

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR”

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo – junio 2011

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

Edgar Leonel Martínez López
Alice Madelaine Smith de Paz

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR”

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo – junio 2011

**Edgar Leonel Martínez López
Alice Madelaine Smith de Paz**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Edgar Leonel Martínez López	200310213
Alice Madelaine Smith de Paz	200515062

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR"

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2011

Trabajo asesorado por Dr. Jorge Alvarado, co-asesor Dr. Obdulio López y revisado por el Dr. Luis Araujo Rodas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veintiuno de julio del dos mil once.


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Edgar Leonel Martínez López	200310213
Alice Madelaine Smith de Paz	200515062

han presentado el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR"

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintiuno de julio del dos mil once.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 21 de julio del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Edgar Leonel Martínez López

Alice Madelaine Smith de Paz



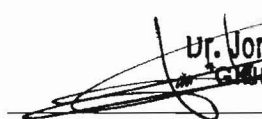
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR"

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2011

Del cual como asesor, co-asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Dr. Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112
Asesor
Firma y sello


Dr. Abdullio Salvador
Lopez Pineda
Col. 9,530
Co-asesor
Firma y sello


Dr. Luis Humberto Araujo Rodas
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
COLEGIADO NO. 10583
Revisor
Firma y sello
Reg. de personal 20030840

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del adulto mayor que asiste al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla durante los meses de mayo y junio 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal en 745 adultos mayores de 60 años que asistieron a consulta externa en el CAMIP, a quienes se entrevistó, utilizando una boleta de recolección de datos epidemiológicos y sociales y el cuestionario SF-36 que evalúa la CVRS. **Resultados:** Se determinó que el 74% de los adultos mayores que asistieron al CAMIP de Pamplona y Barranquilla obtuvo una alta CVRS; de la totalidad de participantes, el 31.28% tenía entre 60 a 64 años, el 57.05% era de sexo femenino, el 50.34% era casado, el 7.65% no tenía estudios, el 86.04% tenía una alimentación adecuada, el 79.73% indicó horas de sueño adecuadas, el 45.10% realizaba ejercicio, 93.56% no consumía cigarrillos y 80.27% no consumía bebidas alcohólicas; el 88.59% indicó que convivía con alguna persona, 87.11% se relacionaba con amigos o familiares y el 88.32% no participaba actividades sociales del CAMIP; las menores puntuaciones en las dimensiones de la esfera física corresponden al grupo etario mayor de 85 años, de sexo femenino y sin pareja, mientras que en las dimensiones de la esfera mental fueron los adultos mayores de 75 años, de sexo femenino y sin pareja. **Conclusiones:** La población adulta mayor que asistió al CAMIP de Pamplona y Barranquilla tenía una alta CVRS, pertenecía principalmente al grupo de 60 a 64 años, de sexo femenino, casado y con algún grado de escolaridad; esta población tenía una alimentación y horas de sueño adecuadas, realizaba ejercicio, no consumía cigarrillos ni bebidas alcohólicas, convivía con alguna persona, se relacionaba frecuentemente con amigos o familiares y no asistía a actividades sociales del CAMIP. Las menores puntuaciones en las dimensiones de la esfera física corresponden al grupo etario mayor de 85 años, de sexo femenino y sin pareja, mientras que en las dimensiones de la esfera mental fueron los adultos mayores de 75 años, de sexo femenino y sin pareja.

Palabras Clave: calidad de vida, salud del anciano, anciano, CAMIP.

ÍNDICE

1.	Introducción	01
2.	Objetivos	03
3.	Marco teórico	05
3.1	Contextualización del área del estudio	05
3.1.1	Ciudad de Guatemala	05
3.1.2	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	06
3.1.2.1	Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)	06
3.2	Adulto mayor	08
3.2.1	Generalidades	08
3.2.2	Población geriátrica en Guatemala	10
3.2.3	Transición demográfica	11
3.3	Salud del adulto mayor	12
3.3.1	Características demográficas relacionadas con la salud del adulto mayor	12
3.3.2	Aspectos de la salud física del adulto mayor	14
3.3.3	Aspectos de la salud emocional y social del adulto mayor	16
3.4	Calidad de vida	19
3.4.1	Conceptos generales	19
3.4.2	Calidad de vida relacionada con la salud	20
3.4.3	Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor	21
3.4.4	Medición de la calidad de vida relacionada con la salud	22
3.4.5	Instrumentos para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud	24
3.4.6	Cuestionario SF-36	26
4.	Metodología	29
4.1	Tipo y diseño de estudio	29
4.2	Unidad de análisis	29
4.3	Población y muestra	29
4.4	Selección de los sujetos de estudio	31
4.5	Definición y operacionalización de las variables	32
4.6	Técnica, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	35
4.7	Procesamiento y análisis de datos	36
4.8	Alcances y límites de la investigación	37
4.9	Aspectos éticos de la investigación	37
5.	Resultados	39
6.	Discusión	47
7.	Conclusiones	53
8.	Recomendaciones	55
9.	Aportes	57
10.	Referencias bibliográficas	59
11.	Anexos	63

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la esperanza de vida del ser humano va en aumento y, según el Centro de Estudios Poblacionales para América Latina (CEPAL) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para el 2025 en América Latina los miembros de la llamada tercera edad llegarán a 98 millones y para el 2050 ascenderán a 184 millones, por lo que entonces habrá más ancianos que niños, y con esto se espera una modificación de la pirámide poblacional no sólo en América Latina sino también a nivel mundial ^(1,2). Guatemala no es excepción ya que al igual que en otros países, está ocurriendo esta transición demográfica ⁽³⁾.

Hasta hace unos años, la política en salud pública se había dirigido a disminuir la morbimortalidad y elevar la expectativa de vida en las poblaciones, sin embargo en los últimos tiempos se ha añadido especial interés en conocer y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los adultos mayores ya que se ha demostrado su relación con una menor utilización de recursos, institucionalización, control de la autonomía y disminución de la morbimortalidad ⁽⁴⁾. Además la CVRS se ha convertido en un indicador de salud y orienta a complementar los indicadores de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida de envejecimiento satisfactorio ⁽⁵⁾; proporcionando así una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de este grupo y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

En 2009 la Universidad de Valencia, España, realizó un estudio denominado “Determinantes de la calidad de vida de los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España – Cuba”, el cual evidenció resultados diferentes en cuanto a los distintos factores que pueden afectar la calidad de vida en diferentes poblaciones y por lo tanto en lo que debe trabajar cada sistema de salud ⁽⁶⁾. En Cali, Colombia, en 2008 estudiaron la CVRS y las condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados y encontraron que existe un deterioro importante en la calidad de vida de los adultos mayores relacionados con factores de riesgo de morbilidad y este deterioro fue más acentuado en las escalas físicas y levemente en las escalas mentales ⁽⁴⁾.

En Guatemala, la investigación dirigida a la población mayor de 60 años es escasa y los estudios existentes se han enfocado a diversos temas de investigación, pero no a la CVRS. Esta situación motiva a realizar estudios que generen conocimientos y que proporcionen datos sobre los aspectos epidemiológicos, sociales, físicos y mentales de

este grupo poblacional. Por ello, se realizó un estudio descriptivo transversal con 745 adultos mayores de 60 años que asistían a la consulta externa del CAMIP y se les realizó una entrevista que consiste en dos secciones, la primera recopila datos epidemiológicos y sociales y la segunda consiste en el cuestionario SF-36, el cual evalúa ocho dimensiones con una serie de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, que a su vez se engloban en las esferas física y mental. Cada dimensión se califica de 0 a 100, en donde por debajo del valor 50 se considera un resultado bajo y de 51 o más un resultado alto. La calidad de vida relacionada con la salud se determinará como alta o baja, según los resultados obtenidos en las dimensiones y escalas mencionadas, en donde también se dará una puntuación e interpretación como la anterior.

Respecto a los resultados, se determinó que el 74% de los adultos mayores obtuvo una alta CVRS; de la totalidad de participantes, el 31.28% tenía entre 60 a 64 años, el 57.05% era de sexo femenino, el 50.34% era casado, el 7.65% no tenía estudios, el 86.04% tenía una alimentación adecuada, el 79.73% indicó horas de sueño adecuadas, el 45.10% realizaba ejercicio, el 93.56% no consumía cigarrillos y el 80.27% no consumía bebidas alcohólicas; el 88.59% indicó que convivía con alguna persona, 87.11% se relacionaba con amigos o familiares y el 88.32% no participaba actividades sociales del CAMIP; las menores puntuaciones en las dimensiones de la esfera física corresponden al grupo etario mayor de 85 años, de sexo femenino y sin pareja, mientras que en las dimensiones de la esfera mental fueron los adultos mayores de 75 años, de sexo femenino y sin pareja.

Por lo anterior se concluyó que la población adulta mayor que asistió al CAMIP de Pamplona y Barranquilla tenía una alta CVRS, pertenecía principalmente al grupo de 60 a 64 años, de sexo femenino, casado y con algún grado de escolaridad; esta población tenía una alimentación y horas de sueño adecuadas, realizaba ejercicio, no consumía cigarrillos ni bebidas alcohólicas, convivía con alguna persona, se relacionaba frecuentemente con amigos o familiares y no asistía a actividades sociales del CAMIP. Las menores puntuaciones en las dimensiones de la esfera física corresponden al grupo etario mayor de 85 años, de sexo femenino y sin pareja, mientras que en las dimensiones de la esfera mental fueron los adultos mayores de 75 años, de sexo femenino y sin pareja.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

- 2.1.1 Describir la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor que asiste a consulta externa en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla, durante los meses de mayo y junio 2011.

2.2 Específicos:

- 2.2.1 Determinar la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor que asiste a consulta externa en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla, utilizando la puntuación obtenida en las dimensiones del cuestionario SF-36.
- 2.2.2 Identificar las características epidemiológicas en cuanto a edad, sexo, estado civil, escolaridad y hábitos del adulto mayor que asiste a consulta externa en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla durante los meses de mayo y junio 2011.
- 2.2.3 Identificar las características sociales en cuanto a convivencia, relaciones interpersonales y actividades sociales del adulto mayor que asiste a consulta externa en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla durante los meses de mayo y junio 2011.
- 2.2.4 Identificar las características epidemiológicas de los adultos mayores con menor puntuación en las dimensiones de las esferas física y mental.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Ciudad de Guatemala

La ciudad de Guatemala es la capital de la República de Guatemala, así como la cabecera del departamento de Guatemala. Su nombre completo es La Nueva Guatemala de la Asunción. La ciudad está localizada en un valle en el área sur central del país, lo que a veces puede causar que la contaminación del aire se concentre en la ciudad, a pesar de la gran cantidad de áreas verdes con que cuenta la ciudad. Altitud: 1,592 metros sobre el nivel del mar. Extensión: 996 kilómetros cuadrados. Clima: existe gran diversidad de climas, pero en la meseta central es bastante templado, con una media de 15 °C en todo el año ⁽⁷⁾. Cantidad de habitantes: De acuerdo al censo oficial de 2002, en la ciudad habitan 942,348 personas ⁽⁸⁾.

El idioma oficial es el español y, a pesar de la migración de la población indígena desde otros departamentos, en la ciudad existe un escaso porcentaje de personas que hablan alguno de los idiomas de origen maya (como el queqchí, kakchiquel y pocoman). La religión predominante es el catolicismo romano ⁽⁷⁾.

La ciudad está dividida en 25 zonas, y su plan urbanístico fue diseñado por el Ingeniero Raúl Aguilar Batres, y posee una estructura cuadrada que se expande en todas las direcciones.

Entre algunas características generales de la ciudad de Guatemala se pueden mencionar que es la capital económica, gubernamental y cultural de la República. La ciudad tiene una gran variedad de restaurantes, centros comerciales, plazas, hoteles y tiendas, unas 300 galerías y museos. Hay 12 universidades, 11 privadas y una nacional. En la actividad económica, el distrito financiero es el sector en el cual trabaja cerca del 45% de los habitantes de la ciudad y el restante se dedica a diversas actividades incluyendo el sector informal ⁽⁷⁾.

3.1.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

En Guatemala, al finalizar la segunda guerra mundial se difundieron ideas democráticas propagadas por los países aliados; el 20 de octubre de 1944 se derrocó al gobierno interino del general Ponce Vaides, quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el general Jorge Ubico, eligiéndose un gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. El gobierno de Guatemala de esa época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de seguridad social: el licenciado Óscar Barahona Streber (costarricense) y el actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado “Bases de la seguridad social en Guatemala”. Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las garantías sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: “*se establece el seguro social obligatorio*” ⁽⁹⁾.

El 30 de octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emitió el decreto número 295, “*la ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*”. Creado así: “Una institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad con el sistema de protección mínima” (Cap. 1º, Art. 1º).

Se crea así un régimen nacional, unitario y obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social ⁽⁹⁾.

3.1.2.1 Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)

El Centro de Atención Médica Integral para Pensionados surgió como parte del proceso de modernización del IGSS y con el fin de brindar un servicio oportuno y de calidad a sus pensionados, jubilados y

beneficiarios garantizándoles mejores condiciones de salud y por ende contribuyendo a una mejor calidad de vida. Esto es en base al programa IVS (invalidez, vejez y sobrevivencia), programa que fue creado el 1 de marzo de 1977.

El CAMIP Pamplona fue inaugurado en diciembre de 1985, y fue creado inicialmente para atender aproximadamente 8,000 pacientes y por el programa de ampliación de cobertura del Instituto, desde septiembre de 2005 se atienden aproximadamente 70,000 pacientes. Actualmente el Instituto registra 140,000 pensionados y jubilados en todo el país. CAMIP atiende aproximadamente 73,000 pensionados, representando un 59% del total de la población jubilada. Por ello, se creó un segundo centro, denominado CAMIP 2, Barranquilla ⁽¹⁰⁾.

Este centro cuenta con diferentes clínicas de especialidades tales como: reumatología, ginecología, cardiología, traumatología, neurología, medicina interna, medicina general, fisiatría, odontología, psicología, urología y dermatología, geriatría y visita domiciliaria. Además de servicios complementarios de: trabajo social, farmacia, enfermería, admisión, servicios contratados, comunicación social y relaciones públicas ^(10,11).

- **Pamplona**

El primer Centro de Atención Médica Integral para Pensionados fue creado en las instalaciones ubicadas en 14 Av. 4ª. Calle, zona 12. Y cuenta con cada uno de los aspectos mencionados anteriormente ⁽¹⁰⁾.

- **Barranquilla**

El 1 de diciembre del 2008 se realizó la inauguración del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, CAMIP II Barranquilla, ubicado en 11 avenida A 33-58 Zona 5. El principal objetivo de la apertura de este centro es: brindar un servicio más cercano a la población jubilada, pensionados y beneficiarios; y cubre a las personas residentes en las zonas 1, 2, 5, 6, 15, 16, 17 y 18. Además, permitirá la desconcentración de CAMIP Pamplona para brindar una mejor atención y modernizando el sistema asistencial ^(10,11).

3.2 Adulto mayor

3.2.1 Generalidades

Etapa del desarrollo humano que se refiere al “último periodo de la vida del hombre, el cual finaliza con la decrepitud” ⁽¹²⁾. Otros conceptos entendidos en la vigésima edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son: viejo, anciano, longevo, veterano o añoso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en general a todo individuo mayor de 60 años, de forma indistinta, como persona de la tercera edad o adulto mayor ^(2, 13).

Según la Organización para las Naciones Unidas (ONU), una población envejecida es aquella en la que del total de sus habitantes, más del 7% son personas mayores de 65 años y propone trazar una línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo. ^(12,14)

A principio de los años cincuenta, en el ámbito mundial, la expectativa de vida era de 47 años, mientras que en 1995 rebasó los 65 años en ciertos países y en algunos se acercaba a los 80 ⁽¹³⁾.

Es importante el hecho de que la expectativa de vida según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1993 era de 73 años y en una proyección hacia el año 2025 estimó que será de 110 años ^(3,12).

Al hablar de la tercera edad se deben tratar ciertos criterios claros, que son:

3.2.1.1 Esperanza de vida máxima

Aquella que en una situación absolutamente óptima, es la edad que puede alcanzar un determinado individuo. Se trata de un tope diferente para cada especie animal, pero común para todos los individuos de una misma especie ⁽¹³⁾.

3.2.1.2 Esperanza de vida media

Es el número total de años vividos por la población mayor de una determinada edad y el número de personas que tiene esa edad, en circunstancias normales, el 50% de la población en un lugar, edad y

época determinada. La esperanza de vida media, al contrario de la esperanza de vida máxima, se ha modificado a lo largo de la historia. De hecho, en Guatemala según datos de United Nations Children's Fund (UNICEF), en el año 2008 fue de 70 años, cuando en los años setenta apenas superaba los 50 años⁽¹³⁾.

En las últimas décadas se ha observado un aumento creciente de la población de adultos mayores. Dentro de estos, el grupo que más ha aumentado es el de los mayores de 85 años, quienes son también los más frágiles y en más alto riesgo de presentar enfermedades crónicas discapacitantes y declinación funcional.⁽¹²⁾ A esto han contribuido muchos factores, pero sobre todo, aquellos relacionados con la mejora de las condiciones higiénicas. El más importante, la potabilización del agua y sus consecuencias en cuanto a reducción en las tasas de mortalidad infantil y en las posibilidades de propagación de diferentes tipos de infecciones; el avance en materia de vacunaciones, el progresivo conocimiento de los factores de riesgo de todo tipo y las campañas contra los mismos; los avances en la lucha contra la pobreza y en la mejora de la alimentación, y, en menor medida, progresos de carácter más técnico en los campos de la cirugía o en el de la farmacología⁽¹³⁾.

3.2.1.3 Vida independiente

Se conoce que alrededor del 60% del tiempo de esperanza de vida, el individuo será independiente, entendiendo como tal la posibilidad de que sin ayuda de otro ese individuo sea capaz de levantarse por sí mismo de su cama y sentarse en una silla.⁽¹³⁾

3.2.1.4 Vida dependiente

El otro 40% de la esperanza de vida va a requerir ayuda para llevar a cabo esa función. Consecuentemente, va a ser dependiente de terceras personas⁽¹³⁾.

Se debe tomar en cuenta que más determinante que la edad es la capacidad de ser autosuficiente para realizar las actividades de la vida diaria. Se ha comprobado que el anciano sufre varios cambios, tales como disminución de la capacidad de rendimiento motor, como marcha

insegura, temblor de manos, etc. En la vida intelectual, se ha comprobado que el anciano tiene poca capacidad para aprender cosas nuevas, sobre todo alrededor de los 75 años de edad, dependiendo siempre este aprendizaje de la motivación que tenga para aprender⁽¹²⁾.

La edad en la cual el anciano se aparta de su trabajo rutinario y goza de la jubilación es a partir de los 65 años. Puede dividirse la vejez en dos etapas:

- **Vejez joven**

Que comprende a los individuos de 65 a 75 años, quienes gozan de tiempo libre, el cual lo emplean para realizar actividades productivas y de satisfacción personal, pues aún gozan de una mente lúcida que les permite hacerlo.⁽¹²⁾

- **Vida avanzada**

Se da a partir de los 75 años, en donde el anciano tiene que hacer frente a nuevas situaciones, a enfermedades que limitan su actividad física y mental, y que pueden conducirlo a la muerte ⁽¹²⁾.

3.2.2 Población geriátrica en Guatemala

El envejecimiento de la población constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual. La mayor proporción de personas de edad avanzada en la comunidad supone un reto para el sistema de salud de cómo poder satisfacer sus demandas sociales, sanitarias, económicas y culturales⁽¹⁵⁾.

En la actualidad se observa un crecimiento notable de la población senil lo cual refleja las altas tasas de natalidad que prevalecían hace 65 o más años y un incremento en la esperanza de vida de las personas. La población vieja constituye el 6% de la población mundial, es decir que aproximadamente 300 millones de personas son de edad avanzada. Estos cambios demográficos, aunque universales, presentan mayor importancia en los países industrializados⁽¹⁵⁾.

En Guatemala la población total en 2000 era alrededor de 12 millones y se espera que para 2025 alcance aproximadamente los 22 millones. La población mayor de 60 años en el censo nacional actualizado para el 2010 es de 981,515 habitantes, siendo de este grupo la mayor proporción el rango de edad de 60-64 años (31.66%), disminuyendo conforme aumenta la edad (>80 años -11.64%) ⁽⁸⁾.

Algunos aspectos demográficos relevantes en lo que refiere al envejecimiento en Guatemala son los siguientes: para 1980 la población mayor de 60 años era de 326,000 y para 2000 el censo reportó 734,000. La proyección realizada para 2025 indica que la población de este grupo aumentará a 1,899,000 habitantes ⁽¹⁵⁾.

El índice de envejecimiento en Guatemala, varió de 10.4% en 1950 a 13.1% en 1990 y alcanzaría el valor de 14.8% que indica un crecimiento de casi el 50%, en el período de 1950-2025. Este índice se calcula comparando la población añosa con la población que se considera económicamente activa, por lo cual da una idea del grado de dependencia, ya que se asume por varias razones que la primera para sobrevivir depende de la segunda ⁽¹⁶⁾.

Con el correr de los años se ha hecho evidente el incremento en el porcentaje de personas de edad avanzada. Esta parte de la población cuenta de sus peculiaridades y va requiriendo cuidados especiales conforme transcurre el tiempo y por tanto demanda de servicios específicos en los cuales se tome en cuenta los cambios normales y patológicos que se manifiestan ⁽¹⁶⁾.

3.2.3 Transición demográfica

En Guatemala al igual que en otros países, está ocurriendo el proceso llamado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 59 años y envejecidas de 60 años y más. Guatemala tiene una esperanza de vida de 65 años para los hombres y 71 años para la mujer respectivamente con una edad media para ambos sexos de 68 años ⁽¹⁵⁾. La OMS indica que la transición demográfica y epidemiológica ocasiona que Guatemala experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y

porcentuales de la población en edad avanzada. La transición demográfica es importante ya que en los últimos años muestra un crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años (267,735 personas en un periodo de 10 años) según el censo actualizado para 2010, el país tiene una población de 14,361,665 habitantes y de este total, 981,515 son personas mayores de 60 años, correspondiendo a un 8.3% ⁽³⁾.

Aunque el país presenta una transición demográfica debido al aumento de la esperanza de vida, se debe notar que, aunque la sobrevivencia de la población ha mejorado, no quiere decir que la calidad de vida del adulto mayor también haya presentado una mejoría, ya que este aumento en la población de adulto mayor se ha presentado pero a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y de la falta de una atención integral por el sistema de salud ⁽¹⁷⁾.

3.3 Salud del adulto mayor

3.3.1 Características demográficas relacionadas a la salud del adulto mayor

3.3.1.1 Edad

Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, en un centro de salud es común encontrar que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, aumentando significativamente en la población de 75 años y más ⁽¹⁸⁾.

En el estudio “Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados” realizado en Cali, Colombia, utilizaron el cuestionario SF-36, en el cual obtuvieron un descenso en las puntuaciones de la calidad de vida y bastante acentuado en las escalas físicas y mentales; esto indicaba que el descenso más notable en las escalas físicas se traduce en la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo, y es coincidente con la alta prevalencia de discapacidades en la población mayor de 65 años ⁽⁴⁾.

Según la tesis “Depresión del adulto mayor” realizada en 2004, en la ciudad capital de Guatemala por estudiantes de la universidad de San Carlos de Guatemala, el rango de edad que consultó y presentó mayor porcentaje de depresión fue el rango de 61-80 años, donde el mayor porcentaje correspondía al nivel leve de depresión ⁽¹²⁾.

3.3.1.2 Sexo

En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. Se reporta más frecuentemente que los hombres tienen más problemas de salud. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos ⁽¹⁸⁾.

Según la tesis “Depresión del adulto mayor” realizada en 2004, en la ciudad de Guatemala por estudiantes de la universidad de San Carlos de Guatemala, en la cual tomaron 132 pacientes a quienes se les realizó un test para diagnosticar depresión, arrojando que del total 69 pacientes presentaron algún nivel de depresión, y se observó que de estos, el sexo que predominó en los tres niveles de depresión fue el femenino ⁽¹²⁾.

3.3.1.3 Educación

El nivel de educación se encuentra relacionado con la autopercepción de salud de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias. En algunos estudios indican que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población ⁽¹⁸⁾.

3.3.2 Aspectos de la salud física del adulto mayor

El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte ⁽¹³⁾.

Estos cambios, que se producen por una vía u otra, se irán presentando a nivel morfológico o estructural, alterando las características del sujeto en su conjunto y también las de cada una de sus partes. Son cambios perceptibles en el aspecto exterior de la persona, pero que comprometen igualmente los órganos y estructuras no accesibles a la vista. A nivel funcional, limitando en mayor o menor medida las capacidades de órganos y sistemas y obligando a modificar sus mecanismos de adaptación a cualquier tipo de sobrecarga, alcanzando igualmente, a otros planos como el psicológico, las formas de comportamiento y la actitud general ante la vida ^(12,13).

Los cambios que suceden durante el envejecimiento afectan a las fases oral, gástrica e intestinal de la digestión y comprometen, en mayor o menor medida, las funciones motora, secretora y absortiva del tubo digestivo, añadiendo los cambios sucedidos por las patologías acumuladas en el transcurso de la vida.

El sistema muscular y el óseo tienen una doble relación con la alimentación y la nutrición del anciano. Por una parte, los niveles de pérdidas en ambos sistemas en el curso del envejecimiento vienen parcialmente condicionados por el tipo de alimentación mantenido a lo largo de la vida. Pero, junto a ello, el grado de integridad de los músculos y del sistema óseo con el que se alcanza la vejez va a ser clave para facilitar la independencia a la hora de acceder a la alimentación ⁽¹³⁾.

Las pérdidas sensoriales limitan las posibilidades de acceder y preparar adecuadamente los alimentos favoreciendo por esas vías una nutrición

inadecuada que, sobre facilitar la aparición de determinadas enfermedades, va a incidir negativamente en la calidad de vida del individuo ^(19, 20).

A nivel de ojos y oídos se presenta presbicia, opacificación del cristalino y disminución de la audición de frecuencias altas ocasionando disminución de acomodación, aumento de la susceptibilidad a la luz, necesidad de más iluminación y discriminación de palabras con ruido de fondo lo que se manifiesta como ceguera y sordera⁽¹²⁾.

En el sistema respiratorio se disminuye la elasticidad pulmonar y aumenta la rigidez torácica produciendo un desequilibrio ventilación / perfusión acompañado de la disminución de la presión parcial de oxígeno (PO₂) ocasionando disnea e hipoxia.

En el sistema endocrino hay deterioro de la homeostasis de la glucosa lo que aumenta los niveles de glucosa en respuesta a enfermedades aguda como diabetes mellitus; disminución de la aclaramiento de tiroxina (y la producción) lo que disminuye la dosis de tiroxina necesaria en el hipotiroidismo; disminución de testosterona, absorción y activación de la vitamina D produciendo osteopenia haciendo más frecuente las fracturas; la disminución de la hormona antidiurética, renina y aldosterona produce un aumento de sodio y disminución del potasio⁽¹²⁾.

El sistema cardiovascular produce una disminución de la distensibilidad arterial y aumento de la presión arterial sistólica dando una respuesta hipotensora al aumento de la frecuencia cardiaca, reducción de volumen o pérdida de la contracción auricular; la disminución de la respuesta beta-adrenérgica, sensibilidad de los barorreceptores y disminución de la función del nódulo del seno auricular producen una disminución del gasto cardiaco y la frecuencia cardiaca por estrés, se reduce la respuesta de la presión arterial a la posición erguida y disminución de volumen, manifestándose como insuficiencia cardiaca, bloqueo cardíaco y síncope en algunas ocasiones⁽¹²⁾.

A nivel gastrointestinal hay disminución de la función hepática, acidez gástrica, motilidad colónica y función anorrectal, ocasionando retraso del metabolismo de algunos fármacos más disminución de la absorción de calcio en el estómago vacío y estreñimiento, lo que produce en algunas ocasiones cirrosis, osteoporosis, déficit de B12, impacto fecal e incontinencia fecal.

A nivel inmunológico y hematológico ocurre disminución de la reserva de medula ósea y función de las células T con aumento de auto anticuerpos y dando una prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) falso negativa, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares falsos positivos.

Con respecto al sistema renal hay disminución de filtrado glomerular y concentración/dilución de orina respondiendo de forma retrasada a la restricción/sobrecarga de sal o líquidos. Se presenta atrofia mucosa vaginal/uretral con aumento de tamaño de la próstata ocasionan dispareunia, bacteriuria, aumento de volumen orina residual, incontinencia urinaria e infección del tracto urinario sintomática ⁽¹²⁾.

3.3.3 Aspectos de la salud emocional y social del adulto mayor

3.3.3.1 Integración social

Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud ⁽¹⁸⁾.

3.3.3.2 Estrés social

Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la segunda está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo, en cuanto a esta última se ha encontrado una tasa de viudez mayor en las mujeres que en los varones ⁽¹⁸⁾.

Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor y se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental.

No existe una tipología de problemas de estrés relacionados con la salud de las personas adultas mayores. Sin embargo se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor: jubilación o falta de empleo, cambios en la salud y pérdida de autonomía, cambios en la vida familiar (viudez, separación de hijos), cambios en relocalización (arreglo domiciliario), maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar ⁽¹⁸⁾.

3.3.3.3 Apoyo social

Se sugieren dos indicadores para medir el apoyo social del individuo: tamaño de la red social y el estado civil. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores ⁽¹⁸⁾. En otras publicaciones se menciona que existen estadísticas que muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos; también que la mayoría de adultos mayores vive acompañado, ya sea por su cónyuge o sus hijos ⁽²¹⁾. Otro aspecto importante a mencionar es que la soledad es una situación de vulnerabilidad, marginación y posible exclusión, lo que conlleva a comprometer la función mental y social del adulto mayor ⁽²²⁾.

Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo⁽¹⁸⁾.

Según la tesis “Depresión del adulto mayor” realizada en 2004 en la ciudad de Guatemala por estudiantes de la universidad de San Carlos de Guatemala, se comparó el estado civil del paciente con la presencia de algún grado de depresión, en el cual se encontró que los pacientes casados fueron quienes presentaron mayor porcentaje de depresión

leve, moderada y severa, seguidos de los solteros y viudos respectivamente ⁽¹²⁾.

3.3.3.4 Habilidad para enfrentar problemas y adaptabilidad

Las habilidades para la vida son factores protectores de la salud a lo largo del ciclo de vida, sin embargo hay poca investigación sobre los indicadores de habilidades principales que en la vejez protegen la salud y el bienestar.

Se conoce con bastante evidencia que el sentirse en control de la situación; la autoestima y la autosuficiencia, son factores importantes para mantener la salud en las personas mayores. El sentirse en control, o sea, la autonomía en la toma de decisiones, tiene una correlación alta con el bienestar de la persona mayor y su funcionamiento en actividades del vivir diario. Además, se ha encontrado que el sentido de autosuficiencia tiende a aminorar otros factores de riesgo sociales como la falta de una red social robusta ⁽¹⁸⁾.

3.3.3.5 Valoración social del adulto mayor

Tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario y, al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores ⁽¹⁹⁾.

- La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.
- El contexto de la evaluación geriátrica permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.

- La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”. Relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando.
- La valoración social de una persona mayor con fragilidad puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.
- La comparación de la evaluación social realizada antes y después de una intervención, como por ejemplo, el tratamiento de una enfermedad crónica, puede servir para conocer si se alcanzaron algunos de los objetivos del plan de cuidado diseñado, o para redirigir el tratamiento impuesto ⁽¹⁶⁾.

3.4 Calidad de vida

3.4.1 Conceptos generales

El concepto de calidad de vida (CV) fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Johnson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores ⁽¹⁹⁾.

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida, Felce y Perry hallaron tres conceptualizaciones que se retroalimentan con una cuarta, así: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción

experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”⁽¹⁹⁾.

De acuerdo a la definición de la OMS, la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones^(4,19).

Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. La CV en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre CV y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad)⁽¹⁹⁾.

3.4.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La prevalencia de enfermedades crónicas en la población adulta mayor, para quienes que el objetivo del tratamiento es atenuar, eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo^(5,19).

Autores como Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Shwartzmann L y col., consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal ^(5,19).

3.4.3 Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrando como variables más significativas: las relaciones familiares, apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos:

- Soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.
- Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a edad, sexo, condición de salud y residencia; pero los factores

socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos.

- Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental (desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos) ⁽¹⁹⁾.

En 2003, se realizó un estudio en España con la población mayor de 60 años no institucionalizada y se utilizó el cuestionario SF-36 que evaluó cada dimensión. Los resultados determinaron que los valores medios de todas las escalas fueron superiores (mejor salud percibida) en los varones que en las mujeres. Al aumentar la edad disminuía la puntuación media en todas las escalas excepto la de salud mental, aunque el descenso fue mayor en las de función física y rol físico ⁽²⁰⁾.

Un estudio que se llevó a cabo en Cali, Colombia, en adultos mayores no institucionalizados en 2008, encontró que las mejores puntuaciones se presentaron en los dominios de vitalidad, salud mental y salud física; resultados similares a otros estudios realizados en diferentes poblaciones de habla hispana y en adultos mayores de género femenino⁽⁴⁾.

Según el estudio realizado en Tamaulipas, México en 2009, la CVRS del adulto mayor es baja, y entre los factores asociados a estos datos, se encuentra la edad, y el rango de edad más afectado es de 60 a 70 años; en cuanto al sexo, el hombre presentó calidad de vida más baja probablemente a que este percibe el envejecimiento como una situación más negativa; en este estudio las patologías crónicas no influenciaron sobre la autopercepción de la calidad de vida, pero se tomaban en cuenta que los pacientes se encontraban controlados. El aspecto social es el que presentó mayor afectación, los adultos mayores mantienen relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% sale a distraerse ya sea solos con la familia o amigos ⁽²³⁾.

3.4.4 Medición de la calidad de vida relacionada con la salud

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras y, en esta línea, la meta de la atención en salud se está

orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino a la mejora de la calidad de vida del paciente. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores ^(19,24).

Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida, sin embargo, los métodos actuales de evaluación de calidad de vida en relación con la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación:

- La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida por Jones, citado por Schwartzmann L y col., como un constructo psicológico posible de ser investigado. Estudios como los de Costa y Mc Crae y Abbey y Andrewes relacionados por Schwartzmann L y col. mostraron la correlación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis ^(5, 19).
- La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos ^(5,19).

Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos.

Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas, las siguientes categorías de necesidades:

- Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).

- Necesidad de relación emocional con otras personas.
 - Necesidad de aceptación social.
 - Necesidad de realización y de sentido.
- En el área de la salud, la OMS fue pionera en el futuro desarrollo de la CVRS, al definirla e incorporar el bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica, sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron apartándose de este concepto reduccionista ^(5,19).

Existen ciertos puntos de consenso definidos por el grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL 1995), quienes indicaron que las medidas de la CVRS deben ser ⁽²⁵⁾:

- Subjetivas: recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto evaluación de los factores culturales ⁽²⁵⁾.

3.4.5 Instrumentos para medición de la calidad de vida relacionada con la salud

Los cuestionarios CVRS, en función de sus objetivos, se suelen clasificar en dos grandes grupos: cuestionarios genéricos de salud y cuestionarios específicos para enfermedades o situaciones concretas ⁽²⁶⁾.

Existen tres tipos básicos de medidas de calidad de vida ⁽²⁶⁾:

3.4.5.1 Medidas globales

Han sido diseñadas para medir la calidad de vida de forma global o de conjunto. En ocasiones es una sola pregunta que interroga sobre la calidad de vida ó bien un instrumento que valora la satisfacción del paciente en varios dominios ⁽²⁶⁾.

3.4.5.2 Medidas genéricas

Como las anteriores, están diseñadas para la medición global de la calidad de vida y principalmente para propósitos descriptivos. Su ventaja es que puede ser utilizadas en diversas enfermedades, poblaciones y por tanto permiten comparaciones. Sin embargo, pueden tener una insuficiente sensibilidad para detectar cambios moderados en las enfermedades. Las medidas genéricas pueden ser, a su vez ⁽²⁶⁾:

- **Perfiles de salud**

Miden el impacto de una enfermedad en un determinado número de áreas de la vida de los pacientes, siendo cada área puntuada separadamente de las demás ⁽²⁶⁾.

- **Medidas de preferencia**

Proporcionan un único índice o valor unitario de la calidad de vida y se emplean fundamentalmente en los estudios de coste – utilidad⁽²⁶⁾.

3.4.5.3 Medidas específicas

A diferencia de las anteriores, se centran en grupos o en problemas particulares, con lo que mejoran la sensibilidad a los cambios, aunque no permiten comparaciones. Se pueden subdividir en ⁽²⁶⁾:

- **Específicas de enfermedad**

Se centran en el estudio de grupos concretos de pacientes (por ejemplo, ancianos, artritis reumatoide, etc.) y se han diseñado principalmente para monitorizar la respuesta al tratamiento de una situación particular ⁽²⁶⁾.

- **Específicas de dimensión**

Se centran en problemas concretos, como dolor, fatiga, estado psíquico, etc., y son útiles para valorar la respuesta de grupos de pacientes a determinadas intervenciones ⁽²⁶⁾.

3.4.6 Cuestionario SF-36

3.4.6.1 Generalidades

Este cuestionario de salud SF-36 versión española o formulario corto-36, evalúa ocho dimensiones con una serie de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, así:

- Función físico (FF)
- Rol físico (RF)
- Dolor corporal (DC)
- Salud general (SG)
- Vitalidad (VIT)
- Función social (FS)
- Rol emocional (RE)
- Salud mental (SM) ⁽¹⁹⁾

Estas dimensiones se agrupan en dos esferas mayores: siendo una de ellas la esfera física, compuesta por las dimensiones función físico, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad; y la esfera mental compuesta por las dimensiones de función social, rol emocional y salud mental. La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población. Vilagut y cols. al evaluar los 10 años de experiencia acumulada en España con el SF-36, uno de los instrumentos de CVRS más conocidos y utilizados a escala internacional, ilustran la madurez que ha alcanzado en nuestro entorno la medición y el estudio de la CVRS⁽²⁰⁾.

El SF-36 fue validado en Colombia por Stephan P. Leher en 1997, en una investigación en un barrio del sur de Bogotá, el cual fue adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones física y social. Posteriormente, la OMS retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad ^(27, 28,29).

3.4.6.2 Evaluación del instrumento

Cada dimensión del cuestionario, está formado por preguntas tipo Likert, las cuales evalúan la gravedad de cada aspecto. Para la asignación del puntaje se realizará de la siguiente manera:

Primero se convierten los valores de cada pregunta, utilizando el manual de puntuación para SF -36, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud», luego se realiza una suma final de los valores de cada ítem (pregunta) según la dimensión que corresponda, y este resultado es la puntuación cruda de dicha dimensión (por ejemplo: dada la dimensión de *rol físico*, la puntuación cruda de ésta resulta de la suma de las preguntas 13,14,15,16. Y así con cada una de las 8 dimensiones se sumarán los valores de las preguntas especificadas en el anexo 11.1)

El siguiente paso trata de transformar cada puntuación cruda de las dimensiones en una escala de 0 a 100, utilizando la fórmula que se muestra.

$$\text{Escala transformada} = \left(\frac{\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible}}{\text{máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right) * 100$$

La escala transformada resultará de la fórmula que utiliza la *puntuación cruda* restándole a esta la *puntuación cruda más baja posible* (esta última se define como el menor punteo que pueda resultar de dicha dimensión), este valor se divide entre el *máximo recorrido posible de la puntuación cruda* (valor representado por la distancia de la puntuación mínima a la puntuación máxima de cada dimensión). En el anexo 11.1 se especifica cada uno de los valores necesario para hacer uso de la fórmula.

Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 a 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado. Las puntuaciones superiores o inferiores al *valor 50* indican mejor o peor estado de salud, respectivamente ^(27,28).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio descriptivo, transversal

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Todos los adultos mayores que asistieron a consulta al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona, zona 12 y Barranquilla, zona 5, durante los meses de mayo - junio 2011.

4.2.2 Unidad de análisis

Respuestas de la calidad de vida relacionada con la salud, características epidemiológicas y sociales, obtenidas de los pacientes en las boleta de recolección de datos y cuestionario SF-36.

4.2.3 Unidad de información

Todos los adultos mayores que asistieron a consulta al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona, zona 12 y Barranquilla, zona 5, durante los meses de mayo - junio 2011.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Todos los adultos mayores que asistieron a consulta al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona, zona 12 y Barranquilla, zona 5, durante los meses de mayo - junio 2011.

4.3.2 Marco muestral

La muestra se tomó de los Centros de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona, zona 12 y Barranquilla, zona 5.

4.3.3 Muestra

Se usó para este estudio dos poblaciones distintas, pacientes que asistieron al:

- Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)
Pamplona, zona 12 = **40,000 afiliados**

- Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP)
Barranquilla, zona 5 = **7,000 afiliados**

El cálculo de la muestra se realizó de la siguiente manera:

Fórmula # 1:

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{d^2}$$

Fórmula # 2:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{(n-1)}{N}}$$

En donde:

z	Nivel de confianza	1.96
p	Prevalencia	0.5
q	1- p	0.5
d	Precisión	0.05
N	Población	40,000
n	Muestra	¿?

Población # 1 (CAMIP, Pamplona)

$$n = \frac{3.8416 (0.5)}{0.0025} = 384$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{(384-1)}{40,000}} = 381$$

Población # 2 (CAMIP, Barranquilla)

$$n = \frac{3.8416 (0.5)}{0.0025} = 384$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{(384-1)}{7,000}} = 364$$

4.3.3.1 Tamaño de la muestra

745 adultos mayores de ambos sexos, que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona, zona 12 y Barranquilla, zona 5, durante los meses de mayo – junio 2011.

Muestra Total	
CAMIP Pamplona	381
CAMIP Barranquilla	364
Total	745

4.3.4 Plan de muestreo

- Muestreo probabilístico - sistemático

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos
- Mayores de 60 años
- Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
- Que asistieron a consulta externa en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) Pamplona y Barranquilla

4.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseaban participar en el estudio
- Pacientes con discapacidad mental
- Pacientes con afección neurológica
- Pacientes con discapacidad auditiva
- Pacientes que presentaban algún diagnóstico de demencia (alzheimer, demencia vascular)

4.5 Definición y operacionalización de variables

[illegible]

		*Sin estudios *Primaria *Secundaria *Diversificado *Universitario Hábitos: datos referidos en cuanto a la conducta diaria que se repite, relacionados con: * Alimentación: respuesta del paciente a la pregunta de cuántas veces come al día, considerando las opciones de: - Adecuada: se alimenta 3 veces al día o más. - No adecuada: se alimenta menos de 3 veces al día. * Ejercicio: dato obtenido del paciente respecto a la realización de ejercicio (caminata, taichí, natación, gimnasia) como mínimo 20 minutos al día y 3 días a la semana. - Si - No * Sueño: dato obtenido del paciente respecto al número de horas que duerme, considerando: - Adecuado: duerme 5 horas o más - No adecuado: duerme menos de 5 horas * Consumo de cigarrillos: dato obtenido del paciente respecto al consumo de por lo menos un cigarrillo diariamente durante el último mes. - Si - No * Consumo de bebidas alcohólicas: dato obtenido del paciente respecto al consumo de al menos una bebida alcohólica, 2 veces por semana durante el último mes. - Si - No	Cualitativa Dicotómica Cualitativa Dicotómica Cualitativa Dicotómica Cualitativa Dicotómica Cualitativa Dicotómica	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal	Boleta de recolección de datos
Características Sociales	Conjunto de situaciones en las cuales la persona se desenvuelve ⁽¹⁸⁾	Convivencia: dato obtenido del paciente respecto a si vive en compañía de otros. -Si -No Relaciones interpersonales: dato obtenido del paciente respecto a si se relaciona frecuentemente con	Cualitativa Dicotómica Cualitativa Dicotómica	Nominal Nominal	Boleta de recolección de datos

		amigos, vecinos, u otros miembros de familia, que le permitan sentir gratificación social. -Si -No Actividades sociales: dato obtenido del paciente respecto a la participación en las actividades que existen en el CAMIP que le permite relacionarse socialmente. -Si -No	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
Características epidemiológicas con menor puntuación en las dimensiones de las esferas física y mental de la calidad de vida relacionada con la salud	Conjunto de características inherentes a las personas sobre condiciones biológicas y socioculturales relacionado con los punteos en las dimensiones de las esferas física y mental de la calidad de vida relacionada con la salud ⁽¹⁹⁾	Edad: Edad en años indicada por el paciente desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la entrevista y verificada con documento de identificación (cédula, documento personal de identificación). Según los siguientes grupos de edad: * 60 -64 años * 75 -79 años * 65 -69 años * 80 -84 años * 70 -74 años * más de 85 años	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos Cuestionario SF-36
		Sexo: dato obtenido del paciente referente a la condición biológica del ser humano que lo determina como hombre o mujer. *Femenino *Masculino	Cualitativa Dicotómica	Nominal	
		Estado civil: dato obtenido del paciente, respecto a la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia. *Soltero *Viudo *Casado *Unido *Divorciado	Cualitativa Dicotómica	Nominal	
		Esfera física: resultado de la sumatoria de los punteos obtenidos en las dimensiones: *Función física *Salud general *Rol físico * Vitalidad *Dolor corporal	Cuantitativa	Razón	
		Esfera mental: resultado de la sumatoria de los punteos obtenidos en las dimensiones: *Función social *Salud mental *Rol emocional	Cuantitativa	Razón	

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas

Se realizó una entrevista personal a cada uno de los adultos mayores, para la cual se utilizó una boleta de recolección de datos y el cuestionario SF -36.

4.6.2 Procedimientos

4.6.2.1 Autorización

- Para la realización de esta investigación se inició con la presentación del anteproyecto de tesis a la Unidad de Trabajos de Graduación del Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para obtener la aprobación y aceptación de este. Luego de la aprobación del anteproyecto, se procedió a solicitar autorización a la División de Capacitación y Desarrollo del IGSS para la realización del trabajo de campo en las instalaciones de Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla.
- Posteriormente, se llevó a cabo la realización del protocolo, el cual fue presentado en la Unidad de Trabajos de Graduación para las revisiones y correcciones que consideraron necesarias.
- Con el protocolo aprobado y la autorización dada por parte de la división de Capacitación y Desarrollo de IGSS se procedió a iniciar con el trabajo de campo.

4.6.2.2 Trabajo de campo

- El trabajo de campo se realizó de lunes a viernes en horario de 7:00 a 16:00. Los pacientes se captaron en la consulta externa de CAMIP Pamplona y Barranquilla.
- Se eligieron a los pacientes con las listas de cada una de las clínicas, y en base a dicha lista, se realizó la elección al azar, mediante saltos de 3 pacientes en cada una de ellas.

- Se esperaron a los pacientes en la entrada de las clínicas, previamente al ingreso de su consulta. Se les explicó el motivo de la realización del estudio y en qué consistía la encuesta.
- A cada paciente se le pasó un consentimiento informado (anexo 11.2), y luego de firmado se procedió a realizar la encuesta, llenando cada uno de los aspectos de la boleta de recolección de datos y el cuestionario SF-36.

4.6.3 Instrumentos

4.6.3.1 Boleta de recolección de datos

La boleta de recolección de datos consta de 2 secciones, en la primera se colocaron los resultados del cuestionario SF-36 y la segunda consta de dos series de preguntas cerradas de opción múltiple (anexo 11.3).

- **Características epidemiológicas:** esta sección incluyó preguntas sobre edad, sexo, estado civil, escolaridad y hábitos.
- **Características sociales:** esta sección incluyó preguntas sobre convivencia, relaciones interpersonales y participación a actividades sociales que existen en el CAMIP.

4.6.3.2 Cuestionario SF-36

Este cuestionario consta de 36 preguntas tipo Likert y es validado y reconocido por la OMS. Cada una de las preguntas está enfocada a medir las variables relacionadas con: funcionamiento físico, rol emocional, rol físico, salud general, vitalidad, la percepción del dolor corporal, salud mental y función social, como parte de la calidad de vida relacionada con la salud y su valoración subjetiva (anexo 11.3).

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento

Con base en la boleta de recolección de datos, se realizó una tabulación creando una base de datos en Microsoft Office Excel 2007. Para el procesamiento del cuestionario SF-36, se realizó el procedimiento mencionado previamente en el marco teórico, en el inciso de la *evaluación del*

instrumento (3.4.6.2) y con ayuda del Manual de evaluación del cuestionario SF-36 (anexo 11.4).

4.7.2 Análisis

Se realizó un análisis descriptivo, para el cual se utilizaron medidas de tendencia central (media), frecuencias y porcentajes y estas fueron representadas con tablas y gráficas.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

Con esta investigación se realizó un perfil de la calidad de vida relacionada con la salud, así como de las características epidemiológicas y sociales de los adultos mayores, con ello se proporcionó información escasa en el país. La cual se dio a conocer a las autoridades del sistema de salud correspondientes, incluyendo las autoridades del CAMIP; con el objetivo de que les sean útiles para reforzar y crear conductas y medidas que consideren necesarias para complementar los objetivos de los programas impartidos dentro de las instituciones responsables de atender a la población adulta mayor.

4.8.2 Límites

- Pacientes que no dieron su consentimiento y se negaron a colaborar
- Debido a que el cuestionario consta de aproximadamente 40 preguntas, por falta de tiempo u otra situación, algunos pacientes no lograron completar la entrevista.
- Pacientes que padecían alguna patología la cual les impidió proporcionar información (afección neurológica secundaria a senilidad, discapacidad auditiva o verbal, demencia mixta).

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Estudio de categoría I (sin riesgo) en el que se utilizaron técnicas observacionales, por lo que no se realizó ninguna intervención o modificación con las

variables fisiológicas, psicológicas o sociales en las personas que participaron en dicho estudio a través de cuestionarios y entrevistas. Se realizó un consentimiento informado el cual firmaron los pacientes con que decidieron participar. Las boletas de recolección de datos no incluyeron el nombre de los involucrados. En el consentimiento informado se solicitó colaboración y firma de un testigo, solamente en caso de que el paciente presentaba alguna limitación visual o de conocimiento que le impedía leer el mismo. Con la investigación se logró obtener información sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor, así como principales características epidemiológicas y sociales, las cuales se dieron a conocer a las autoridades del CAMIP, para que así estas puedan tomar las medidas que consideren necesarias para complementar los objetivos de los programas impartidos dentro de la institución.

5. RESULTADOS

Durante el trabajo de campo se entrevistó a 745 pacientes adultos mayores que asistieron a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados de Pamplona y Barranquilla. Se utilizaron 2 instrumentos: la boleta de recolección de datos, la cual evaluó las características epidemiológicas y sociales y el cuestionario SF-36 que proporcionó los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud, el cual a su vez determinó las 8 dimensiones y 2 esferas que la comprende.

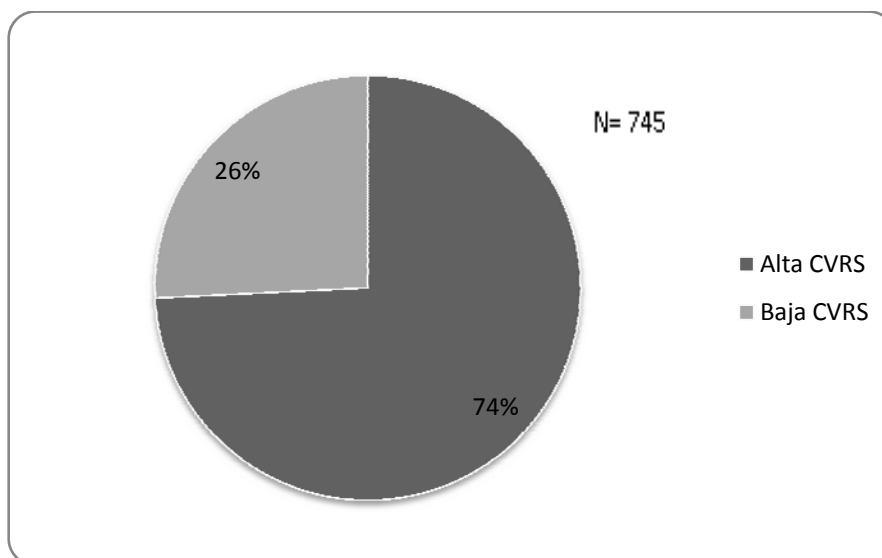
A continuación se presentan los resultados en el siguiente orden:

- Calidad de vida relacionada con la salud
- Características epidemiológicas
- Características sociales
- Características epidemiológicas con menor puntuación en las dimensiones de las esferas física y mental

5.1 Calidad de vida relacionada con la salud

GRÁFICA 1

**Distribución de adultos mayores según la calidad de vida relacionada con la salud, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados – CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



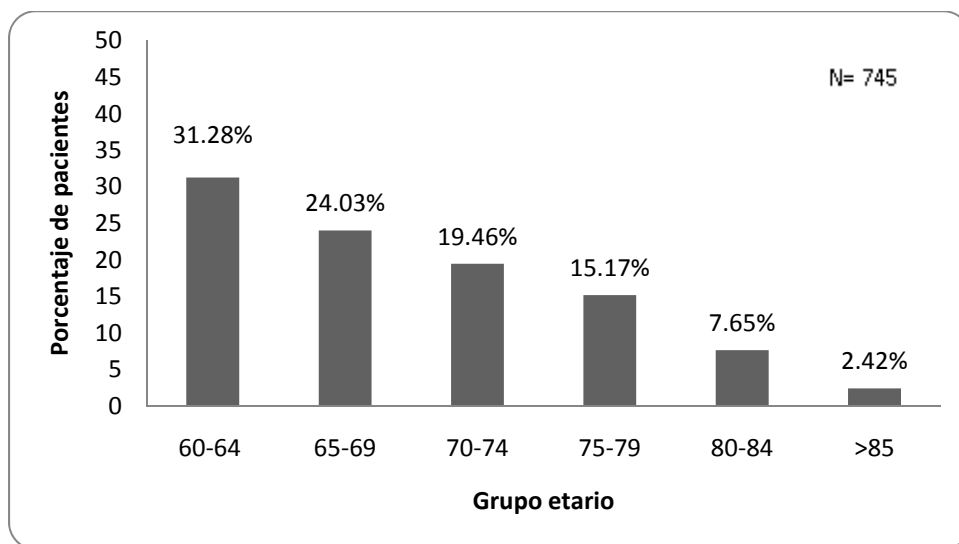
Fuente: Cuadro 1, anexo 11.5

**CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud*

5.2 Características epidemiológicas

GRÁFICA 2

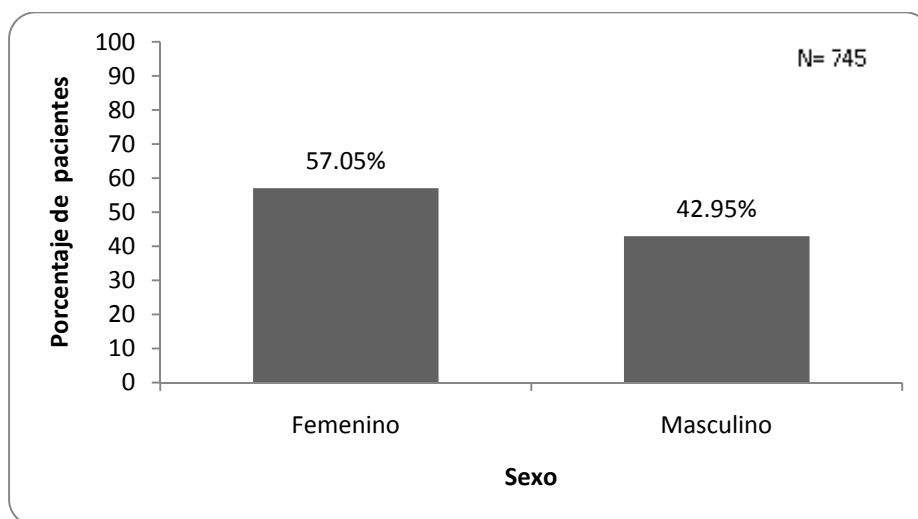
**Distribución de los adultos mayores según grupo etario, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo -junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadro 3, anexo 11.5

GRÁFICA 3

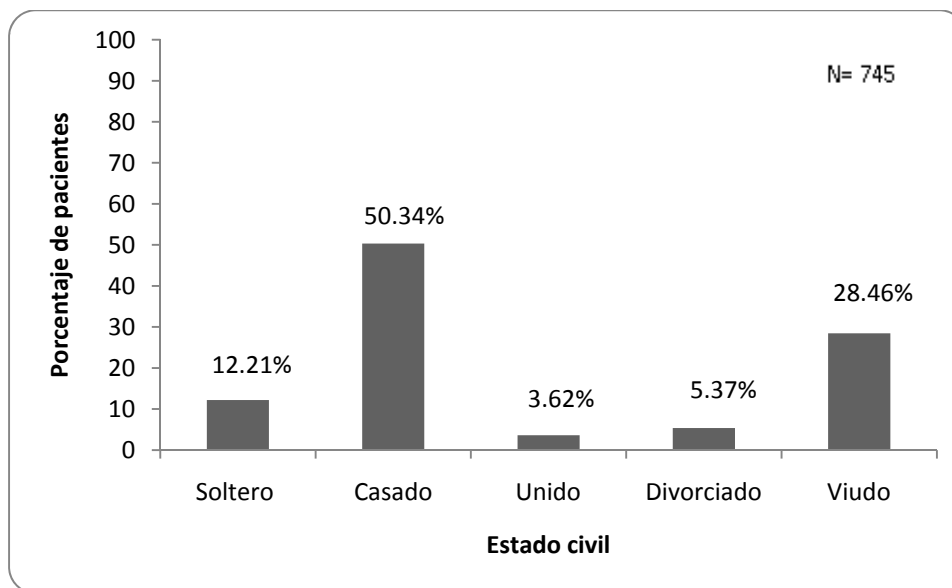
**Distribución de adultos mayores según sexo, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadro 4, anexo 11.5

GRÁFICA 4

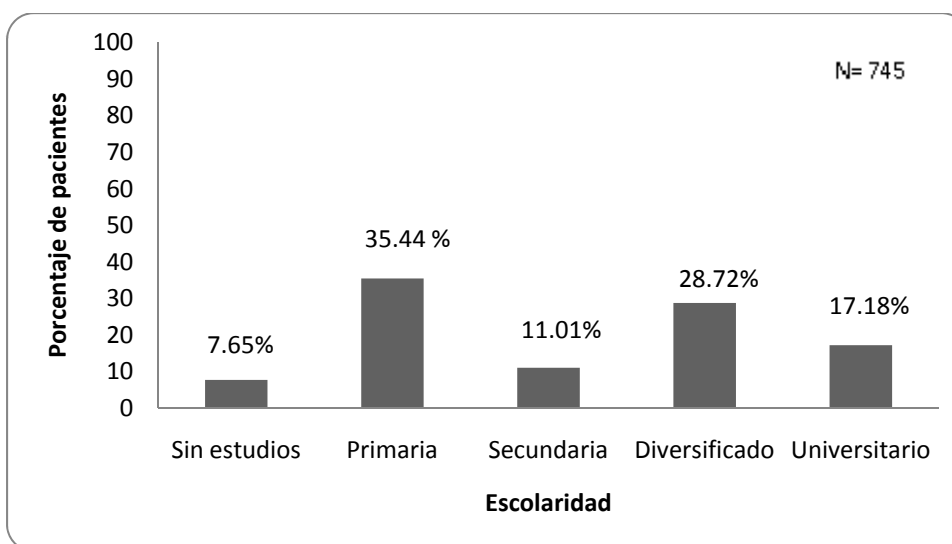
**Distribución de adultos mayores según estado civil, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadro no. 5, anexo 11.5

GRÁFICA 5

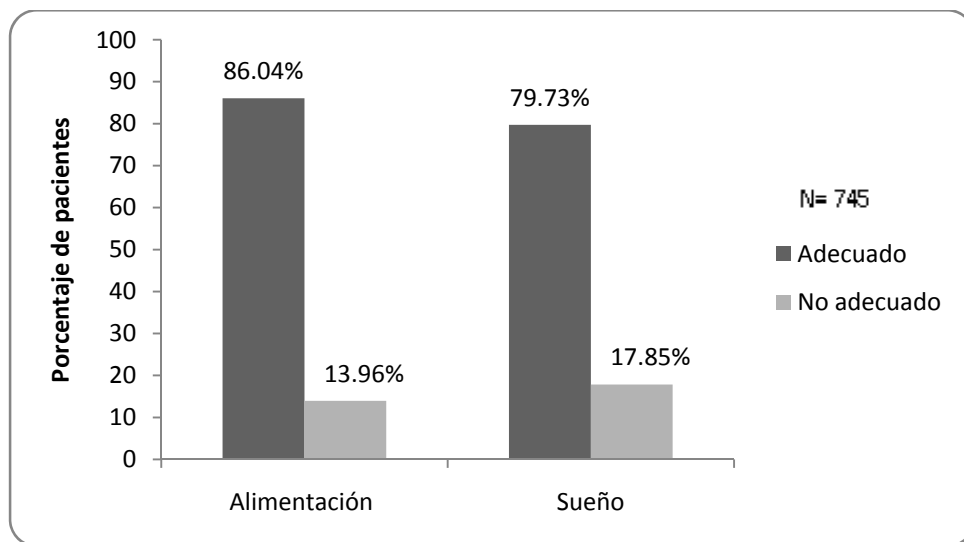
**Distribución de adultos mayores según escolaridad, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadro no. 6, anexo 11.5

GRÁFICA 6

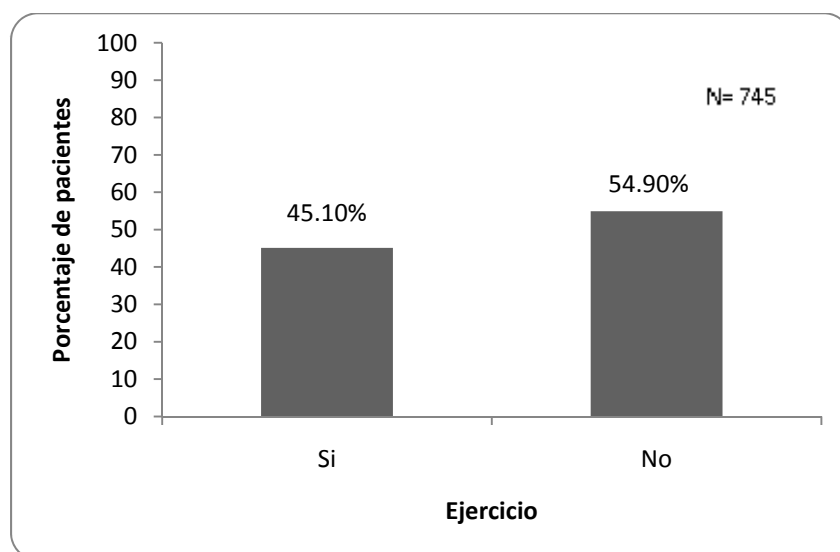
**Distribución de adultos mayores según hábitos de alimentación y sueño, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadros no. 7 y 8, anexo 11.5

GRÁFICA 7

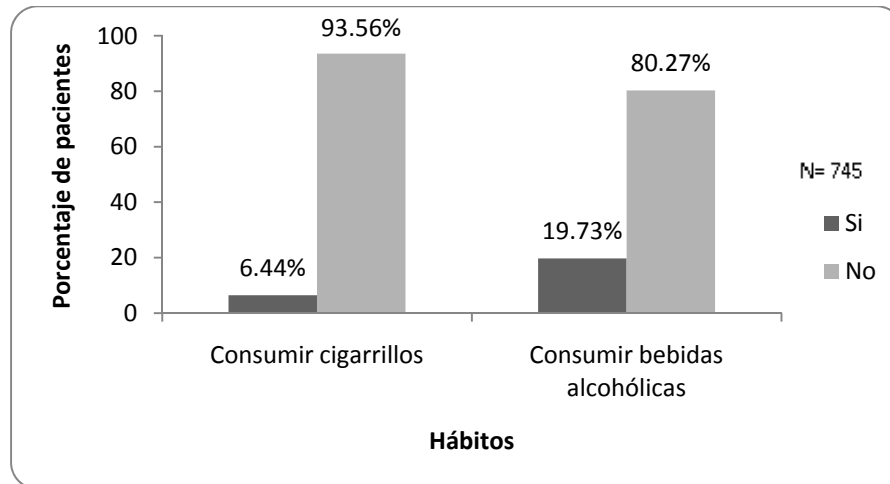
**Distribución de adultos mayores según hábito de ejercicio físico, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadro no. 9, anexo 11.5

GRÁFICA 8

**Distribución de adultos mayores según consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

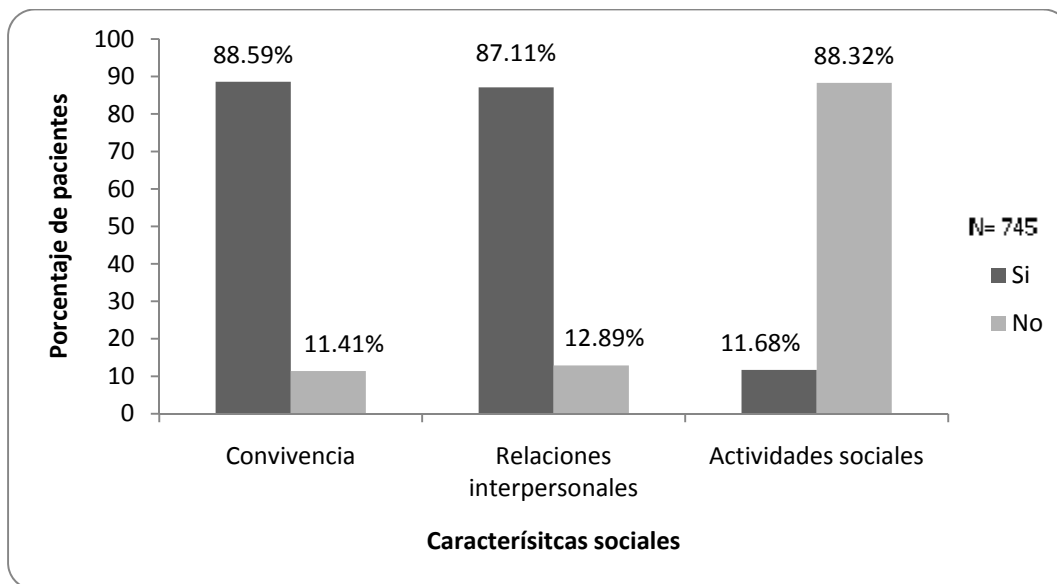


Fuente: Cuadros no.10 y 11, anexo 11.5

5.3 Características sociales

GRÁFICA 9

**Distribución de adultos mayores según características sociales, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**



Fuente: Cuadros no. 12, 13 y 14, anexo 11.5

5.4 Características epidemiológicas con menor puntuación en las dimensiones de las esferas física y mental

CUADRO 1

**Distribución de puntuaciones en las dimensiones de la esfera física según características epidemiológicas de los adultos mayores, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo – junio 2011
Guatemala, julio 2011**

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA		DIMENSIONES DE LA ESFERA FÍSICA				
		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad
		Punteo	Punteo	Punteo	Punteo	Punteo
EDAD	60-64	59.53	58.92	64.16	49.73	63.48
	65-69	59.44	59.32	63.59	47.56	64.55
	70-74	55.26	59.95	73.47	50.14	65.86
	75-79	49.59	51.14	61.76	48.83	63.41
	80-84	43.99	49.64	62.60	49.77	60.31
	>85	40.21	43.75	55.00	50.58	56.25
SEXO	Femenino	50.90	53.85	55.49	48.10	59.88
	Masculino	61.51	60.63	70.27	50.66	68.43
ESTADO CIVIL	Soltero	58.44	68.48	63.21	50.14	66.87
	Casado	59.18	60.10	65.52	50.09	67.24
	Unido	57.97	69.03	69.18	45.29	56.83
	Divorciado/separado	52.48	49.00	55.24	45.94	53.63
	Viudo	47.81	46.94	55.33	48.33	58.93

Fuente: Cuadros 15, anexo 11.5

En el cuadro anterior, los valores resaltados representan las características epidemiológicas (edad, sexo, estado civil) con menor puntuación en cada una de las dimensiones de la esfera física.

CUADRO 2

**Distribución de puntuaciones de las dimensiones de la esfera mental según características epidemiológicas de los adultos mayores, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo – junio 2011
Guatemala, julio 2011**

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		DIMENSIONES DE LA ESFERA MENTAL		
		Función social	Rol emocional	Salud mental
		Punteo	Punteo	Punteo
EDAD	60-64	78.12	65.40	63.02
	65-69	78.84	63.18	65.67
	70-74	79.48	67.09	67.91
	75-79	77.26	60.83	64.18
	80-84	75.49	62.77	66.60
	>85	72.40	69.44	64.67
SEXO	Femenino	74.56	62.16	62.32
	Masculino	82.04	67.28	68.45
ESTADO CIVIL	Soltero	79.85	71.98	67.65
	Casado	81.50	67.27	67.91
	Unido	75.00	61.65	63.78
	Divorciado/separado	72.61	63.39	59.21
	Viudo	72.86	56.68	60.76

Fuente: Cuadros 16, anexo 11.5

En el cuadro anterior, los valores resaltados representan las características epidemiológicas (edad, sexo, estado civil) con menor puntuación en cada una de las dimensiones de la esfera mental.

6. DISCUSIÓN

6.1 Calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor

La población estudiada estuvo constituida por 745 personas mayores de 60 años, que asistieron a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla.

Con base en las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36, se determinó que el 74% de los adultos mayores ^(Gráfica 1), posee una alta calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); obteniendo una puntuación media de 72 ^(Anexo 11.5, cuadro 1). Este resultado es similar al obtenido en el estudio realizado en Cali, Colombia ⁽⁴⁾, con el cual se puede comparar, ya que en este también se obtuvo una alta CVRS, aunque con una menor puntuación. La diferencia que se dio en las puntuaciones puede explicarse porque la población del estudio colombiano no contaba con una cobertura de salud al contrario de la población del CAMIP. Por lo anterior es de importancia que los adultos mayores, considerados vulnerables desde el punto de vista de la salud pública, tengan un acceso adecuado a los servicios de salud como IGSS - CAMIP, el cual además de prestar atención médica, brinda apoyo económico, lo cual permite mejorar y mantener una alta CVRS.

Es importante mencionar que para evaluar la CVRS, se utilizó la puntuación obtenida en las ocho dimensiones que conforman dos diferentes esferas: física y mental; de las cuales consta el cuestionario SF-36.

Las dimensiones evaluadas en la esfera física fueron: función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad; de estas dimensiones fue la salud general la única que no superó los 50 puntos. Por lo que se califica como baja, con una media de 49.21 ^(Anexo 11.5, cuadro 2). Estos resultados concuerdan con diferentes estudios realizados en Latinoamérica, como los realizados en Oaxaca y Sonora, México ⁽³¹⁾ y Chiclayo, Perú ⁽²¹⁾; en ambos estudios la dimensión con puntuación más baja fue salud general la cual obtuvo una media de 46.5 y 52.2 respectivamente. Dicho resultado puede considerarse comprensible debido a que el envejecimiento consiste en un progresivo aumento de la vulnerabilidad a diferentes problemas de salud, además de una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación física y mayor susceptibilidad de contraer enfermedades ⁽¹³⁾.

Las dimensiones que conforman la esfera mental presentaron puntuaciones más altas que las dimensiones de la esfera física. La puntuación para las dimensiones de esta esfera fueron: función social 78.02, salud mental 65.07 y rol emocional 64.15 (Anexo 11.5, cuadro 2). En la esfera mental se obtuvo un valor medio de 69.28 (cuadro 2), sobrepasando así los valores de referencia de los estudios mencionados de las poblaciones latinoamericanas de México (66.25)⁽³¹⁾ y Perú (68.7)⁽²¹⁾. Un factor que posiblemente influyó para que la esfera mental tuviera una puntuación alta es el hecho que más del 80% de los participantes indicó datos positivos en relación a las características sociales de convivencia y relaciones interpersonales (Grafica 9).

6.2 Características epidemiológicas del adulto mayor

El porcentaje de participación de la población según el grupo etario, presentó una relación inversamente proporcional entre la cantidad de participantes y la edad, ya que el grupo de adultos de 60 a 64 años fue el que más participó con el 31.28%; al contrario de los mayores de 80 años (10.07%)^(gráfica 2). Estos resultados concuerdan con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala⁽⁸⁾ que refiere que el rango de edad de 60-64 años tiene una proporción de 31.66% de los adultos mayores, la cual disminuye gradualmente con la edad, siendo los mayores de 80 años apenas un 11%. El sexo predominante fue el femenino con un 57.05% ^(gráfica 3); en referencia al sexo, la OPS refiere que en la mayoría de países de Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina, esto debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida 6 a 8 años más que los varones.

Del total de participantes un 50.34% era casado ^(grafica 4), lo que coincide con el estudio de Perú ⁽²¹⁾, donde el 54% de su población también era casada. El estado civil es considerado un indicador para medir el apoyo social del individuo; además algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja y el nivel de funcionalidad del individuo ⁽²²⁾. El 7.65% no tenía estudios ^(gráfica 5), esto puede deberse a que la mayor parte de las personas que asisten al CAMIP han logrado hacer su contribución por más de 15 años al IGSS y que por lo tanto, tuvieron un trabajo formal y estable en donde les solicitaron como mínimo el estudio de primaria. De la población que sí contaba con algún grado de escolaridad, el mayor porcentaje (35.44%) había cursado solo primaria.

Con respecto a los hábitos de esta población, el 86.04% presentó una adecuada alimentación ^(gráfica 6), y el 79.73% duerme 5 horas o más al día ^(gráfica 6), siendo

esta la cantidad de horas mínimas aconsejables para que se tenga un sueño reparador en los adultos mayores. El 45.10% que indicó realizar algún tipo de ejercicio físico ^(gráfica 7), refirió que mantienen este hábito debido a que sus médicos les han indicado la importancia del mismo e incluso algunos son remitidos a los programas que el CAMIP ofrece (taichí, natación, gimnasia, caminata); repercutiendo así, positivamente en la CVRS, tanto en el aspecto físico como mental ⁽¹⁷⁾.

El 93.56% no consumía cigarrillos ^(gráfica 8) y el 80.27% no consumía bebidas alcohólicas ^(gráfica 8), lo cual es considerado positivo. Esto puede deberse a que los adultos mayores son más conscientes de que estos hábitos son nocivos para su estado de salud pues desarrollan o agravan diversas enfermedades.

6.3 Características sociales del adulto mayor

El 88.59% de la población indicó que sí convivía con alguien ^(gráfica 9), resultados coincidentes con los del estudio realizado en Chiclayo, Perú ⁽²¹⁾, en donde el 91.30% de su población vivía acompañada. Esta situación puede ser debida a que en los países de Latinoamérica la estructura familiar es bastante sólida y por lo tanto, la familia suele hacerse cargo de los adultos mayores cuando es necesario, esto influye positivamente en la esfera mental de la CVRS. Otros aspectos relacionados con la salud mental y emocional del anciano, es la integración y el apoyo social, ya sea dentro o fuera del núcleo familiar, ya que éstos constituyen factores protectores de la salud ⁽¹⁸⁾, por ello se tomaron en cuenta las variables de relaciones interpersonales y actividades sociales, en donde un 87.11% de las personas indicó que se relacionan e integran en sus actividades cotidianas con familiares o amigos ^(gráfica 9). Es importante mencionar que del total de la población del estudio, un 88.32% no asiste a las actividades sociales realizadas por el CAMIP ^(gráfica 9), entre ellas manualidades, baile, charlas. Algunos de los motivos expuestos por los pacientes para no participar en dichas actividades fueron: difícil acceso a transporte, inseguridad, escasos recursos económicos y dificultad para desplazarse por sí solo.

6.4 Características epidemiológicas con menor puntuación en las dimensiones de las esferas física y mental

En las dimensiones que conforman la esfera física, se observó tendencia a un descenso en las puntuaciones conforme aumentaba la edad, siendo los adultos

mayores de 85 años quienes obtuvieron una puntuación menor, excepto en la dimensión salud general, ya que en ésta el grupo de 65 a 70 años fue el que presentó menor puntuación. Estas puntuaciones fueron: función física (FF) 40.91, rol físico (RF) 43.75, dolor corporal (DC) 55.00, salud general (SG) 47.56, vitalidad (VIT) 56.25 ^(Cuadro 1). Lo anterior coincide con los resultados del estudio realizado en Oaxaca y Sonora, México, que también evidencian que la puntuación disminuyó conforme aumentó la edad, siendo los más afectados el grupo etario de 75 años y más ⁽³¹⁾. La razón por la cual se presentan estos resultados puede deberse a la pérdida de la función física que acompaña al envejecimiento progresivo.

El sexo femenino fue el que presentó puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de la esfera física: FF 50.90, RF 53.85, DC 55.49, SG 48.10, VIT 59.88 ^(Cuadro 1). Estos datos fueron similares a los del estudio realizado en Chiclayo, Perú ⁽²¹⁾, en el cual el sexo femenino también obtuvo puntuaciones menores, y por lo tanto, concluyeron que éste es un factor de riesgo para las dimensiones de la esfera física. Uno de los motivos por los cuales las mujeres resultan más afectadas es que al llegar a la tercera edad, éstas suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y pérdidas funcionales; y por ello se menciona que en todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores más pobres que los hombres ⁽¹⁸⁾.

En la esfera física, los viudos y divorciados obtuvieron las puntuaciones más bajas en todas las dimensiones, excepto en la dimensión salud general en la cual la puntuación menor la obtuvo el estado civil unido. Las puntuaciones son: FF 47.81, RF 46.94, DC 55.24, SG 45.29, VIT 53.63 ^(Cuadro 1). Estos resultados fueron similares a los del estudio realizado en Chiclayo, Perú ⁽²¹⁾, en el cual el grupo poblacional que no tenía pareja (viudo, divorciado y soltero) obtuvo peor calidad de vida y menor puntuación en la esfera física. Según la OMS, este grupo, debido a que viven solos, se perfila como una población bastante vulnerable y de altísimo riesgo de sufrir deterioro de calidad de vida, mostrando una menor sobrevivencia que la población con pareja ⁽²¹⁾. Por lo anterior, se considera que el estado civil es un aspecto importante para tomar en cuenta, en la medida que este se asocia a riesgos de mortalidad.

Con respecto a la esfera mental las menores puntuaciones obtenidas su dimensiones tuvieron variaciones en cuanto al grupo etario, siendo estas: función social (FS) 72.40 en mayores de 85 años, rol emocional (RE) 60.83 en el grupo 75

a 79 años y salud mental (SG) 63.02 en el grupo 60 a 64 años ^(Cuadro 2). Por lo que podemos observar que en las dimensiones FS y RE, la población de 75 años en adelante, fue la que presentó una menor puntuación lo cual coincide con otros estudios, como el realizado en Oaxaca y Sonora, México ⁽³¹⁾ en el que también este grupo etario obtuvo la menor puntuación. Estos resultados se pueden deber a la relación negativa que normalmente se presenta entre mayor edad y conservación de funciones mentales. Es importante mencionar que la razón por la cual el grupo etario de 60 a 64 años presentó menor puntuación en la dimensión SM, puede deberse a que estos inician la etapa de adulto mayor y por lo tanto se enfrentan a nuevas situaciones que les pueden provocar sentirse excluidos e incluso la falta de trabajo y de actividades rutinarias fuera del hogar les dificulta aún más la adaptación y por ende deteriora su salud mental.

El sexo que presentó menor puntuación en las dimensiones mentales fue el femenino: FS 74.56, RE 62.16 y SM 62.32 ^(Cuadro 2); estos resultados se asemejan al estudio realizado en Perú ⁽²¹⁾, en el cual definieron al sexo femenino como factor de riesgo para todas las dimensiones. Esto se puede deber a que las mujeres enfrentan, adicionalmente al estrés el trabajo, el de la responsabilidad del hogar, maltratos, hijos, padres ancianos, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. Además datos bibliográficos indican que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición de síntomas depresivos ⁽¹⁸⁾, tal como lo evidencia la tesis “Depresión en el adulto mayor”, realizada en Guatemala ⁽¹²⁾ que indica que el sexo que más diagnósticos de depresión tuvo fue el femenino.

En la esfera mental, los estados civil, viudo y divorciado fueron los que presentaron menores puntuaciones para las dimensiones de FS 72.61, RE 56.68 y SM 59.21 ^(Cuadro 2). Los datos obtenidos demuestran lo importante que es la relación de convivencia con una pareja para presentar una mejor CVRS. Según la OPS, el estado civil de la persona es un adecuado indicador para medir el apoyo social del individuo, y existe una relación de protección entre el vivir en pareja con los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad general del individuo ⁽²¹⁾.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** El 74% de los adultos mayores que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) de Pamplona y Barranquilla, obtuvo una alta calidad de vida relacionada con la salud.
- 7.2** De los adultos mayores que asistieron al CAMIP de Pamplona y Barranquilla, el 31.28% tenía entre 60 a 64 años, 57.05% era de sexo femenino, 50.34% era casado, 7.65% no tenía estudios, el 86.04% tenía una alimentación adecuada, el 79.73% indicó horas de sueño adecuadas, 45.10% realizaba ejercicio, 93.56% no consumía cigarrillos y el 80.27% no consumía bebidas alcohólicas.
- 7.3** De los adultos mayores que asistieron al CAMIP de Pamplona y Barranquilla, el 88.59% indicó que convivía con alguna persona, 87.11% se relacionaba con amigos o familiares y el 88.32% no participaba en las actividades sociales que existen en el CAMIP.
- 7.4** De los adultos mayores que asistieron al CAMIP de Pamplona y Barranquilla, las menores puntuaciones en las dimensiones de la esfera física corresponden al grupo etario mayor de 85 años, de sexo femenino y sin pareja. Mientras que en las dimensiones de la esfera mental fueron los adultos mayores de 75 años, de sexo femenino y sin pareja.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP):

- Incorporar evaluaciones para medir la calidad de vida relacionada con la salud, al protocolo de los pacientes que ingresan para hacer uso de los servicios médicos del CAMIP, lo cual permitiría crear un método rápido de tamizaje, y así poder conocer la calidad de vida del paciente al momento de ingresar a dicha institución.
- Crear un programa que se ocupe de verificar la atención integral e individualizada para pacientes que presentan una baja calidad de vida relacionada con la salud, según las dimensiones en que estos se encuentren más afectados, con el objetivo final de mejorar la CVRS en la persona de la tercera edad o simplemente atenuar el deterioro de esta logrando así un vejez digna.
- Realizar un seguimiento a largo plazo en los pacientes que presenten deterioro o baja puntuación en alguna esfera de la calidad de vida relacionada con la salud, con el fin de detectar casos en riesgo que pueden disminuir su calidad de vida y con esto aumentar la morbimortalidad.
- Hacer énfasis en los programas que promueven la participación de los adultos mayores en actividades de sociales, ocupacionales y de actividad física, prestando mayor atención en los adultos con mayor riesgo de presentar deterioro de la calidad de vida relacionado con la salud, según las características encontradas y que se comentaron en conclusiones.

8.2 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Fomentar la investigación en el tema del adulto mayor, ya que es un grupo en alto riesgo desde el punto de vista de la salud pública. Además, debido a la transición demográfica que está sucediendo, poner la atención que corresponde a esta población, para evitar que en el futuro existan índices de morbimortalidad difíciles de manejar en esta población.

- Incentivar la creación de más programas dirigidos a la población adulta mayor, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos, lo cual se podrá lograr por medio de una atención en salud integral en sus tres esferas: física, mental y social.

9. APORTES

9.1 Al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP):

- Los datos obtenidos en este estudio servirán para complementar información con la que cuenta el CAMIP Pamplona y Barranquilla y el IGSS.
- El estudio servirá como referencia para futuros estudios dentro y fuera de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que previamente se han realizado algunos estudios dirigidos a la población adulta mayor, más no, se cuenta con estudios previos similares que se enfoquen en la CVRS de esta población.
- Se entregará un informe a las oficinas de capacitación y desarrollo del IGSS quienes son las encargadas en todo lo referente a los trabajos de tesis que se realizan en ese nosocomio; en dicho informe se presentará la información obtenida, para tener una mejor comprensión de este grupo afectado. Con esta información se podrá comprender el impacto que causa la edad en la calidad de vida relacionada con la salud y así llevar a cabo acciones y programas para el seguimiento de la población con mayor riesgo de presentar deterioro en la calidad de vida, según lo evidenciado en el estudio.
- Se entregarán los resultados de la investigación así como un resumen para su distribución en las áreas específicas de las instalaciones que se realizó el estudio, con el objetivo de concientizar al personal que labora en dichas instalaciones de la necesidad de prestar una atención integral al adulto mayor e identificar las dimensiones con menor puntaje según cada caso individualizado, ya que de esto depende para poder mejorar la calidad de vida y ofrecerles una vejez digna de la cual todos son merecedores.

9.2 A la Academia de Geriátrica y Gerontología de Guatemala

- Como punto final se presentarán los resultados de dicha investigación en el Simposio Anual de la Academia de Geriátrica y Gerontología de Guatemala, que se celebrará el 15 de agosto del presente año, al cual fuimos invitados por el presidente de dicha institución, Dr. Obdulio López, quien también actuó como co-asesor para la realización de este estudio.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Ramos A. Correlatos sociodemográficos, psicológicos y características de la actividad físico deportiva del adulto mayor de 60 años de Tapachula, México. [en línea] [tesis Doctorado en Actividad Física y Deporte] México: Universidad de Murcia, Facultad de Ciencias del Deporte; 2008 [Accesado Ene 2011]. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR0916110094207//CabreraRa_mos.pdf
2. World Health Organization. Temas de salud: envejecimiento [en línea] España: WHO; 2007 [Accesado Mar 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
3. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (ODHAG) Adulto mayor y condiciones de exclusión en Guatemala [en línea] Guatemala: ODHAG; 2005 [Accesado Ene 2011]. Disponible en http://www.odhag.org.gt/pdf/R_EXCLUSION_ADULTO_MAYOR.pdf
4. Ramírez Vélez R, Agredo RA, Jeréz AM, Chapal LY. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. Revista de Salud Pública [en línea] 2008 [Accesado Ene 2011]; 10 (4): 529 -536. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>
5. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. Enferm. [en línea] 2003 [Accesado Ene 2011]; 9 (2): [pantalla 1]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_a_rttxt
6. Fernández J. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [en línea][tesis Doctorado Antropología Social] España: Universidad de Valencia, Facultad de Ciencias Sociales; 2009 [Accesado Ene 2011]. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0420110-135940//fgarri.do.pdf
7. Enciclopedia Libre Universal. [en línea] España: Enciclopedia Libre Universal [s.n.] 2010 [Accesado Mar 2011]. Disponible en: <http://enciclopedia.us.es/index.php/Guatemala>
8. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población y lugares poblados con base al XI Censo de Población y VI de Habitación 2002, Período 2000-2020: Guatemala: INE; 2002.
9. Cheté Ortiz W. Calidad de vida del paciente con lesión medular y tratamiento rehabilitativo integral. Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
10. Girón Z. Programa de Atención al Adulto Mayor del IGSS En: Reunión Técnica Conjunta “Salud: Gestión, Atención y Financiamiento” - CAOSA, CADAM, CAMS y Subregión II [en línea] Hotel Marriot de Panamá; 24 – 26 de junio de 2009. Panamá: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 2009 [Accesado Feb

- 2011] Disponible en: http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2009/zulma_giron_es.pdf
11. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Departamento de invalidez, vejez y sobrevivencia [en línea] Guatemala: IGSS, 2009 [Accesado Mar 2011] Disponible en: <http://www.igssgt.org/IVS/ivs.html>
 12. Sandoval M, Castillo E, González I. Depresión en el adulto mayor. Identificación y cuantificación de niveles de depresión en adultos mayores consulta externa del Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2004.
 13. Noriega Díaz JH. Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
 14. Organización de las Naciones Unidas. Mejoramiento de la salud y bienestar en la vejez: en defensa del envejecimiento activo. En: Segunda asamblea mundial para el envejecimiento [en línea] Madrid; 8 – 12 de abril de 2002. Madrid, España: ONU; 2002 [Accesado Mar 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/salud.pdf>
 15. Molina Barrios L. Algunos problemas que plantea el ejercicio de la estomatología geriátrica. [tesis Cirujano Dentista]. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología; 2003.
 16. Estrada Galindo G. Exclusión Social y Envejecimiento en Guatemala. [en línea] Guatemala: Red para el Desarrollo de Adultos Mayores; 2000 [Accesado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/A Latina/Guatemala/ExclusionSocialyEnvejecimientoGUATEMALA.pdf>
 17. Damaso Mata BC, Menacho Villafuerte LM, Calderon Salazar S, Claudio EJ, Salazar Sánchez M, Rivera Colqui RC, et. al. Práctica del taichi sobre la calidad de vida relacionada a la salud en asegurados mayores de 50 años de la red asistencial de Huánuco – ESSALUD 2008. [en línea] Perú: ESSALUD; 2008 [Accesado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/taichi.pdf>
 18. Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Evaluación social del adulto mayor. [en línea] Cuba: OPS [Accesado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
 19. Botero BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción hacia la Salud [en línea] 2007 [Accesado Ene 2011]; 12: 11 -24. Disponible en: http://promocionsalud. ucaldas. edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
 20. López García E, Banegas JR, Pérez Regadera AG, Gutiérrez Fisac JL, Alonso J, Rodríguez Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Rev Medicina Clínica [en línea] 2003 [Accesado Mar 2011]; 120 (15): 568-573. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13046436&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=162&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v120n15a13046436pdf001.pdf

21. Coronado Gálvez JM, Díaz Vélez C, Apolaya Segura MA, Manrique González LM, Arequipa Benavides JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Med Per [en línea] 2009 [Accesado May 2011]; 26 (4): 230-238. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>
22. Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. Revista de Estudios Médicos Humanísticos [en línea] 2003 [Accesado May 2011]; 8 (8): 1 pantalla. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica8/Art10.html>
23. Maldonado Guzmán G. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. Contribuciones a las Ciencias Sociales [en línea] 2009 [Accesado Mar 2011]; 4: 1 pantalla. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>
24. Tudesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte [en línea] 2005 [Accesado Ene 2011]; 21: 76-86. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81702108>
25. Paternina Osorio D, Melguizo E. Calidad de vida en adultos Mayores: revisión sistemática. En: Quinto Encuentro Institucional de Semilleros de Investigación [en línea] Universidad de Cartagena; 20 – 21 de mayo de 2010. Cartagena, Colombia: Red de Semilleros para la Investigación; 2010 [Accesado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.redunicar.org/encuentros/5encuentro/ponencias/022.pdf>
26. Artero Bran P. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Estudio transversal realizado en la Unidad de Reumatología de Hospital Roosevelt. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009
27. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36. [en línea] Barcelona: El instituto; 2000 [Accesado Mar 2011] Disponible en: <http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Manual-Puntuaci%C3%B3nSF-36v1.pdf>
28. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El cuestionario de salud SF – 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [en línea] 2005 [Accesado Mar 2011] 19 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci_arttext
29. Ware J. SF – 36 Health survey. Massachusetts. Medical outcomes trust [en línea] Medical outcomes trust [Accesado Feb 2011] Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#VERS2>
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género [en línea]. Santiago, Chile: CEPAL; 2006 [Accesado Mar 2011] Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/26731/Guia%20asistencia.pdf>
31. Durán Arenas L, Gallego Carrillo K, Salinas Escudero G, Martínez Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. Salud Pública Mex. [en línea] 2004 [Accesado May 2011]; 46 (4): pantalla 1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342004000400005&script=sci_arttext

11. ANEXOS

11.1 Recodificación de los ítems

Dimensión	Suma final de los valores de los índices	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función física	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12	10,30	20
Rol físico	13+14+15+16	4,8	4
Dolor corporal	21+22	2,12	10
Salud general	1+33+34+35+36	5,25	20
Vitalidad	23+27+29+31	4,24	20
Función social	20+32	2,10	8
Rol emocional	17+18+19	3,6	3
Salud mental	24+25+26+28+30	5,30	25

Fuente: Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El cuestionario de salud SF – 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [revista en línea] 2005

11.2 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala y nos encontramos realizando un trabajo de investigación previo a graduarnos de médicos y cirujanos. El trabajo consiste en conocer las características de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores de 60 años. Participar en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo personal, legal ni para su salud y no se incluirán nombres ni documentos de identificación. La información obtenida podrá ser utilizada por el grupo de investigación y por esta institución (IGSS – CAMIP), con el fin de mejorar los servicios que cubre actualmente dicha institución, así como la creación de nuevos programas que sean necesarios para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud integral, para beneficio de los afiliados.

Estoy enterado del estudio a realizarse por parte de los estudiantes de medicina y acepto participaren él, comprendiendo que por ser voluntario puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Huella dactilar del participante _____

Soy testigo de la información proporcionada al participante sobre la investigación y confirmo que la persona participará libremente.

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____

Huella dactilar del testigo _____

He leído el documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de fungir como testigo. Confirмо que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

11.3 Boleta de Recolección de datos

Boleta No.:



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor”



SECCIÓN I

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

- a. Esfera física: _____
- b. Esfera mental: _____
- c. Resultado general de CVRS: _____

SECCIÓN II

Características epidemiológicas

- | | |
|---|--|
| 1. Edad: <ul style="list-style-type: none">a. 60 -64b. 65 -69c. 70 -74d. 75 -79e. 80 -84f. >85 | 3. Estado Civil: <ul style="list-style-type: none">a. Solterob. Casadoc. Divorciado/Separadod. Viudoe. Unido |
| 2. Sexo: <ul style="list-style-type: none">a. Femeninob. Masculino | 4. Escolaridad: <ul style="list-style-type: none">a. Sin estudiosb. Primariac. Secundariad. Diversificadoe. Universitario |

Hábitos

- | | |
|---|---|
| 5. Alimentación <ul style="list-style-type: none">a. Adecuadab. No adecuada | 6. ¿Hace ejercicios? <ul style="list-style-type: none">a. Sib. No |
| 7. Sueño <ul style="list-style-type: none">a. Adecuadob. No adecuado | 8. Fuma: <ul style="list-style-type: none">a. Sib. No |
- 9. Ingiere bebidas alcohólicas:**
 - a. Si
 - b. No

Características sociales

10. ¿Convive con alguna persona?
a. Sí b. No
11. ¿Se relaciona frecuentemente con amigos, vecinos u otras personas?
a. Sí b. No
12. ¿Participa en actividades que realiza este centro?
a. Sí b. No
-

CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36

1. En general, usted diría que su salud es:
a. Excelente b. Muy buena c. Buena d. Regular e. Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
a. Mucho mejor ahora que hace un año b. Algo mejor ahora que hace un año
c. Más o menos igual que hace un año d. Algo peor ahora que hace un año
e. Mucho peor ahora que hace un año
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades?

Escala de Respuesta: a. Sí, me limita mucho b. Sí, me limita un poco c. No, no me limita en absoluto
--

Opciones de pregunta:

- 3.1 Vigorosas: correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos_
- 3.2 Actividades moderadas: mover una mesa, barrer, trapear, lavar _____
- 3.3 Levantar o llevar las compras del mercado. _____
- 3.4 Subir varios pisos por la escalera. _____
- 3.5 Subir un piso por la escalera. _____
- 3.6 Doblar, arrodillarse o agacharse. _____
- 3.7 Caminar más de diez cuadras. _____
- 3.8 Caminar varias cuadras. _____
- 3.9 Caminar una cuadra. _____
- 3.10 Bañarse o vestirse. _____
4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

Escala de Respuesta: a. Sí b. No
--

Opciones de pregunta:

- 4.1 Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades. _____
- 4.2 Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado. _____
- 4.3 Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades. _____
- 4.4 Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo ha requerido de mayor esfuerzo). _____

5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

Escala de Respuesta:

- a. *Sí*
b. *No*

Opciones de pregunta:

- 5.1 Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades. ____
- 5.2 Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado. ____
- 5.3 Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre. ____

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
b. Un poco
c. Regular
d. Bastante
e. Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
b. Sí, muy poco
c. Sí, un poco
d. Sí, moderado
e. Sí, mucho
f. Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?

- a. Nada
b. Un poco
c. Regular
d. Bastante
e. Mucho

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, dar la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

Escala de Respuesta:

- a. *Siempre*
b. *Casi siempre*
c. *Muchas veces*
d. *Algunas veces*
e. *Casi nunca*
f. *Nunca*

Opciones de pregunta:

- 9.1 ¿Se ha sentido lleno de vida? _____
- 9.2 ¿Se ha sentido muy nervioso? _____

- 9.3 ¿Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle? _____
- 9.4 ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado? _____
- 9.5 ¿Ha tenido mucha energía? _____
- 9.6 ¿Se ha sentido desanimado y triste? _____
- 9.7 ¿Se ha sentido agotado? _____
- 9.8 ¿Se ha sentido feliz? _____
- 9.9 ¿Se ha sentido cansado? _____

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | |
|------------------|---------------|
| a. Siempre | d. Casi nunca |
| b. Casi siempre | e. Nunca |
| c. Algunas veces | |

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

Escala de Respuesta: a. <i>Definitivamente cierta</i> b. <i>Cierta</i> c. <i>No sé</i> d. <i>Falsa</i> e. <i>Definitivamente falsa</i>

Opciones de pregunta:

- 11.1 Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente. _____
- 11.2 Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco. _____
- 11.3 Creo que mi salud va a empeorar. _____
- 11.4 Mi salud es excelente. _____

11.4 Manual de puntuación del cuestionario SF -36⁽²⁷⁾

1. Función física

Preguntas de la 3 a 12

- Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores
- Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, caminar más de una hora
- Coger o llevar la bolsa de compra
- Subir varios pisos de escalera
- Agacharse o arrodillarse
- Caminar un km.
- Caminar varias manzanas (centenares de metros)
- Caminar una sola manzana (100 mts)
- Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Sí, me limita mucho	1	1
Sí, me limita poco	2	2
No, no me limita nada	3	3

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

2. Rol físico:

Preguntas del 13 a 16

- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas?
- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido?
- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
- ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Si	1	1
No	2	2

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

3. Dolor corporal:

Preguntas 21 y 22

- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
No, ninguno	1	6
Si, muy poco	2	5.4
Si, un poco	3	4.2
Si, moderado	4	3.1
Sí, mucho	5	2.2
Si, muchísimo	6	1.0

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

- b. ¿Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Nada	1	6
Un poco	2	4.75
Regular	3	3.5
Bastante	4	2.25
Mucho	5	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

4. Salud general:

Preguntas 1, 33 -36

- a. En general, Ud. Diría que su salud es:

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Excelente	1	5
Muy buena	2	4.4
Buena	3	3.4
Regular	4	2
Mala	5	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

- b. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
c. Creo que mi salud va a empeorar

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Totalmente cierta	1	1
Bastante cierta	2	2
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	4
Totalmente falsa	5	5

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

- d. Estoy sano como cualquiera
e. Mi salud es excelente

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Totalmente cierta	1	5
Bastante cierta	2	4
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	2
Totalmente falsa	5	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

5. Vitalidad:

Preguntas 23, 27, 29 y 31

- a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?

b. ¿Tuvo mucha energía?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

c. ¿Se sintió agotado?

d. ¿Se sintió cansado?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

6. Función social

Preguntas 20 y 32

a. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Nada	1	5
Un poco	2	4
Regular	3	3
Bastante	4	2
Mucho	5	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

b. Durante las últimas cuatro semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Algunas veces	3	3
Solo alguna vez	4	4
Nunca	5	5

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

7. Rol emocional

Preguntas 17 a 19

- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?
- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
- ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosa mente como de costumbre, por algún problema emocional?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Si	1	1
No	2	2

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

8. Salud mental

Preguntas 24 -26, 28 y 30

- ¿Estuvo muy nervioso?
- ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía desanimarme?
- ¿Se sintió desanimado y triste?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

- ¿Se sintió calmado y tranquilo?
- ¿Se sintió feliz?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor Final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

Fuente: Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF -36.

11.5 Cuadros de resultados

CUADRO 1

Distribución de adultos mayores según la calidad de vida relacionada con la salud, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados – CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo – junio 2011
Guatemala, julio 2011

Calidad de vida relacionada con la salud	Pacientes		Puntuación media CVRS
	<i>f</i>	%	
Alta	553	74	72
Baja	192	26	37
Total	745	100	****

**CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud*

Fuente: Boleta de recolección de datos y cuestionario SF-36

CUADRO 2

Distribución de la puntuación media de las dimensiones y esferas que comprende la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011

DIMENSIÓN	Pamplona	Barranquilla	Puntuación media
Función física (FF)	49.23	61.63	55.43
Rol físico (RF)	51.31	62.43	56.87
Dolor corporal (DC)	58.69	65.08	61.89
Salud general (SG)	48.45	49.96	49.21
Vitalidad (VIT)	68.94	58.46	63.70
Función social (FS)	80.28	75.76	78.02
Rol emocional (RE)	58.79	69.51	64.15
Salud mental (SM)	63.62	66.52	65.07
ESFERA			
Esfera física	55.32	60.00	57.66
Esfera mental	67.57	71.00	69.28

**CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud*

Fuente: Cuestionario SF-36

CUADRO 3

**Distribución de los adultos mayores según grupo etario, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo -junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Edades	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
60-64	127	33.33	106	29.12	233	31.28
65-69	96	25.20	83	22.80	179	24.03
70-74	72	18.90	73	20.05	145	19.46
75-79	58	15.22	55	15.11	113	15.17
80-84	22	5.77	35	9.62	57	7.65
>85	6	1.57	12	3.30	18	2.42
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 4

**Distribución de adultos mayores según sexo, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Sexo	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Femenino	195	51.18	230	63.19	425	57.05
Masculino	186	48.82	134	36.81	320	42.95
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 5

**Distribución de adultos mayores según estado civil, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Estado Civil	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Soltero	53	13.91	38	10.44	91	12.21
Casado	210	55.12	165	45.33	375	50.34
Unido	11	2.89	16	4.40	27	3.62
Divorciado	13	3.41	27	7.42	40	5.37
Viudo	94	24.67	118	32.42	212	28.46
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 6

**Distribución de adultos mayores según escolaridad, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Escolaridad	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Sin estudios	29	7.61	28	7.69	57	7.65
Primaria	134	35.17	130	35.71	264	35.44
Secundaria	52	13.65	30	8.24	82	11.01
Diversificado	107	28.08	107	29.40	214	28.72
Universitario	59	15.49	69	18.96	128	17.18
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 7

**Distribución de adultos mayores según hábitos de alimentación, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Alimentación	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Adecuado	339	88.98	302	82.97	641	86.04
No adecuado	42	11.02	62	17.03	104	13.96
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 8

**Distribución de adultos mayores según hábito de sueño, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Sueño	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Adecuado	297	77.95	297	81.59	594	79.73
No adecuado	66	17.32	67	18.41	133	17.85
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 9

**Distribución de adultos mayores según hábito de ejercicio físico, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Ejercicio	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	173	45.41	163	44.78	336	45.10
No	208	54.59	201	55.22	409	54.90
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 10

**Distribución de adultos mayores según consumo de cigarrillos, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Consumo de cigarrillos	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	22	5.77	26	7.14	48	6.44
No	359	94.23	338	92.86	697	93.56
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 11

**Distribución de adultos mayores según consumo de bebidas alcohólicas, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Consumo de bebidas alcohólicas	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	78	20.47	69	18.96	147	19.73
No	303	79.53	295	81.04	598	80.27
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 12

**Distribución de adultos mayores según convivencia, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Convivencia	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	345	90.55	315	86.54	660	88.59
No	36	9.45	49	13.46	85	11.41
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 13

**Distribución de adultos mayores según relaciones interpersonales, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Relaciones interpersonales	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	323	84.78	326	89.56	649	87.11
No	58	15.22	38	10.44	96	12.89
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 14

**Distribución de adultos mayores según actividades sociales, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo - junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Actividades sociales	Pamplona	%	Barranquilla	%	Total	%
Si	33	8.66	54	14.84	87	11.68
No	348	91.34	310	85.16	658	88.32
Total	381	100.00	364	100.00	745	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 15

**Distribución de puntuaciones en las dimensiones de la esfera física según características epidemiológicas de los adultos mayores atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo – junio 2011
Guatemala, julio 2011**

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	DIMENSIONES															ESFERA FÍSICA		
	Función física			Rol físico			Dolor corporal			Salud general			Vitalidad					
	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media
EDAD																		
60-64	50.94	68.11	59.53	49.21	68.63	58.92	64.16	64.16	64.16	50.54	48.92	49.73	67.91	59.06	63.48	54.98	61.78	58.38
65-69	53.28	65.6	59.44	55.99	62.65	59.32	63.59	63.59	63.59	46.6	48.51	47.56	68.8	60.3	64.55	56.82	60.13	58.48
70-74	48.68	61.85	55.26	52.08	67.81	59.95	73.47	73.47	73.47	47.75	52.52	50.14	71.04	60.68	65.86	56.32	63.27	59.79
75-79	44.91	54.27	49.59	50	52.27	51.14	61.76	61.76	61.76	47.57	50.09	48.83	70.09	56.73	63.41	54.2	55.03	54.61
80-84	38.41	49.57	43.99	50	49.29	49.64	62.6	62.6	62.6	47.77	51.77	49.77	67.05	53.57	60.31	51.77	53.36	52.56
>85	35.83	44.58	40.21	29.17	58.33	43.75	55	55	55	53.5	47.67	50.58	63.33	49.17	56.25	50.67	50.95	50.81
SEXO																		
Femenino	44.18	57.63	50.9	47.05	60.65	53.85	50.93	60.05	55.49	47.14	49.07	48.1	63.49	56.28	59.88	50.56	56.74	53.65
Masculino	54.52	68.51	61.51	55.78	65.49	60.63	66.83	73.71	70.27	49.83	51.49	50.66	74.65	62.2	68.43	60.32	64.28	62.3
ESTADO CIVIL																		
Soltero	51.89	65	58.44	54.72	82.24	68.48	59.22	67.21	63.21	50.83	49.45	50.14	72.55	61.18	66.87	57.84	65.02	61.43
Casado	52.48	65.88	59.18	54.29	65.91	60.1	62.23	68.8	65.52	49.08	51.1	50.09	71.67	62.82	67.24	57.95	62.9	60.43
Unido	45	70.94	57.97	56.82	81.25	69.03	68.27	70.09	69.18	44.45	46.13	45.29	57.73	55.94	56.83	54.45	64.87	59.66
Divorciado	48.85	56.11	52.48	46.15	51.85	49	55.81	54.67	55.24	47.69	44.19	45.94	61.15	46.11	53.63	51.93	50.59	51.26
Viudo	41.01	54.62	47.81	42.82	51.06	46.94	49.77	60.89	55.33	46.29	50.36	48.33	63.19	54.66	58.93	48.61	54.32	51.47

*Pampl: Pamplona, Barranq: Barranquilla

Fuente: Boleta de recolección de datos y cuestionario SF-36

CUADRO 16

**Distribución de puntuaciones en las dimensiones de la esfera mental según características epidemiológicas de los adultos mayores, atendidos en Centros de Atención Médica Integral para Pensionados –CAMIP- Pamplona y Barranquilla, mayo – junio 2011
Guatemala, julio 2011**

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	DIMENSIONES									ESFERA MENTAL		
	Función social			Rol emocional			Salud mental					
	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media	Pampl	Barranq	Media
EDAD												
60-64	78.64	77.59	78.12	57.22	73.58	65.4	61.73	64.3	63.02	65.86	71.83	68.85
65-69	81.77	75.9	78.84	57.29	69.08	63.18	63.88	67.47	65.67	67.65	70.82	69.23
70-74	78.82	80.14	79.48	61.11	73.06	67.09	66.44	69.37	67.91	68.79	74.19	71.49
75-79	83.84	70.68	77.26	58.62	63.03	60.83	62.83	65.53	64.18	68.43	66.41	67.42
80-84	79.55	71.43	75.49	63.64	61.9	62.77	66	67.2	66.6	69.73	66.84	68.29
>85	77.08	67.71	72.4	72.22	66.67	69.44	64.67	64.67	64.67	71.32	66.35	68.84
SEXO												
Femenino	74.55	74.57	74.56	57.95	66.38	62.16	59.61	65.03	62.32	64.04	68.66	66.35
Masculino	86.29	77.8	82.04	59.68	74.88	67.28	67.83	69.07	68.45	71.27	73.92	72.59
ESTADO CIVIL												
Soltero	80.42	79.28	79.85	59.75	84.21	71.98	62.57	72.74	67.65	67.58	78.74	73.16
Casado	83.69	79.32	81.5	60.79	73.74	67.27	66.08	69.75	67.91	70.19	74.27	72.23
Unido	75	75	75	54.55	68.75	61.65	61.82	65.75	63.78	63.79	69.83	66.81
Divorciado	83.65	61.57	72.61	56.41	70.37	63.39	61.23	57.19	59.21	67.1	63.04	65.07
Viudo	72.74	72.99	72.86	54.61	58.76	56.68	59.28	62.24	60.76	62.21	64.66	63.43

*Pampl: Pamplona, Barranq: Barranquilla

Fuente: Boleta de recolección de datos y cuestionario SF-36

