, educación, salud, políticos, económicos; esto afecta de forma directa valores, creencias y los conceptos de cada persona.

Las dimensiones centrales en la calidad de vida basadas en las propuestas por Shalock y Verdugo son:

- En el bienestar emocional: alegría, auto concepto, ausencia de estrés
- Relaciones interpersonales: interacciones, relaciones y apoyos
- Bienestar material: estado financiero, empleo y vivienda
- Desarrollo personal: educación, competencia personal y desempeño
- Bienestar físico: salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio
- Autodeterminación: autonomía, control personal metas y valores personales y elecciones
- Inclusión social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales
- Derechos: humanos y legales

(Barranco, C, 2009).

Alguacil Gómez (2000), visualiza a la calidad de vida en tres grandes dimensiones.

- La escala territorial: determina la calidad ambiental y la que puede abarcar el espacio a sus diferentes escalas.
- El bienestar: se determina el nivel de vida y se refiere a las condiciones objetivas como el empleo, la salud y la educación.
- Identidad cultural: es el tiempo libre, la participación y su consecuente asociación, así como las relaciones sociales que propician la formación de redes sociales (Espinoza F. 2014).

Los ámbitos que según Alguacil Gómez (2000), corresponden a cada una de ellas son:

- “Dimensión física: es la percepción del estado físico y la facilidad de acceso, potencialmente cuantificable, a los servicios que impactan al aspecto funcional del individuo.
- Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico- paciente, el desempeño laboral.
- Dimensión emocional o psicológica: es la percepción del individuo de su estado afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro; también incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento” (Espinoza, F. 2014).

Por su parte Rueda (2004), acota el concepto de la calidad de vida en cuatro dimensiones, la primera se refiere al bienestar general de los ciudadanos en cuanto a su trabajo, educación, vivienda, equipamientos y sanidad, la segunda está relacionado con, la calidad ambiental en la calidad de vida y que viene representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etc.; la tercera dimensión es la psicosocial, y está vinculada al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, etc. Y por último la cuarta dimensión hace referencia a cuestiones de cierto orden socio – político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica, etc., (Rueda, 2004).

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida existen indicadores los cuales son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida. Los factores para una buena calidad de vida son:

- Factores materiales: son los recursos con los cuales cuenta la persona como los ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros.

- Factores ambientales: son las propias características de cada habitante y de la comunidad en la que vive, esto puede llegar a influir en la calidad de vida, como la presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad en las nuevas tecnologías. También las características del hogar determinan la calidad de las condiciones de vida.
- Factores de relacionamiento: incluye la relación de familia, amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica, esto puede llegar a afectar a la calidad de vida del adulto mayor. Otras redes de apoyo para la persona mayor es la familia, amigos y vecinos.
- Factores sociales y calidad de vida: incluye el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, la contaminación ambiental y otros, todo esto influye en el desarrollo humano de una comunidad (Nava, G, 2012).

2.6 Calidad de vida en el adulto mayor en un contexto internacional y nacional dentro del ámbito rural y urbano

En la actualidad, la mitad de la población vive en ciudades y más de 70% de la población europea, norteamericana y latina es urbana. Se prevé además que la tasa de urbanización aumentará drásticamente en los últimos 40 años a nivel mundial y con ello la proporción de personas que envejecerán en el contexto urbano. La Organización Mundial de la Salud en el 2002 precisa que, a nivel mundial, el número de personas de 60 años o más está creciendo más rápidamente que cualquier otro grupo etario y que, para el año 2050 80% de las personas mayores habitarán países en desarrollo. Por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2014, aclara que Chile y Uruguay la población está envejeciendo más rápidamente que otros países de la región, Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición hacia el envejecimiento demográfico, ya que existe una disminución de la población más joven porque en los últimos 40 años en el país ha aumentado la fecundidad a partir de la década de los 60, ha disminuido la mortalidad en general y ha aumentado la esperanza de vida (Olivi, et al. 2015).

Los cambios demográficos que están afectando actualmente a México se dan porque no existe la infraestructura adecuada para atender las demandas del bienestar en los adultos mayores. En los últimos años se ha desarrollado apoyos sociales para adultos mayores en México porque muchos sobreviven de apoyos gubernamentales ya sea materiales o económicos, pensiones o por vivir con hijos. Se desarrolló un estudio cualitativo, realizado en Guerrero, Jalisco, Morelos, Sinaloa y México durante los años de 2005-2006. Participaron 40 hombres y 63 mujeres. Quienes los apoyan en la vida cotidiana y sobre sus condiciones de salud provienen de los familiares cercanos, en algunos casos de vecinos. Se identificó una ausencia significativa de apoyo del gobierno al igual que por parte de organizaciones religiosas o civiles. La familia continúa siendo la fuente fundamental de apoyo. Se considera necesario aumentar acciones gubernamentales para la población adulta mayor, las necesidades de los adultos mayores es responsabilidad de todos o de manera colectiva (Pelcastre, BE 2011).

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartmann, 2003), cabe destacar que la calidad de vida no es solamente lo objetivo y lo concreto que rodea al ser humano, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que se le concede (Álvarez, 1998).

2.7 Calidad de vida del adulto mayor en centros de día

Los centros de día son considerados una alternativa para que el adulto mayor coincida con otras personas de su edad y participe en actividades que le ayuden a mantener sus capacidades motrices, manuales y del aspecto intelectual. La NOM-167 SSA-1997 define los centros de día como el establecimiento público, social o privado que proporciona alternativa a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud (Profeco, 2007).

Los centros de día para adultos mayores prestan atención y compañía al anciano, buscando que estos mantengan su independencia, se sientan libres, formen vínculos de amistad con pares y mejoren su calidad de vida (Gómez LA. Velásquez MT. y Mora R. 2011).

Los centros de día se convierten en una opción para los adultos mayores donde el objetivo es que desarrollen actividades que les permitan aumentar sus capacidades tanto motrices como intelectuales y al mismo tiempo convivir con otras personas de la misma edad. Y los servicios que prestan los centros de día son diferentes al de los asilos porque los usuarios son adultos mayores autónomos e independientes ellos cuentan con apoyo de la familia y recursos para su subsistencia, son lugares donde las actividades están enfocadas a desarrollar el área física psicológica y social de la persona. Además, dentro de México existen centros de día públicos y privados (Profeco, 2007).

El objetivo de un centro de día es mejorar la calidad de vida de las personas mayores con la realización de actividades que les ayuden a mantenerlos activos y con ello evitar la dependencia en el envejecimiento (Junta de Castilla y León, 2003).

Cada centro de atención al adulto mayor ofrece diversas actividades como lo son en salud, estimulación cognitiva, deportivas, música, culturales, manualidades y artesanías, incrementar las relaciones sociales y en algunas ocasiones informática. También pueden brindar servicios de comedor, nutricional, psicológicos y biblioteca. Además, es importante resaltar que enfermería dentro de un centro de día su labor es mejorar la calidad de vida del anciano evitando la dependencia por lo tanto a que sea autónomo fomentando su autocuidado dentro del entorno familiar y social. Enfermería proporciona cuidados integrales, ayuda a que sea independiente la persona en donde se desenvuelve, educa en salud tanto al adulto mayor como a su familia y colabora con otros profesionales de la salud (Ayuntamiento de Madrid, 2011).

2.8 Calidad de vida y enfermedades en el adulto mayor

El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos, psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias. Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. La concepción de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y calidad de vida de las personas adultas mayores debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos sociofamiliares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal. (Varela, LF 2016).

El concepto de calidad de vida es amplio subjetivo y multifactorial, se relaciona con la salud, el estado emocional y aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, define el cómo se siente el paciente con la enfermedad que cursa y las limitaciones que la misma enfermedad le está provocando (Flores, ME et al 2011).

La vejez supone una de las etapas del ser humano en las que más se ha investigado la calidad de vida, debido en parte a que las personas mayores experimentan a lo largo de la vejez una serie de condiciones y pérdidas por lo que su calidad de vida se deteriora. Hasta la fecha no se ha llegado a un consenso sobre las condiciones que más influyen en la calidad de vida de los mayores. Muchos de los trabajos realizados han analizado impacto de la enfermedad o condiciones

médicas específicas pero esta información ha sido muy limitada ya que no existen evidencias de éstas enfermedades y cuál es el impacto en la calidad de vida del adulto mayor (Ramos, F. 2002).

2.9 Servicios de salud para el adulto mayor

El envejecimiento poblacional presente en el siglo 21 se ha convertido en un reto para los sistemas de salud en todos los países, lo importante en estos tiempos no es aumentar la longevidad de las poblaciones si no mejorar la salud y el bienestar. Todo organismo humano pasa por el envejecimiento y las personas tratan de tener mejores condiciones físicas, sociales y mentales, por esto se buscan modelos de envejecimiento útil y productivo que fortalezca la salud y la calidad de vida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuenta con estrategias con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Las estrategias se basan en principios y lineamientos de las naciones unidas los cuales son: independencia, participación, cuidado, autorrealización y la dignidad, todo esto consta de cuatro áreas de importancia: colocar a la salud y a las personas mayores en políticas públicas, lograr que los sistemas de salud afronten los retos asociados al envejecimiento de la población, capacitar recursos humanos primordialmente al personal de salud, también a los propios adultos mayores, y a las personas cuidadoras, y generar información necesaria con el fin de lograr intervenciones con base a experiencias exitosas (Rubio et al. 2015).

El envejecimiento de la población es importante para el Sector Salud, por el deterioro funcional que presentan los adultos mayores ya que se agrava cuando padecen más de una enfermedad, esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica. Las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones que padecen los adultos mayores son costosas y complejas de tratar, porque generan nuevos retos de atención y la necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, así como la necesidad de capacitación del personal para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que prevalecen en los adultos mayores. Por estas razones, el cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación integral, la prevención de discapacidades y la protección de la

autonomía, sobre todo cuando se identifica tempranamente los factores de riesgo o señales de deterioro, antes de que éste ocurra o sea irreversible. La carencia de personal médico y de enfermería especializado en la atención de los adultos mayores y de servicios específicos en geriatría en las instituciones de salud ocasiona una atención inadecuada para el paciente y sus familiares; siendo frecuente la duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros (Salcedo, RA et al 2010).

2.10 Estudios relacionados

Se efectuó una investigación acerca de la calidad de vida relacionada a la salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Fue un estudio transversal en población adulta mayor de cuatro distritos rurales y uno urbano. Se utilizaron distintos instrumentos para resaltar la calidad de vida y salud de las personas, por lo tanto, se encuestaron a 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años, 207 del área rural, los cuales, en su mayoría, trabajaban y tenían menos años de educación. La población adulta mayor del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones, física, psicológica, medioambiente, habilidades sensoriales, autonomía, actividades del pasado, presente y futuro y en participación social, todo esto se encontró tras la aplicación del instrumento WHOQOL-OLD y WHOQOL-BREF; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión Intimidad. Por conclusión se demostró que el área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada (Hernández, J et al 2016).

Se realizó un estudio con adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro, para establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Se incluyeron adultos mayores entre 60 y 70 años de edad, en total se encuestaron 116 personas, las variables a estudiar fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, utilizando el instrumento índice de Barthel y la escala de

capacidades de autocuidado. La calidad de vida se evaluó a partir de la percepción que el adulto mayor tiene de su salud, y para ello se seleccionó el cuestionario SF-36. El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia y correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida (Loredo, MT et al 2016).

Una buena cohesión social y una buena confianza están relacionadas con un bienestar psicológico y la salud física. Fue un estudio para ver cómo se asocia la salud física y mental en un conjunto de personas que viven en una ciudad en el sur de Taiwán. En el estudio participaron 149 ancianos de 65 años en adelante, se realizaron entrevistas cara a cara sobre calidad de vida, depresión, estado médico actual y comportamientos de salud, todo se realizó mediante la prueba timed up & go (TUG), la prueba de alcance funcional y la prueba de agarre manual. Se demostró como resultado que la cohesión social es una variable que influye en la salud y felicidad independientemente de la edad y sexo (Chen, W et al, 2015).

El presente estudio se ha llevado a cabo con el objetivo de identificar comportamientos de promoción de la salud y enfermedades crónicas del envejecimiento en las personas mayores de Iranshahr-Irán. La presente investigación es un estudio descriptivo de corte transversal cuya población está compuesta por 425 personas mayores de 60 años que vivían en la ciudad de Iranshahr, Irán. El método de muestreo de conglomerados aleatorios se utilizó para seleccionar las muestras de investigación. La información requerida se recopiló mediante un cuestionario que se distribuyó entre las personas mayores visitando sus hogares; luego, los datos recopilados se analizaron estadísticamente, dentro de los hallazgos el puntaje promedio de los comportamientos de promoción de la salud

geriátrica fue de 6.1 a 1.87 en un rango de 0 a 11 y un 54.9% de ellos cuentan con un comportamiento de promoción de salud inapropiado. Las enfermedades crónicas más frecuentes de las personas mayores fueron problemas en articulaciones (78.9%), problemas sensoriales (64.1%) e hipertensión (56.6%). Se concluyó que se deben proporcionar programas de capacitación para mejorar las conductas de promoción de la salud en personas mayores para mejorar su salud y calidad de vida, para reducir la incidencia de enfermedades crónicas (Pishkar Z, et al, 2015).

Las personas adultas mayores pueden sufrir múltiples trastornos de la salud a causa de perturbaciones físicas y mentales. Además, la calidad de vida puede verse afectada por diversos factores ambientales. El objetivo de este estudio fue examinar la calidad de vida en adultos mayores en Tabriz, Irán en 2012. Métodos: Este estudio transversal se llevó a cabo en 184 personas de edad avanzada (hombres = 97, mujeres = 87) con edad ≥ 60 años. Se utilizó el cuestionario Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) de la Organización Mundial de la Salud, que incluía 26 preguntas amplias y exhaustivas para determinar la calidad de vida en personas mayores. Como resultados se obtuvo una puntuación total de la calidad de vida en ambos sexos la cual fue de 90.75 (13.37) (rango entre 26-130). Los hombres ancianos tenían una puntuación ligeramente alta en la calidad de vida; sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. Se observó una diferencia significativa entre tener enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, deficiencias auditivas y visuales con puntaje total en la calidad de vida. Además, no hubo diferencias significativas entre las variables de género y edad con la puntuación total en la calidad de vida (Khaje, Y et al, 2014).

Se realizó una investigación en México, la cual tuvo como finalidad determinar los factores asociados a la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana. Los resultados arrojaron que la edad que predomina en la población es de 60 a 74 años, predomina el sexo femenino con el 70.5%, casados el 51.7%, instrucción primaria el 57.7%, el 72.9% percibe un ingreso económico, el 47% función cognitiva normal, el 55% alto apoyo familiar, 63.6% no ha sufrido enfermedad los últimos seis meses y el 84.46% no tiene acceso a los servicios de

salud. Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar. Al considerar el análisis cualitativo temático con entrevistas a profundidad los factores función cognitiva con calidad de vida se obtuvo las categorías empíricas: Aprender /re-aprender y enseñar; entre mis recuerdos y mis sentimientos e independencia y autonomía (Navarro, MG et al 2013).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño metodológico

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, tipo transversal descriptivo, dado que la aplicación del instrumento se realizará en un solo momento para conocer la calidad de vida y las enfermedades prevalentes en el adulto mayor.

De acuerdo con Hernández Sampieri (2014) los diseños transversales descriptivos indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población y son estudios puramente descriptivos.

3.2 Universo y muestra

El presente estudio se realizó en el centro de día del adulto mayor Nanxü el cual es un centro gerontológico que se encuentra ubicado en la ciudad de Querétaro, cuenta con una población de personas mayores de 60 años. Dentro del lugar se realizan diferentes actividades recreativas para el desarrollo, mantenimiento y la mejora de la calidad de vida.

Para efectos del presente estudio únicamente se trabajó con adultos mayores funcionales, la muestra fue de 30 personas ya que son a las cuales solamente se tuvo acceso por cuestiones del lugar de aplicación. El tipo de muestreo fue probabilístico y la muestra se seleccionó de forma aleatoria y los participantes se eligieron con base en los siguientes criterios:

INCLUSIÓN:

- Personas de 60 años de edad a más.
- Personas que se encuentren inscritas en Nanxü.

- Personas que asistan de 3 a 5 días de la semana a Nanxü.
- Tener una o más enfermedades crónicas por lo menos con un año de haber sido diagnosticada.
- Hombres y mujeres

EXCLUSIÓN

- Quienes pidan remuneración por participar en el estudio.
- La persona que no firme el consentimiento informado.

ELIMINACIÓN

- Personas que no asistieron a la aplicación del instrumento.
- Personas que no contesten el 100% del instrumento.
- Personas que decidan no participar en la investigación.
- Personas que desistan o se reusen a seguir en la contestación del instrumento en el momento de la aplicación del mismo.

3.3 Material y métodos

Descripción del proceso de investigación

Una vez que ya se encontró conformado el protocolo de investigación se puso a disposición del director de tesis para su revisión y aprobación, posteriormente a ello se determinó su evaluación por parte del Subcomité de Investigación que pertenece a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

De acuerdo a la autorización otorgada por el Subcomité de Investigación de la Licenciatura en Enfermería, se solicitó permiso al centro del adulto mayor Nanxü para la recolección de datos, que por las particularidades requeridas los adultos mayores que se encuentran en dicha institución resultaron esenciales para la muestra. Para que dicha investigación se realizara se asignó un punto de encuentro que no interfiera en las actividades del adulto mayor y para que la aplicación no fuera interrumpida.

3.3.1 Instrumentos

Para la realización del estudio se utilizó el cuestionario de calidad de vida versión breve WHOQOL- BREF (World Health Organization Quality of Life), es un instrumento autoadministrable el cual está conformado de 26 ítems divididos en cuatro dominios: salud física (siete ítems), salud psicológica (seis ítems), relaciones sociales (tres ítems) y ambiente (ocho ítems). También hay dos ítems que se examinan por separado: la pregunta 1 pregunta sobre la percepción general de la calidad de vida de un individuo y la pregunta 2 sobre la percepción general de la salud de un individuo diseñado por la OMS (1996) Organización Mundial de la Salud.

Es un instrumento diseñado para arrojar el perfil de calidad de vida de un individuo en las dos últimas semanas, los ítems de cada una de los cuatro dominios se responden en una escala de 1 a 5 puntos. Es posible derivar cuatro puntuaciones por dominio las cuales denotan la percepción de calidad de vida de cada individuo; un puntaje mayor sugiere una mayor calidad de vida. Los puntajes se transforman en una escala de 0 a 100 para permitir comparaciones entre los dominios que poseen números diferentes en ítems (WHO, 1996). El instrumento tiene un tiempo estimado de aplicación de 10 a 15 minutos aproximadamente.

- Calificación de los ítems: recodificar los 26 ítems, RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (Esto recodifica todos los datos fuera del rango 1-5 para que falte el sistema).
- Obtención del puntaje bruto total: puntaje por dominio obtenido al aplicar el WHOQOL-BREF va de un rango posible que se encuentra entre 4-20.
- Transformación del puntaje bruto total: Recodificar Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (Esto transforma las preguntas enmarcadas negativamente en enmarcadas positivamente).

El instrumento cuenta con fiabilidad ya que el coeficiente de consistencia interna arroja > 0.7 para el total del instrumento, a partir de esto se despliega para el dominio salud física 0.82, para el dominio salud psicológica 0.81 y para el dominio ambiente 0.80, considerando al margen el dominio social de 0.68. Se consideran los siguientes tipos de validez: de constructo, discriminación y contenido al ser un instrumento utilizado multiculturalmente en poblaciones generales o específicas como México, Perú y Chile. El instrumento se encuentra acorde a la operacionalización de variables.

Además, se utilizó la sección de estados de salud de la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud que sólo se necesitó para identificar las enfermedades crónicas no transmisibles que padecen los adultos mayores.

3.4 Plan de análisis

Para el análisis estadístico del instrumento se utilizó el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) del cual la versión con la que se cuenta es la 22.0. Asimismo, se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias, media, moda, mediana, desviación estándar y porcentajes para describir el fenómeno estudiado. Por otra parte, se hizo uso de la estadística inferencial para conocer si existe asociación estadística entre las variables: las enfermedades crónico-degenerativas y la calidad de vida, utilizando el estadístico Chi-cuadrado para dicho análisis.

Los resultados obtenidos de la investigación se presentaron por medio del uso de tablas y gráficos como un método eficaz para la interpretación de la información obtenida relacionado al número de preguntas de las dimensiones de la calidad de vida de las cuales será arrojado un perfil, esto designa que entre mayor sea la puntuación mejor será la calidad de vida.

3.5 Ética del estudio

Es un estudio con sustento ético con base al acuerdo de La Nueva Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y modificada el 12 de julio de 2018 y para dar cumplimiento:

Artículo 100 en su título quinto, denominado Investigación para la salud, en sus fracciones se desarrollará con forme a las siguientes bases:

I.- Deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica especialmente a su posible contribución a la solución de problemas de salud y desarrollo de nuevos campos de ciencia médica.

II.- Cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

VI.- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal de aquel, cuando se encuentre enterado de los objetivos de la experimentación y posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

En base al código de Núremberg de 1947, se considera que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales para la realización de una investigación con seres humanos, se contemplan 4 de los 10 principios que se consideran relevantes para la investigación, estos son:

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.

7) Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto.

8) La investigación debe ser conducida por personas calificadas.

9) Durante el curso de la investigación el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de junio de 1964, habla sobre las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, debido a que la finalidad de la investigación biomédica que implica a las personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. Las normas que se establecen en este documento constituyen una guía para los médicos de todo el mundo; Y dentro de las normas las que se consideran pertinentes para la investigación son:

6) El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

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

8) Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

12) La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

21) La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.

22) El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

23) El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

24) Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25) La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

26) La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

28) Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal.

31) El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

35) Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, para esta investigación se considera pertinente el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, dentro del Capítulo I Disposiciones Comunes, los artículos:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en:

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

IV. RESULTADOS

Las edades mínimas y máximas dentro del estudio son de 60 y 89 años, además se destaca como media de edad 71.47, siendo en su totalidad población de adultos mayores. En la siguiente gráfica se muestra la relación entre la edad y el sexo de la población encuestada.

Cuadro 4.1 Relación de edad y sexo de los adultos mayores

Grupo etario	Masculino		Femenino	
	f	%	f	%
60-64	2	25	2	9.09
65-69	1	12.5	5	22.72
70-74	3	37.5	11	50
75-79	0	0	2	9.09
80 - 84	2	25	1	4.54
85 - 90	0	0	1	4.54
Total	8	100	22	100

Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu, 2019

De los 8 hombres y 22 mujeres entrevistadas se arrojaron los siguientes resultados en estado civil predominó casado en un 36.6% (8 mujeres) y divorcio en un 50% (4 hombres). En nivel de estudios predominó universitarios en un 50% (4 hombres) y primarios con un 50% (11 mujeres).

DOMINIO 1 SALUD FÍSICA

En el dominio 1 se encuentra conformado por 7 ítems que determina la salud física de los adultos mayores, cada pregunta se califica de nada, un poco, lo normal bastante y extremadamente, la mayoría de los participantes su contestación fue “Lo normal” en 5 de 7 ítems.

Cuadro 4.2 Dominio 1 Salud Física

A. Incapacidad física generada por el dolor		
Escala	f	%
Extremadamente	8	26.7
Bastante	10	33.3
Lo normal	8	26.7
Un poco	4	13.3
Nada	0	0
B. Dependencia del tratamiento médico		

Escala	f	%
Extremadamente	3	10
Bastante	3	10
Lo normal	11	36.7
Un poco	8	26.7
Nada	5	16.7
C. Nivel de energía		
Escala	f	%
Totalmente	2	6.7
Bastante	7	23.3
Lo normal	14	46.7
Un poco	7	23.3
Nada	0	0
D. Capacidad de desplazarse de un lugar a otro		
Escala	f	%
Totalmente	5	16.7
Bastante	10	33.3
Lo normal	8	26.7
Un poco	7	23.3
Nada	0	0
E. Satisfacción con el sueño		
Escala	f	%
Muy satisfecho	3	10
Bastante satisfecho	4	13.3
Lo normal	10	33.3
Poco	9	30
Muy insatisfecho	4	13.3
F. Satisfacción para realizar las actividades de la vida diaria		
Escala	f	%
Muy satisfecho	2	6.7
Bastante satisfecho	12	40
Lo normal	15	50
Poco	1	3.3
Muy insatisfecho	0	0
G. Satisfacción con la capacidad de trabajo		
Escala	f	%
Muy satisfecho	2	6.7
Bastante satisfecho	12	40
Lo normal	15	50
Poco	1	3.3
Muy insatisfecho	0	0

Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu 2019.

DOMINIO 2 Salud Psicológica

Para el dominio 2 cuenta con 6 ítems, las primeras cinco preguntas se evaluaron de nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente, la respuesta que predominó fue “Lo normal”, sin embargo, en el sexto ítem fue diferente porque se califica de nunca, raramente, moderadamente, frecuentemente y siempre, siendo el mayor porcentaje de respuesta “Frecuentemente”.

Cuadro 4.3 Dominio 2 Salud física

A. Disfrute de la vida		
Escala	f	%
Extremadamente	4	13.3
Bastante	13	43.3
Lo normal	10	33.3
Un poco	3	10
Nada	0	0
B. Sentido de la vida		
Escala	f	%
Extremadamente	5	16.7
Bastante	13	43.3
Lo normal	10	33.3
Un poco	2	6.7
Nada	0	0
C. Capacidad de concentración		
Escala	f	%
Extremadamente	1	3.3
Bastante	2	6.7
Lo normal	19	63.3
Un poco	7	23.3
Nada	1	3.3
D. Apariencia física		
Escala	f	%
Totalmente	3	10
Bastante	9	30
Lo normal	16	53.3
Un poco	2	6.7
Nada	0	0
E. Satisfacción de sí mismo		
Escala	f	%
Muy satisfecho	7	23.3
Bastante satisfecho	7	23.3
Lo normal	16	53.3
Un poco	0	0
Muy insatisfecho	0	0
F. Frecuencia sentimientos negativos: tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión		

Escala	f	%
Siempre	4	13.3
frecuentemente	15	50
Moderadamente	8	26.7
Raramente	1	3.3
Nunca	2	6.7

Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu 2019.

DOMINIO 3. Relaciones sociales

El dominio 3 evalúa las relaciones sociales, cuenta con 3 ítems los cuales van de lo muy insatisfecho, poco, lo normal, bastantes satisfecho y muy satisfecho. El mayor porcentaje en cada una de las preguntas fue “Lo normal”.

Cuadro 4.4 Dominio 3 Relaciones sociales

A. Relaciones personales		
Escala	f	%
Muy satisfecho	6	20
Bastante satisfecho	6	20
Lo normal	16	53.3
Poco	2	6.7
Muy insatisfecho	0	0
B. Relaciones sexuales		
Escala	f	%
Muy satisfecho	1	3.3
Bastante satisfecho	1	3.3
Lo normal	23	76.7
Poco	3	10
Muy insatisfecho	2	6.7
C. Apoyo de amigos		
Escala	f	%
Muy satisfecho	3	10
Bastante satisfecho	10	33.3
Lo normal	14	46.7
Poco	3	10
Muy insatisfecho	0	0

Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu 2019.

DOMINIO 4. Ambiental

Para el dominio 4 que evalúa lo ambiental, se conforma por 8 ítems con diferentes formas de escala y predominando el mayor porcentaje de respuesta “Lo normal”.

Cuadro 4.5 Dominio 4 Ambiental

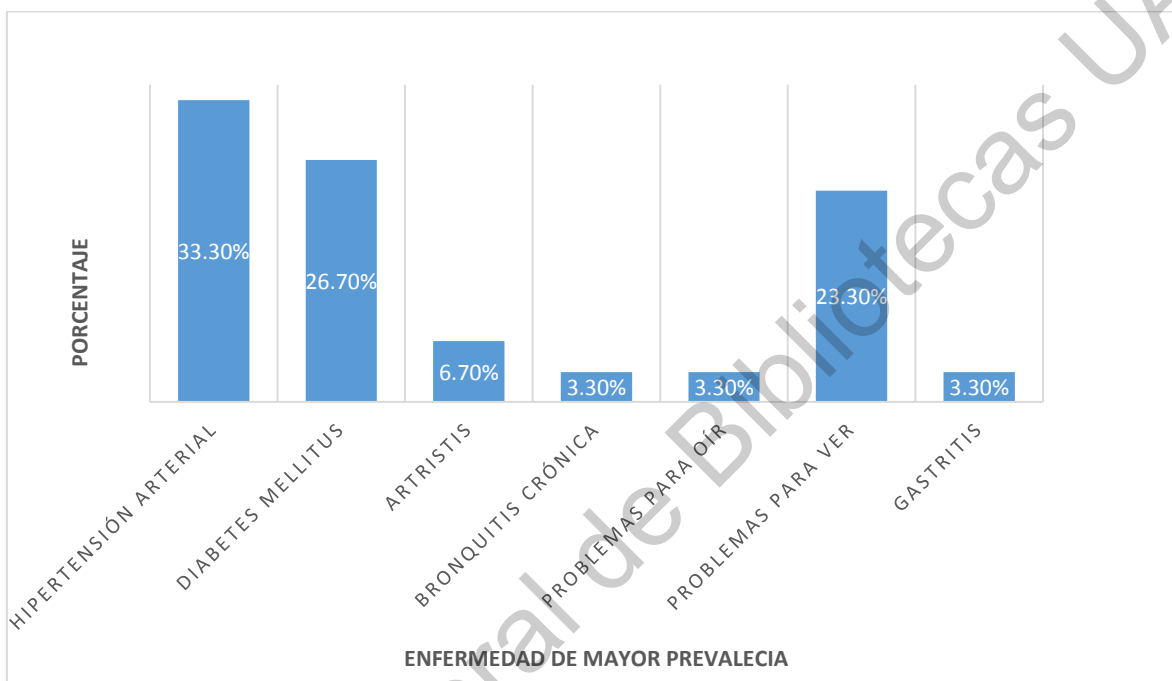
A. Seguridad en la vida diaria		
Escala	f	%
Extremadamente	2	6.7
Bastante	8	26.7
Lo normal	15	50
Un poco	5	16.7
Nada	0	0
B. Ambiente físico		
Escala	f	%
Extremadamente	3	10
Bastante	15	50
Lo normal	12	40
Un poco	0	0
Nada	0	0
C. Dinero para cubrir necesidades		
Escala	f	%
Totalmente	1	3.3
Bastante	1	3.3
Lo normal	17	56.7
Un poco	9	30
Nada	2	6.7
D. Información necesaria para la vida diaria		
Escala	f	%
Totalmente	2	6.7
Bastante	8	26.7
Lo normal	15	50
Un poco	5	16.7
Nada	0	0
E. Actividades de ocio		
Escala	f	%
Totalmente	0	0
Bastante	16	53.3
Lo normal	10	33.3
Un poco	4	13.3
Nada	0	0
F. Condiciones del lugar donde vive		
Escala	f	%
Muy satisfecho	6	20
Bastante satisfecho	11	36.7
Lo normal	11	36.7

Poco	0	0
Muy insatisfecho	2	6.7
G. Servicios sanitarios		
Escala	f	%
Muy satisfecho	3	10
Bastante satisfecho	12	40
Lo normal	8	26.7
Poco	5	16.7
Muy insatisfecho	2	6.7
H. Transportes de la zona		
Escala	f	%
Muy satisfecho	3	10
Bastante satisfecho	4	13.3
Lo normal	11	36.7
Poco	5	16.7
Muy insatisfecho	7	23.3

Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu 2019.

Se encontraron 7 enfermedades que predominaron las cuales fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, bronquitis crónica, problemas para oír, problemas para ver y gastritis. La enfermedad de mayor prevalencia con un 33% (10 personas todas mujeres) fue la hipertensión arterial y las de menor prevalencia con un 3.3 % (3 personas, 2 hombres y 1 mujer) fueron bronquitis crónica, problemas para oír y gastritis.

Figura 4.1 Enfermedad de mayor prevalencia



Fuente: Encuesta aplicada en el centro del adulto mayor Nänxu 2019.

Tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades

Dominio 1. Salud física

Solamente se encontró asociación entre la salud física y los problemas para oír. Los problemas para oír se asocian a una buena salud física en un 96.5%, lo anterior significa que se debe estar enfermo para tener una buena salud física.

Cuadro 4.6 Dominio 1 Salud física, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.

	Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Hipertensión			
SI	8 (40)	6 (60)	0.44(0.094–2.093)

	NO	12 (60)	4 (40)	1.00
$(\chi^2, p= 0.301)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Diabetes				
	SI	6 (30)	14 (70)	0.64 (1.32- 3.140)
	NO	4 (40)	6 (60)	1.00
$(\chi^2, p= 0.584)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Artritis				
	SI	3 (15)	4 (40)	0.26 (0.45-1.54)
	NO	17 (85)	6 (60)	1.00
$(\chi^2, p= 0.127)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Bronquitis crónica				
	SI	1 (5)	2 (20)	0.211 (0.17-2.66)
	NO	19 (95)	8 (80)	1.00
$(\chi^2, p= 0.197)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para oír				
	SI			
	NO	1 (5)	6 (60)	0.035 (0.003-0.378)
		19 (95)	4 (40)	1.00
$(\chi^2, p= 0.001)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para ver				
	SI			
	NO	8 (40)	6 (60)	0.444 (0.094-2.093)
		12 (60)	4 (40)	1.00
$(\chi^2, p= 0.301)$				
		Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Gastritis				

SI	4 (20)	5 (50)	0.250 (.048-1.307)
NO	16 (80)	5 (50)	1.00
$(\chi^2, p= 0.091)$			

Dominio 2. Salud Psicológica

No se encontró asociación entre la salud psicológica y las enfermedades, lo anterior significa que no hay una afectación en la calidad de vida.

Cuadro 4.7 Dominio 2 Salud psicológica, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.

	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Hipertensión			
SI	10 (50)	4 (40)	1.500 (0.322-6.991)
NO	10 (50)	6 (60)	1.00
$(\chi^2, p= 0.605)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Diabetes			
SI	6 (30)	4 (40)	0.643 (0.132-3.140)
NO	14 (70)	6 (60)	1.00
$(\chi^2, p= 0.584)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Artritis			
SI	4 (20)	3 (30)	0.583 (0.102-3.325)
NO	16 (80)	7 (70)	1.00
$(\chi^2, p= 0.542)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Bronquitis crónica			
SI	0 (0)	3 (30)	3.857 (2.039-7.297)
NO	20 (100)	7 (70)	1.00
$(\chi^2, p= 0.10)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para oír			
SI			

NO	3 (15) 17 (85)	4 (40) 6 (60)	0.265 (0.045-1.543) 1.00
$(\chi^2, p= 0.127)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para ver			
SI			
NO	8 (40) 12 (60)	6 (60) 4 (40)	0.444 (0.094-2.093) 1.00
$(\chi^2, p= 0.301)$			
	Buena salud psicológica	No salud	OR (IC 95%)
Gastritis			
SI	5 (25)	4 (40)	0.500 (0.099-2.527)
NO	15 (75)	6 (60)	1.00
$(\chi^2, p= 0.398)$			

Dominio 3. Relaciones sociales

Se encontró asociación entre relaciones sociales y los problemas visuales. Los problemas visuales se asocian a las buenas relaciones sociales en un 28.6 %, lo anterior significa que se debe estar enfermo para tener buenas relaciones sociales, ya que existe un tema en común que comparten las personas, en este caso es la enfermedad.

Cuadro 4. 8 Dominio 3 Relaciones sociales, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.

	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Hipertensión			
SI	13 (50)	1 (25)	3 (0.275-32.746)
NO	13 (50)	3 (75)	1.00
$(\chi^2, p= 0.351)$			
	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Diabetes			
SI	9 (34.6)	1 (25)	1.588 (0.144-17.561)

NO	17 (65.4)	3 (75)	1.00
$(\chi^2, p= 0.704)$			
	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Artritis			
SI	7 (26.9)	0 (0)	1.211 (1.004-1.460)
NO	19 (73.1)	4 (100)	1.00
$(\chi^2, p= 0.236)$			
	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Bronquitis crónica			
SI	3 (11.5)	0 (0)	1.174 (1.003-1.374)
NO	23 (88.5)	4 (100)	1.00
$(\chi^2, p= 0.474)$			
	Buena salud física	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para oír			
SI			
NO	6 (23.1)	1(25)	0.900 (0.078-10.327)
	20 (76.9)	3 (75)	1.00
$(\chi^2, p= 0.933)$			
	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para ver			
SI			
NO	10 (38.5)	4 (100)	0.714 (0.513-0.995)
	16 (61.5)	0 (0)	1.00
$(\chi^2, p= 0.022)$			
	Buenas relaciones sociales	No salud	OR (IC 95%)
Gastritis			
SI	7 (26.9)	2 (50)	0.368 (0.43-3.141)
NO	19 (73.1)	2 (50)	1.00
$(\chi^2, p= 0.348)$			

Dominio 4. Ambiente

Los datos señalan una asociación entre padecer bronquitis y un buen ambiente; sin embargo, no se puede afirmar por qué 1 casilla tiene valor 0.

Los problemas para oír se asocian a un buen ambiente en un 85.9%, lo anterior significa que se debe estar enfermo para una buena dimensión de ambiente.

Los problemas de gastritis se asocian a una buena dimensión de ambiente en un 93.3%, lo anterior significa que se debe estar enfermo para una buena dimensión de ambiente.

Cuadro 4.9 Dominio 4 Ambiente, tablas de asociación entre calidad de vida y enfermedades.

	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Hipertensión			
SI	8 (42.1)	6 (54.5)	0.606 (0.136-2.705)
NO	11 (57.9)	5 (45.5)	1.00
$(\chi^2, p= 0.510)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Diabetes			
SI	6 (31.6)	4 (36.4)	0.808 (0.169-3.858)
NO	13 (68.4)	7 (63.6)	1.00
$(\chi^2, p= 0.789)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Artritis			
SI	6 (31.6)	1 (9.1)	4.615 (0.476-44.757)
NO	13 (68.4)	10 (90.9)	1.00
$(\chi^2, p= 0.161)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Bronquitis crónica			
SI	0 (0)	3 (27.3)	3.375 (1.887-6.036)
NO	19 (100)	8 (72.7)	1.00
$(\chi^2, p= 0.016)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para oír			

SI			
NO	2 (10.5)	5 (45.5)	0.141 (0.021-0.930)
	17 (89.5)	6 (54.4)	1.00
$(\chi^2, p= 0.029)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Problemas para ver			
SI			
NO	9 (47.4)	5 (45.5)	1.080 (0.243-4.791)
	10 (52.6)	6 (54.5)	1.00
$(\chi^2, p= 0.919)$			
	Ambiente	No salud	OR (IC 95%)
Gastritis			
SI	2 (10.5)	7 (63.6)	0.067 (0.010-0.455)
NO	17 (89.5)	4 (36.4)	1.00
$(\chi^2, p= 0.002)$			

V. DISCUSIÓN

En Cuba en el 2014 se realizó un estudio para determinar la calidad de vida fueron 28 adultos mayores entre edades de 60 a 79 años (Corugedo, MC et al, 2014). Para esta investigación también se trabajó con 30 personas adultas mayores tanto hombres como mujeres, en un rango de edad de 60 a 89 años.

En Colombia en un centro de día en un total de 502 personas de la tercera edad, 41.4% no padecían ninguna enfermedad crónica, el 24.6% padecía hipertensión arterial, 8.6% padecía diabetes y un 4.8% osteoporosis (Duran, et al, 2010). Se concuerda que las enfermedades crónicas se encuentran presentes en las personas mayores en la actualidad, las principales enfermedades prevalentes encontradas en este estudio en personas de un centro de día hacia el adulto mayor fueron: hipertensión arterial con un 33.3%, diabetes 26.7%, artritis 6.7% bronquitis crónica 3.3%, problemas para oír 3.3%, problemas para ver 23.3% y gastritis 3.3%. Se destaca que toda la población entrevistada padecía de una hasta siete enfermedades.

En un grupo para la promoción de la salud para el adulto mayor en Brasil los resultados muestran que la mayoría de las personas (76.9%) evaluaron su calidad de vida como buena o muy buena (Ferreira, L, et al, 2015). Con el fin de conocer la calidad de vida en este estudio el instrumento utilizado arrojó dentro de sus resultados entre cuatro dominios que son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente se destacó una buena calidad de vida en cada uno ya que el instrumento evalúa que entre más puntaje es mejor la calidad de vida. Los porcentajes obtenidos para salud física son 66.7% tiene una buena salud física, en salud psicológica 66.7% tienen una buena salud psicológica, el 86.7% relaciones sociales buenas y el 63.3% cuentan con un buen ambiente.

Se determinó la calidad de vida en ancianos hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público Lima Norte, el instrumento utilizado fue Escala de calidad de vida WHOQOL- BREF. La calidad de vida fue baja con 36.8%, media 36.3% y alta 26.9%. La dimensión que presenta mayor calidad de vida alta es la

salud física con 33.3% así como la que representa una mayor calidad de vida baja son las relaciones sociales con 60.1% (Solís M, Hernán H, et al. 2018). En otro estudio se menciona que se realizó un estudio en 37 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II, perteneciente a la CMF No. 11 de la Politécnica Universitaria “Luis Enrique de la Paz”, se midió la calidad de vida con el cuestionario WHOQOL-BREF, la calidad de vida fue percibida como deficiente por el 67.57%, la dimensión que presentó mayor porcentaje en calidad de vida alta fue relaciones sociales con 29.73% y la de mayor puntaje de calidad de vida baja fue Psicológica con 62.16% (Santos F, Rafael S, et al. 2018). Para esta investigación prevalecieron siete enfermedades las cuales son hipertensión, diabetes mellitus, artritis, bronquitis crónica, problemas para oír, problemas para ver y gastritis; sin embargo, sólo se encontró en otros artículos la relación entre calidad de vida e hipertensión y calidad de vida con diabetes mellitus que utilizaron el instrumento WHOQOL-BREF para determinar la calidad de vida.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A partir del inicio de esta investigación se consideró que el trabajar con el adulto mayor es factible ya que existe la disposición y posibilidad de acercarse a ese tipo de población de manera sencilla.

Por medio de la obtención de los resultados se logró la identificación de siete enfermedades prevalentes en la población entrevistada, se identificaron las características de la calidad de vida desde una perspectiva física, psicológica, social y ambiental, así como los valores sociodemográficos en los adultos mayores.

Se describió la relación entre las dos variables de estudio que son enfermedades prevalentes y la calidad de vida, como se estableció en un principio dentro de los objetivos, se puede concluir que se deben seguir fortaleciendo los programas realizados en específico hacia el adulto mayor para seguir manteniendo una buena calidad de vida en ellos. Además, se encontró que existe en general una buena calidad de vida de los adultos mayores.

Se sugiere que futuras investigaciones relacionadas con el adulto mayor o calidad de vida sean de intervención de acuerdo con las necesidades detectadas por el instrumento a utilizar en los centros de día que fomenten la mejora en su calidad de vida con enfermedades crónicas, porque es un tema de relevancia en la actualidad.

Se puede trabajar o investigar al adulto mayor en diferentes contextos no solo en un centro de día, si no en hospitales, asilos, comunidades, entre otros, para ayudarlos a que tengan una buena calidad de vida sin importar las enfermedades recurrentes que padezcan porque se debe recordar que no existe ninguna enfermedad propia de la vejez.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alguacil, Gómez, J. (2000) Calidad de vida y modelo de ciudad. Calidad de vida urbana: variedad, Cohesión y medio ambiente, en Boletín CF+S. Recuperado de: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n15/ajalg.html> (02-12-2010)
- Aliaga, E., Cuba, S y Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud pública*. 311-320.
- Álvarez, A; Quadros, R y Takase, L. (1998). Calidad de vida en la vejez. *Revista Gerokomos*, 107-114.
- American Society of Clinical Oncology. (2012). *Cáncer en adultos mayores*. Recuperado de https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp.pdf
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuad. Bioet.*, 271–292.
- Arriaga, L. (2012). *Síndromes Geriátricos: Polifarmacia*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e5b7b5221abc50e4e04001016401207a.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/?fbclid=IwAR3GecpsoXfrha_rHMRu1PoHwPM1okFuav9SDSaUNB0GOC7r5d7pxpo0YI
- Ayuntamiento de Madrid. (2011). *Centros de Día Municipales: Modelos de atención*. Recuperado de: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Centros-de-Dia-Municipales-Modelos-de-atencion/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=a35e470efbde6310VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Baernholdt, M; Yan, G; Hinton, I; Rose, K and Mattos. (2012). Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Rural Health*, 1-14.
- Barranco, C (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 134-136
- Beade, A. (2012). Los adultos mayores y la salud. Recuperado de https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Ley General de Salud. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf?fbclid=IwAR1ta6yW8-mb15edbbgsRZfUGokb6wCpiNomcHxbnNZAspxqTalbft1h4Co

- Cerón, X. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología*, 84.
- Chen, W., Okumiya, K., Wada, T., Sakamoto, RL, Imai, H., Ishimoto, Y., Kimura, Y., Fukutomi, E., Fujisawa, M., Shih, H., Chang, C., y Matsubayashi, K. (2015). La cohesión social y la salud en la vejez: un estudio en el sur de Taiwán. *Psicogeriatría internacional*, 27 11, 1903-11.
- Corugedo, MC., García, D., González, VI., Crespo, GA., González, G y Calderín M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 208-216.
- Dagli, R y Sharma, A. (2014). Polypharmacy: A Global Risk Factor for Elderly People. *Journal of International Oral Health*, 6, i-ii.
- D'Hyver de las Deses, C. (2017). Patologías endocrinas más frecuentes en el adulto mayor. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 46-47.
- Dueñas González, D., Bayarre, H., Triana, E., y Rodríguez, V. (2009). Quality of life perceived in elderlies from Matanzas province. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 25(2), 1–15. doi.org/10.3989/ris.2009.11.26
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, AF., González, A y Molina, JM. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, pp. 16-28
- Espinosa, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Revista de Antropología Experimental*, 337.
- Farré, MV y Benavent, R. (2006). Cáncer. Neoplasias más frecuentes. Sociedad de española de geriatría y gerontología (2006), Tratado de geriatría para residentes (pp. 747-759). España: Comité Editorial del Tratado de Geriatría de la SEGG.
- Ferreira Santos, Leidiene., Malagoni Almeida Cavalcante Oliveira, Lizete., Alves Barbosa, Maria., Pires Nunes, Daniella y Visconde Brasil, Virginia. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 1-11.
- Flores, D. (2017). TEMA-2017: Envejecimiento y cáncer. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 11-15.
- Flores, ME., Vega, MG. y Gonzales, GJ. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara.
- Gómez, LA; Velásquez MT y Mora R. (2011). *Centro de Día para el Adulto Mayor Plenitud*. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144634/Centro%20de%20D%3>

%ADa%20pa%20el%20adulto%20mayor%20Plenitud.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- González, P. C., Espinosa, R. R. C., Domínguez, A. V., Nicot, J. M., & Higuera, L. R. G. (2011). Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 83–90.
- Guerrero N, Yépez MC. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*. 123.
- Hernández, J; Chávez, S y Carreazo, NY. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 3 680-688.
- Hernández, A., Pontes, Y y Goñi, I. (2015). Riesgos de la mala nutrición en una población de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. *Nutrición hospitalaria*, 1184-1992.
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª ed). México: McGraw Hill
- Herrero Jaén, Sara. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2)
- INE. (2014). *Actualización de proyecciones de población (2002-2020)*, Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php
- INEGI. (2016). *Día mundial de la población (11 de Julio). Estadísticas a propósito del día mundial de la población*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- INEGI. (10 de julio de 2017). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población*. Recuperado de: http://inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de las Personas Adultas Mayores en México*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- INAPAM. (2016). *Estadísticas sobre Adultos Mayores en México*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
- Jonis, M y Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Médica Herediana*, 78.

- Junta de Andalucía. (2010). Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
- Junta de Castilla y León. (2003). *Centros de día para personas mayores de la gerencia de servicios sociales: Al servicio de tu calidad de vida*. Recuperado de: [file:///C:/Users/51468/Downloads/Centros+de+d%C3%ADa2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/51468/Downloads/Centros+de+d%C3%ADa2%20(1).pdf)
- Khaje-Bishak, Y; Laleh Payahoo; Bahram Pourghasem y Mohammad Asghari Jafarabad. (2014). *Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran*. 3 (4): 257-63.
- Laplace Pérez, Beatriz de las N, Legrá Matos, Sara María, Fernández Laplace, Josué, Quiñones Márquez, Dinorah, Piña Suárez, Lizzy, & Castellanos Almestoy, Lourdes. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 478-483.
- Loredo, MT., Gallegos., RM., Xequé, AS., Palomé, G y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, pp. 159-165.
- Martínez, CM. (2007). *Organización de un centro de día para el adulto mayor*. (Tesis de maestría). Universidad Iberoamericana. México. Recuperado de http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014881/014881.pdf?fbclid=IwAR0FlvBu2ImiZn8hw dWcs_ThzjedLeW8_HHzg6lIWJr8-bb7LIMPkbreTfU
- Matta, HH; Palacios, EY; Matta, EP y Pérez, RE. (2018). Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. Recuperado de: <file:///C:/Users/51468/Downloads/1186-2647-1-PB.pdf>
- Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Geriátrica (2003). Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile.
- Nava, MG. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 132-133.
- Navarro, MG., Leitón, ZE., Ojeda, MG y Villanueva, ME. (2013). Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México. *Revista Peruana Enfermería investigación y desarrollo*, 77-95.
- Olivi, A; Fadda-Cori y Pizzi, M. (2015). *Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v21n84/v21n84a9.pdf>
- OMS. (2008). Enfermedades crónicas. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/s/

- ONU. (2015). *Envejecimiento*. Recuperado el 25 de octubre de 2017, de: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC, EE.UU.
- OMS (2017). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Paniagua, I. (2015). *Enfermedades frecuentes en el AM Dependiente: Problemas y patologías más frecuentes en la Senectud*. Recuperado de <http://181.189.159.2/a2015/Agosto/cuida/contenido/ponencias/Ignacio%20Paniagua/Enfermedades%20frecuentes%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf>
- Pelcastre, BE., Treviño, S., González, T y Márquez, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública*, 460-468.
- Penny, E y Melgar, F. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: La hoguera. 37-51.
- Pérez, TG. (2012). *Aspectos psicológicos y sociales del envejecimiento*. Recuperado de <https://prezi.com/ho3eegtgzacs/aspectos-psicologicos-y-sociales-del-envejecimiento/>
- Pishkar, Z; Jahantigh, M & Arbabisarjou, A. (2015). Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr- IR Iran. *Global Journal of Health Science*. 139-145.
- Portela, JM y Rivera, MA. (2008). *Polifarmacia en el anciano*. Recuperado de http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1270/c.pdf
- PROFECO. (2007). *Centros de día para adultos mayores*. Recuperado de: <https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/pdf-2007/Centros%20de%20d%C3%ADa%20para%20adultos%20mayores.pdf>
- Ramos, F. (2002). *Salud y calidad de vida en las personas mayores*. Tabanque: revista pedagógica, 83-104.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1984). Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Rubio, D., & Rivera, L., Borges, L., y González, F. (2015). "Calidad de vida en el adulto mayor". *VARONA*, 1-2.

- Rueda, S. (2004). Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 0(42). Recuperado de <http://polired.upm.es/index.php/ciur/article/view/1041>
- Ruiz-Dioses, Campos-León, M., & Peña, N. (2008). Situación Sociofamiliar, Valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 374–79.
- Salcedo, RA., Torres y Zarza, MD. (2010). Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. *Revista CONAMED*, 92-98.
- Salech, F., Jara, R y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 23-24.
- Sánchez, L., González, U., Alerm, A., y Bacallao, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 337–349.
- Sanhueza, M., Castro, M., y Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 17-21.
- Santos, RS; Casado, PR; Viltres, A; Pérez, ML y Méndez, O. (2018). Calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus II. Recuperado de: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/672/869>
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Serrano, M., Cervera, P., López, C., Ribera, JM y Sastre, A. (2010). Guía de alimentación para personas mayores. Recuperado de: http://www.institutodanone.es/assets/guia_de_alimentacion_para_personas_mayores.pdf
- Sociedad española de geriatría y gerontología. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. España: Comité Editorial del Tratado de Geriatría de la SEGG.
- Tribunal Internacional de Núremberg. (1947). Código de Núremberg. Recuperado de: http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf?fbclid=IwAR168bAICLgoMe_DH_cIhf553K7Ahrvw9DCaVSC_nz_LWggCZybeHyBvXTc
- Van Gigch, H. P. (1990). *Teoría General de Sistemas*. México: Trillas.
- Varela, LF. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 199-201.

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*, 284–290.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VIII.ANEXOS

8.1 Definición de variables

VARIABLE Y TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V. Sociodemográfica (V. Independiente)	Características o atributos de sujetos recogidas para definir la muestra (Burns y Grove, 2004)	Instrumento del método progresivo (STEPS) (Cuestionario básico y cuestionario ampliado) (OMS, s.f.)	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
			Edad	Años cumplidos	Intervalo
			Fecha de nacimiento	Día, mes, año	Intervalo
			Escolaridad	No tuvo instrucción formal No termino la primaria Termino la primaria Termino la secundaria Termino la etapa preuniversitaria Termino la universidad o enseñanza superior Tiene un posgrado	Nominal
			Estado civil	Nunca se ha casado Actualmente casado Separado Divorciado Viudo Unión libre	Nominal

			Familia	Número de personas mayores de 18 años que viven en su hogar	Intervalo
			Rol familiar	Padre Esposo Abuelo Hermano Hijo	Nominal
			Trabajo	Laborando No laborando Pensionado	Nominal
Calidad de vida (V. dependiente)	OMS "La percepción, que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata	Cuestionario de calidad de vida versión breve WHOQOL- BREF de 26 ítems (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group, 1993).	Salud física	7 ítems Actividades de la vida diaria Dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Duerme y descansa Capacidad de trabajo	Ordinal

Dirección

	de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (Sanhueza et al 2005).		Salud psicológica	6 ítems Imagen corporal y apariencia Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad / Religión / Creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	Ordinal
			Relaciones sociales	3 ítems Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual	Ordinal
			Ambiente	6 ítems Recursos financieros Libertad, seguridad física y seguridad Salud y asistencia social: accesibilidad y calidad Ambiente en el hogar Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades	Ordinal

Dirección General de Bibliotecas UAQ

				Participación y oportunidades para actividades recreativas / de ocio Entorno físico (contaminación / ruido / tráfico / clima) Transporte	
			Salud y calidad de vida general	2 ítems globales Calidad de vida global y salud general	Ordinal

Enfermedades crónicas (V. independiente)	La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos	Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud (s.f.)	Enfermedades crónicas	Presión arterial alta Diabetes Artritis, artrosis Enfermedad del corazón, enfermedad coronaria, ataque al corazón Bronquitis crónica, enfisema Asma, enfermedades alérgicas respiratorias Dolor de espalda, problemas de columna Migraña Derrame cerebral (hemorragia cerebral	Nominal
--	---	---	-----------------------	--	---------

	característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Herrero 2016).			Depresión o ansiedad Problemas de sueño Problemas para oír Problemas para ver Gastritis o ulcera Tumores /cáncer Otro	
			Tiempo de evolución	Menos de seis meses Un año Más de un año	Ordinal

Dirección General de Bibliotecas UAQ

8.2 Carta de consentimiento informado

Enfermedades prevalentes y calidad de vida en el adulto mayor funcional

El presente estudio tiene el propósito de identificar las enfermedades prevalentes en el adulto mayor funcional y como éstas afectan a su calidad de vida.

A continuación, responderá algunas preguntas sobre su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida eligiendo una opción como respuesta a las preguntas del instrumento, toda la información que proporcione para el estudio será de carácter confidencial y utilizado únicamente por el investigador del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Nombre y firma

Investigador

PSS Lic. Enf. Yessica Cecilia Velázquez Balderas

Santiago de Querétaro, Querétaro, noviembre de 2019

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Gracias por su ayuda

8.4 Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud

C. Estados de salud

3000. Quiero preguntarle sobre enfermedades o estados de salud que usted ha podido tener durante el último año o durante más tiempo. Ha sufrido usted de alguna de las siguientes:

(MUESTRE LA SIGUIENTE TABLA – Marque 1 o 5)

TABLA

	SI	NO
1. Tensión arterial alta (Hipertensión)	1	5
2. Diabetes	1	5
3. Artritis, artrosis	1	5
4. Enfermedad del corazón, Enfermedad coronaria, ataque al corazón	1	5
5. Bronquitis crónica / Enfisema	1	5
6. Asma, enfermedad alérgica respiratoria	1	5
7. Dolor de espalda/ problemas de columna	1	5
8. Migraña (dolores de cabeza frecuentes)	1	5
9. Derrame cerebral (Sangrado cerebral)	1	5
10. Depresión o ansiedad	1	5
11. Problemas de sueño	1	5
12. Problemas para oír	1	5
13. Problemas para ver	1	5
14. Gastritis o úlcera	1	5
15. Tumores/Cáncer (incluyendo cáncer en la sangre)	1	5
16. Otros (especifique) _____	1	5