



MEMORIAS EN EXTENSO
SIMPOSIO CALIDAD DE VIDA:
UNA APROXIMACIÓN DESDE LA
SALUD



Memorias en extenso publicada por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán



Editora

Damaris Francis Estrella Castillo

Comité revisor

José Álvarez Nemegyei

Héctor Rubio Zapata

Lourdes Pinto Loría

Directorio

M.C. Guillermo Storey Montalvo

Director

M. en C. Ermilo Contreras Acosta

Jefe de la Unidad de Posgrado

LR. Claudia Barrero Solís

Coordinadora de la Licenciatura en Rehabilitación

Introducción

Este trabajo ha sido elaborado en el marco del proyecto Bienestar físico, psicológico y social como indicadores de la calidad de vida, diferencias ligadas al género y a la actividad físico recreativa en una muestra de jubilados y pensionados de instituciones de salud de Mérida, Yucatán, como parte de la elaboración de los productos derivados del referido proyecto con una idea central de colaborar interdisciplinariamente entre diferentes Facultades y Cuerpos Académicos de la Universidad Autónoma de Yucatán, entre las que podemos citar: Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería, Facultad de Educación y Facultad de Derecho.

En primer lugar, se abordan los aspectos conceptuales que envuelven a la calidad de vida, desde un punto de vista holístico. Se realiza una revisión de las dimensiones principales definidas como dominios de la calidad de vida. Seguidamente, se habla acerca de las controversias sobre si la calidad de vida es mayormente subjetiva u objetiva, o ideográfica o normativa. Se discuten una serie de instrumentos que evalúan la calidad de vida y sus aspectos metodológicos así como de las garantías psicométricas, los métodos y las fuentes de información.

En el segundo trabajo, se trabajan aspectos acerca de cómo la esencia de este concepto, la calidad de vida, 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. Esto desde la vivencia de la discapacidad.

En tercer lugar, se trabaja con la edad propecta, la última etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, la cual se caracteriza por ser un periodo de deterioro progresivo en todas las áreas de funcionamiento, a nivel biológico, psicológico y social que, por supuesto impactan en la calidad de vida.

Seguidamente, el cuarto trabajo tiene el propósito de proporcionar al profesional de la salud elementos conceptuales sobre Calidad de Vida (CV) para que le ayude a incorporar juicios y valores en investigaciones relacionadas durante la experiencia del proceso salud-enfermedad por el que atraviesan las personas. En este trabajo se describen algunas consideraciones para la investigación sobre CV, se inicia con una descripción de sus alcances históricos en el que se señalan los diversos enfoques que ha tomado a través del tiempo; se presenta una reflexión sobre el contexto bajo el cual se plantea este concepto, sus alcances, limitaciones, se revisa la importancia que tiene para las personas el concepto de CV Relacionado con la Salud (CVRS), se hace una descripción de los diferentes abordajes para su estudio, y de los instrumentos para su medición: genéricos y específicos. Por último se presentan los pasos del proceso de adaptación cultural de los instrumentos, ya que la mayoría de ellos son originarios de países de lengua inglesa.

En quinto término se presenta una investigación documental con la finalidad de proporcionar elementos del área del derecho pues la sociedad tiene escaso conocimiento sobre este sector de la población, de los problemas sociales a los que se enfrenta y la manera en la que nuestra legislación trata de resolverlos, así como las políticas y los programas sociales en atención al envejecimiento en México. Se plantean algunas conclusiones de la investigación documental realizada para la intervención en materia del conocimiento de los derechos y valores con las personas de la tercera edad y, todo ello, desde una visión más apegada a la realidad de este periodo de vida para situarse en el marco de la calidad de vida de estas personas.

Finalmente, no podía faltar el hacer mención de la alimentación y su vinculación con la calidad de vida y, en éste caso, el último trabajo se circunscribe en estos términos.

Índice

Conceptos teóricos en calidad de vida	6
Calidad de Vida y discapacidad.....	23
Introducción	23
Discapacidad	33
Modelo Preformista o Negativista	33
Modelo Predeterminado Médico	33
Modelo Determinista Funcional	34
Modelo Interaccionista o Estructuralista	34
Modelo Inclusivo de los Derechos Humanos	34
Modelo de Intervención	34
Conclusiones	53
Evaluación del bienestar en el adulto mayor	59
Antecedentes.....	59
La edad propecta.....	59
Limitaciones en la edad propecta	60
Factores psicológicos	62
Factores contextuales	63
Prevención y promoción del bienestar en el familiar en la edad propecta	63
Factores asociados al bienestar del adulto mayor	65
Los estados de ánimo	65
Metodología	70
Tipo de estudio	70

Muestreo	70
Población	70
Instrumento	70
Discusión y conclusiones	73
Referencias	73
Calidad de Vida y Diabetes Mellitus Tipo 2	75
Introducción.....	75
Aspectos conceptuales sobre Calidad de Vida.	75
Aspectos históricos.....	75
El concepto:	76
Abordajes para el estudio de la Calidad de Vida.	81
¿Cómo medir la CV?	82
Instrumentos para medir la calidad de vida.	83
Algunas consideraciones teóricas sobre la CV y su medición.	84
La Calidad de Vida en Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2)	88
Adaptación cultural de instrumentos de CV.	92
Tipos para investigar sobre CV	93
Conclusión:	93
LA CALIDAD DE VIDA Y LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO.....	98
Introducción.....	98
SITUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR	98
Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento del 2002.	107
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	109
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	109

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM),	111
Ley para la Protección de la familia del Estado de Yucatán	118
Código Civil del Estado de Yucatán	120
Conclusiones	126
Propuestas	127
Estilos de vida Saludable y calidad de vida	131
Introducción	131
Necesidades humanas fundamentales	132
Calidad de vida.....	133
Estilos de vida	133
Estilos de vida saludables	134
Bibliografía.....	136

Evaluación del bienestar en el adulto mayor

Pedro Antonio Sánchez Escobedo

Cuerpo Académico Currículo e instrucción- Facultad de Educación

Viridiana Silva León

Facultad de Educación

Antecedentes

La edad propecta

La vejez, es un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales y biológicos influidos por el estilo de vida, la genética y desde luego por las tradiciones y visiones del mundo de cada persona.

Muchas familias afrontan las demandas que imponen algunos de sus miembros cuando envejecen. De hecho, son pocas las previsiones que las personas y en general las familias hacen tempranamente para afrontar los sucesos de la edad propecta; más aún – como usted lector- ha pensado y anticipado ¿cómo será su situación en esta etapa de la vida?

La sociedad mexicana ha dejado de tener una estructura piramidal, cuya base estaba conformada por jóvenes, por el engrosamiento cada vez mayor de la población senil, lo anterior se vuelve un reto, sobre todo en países que como México, por un lado continua luchando contra la mortalidad infantil o la desnutrición y por otro intenta responder a las cada vez más creciente demandas de la senectud (Fernández-Ballesteros, 2000).

Los estudiosos de los problemas de población sostienen que todos los países han enfrentado el problema del envejecimiento demográfico y continuarán haciéndolo. También declaran que este proceso acontece dentro de los países latinoamericanos en un marco de gran incertidumbre. El aumento de ancianos en el país obedece tanto a los avances de la ciencia médica que han mejorado los índices de supervivencia como al mejoramiento de las condiciones generales de vida (Kane, Ouslander & Abrass, 2001; Borges y Gómez, 1998; Burke y Walsh, 1998).

Limitaciones en la edad propecta

A medida que la población envejece el número de adultos mayores con discapacidad es mayor, quienes requieren ayuda permanente en un porcentaje mayor (61%) que el grupo de jóvenes, pues supone una mayor limitación funcional.

Conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas enfermas, esto en un 51% entre los 60 y 64 años y casi el 71% de los que tienen 85 años y más (Bazo, García, Maiztegui & Martínez, 1999).

La edad propecta es la última etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece. Se caracteriza por ser un periodo de deterioro progresivo en todas las áreas de funcionamiento, a nivel biológico, psicológico y social (OMS, 2006; siendo ya muy notables a partir de los sesenta y cinco años de edad (Fernández-Ballesteros, 2000).

Desde el punto de vista biológico, estos cambios son identificados como un declive en el organismo” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003), que llevan al origen y mantenimiento de un sinnúmero de patologías, desde el deterioro común de la vista y el oído, hasta enfermedades comunes como la hipertensión arterial y la diabetes, las cuales pueden condicionar una discapacidad en la vejez y ser causa de muerte anticipada (Duras Uribe-Rodríguez Molina, Barco & González, 2006). En lo relativo al estado físico, el hecho de no ejercitar las funciones que aún poseen, conlleva al deterioro de éstas e incluso al dolor físico. Estadísticamente se ha encontrado una alta prevalencia en adultos mayores de enfermedades crónicas, entre las cuales destacan la hipertensión, diabetes, cardiopatías, artritis, problemas visuales y auditivos (Kalish, 1996; Borges & Gómez, 1998; William & Maric, 2001; INEGI, 2002; Guillén & Pérez, 2003).

Factores de riesgo

Para lograr que el adulto mayor presente una adecuada calidad de vida, debe brindársele especial atención a su estado de salud, a la determinación de los factores de riesgo de las principales enfermedades que la afectan, a la predicción de discapacidades, a que dispongan de seguridad económica y material, así como a la protección social y familiar requerida.

Es importante lograr que este grupo poblacional tenga participación, reconocimiento social y bienestar en las distintas esferas de la vida.

Los factores de riesgo se dividen en físicos, psicológicos y contextuales.

Factores físicos

El deterioro de alguno o varios de los sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) provocan un deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc., que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Existe hoy un importante cuerpo de investigación que evidencia los beneficios de intervenciones que pueden mejorar el funcionamiento físico y así reducir la dependencia. La práctica del ejercicio físico en distintas intensidades es un importante predictor de morbilidad y longevidad. En relación a ello, uno de los principales retos es implicar a las personas adultas en la actividad física, siendo las variables motivacionales y disposicionales un ingrediente importante.

Por otra parte, el padecimiento de las enfermedades físicas crónicas durante la vejez (por ejemplo. osteoporosis, osteoartritis, ACV, etc...) y las limitaciones sensoriales contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física. Como sucede con la fragilidad física el papel de la prevención en la aparición de las enfermedades crónicas que pueden retrasar o disminuir la severidad de la dependencia es infravalorado. Las intervenciones habitualmente empleadas en el marco de la Psicología de la Salud para la prevención y tratamiento en la diabetes, accidentes cerebrovasculares, infartos. etc. serian un elemento de tratamiento principal.

En esta línea de pensamiento, hay que considerar también que la alta prevalencia de enfermedades entre las personas mayores provoca un elevadísimo consumo de fármacos que conllevan en ocasiones unos importantes efectos secundarios, así como interacciones farmacológicas no deseadas, por ejemplo, la confusión, el deterioro cognitivo, el aplanamiento afectivo son síntomas conductuales derivados del consumo de fármacos que se encuentran con relativa frecuencia entre las personas mayores. Factores que tienden a aumentar la dependencia física y contribuyen a la dependencia.

Factores psicológicos

Algunos trastornos como la ansiedad y, especialmente, la depresión contribuyen significativamente a la dependencia en la edad avanzada. Es frecuente entre las personas mayores una elevada sintomatología de depresión que, a menudo, no es diagnosticada ni tratada. No obstante, es bien conocido que la sintomatología depresiva se asocia a aislamiento social, quejas físicas, declive cognitivo y funcional, factores todos ellos que contribuyen a la dependencia.

Dolor. El padecimiento de dolor es una de las dimensiones psicológicas que más contribuyen a la dependencia, no solo por la disminución directa de la actividad, sino por el efecto indirecto que provoca sobre el aparato osteomuscular como consecuencia de la disminución de la actividad que, a su vez, genera mayor dolor. Asimismo, existe un círculo vicioso entre el dolor, depresión y pérdida funcional.

En este sentido es común encontrar en la vejez, miedo a las caídas, ya sea por haber padecido una o simplemente porque el miedo a caerse supone una importante fuente de dependencia como consecuencia de la reducción de la actividad. Estudios diversos han mostrado que la incidencia de caídas aumenta con la edad y constituyen un problema clínica importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el adulto mayor, su familia y la sociedad (Estrella, Rubio, Sánchez, Aguilar y Araujo, 2011)

Finalmente, en el aspecto psicológico es importante reconocer que a lo largo de la vida las experiencias experimentadas por las personas hacen que estas difieran notablemente en cuanto a sus demandas y aceptación de ayuda de los demás ante las distintas situaciones de la vida cotidiana, mostrándose más o menos dependientes. Además, esta característica de personalidad dependiente puede aumentar el riesgo de padecer trastornos de salud física y mental y, por tanto, indirectamente aumentar la dependencia. Otros factores de riesgo del estilo de vida son el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol en exceso, el consumo de comida rápida, bajo consumo de frutas y vegetales e inactividad física.

Factores contextuales

La investigación, la práctica profesional y la experiencia común de muchos familiares de personas mayores muestra, sin lugar a dudas, que un ambiente físico estimulante y rico en ayudas que conjuguen adecuadamente la autonomía con la seguridad contribuyen a que las personas mayores funcionen en unos niveles de ejecución óptimos. Por el contrario, un ambiente poco estimulante o sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la dependencia.

En este sentido, la familia tiene que propiciar la autonomía del anciano y evitar generar dependencia. Por ejemplo, debe haber en el entorno familiar expectativas sociales acerca de las personas mayores asociadas a maximizar la autonomía. Hay que evitar lo que algunos gerontólogos han llamado "*edadismo*" para referirse al concepto peyorativo de juzgar, clasificar o describir a alguien basado en su avanzada edad cronológica. La vejez es consecuencia de un proceso biológico, pero es también una construcción cultural. Una persona es vieja, como en cualquier otro rol y estatus social, cuando las demás personas así la consideran. En el proceso de la interacción social, las demás personas, a través de sus conductas, son el espejo en el que uno mismo se ve reflejado. Las reacciones de los demás hacia una persona le muestran la imagen que presenta, constriñéndola a adoptar los comportamientos que sabe que esperan de ella. Se ha sugerido que el edadismo se mantiene por las falsas creencias que socialmente imperan sobre la vejez, influyendo no sólo en el modo como se trata a las personas mayores, sino también en el modo en que ellas se comportan.

Otros riesgos contextuales de pobre calidad de vida en el anciano son la baja escolaridad, la desocupación, la insatisfacción con las actividades cotidianas, la pérdida de roles sociales, la pérdida de familiares, amigos, cónyuge, los sentimientos de soledad, la ausencia de confidente, el bajo nivel económico, la sensación de inactividad y la inadaptación a la jubilación.

Prevención y promoción del bienestar en el familiar en la edad proveya

El bienestar es un tema complejo en el cual existe una falta de acuerdo en su delimitación conceptual, lo que se debe entre otras razones, a la complejidad de su estudio,

determinada en muchos casos por su carácter temporal y a una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición (García y Hombrados, 2002).

Así, Barros (1994) sostiene que el bienestar es “la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella”(p.123).

Durante el pasado cuarto de siglo se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar con referencia a la experiencia psicológica óptima y el funcionalismo, los que han ampliado considerablemente el mapa conceptual sobre este constructo (Ryan, Huta, y Deci, 2008).

Desde una perspectiva más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas.

De acuerdo con Ryff (1989), las diversas perspectivas que existen respecto al bienestar subjetivo y psicológico pueden ser integradas, en la medida que muchos teóricos coinciden en ciertas características de éste. Ryff operacionaliza el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones:

Auto-aceptación. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

Relaciones positivas con los demás. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

Autonomía. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

Dominio del ambiente. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

Propósito en la vida. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no sólo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Con el modelo de Ryff se considera al bienestar subjetivo como un fenómeno integrado por una multitud de dimensiones; a continuación se vincula este concepto con el período de adultez mayor, el cual es centro de este trabajo, relacionándolo con los factores que se asocian a un buen bienestar durante esta etapa de la vida.

Factores asociados al bienestar del adulto mayor

Krizeimen (2001) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones socialmente significativas; es decir, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación y aislamiento social del adulto mayor.

No obstante, se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad (Thomae, 1982).

Los estados de ánimo

Uno de los factores más asociados e investigados como barrera para un estado de bienestar son los estados de ánimo y específicamente, la depresión en el adulto mayor; se

debe partir por señalar que los problemas afectivos en los ancianos son importantes por su frecuencia, por su impacto sobre el estado mental y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas (Mella, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Los investigadores señalan una prevalencia de trastornos mentales severos que oscila entre un 15 a 25% en los ancianos que viven en comunidad, y hasta el orden del 40 a 75% en contextos residenciales de atención especial (Kermis, 1986). En países como Chile, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47% de depresión en una muestra de adultos mayores (Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000).

Para Calderón (1990), la vejez es una etapa especial, en la que el individuo debe hacer un gran esfuerzo por adaptarse a los múltiples cambios en diversas dimensiones que debe enfrentar. Esta perspectiva es bastante coherente con una visión de proceso de envejecimiento más que de una distinción entre lo normal y lo patológico del tipo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales volumen cuatro (DSM IV) o el CIE 10. En virtud de esto último, la depresión sería un continuo y la descripción de ésta debería basarse más en criterios cuantitativos que cualitativos.

Sin embargo, en términos diagnósticos, existe en el DSM-IV una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, con predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva. A menudo, en el uso corriente, se confunde este común denominador con una entidad única y global, confundiendo más que aclarando el diagnóstico.

Así, debido a que el término depresión hace referencia tanto a un constructo como a un conjunto de síntomas, se produce una utilización ambigua del mismo, estando frecuentemente presentes ambos significados. De hecho, con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor (Mella, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Estos síndromes incompletos, denominados trastorno depresivo no especificado, trastorno del estado de ánimo no especificado, depresión menor o depresión por el DSM-IV, pudieran tener la misma repercusión en cuanto a morbilidad que la depresión mayor (Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000).

Como respuesta al problema conceptual de la depresión, se ha intentado establecer una mejor delimitación y diagnóstico de la depresión en personas mayores, destacándose la propuesta de Gallagher y Thompson (1983), quienes consideran la depresión como un producto final, que refleja una serie de problemas relacionados con distintas áreas psicológicas, sociales y biológicas.

Es importante destacar que Gallagher y Thompson no incluyen otros síntomas regularmente contemplados en el diagnóstico de la depresión que discriminan escasamente en este grupo de edad, como son los sentimientos excesivos de culpabilidad, inadecuación, preocupación excesiva y quejas hipocondríacas (Mella, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Ahora bien, en este contexto y en resumen, sería necesario hacer al menos dos observaciones básicas: que los criterios diagnósticos tipo DSM IV se vuelven insuficientes para la conceptualización de los trastornos del ánimo en esta población, y segundo, que muchos de los estresores que podrían estar causando reacciones adaptativas que cursen con síntomas depresivos en los adultos mayores, se relacionan con la capacidad funcional del adulto mayor.

De igual forma, y en contraste con la depresión, para la tercera edad la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás (Miranda, 2005).

La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (Trujillo, 2005).

Se sabe que entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, la que actuaría por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental su mantención y promoción para mantener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud (Sánchez, Aparicio y Dresh, 2006).

El bienestar emocional de los adultos mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que entre los mayores, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, etc. Más aún un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Mirowsky y Ross, 1992).

Los factores ambientales, conductas y hábitos de vida saludable determinan al menos el 70% de la expectativa de vida. Implementar conductas saludables puede ser beneficioso no importa la edad.

Prestar mayor énfasis en la preservación de la salud en el curso de la vida controlando los factores ajenos a la enfermedad que afectan la longevidad. En efecto, cada persona tiene al nacer una cierta "cantidad" de expectativa de salud, determinada por la salud de sus padres durante la concepción, su genoma, y por la calidad del ambiente intrauterino en el cual se desarrolla. Después de nacer, esta "cantidad" de salud se afecta (disminuye o aumenta) de acuerdo a como el individuo interactúa con factores ambientales, socioeconómicos, educacionales y de la calidad y oportunidad del cuidado de salud que reciba.

Actualmente se intenta, en el adulto mayor, disminuir los riesgos de salud derivados del ambiente o las conductas.

Los riesgos de enfermar están presentes a lo largo de toda la vida y cada segmento de edad presenta su propio conjunto de riesgos, los cuales se acumulan, se cronifican y se manifiestan en la vida adulta. Las conductas poco saludables son extraordinariamente

difíciles de cambiar como se ve al intentar erradicar el uso de tabaco, cambiar hábitos alimentarios y fomentar el ejercicio físico en adultos.

Más de la mitad de los adultos mayores tienen más de tres enfermedades crónicas y el deterioro de salud de estos pacientes se acelera a medida que estas se manifiestan clínicamente de manera sincrónica. El estado de fragilidad producto de la suma de enfermedades se agrava por circunstancias sociales y financieras adversas, sentimientos crónicos de depresión, estrés, pérdida de autonomía y funcionalidad.

La mayoría de los accidentes son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarlos y detener la cascada de sus temibles consecuencias que implican pérdida de la calidad de vida, dependencia funcional inducida, sobrecarga a la familia y los cuidadores, institucionalización y muerte prematura.

Las tasas de morbilidad y letalidad por accidentes van en aumento, y han llegado a ocupar la quinta causa de muerte en los adultos mayores —después de la enfermedad cardiovascular, el cáncer, los eventos cerebro-vasculares y las enfermedades pulmonares—, resultado significativo teniendo en cuenta su carácter de previsible y que representa tan sólo la punta del iceberg.

Según las estadísticas de los Estados Unidos, la primera causa de accidentes fatales en los ancianos son las caídas (38%); en segundo lugar, los accidentes de tránsito (25%); en tercer lugar, la sofocación (objetos ingeridos) (7%), y en cuarto, las quemaduras (5%).

Las intervenciones que son recomendadas para los adultos mayores, son las siguientes:

Imunizaciones: Las más importantes que se deben aplicar son la vacuna anti-influenza estacional, contra el herpes zoster y contra el tétano y difteria (Tdap).

Exámenes para la detección precoz de cáncer: La búsqueda dirigida de cáncer en individuos asintomáticos se realiza con la esperanza de detectar la enfermedad en estadios más tempranos y sea posible curarlos. Sólo la búsqueda activa y detección precoz de cáncer de colon, cáncer cérvico uterino y cáncer de mama ha demostrado que salva vidas en los adultos mayores.

Prevención de caídas: Los factores más importantes asociados a riesgo de caer son la disminución de la fuerza muscular, la alteración del equilibrio en bipedestación, la capacidad de marcha y el uso de medicamentos. Lo más efectivo es intervenir para disminuir la cantidad de factores que influyen en el riesgo de caer, por ejemplo: mejorar la visión con anteojos o cirugía disminuye significativamente el riesgo de caer. La disminución de medicamentos, la eliminación de medicamentos inútiles, evitar el uso de benzodiazepinas, antipsicóticos y antihistamínicos. La terapia física y el uso consistente de elementos de seguridad en la casa (eliminar alfombras, iluminación adecuada, barras de apoyo en baños), presentan la evidencia más constante de beneficio. El ejercicio físico es la intervención más estudiada. El entrenamiento que mejora la fuerza, el balance y resistencia disminuye las caídas.

El entrenamiento supervisado en educación, balance y equilibrio postural, ejercicio de fortalecimiento muscular, control de medicamentos, modificación de "peligros" ambientales, la psicoducción y las técnicas habituales del tratamiento de la ansiedad son efectivas para el tratamiento de este problema.

Metodología

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por cuota con un diseño de un solo grupo.

Población

En total participaron 250 personas de 60 años o más, jubilados o pensionados y que desearan participar voluntariamente.

Instrumento

Se diseñó una escala tipo likert de 80 reactivos que mide las dimensiones de deterioro por la edad, estado de salud, autonomía e independencia, sentimientos, cognición, red social, accesibilidad y seguridad social. La escala tiene opción a respuesta si=2, a veces=1 y no o

no aplica=0. La suma de estas dimensiones nos da una calificación de la población en base a la cual se define el estado de bienestar de la persona en edad propecta.

Resultados

Entre los resultados descriptivos se pudo observar que el 29.3% (81) son hombres y el 70.7% (195) son mujeres con una media de edad de 73 años 4 meses y una desviación estándar de 7.5. En la variable peso se registra una media de 66.68 con una desviación de 12.94 y en la variable talla se registró una media de 1.54 y una desviación de .09.

Con respecto al estado civil se observó que el 37.3% (103) son casados, el 14.5% (40) son solteros, el 47.5% (131) son viudos y el .7% (2) son divorciados.

A continuación en la Tabla 1 se observan las instituciones a la que acuden para su atención médica.

Tabla 1. *Relación de instituciones de salud a la que acuden los participantes*

Institución	Frecuencia	Porcentaje
Celaray	75	27.17
IMSS	102	37
ISSTE	99	35.8

Tabla 2. *Relación de las respuestas dadas al cuestionario*

Dimensión	Media	Desviación
Preservación funcional	3.49	2.21
Estado de salud	4.24	2.17
Autonomía	3.59	4.37
Sentimientos	2.21	2.38
Cognición	4.53	3.97
Red social	4.81	4.62
Accesibilidad	6.31	3.07
Seguridad	9.74	5.54

Tabla 3. *Resultados de la prueba T.*

Dimensión	Media		T	p
	H	M		
Preservación funcional	3.18 (2.19)	3.62 (2.22)	1.52	1.28
Estado de salud	4.09 (1.89)	4.31 (2.28)	.76	.44
Autonomía y vivienda	3.01 (4.08)	3.82 (4.47)	1.40	.16
Eutimía	2.11 (2.41)	2.25 (2.37)	.44	.65
Seguridad	8.93 (5.70)	10.07 (5.4)	1.5	.120
Accesibilidad	6.21 (6.36)	2.31 3.34	.36	.716
Red social	4.94 (4.94)	4.76 (4.50)	.29	.77

Tabla 4. *Resultado global de la escala.*

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
11-20	26	9.7%
21-30	76	28.52%
31-40	67	88.15%
41-50	34	12.63
51-60	20	7.43%
61-70	28	10.40%
71-80	10	3.71%
81-90	7	2.60%

Discusión y conclusiones

Llama la atención la enorme necesidad de proveer orientación en las personas de la edad propecta. Este es un grupo de ancianos relativamente sanos que acuden a un centro comunitario y manifiestan sentimientos de minusvalía y de aislamiento social.

Como demuestran los resultados encontrados, más del 50% de los adultos mayores se sienten inútiles, por lo que es indispensable trabajar su autoestima y auto soporte.

Referencias

Becerra, N. Prevención de accidentes en adultos mayores. (2009)Univ. Med. Bogotá. Vol.50. No.2. Pp. 194-208.

- Estrella, D., Rubio, H., Sanchez, P., Aguilar, P. Araujo, R. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida, Yucatán. *Revista Mexicana de Medicina Física y de Rehabilitación*, 2011. Vol 1.
- García, C. (2010). Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *REV. MED. CLIN. CONDES*. Vol. 21. No.5 Pp. 831-837.
- García, G. e Isern, Á.(2008). Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. *Medicentro*. Vol.12 No.4.
- González, A., Padilla, A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Univeritas Psychologica*. Vol.5 No.3.Pp. 501-509.
- Hyun, D., Sagar, U., Adams, S. y Whellan, D.(2009) Lifestyle Risk Factors and Utilization of Preventive Services in Disabled Elderly Adults in the Community. *J Community Health*. Vol.34. Pp.440–448.
- Montoria, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la discapacidad. *Intervención psicológica*. Vol. 16. No 1. Pp.43-54
- Rodríguez, A., Valderrama, A. y Molina, J.(2010) Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*. No. 25. Pp. 246-258.
- Rodríguez, R., La Rosa, M. y Reyes, M.(2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana Enfermería*. Vol. 22. No.1.
- Velásquez, V. (2009). Caracterización del riesgo familiar total en familiar con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad Kennedy. Bogotá, 2005. *Revista Avances en enfermería*. Vol. 27 No.1
- Vidal D., Zavala, M., Castro, M., Mora, O., Mathiesen, M. (2008) Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuadernos Médicos sociales*. Vol.4. No.1. Pp. 5-12.

Calidad de Vida y Diabetes Mellitus Tipo 2

MCE. Antonio Vicente Yam Sosa

MSC. Julia Alejandra Candila Celis

Dra. Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar

Cuerpo Académico Calidad de vida y cronicidad- Facultad de Enfermería

Introducción

Este capítulo tiene el propósito de proporcionar al profesional de la salud elementos conceptuales sobre Calidad de Vida (CV) para que le ayude a incorporar juicios y valores en investigaciones relacionadas durante la experiencia del proceso salud-enfermedad por el que atraviesan las personas. En este trabajo se describen algunas consideraciones para la investigación sobre CV, se inicia con una descripción de sus alcances históricos en el que se señalan los diversos enfoques que ha tomado a través del tiempo; se presenta una reflexión sobre el contexto bajo el cual se plantea este concepto, sus alcances, limitaciones, se revisa la importancia que tiene para las personas el concepto de CV Relacionado con la Salud (CVRS), se hace una descripción de los diferentes abordajes para su estudio, y de los instrumentos para su medición: genéricos y específicos. Por último se presentan los pasos del proceso de adaptación cultural de los instrumentos, ya que la mayoría de ellos son originarios de países de lengua inglesa.

Aspectos conceptuales sobre Calidad de Vida.

Aspectos históricos.

La CV es un constructo antiguo, la definición de una vida “buena”, ha estado presente en las preocupaciones del pensamiento económico y social desde los tiempos de Aristóteles, la preocupación por la CV atraviesa el debate de las ciencias humanas, en particular de la filosofía, economía, sociología y, más recientemente, las ciencias de la salud y educación ⁽¹⁾. Surgió en la literatura científica en los años 30’s; su marco inicial en área de la salud, fue a partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud en 1947, a partir de entonces se desarrollaron medida de indicadores de funcionalidad.

En los años 50’s se hace una evaluación de salud física (como movilidad e incapacidades) en detrimento de la salud mental, con lo que se presentó un dualismo entre cuerpo-