

Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México

Luis Durán Arenas,¹ Guillermo Salinas Escudero,¹
Katia Gallegos-Carrillo²

México es un país en transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos 20 años¹⁻³ como resultado de múltiples factores, en general por el desarrollo económico y social del país, en particular por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud. Sin embargo, estos éxitos del pasado presentan una nueva situación en la que las demandas al sistema de salud son de una naturaleza distinta a las que le dieron origen. En este nuevo contexto el objetivo ha cambiado, no es sólo incrementar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país.

Dicha inquietud tiene una larga tradición, pero nunca como ahora se sentirán sus consecuencias. Aunque desde el lanzamiento del programa “Salud para todos en el año 2000” se incluía no solamente la prevención de muerte prematura, discapacidad y enfermedad, sino también aumentar la calidad de vida,⁴ dado que la vida de los individuos tendía a ser observada sólo de una manera cuantitativa, no es hasta los 80 que al componente de la cantidad se le ha adicionado el de la calidad en países desarrollados,⁵⁻⁷ al mismo tiempo que se incrementaron las investigaciones sobre el tema.⁸

Definición de la calidad de vida

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de

¹ Coordinación de Asesores-Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

² Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.⁹ Un aspecto importante a considerar es que la calidad de vida depende de muchos otros factores además de la salud, por lo cual algunos investigadores prefieren usar en estos casos el término “Calidad de vida relacionada a la salud” (CVRS) (Health-Related Quality of Life).

En los últimos años la medición de la CVRS se ha convertido en la medida estándar en ensayos clínicos para evaluar la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad.

La calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de la vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales.¹⁰ Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones.¹¹ Por lo tanto, es un término multidimensional en el que se integran buen funcionamiento físico, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud.¹²

Estas definiciones dan los elementos por los que, en la salud pública, la calidad de vida puede ser considerada como un indicador útil para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud. Sin embargo, existen pocas investigaciones que se han dedicado al estudio de la calidad de vida, cuya medición se realice a nivel poblacional, dado que en la mayoría se han contrastado las condiciones de algún grupo de pacientes o de sujetos de características específicas dentro de la población general.¹³⁻¹⁵ Los principales grupos de personas donde se centran estos estudios es en los adultos mayores,¹⁶⁻²⁰ debido en parte a que es el grupo de edad en el que se concentran las pérdidas cualitativas más que cuantitativas en el estado de salud. Asimismo, se ha tratado de determinar cuáles son los factores que pueden estar asociados con la percepción de calidad de vida, porque en este grupo de individuos es más factible encontrar resultados efectivos.^{21,22}

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención. Dado que conforma actualmente 6.54% de la población mexicana, se vuelve una prioridad estudiarlos.^{23,24}

Un aspecto central en el desarrollo y utilización de estas medidas es evaluar la calidad de vida en grupos de pacientes con enfermedades específicas, en comparación con el nivel promedio de estas medidas en la población (país, estado), ajustadas por edad y sexo. Si bien hay países, como Canadá y Estados Unidos de

América (EUA), en los cuales se han realizado este tipo de mediciones, hasta recientemente sólo existía un estudio con medidas poblacionales en México.

Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor

En gran medida la CVRS ha sido estudiada como un indicador del resultado de intervenciones específicas en salud. Por lo tanto, las variables asociadas a la CVRS o sus determinantes, han sido estudiados en forma paralela, ya sea como factores modificadores de los efectos de las intervenciones evaluadas, o como factores a controlar en los diseños.

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida, destacan entre ellos:

1. Soporte social, un elemento que con frecuencia aparece relacionado de forma positiva, independientemente del tipo de estudio o de la intervención médica de que se trate.
2. Edad, sexo, condición de salud y residencia.
3. Factores socioeconómicos y escolaridad (si bien tienen importancia, no son del todo determinantes).
4. Finalmente, el estado de salud, ya que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental, como los desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

En lo que resta de esta sección nos enfocaremos en las medidas de CVRS, que fueron desarrolladas tanto en Europa como en EUA y han generado una infinidad de trabajos que podríamos categorizar en dos grandes grupos, medidas genéricas y medidas específicas de calidad de vida.

Medidas genéricas de calidad de vida

Entre éstas sin duda las dos que dominan el campo son el EuroQol y el formato corto 36, mejor conocido como el SF-36.

El EuroQol fue desarrollado bajo el liderazgo de Alan Williams por un grupo multidisciplinario de científicos europeos. Este instrumento analiza cinco dimensiones de calidad de vida con una pregunta cada una y con una escala de tres puntos. Además se utiliza una escala analógica para evaluar la percepción general de la calidad de vida. Fue diseñado para proveer una medida sumaria, de tal manera

que pudiera contar con una escala de 243 estados posibles de salud que permitieran su utilización como parte de la estimación del costo-utilidad de diferentes alternativas de intervención. Las dimensiones que incluye son las siguientes:

- Movilidad
- Auto-cuidado
- Actividades usuales
- Dolor e incomodidad
- Ansiedad y depresión

El Formato Corto 36 (SF-36), a diferencia del anterior se desarrolló para proporcionar un perfil de la calidad de vida y no un índice o una medida sumaria; considera ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión que suman un total de 36 preguntas en el instrumento. Las dimensiones que incluye son:

- Funcionamiento físico
- Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud
- Dolor corporal
- Funcionamiento social
- Salud mental general, incluyendo estrés psicológico
- Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales
- Vitalidad, energía o fatiga
- Percepciones de salud general

Años de vida ajustados por calidad de vida

Como se indicó anteriormente, el EuroQol fue diseñado como una medida sumaria y como tal ha sido utilizado extensamente en estudios de costo-utilidad de intervenciones y a partir de éste se han calculado los años de vida ajustados por calidad de vida o QALYs (por sus siglas en inglés). Recientemente se han hecho esfuerzos en la Universidad de Leeds en el Reino Unido para desarrollar una medida sumaria a partir de las respuestas al cuestionario SF 36.

Estudios en México

Existen pocos estudios en México sobre esquemas genéricos de medición de CVRS. De hecho la mayoría de las investigaciones que han medido calidad de vida, se han hecho con escalas específicas para enfermedades específicas. Dado que el objetivo de este capítulo se enfoca en las medidas genéricas, no haremos una discusión sobre las específicas.

A continuación revisaremos la experiencia en México con el uso de medidas genéricas de CVRS y sus principales resultados. Presentaremos cinco estudios, cuatro de ellos desarrollados por los autores de este capítulo en los últimos cinco años; en éstos se muestra la aplicación tanto del formato corto 36, como de su versión abreviada, el formato corto 12.

Estudios de validación de las escalas de medición de CVRS

Evaluación del estado de salud con el cuestionario SF-36 en Mérida, Yucatán

Zúñiga y Carrillo llevaron a cabo un estudio en 1996 sobre la aplicación del cuestionario SF-36 para la medición de la calidad de vida en una población abierta. Estos autores lo aplicaron a 257 personas, 87 fueron empleados usuarios de los servicios médicos institucionales del centro de educación superior ubicado en el sureste de México, y 170 adultos voluntarios que trabajaban en una institución pública; la selección de ambos grupos fue aleatoria. La mitad de los participantes (50.1%) pertenecía al sexo masculino, y el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 35.44 años (40.2%). El rango de edades fue de 18 a 64 años.²⁵

Los promedios de las escalas de salud, funcionamiento físico y vitalidad fueron más altos en los hombres que en las mujeres; por otra parte, los de salud general fueron más bajos en los hombres. Las medias de todas las escalas de salud en los grupos de edad presentados mostraron variabilidad sin tendencias específicas.

La escala de los participantes de servicios médicos estudiada con puntuación más alta es salud general (63.2%). Los controles mostraron la puntuación más alta en funcionamiento físico (94.6) y la más baja en salud general (72.9).

Validez del instrumento

La principal contribución de este trabajo fue la validación del SF-36 en una población mexicana, aunque no representativa de ningún grupo en particular, por lo cual se puede ver más como una prueba piloto, que como un ejercicio de validación en sí mismo. De cualquier manera los autores encontraron validez convergente de las preguntas, comprobada con una correlación de 0.40 o mayor con su escala hipotetizada.

La evaluación de la homoscedasticidad muestra que 35 de las 36 preguntas de cada escala contribuyen de manera similar a sus respectivas escalas. Se encontró un coeficiente de α de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84. Los coeficientes estuvieron entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas, excepto para el rol emocional, que mostró una correlación de 0.56. Las

correlaciones más altas se observaron en vitalidad, funcionamiento social y salud mental (rango 0.54-0.73). De las cuatro escalas de salud representativas del constructo salud mental, el rol emocional tuvo las correlaciones más bajas. También fueron bajas las correlaciones entre función física y las demás escalas.

En este estudio, se probó la viabilidad de aplicar el SF-36 en México. En general los resultados sugieren que trabaja bien en las poblaciones en que fue probado, aunque se sugiere el cambio en la construcción y formato de tres preguntas, de las 36 que conforman el cuestionario.

Estudio de validación del SF-36 en los estados de Oaxaca y Sonora

El principal objetivo de este trabajo se orientó a presentar los resultados de la aplicación del cuestionario SF-36 en dos estados de México, contrastantes en su desarrollo socioeconómico: Sonora y Oaxaca.²⁶⁻³⁰ Se aplicó dentro de una encuesta más amplia orientada a identificar los factores asociados con la utilización y la calidad de los servicios de salud en esos estados, que fue llevada a cabo en 1999-2000. Un segundo objetivo del estudio fue presentar un contraste entre los niveles de calidad de vida obtenidos en los estados de Sonora y Oaxaca, comparados con la variación encontrada en las provincias de Canadá y en EUA. El primer análisis ofrece una referencia normativa en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar los resultados que obtengan en estudios específicos de pacientes con normas apropiadas de género y edad en el ámbito poblacional. El segundo nos permite enfrentar la pregunta de si la variabilidad regional en México requiere o no del desarrollo de normas regionales específicas para el país.

Métodos

Los datos provienen de una encuesta que fue parte de un estudio más amplio que buscaba relacionar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud con la implantación de paquetes de ajuste macroeconómico en el país. La iniciativa fue financiada por el Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional de Canadá (*IDRC MAP Health Project*).

Esta encuesta se basó en un muestreo polietápico que consideró cuatro etapas, abarcando tanto áreas rurales como urbanas. En estas unidades de muestreo se seleccionaron aleatoriamente un total de 1 200 viviendas en zonas rurales y 3 000 en zonas urbanas. Tanto en unas como en otras se mantuvo una reserva de 10% para la muestra.

Se elaboraron cuatro instrumentos: el primero incluyó variables en el ámbito de la familia; el segundo, información individual, incluyendo el SF-36; el tercero se

orientó a aspectos de la salud materno-infantil; y el cuarto, a la utilización de servicios de salud.

Método para las estimaciones normativas del SF-36. Se estimaron las calificaciones promedio para cada dimensión del SF-36 y se calcularon los datos normativos (promedio, desviaciones estándar, intervalos de confianza de 95% y porcentajes a nivel de piso y techo) para toda la muestra, por género y grupos de edad (con incrementos de 10 años), para cada uno de los estados estudiados.

Método para la comparación de variabilidad regional. Para evaluar las diferencias regionales se utilizó un análisis de diferencia de promedios. Los resultados se notifican con intervalos de confianza al 95%. Se analizaron en forma separada cada combinación de género, grupo de edad y dimensión del SF-36, dando un total de $2 \times 6 \times 8 = 96$ análisis.

Resultados

Los datos fueron recolectados entre junio y septiembre de 1999. Se obtuvo respuesta de 98.5% de las 4 200 viviendas seleccionadas. El porcentaje de respuesta fue similar en Oaxaca y en Sonora (98.75 y 98.25%, respectivamente). Dentro de estas viviendas, respondieron el cuestionario SF-36 un total de 5 961 individuos mayores de 25 años (al menos un individuo por vivienda). Se eliminaron del análisis 366 cuestionarios que correspondían a individuos menores de 25 años.

La edad promedio de los entrevistados fue de 46.6 años para mujeres (desviación estándar [DE] = 13.4) y 47.9 años para hombres (DE = 13.8). La distribución por edad y sexo fue tres años más joven en el estado de Oaxaca (Sonora, promedio de edad mujeres 48.6 años y hombres 49.6 años, DE = 13.7 y 14.2, respectivamente; Oaxaca, promedio de edad mujeres 44.8 años y 46.9 años hombres, DE = 12.7 y 13.5, respectivamente).

Valores normativos del SF-36 en México

Las calificaciones para las ocho dimensiones y los dos índices de resumen del SF-36 variaron claramente por edad, como se muestra en el cuadro I.

Aunque es posible observar en varias de las dimensiones un efecto de techo (el porcentaje de sujetos que recibió la calificación máxima posible: papel físico y papel emocional, 82.2 y 82.4%, respectivamente), no se encontró un efecto de piso fuerte (la proporción de individuos que calificaron en el nivel mínimo posible: desempeño físico y desempeño emocional = 6.3 y 6.0%, respectivamente).

Cuadro I-A

Resultados del SF-36 en Oaxaca y Sonora, por grupos de edad. México 1999-2000

Grupo de edad	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Percepción de salud	Vitalidad	Función social
25-34	1175	1170	1167	1175	1174	1174
Valor medio	9 630 382	93,50427	89,38303	54,94809	74,05309	77,12095
DE	03 336 554	0,5696481	0,6452913	0,3594519	0,4940073	0,4621058
IC 95%	95,64919 9 695 844	92,38663 94,62192	88,11697 90,6491	54,24285 55,65332	73,08386 75,02233	76,21431 78,0276
% al piso	0,26	2,14	0,69	0	0	0,09
% al techo	82,55	87,01	77,21	0	11,84	0,26
35-44	1535	1528	1533	1535	1535	1534
Valor medio	94,95621	93,60275	89,43575	53,64213	71,31053	76,45372
DE	0,3480434	0,5190084	0,5435163	0,3008264	0,4547163	0,4020406
IC 95%	94,27352 95,6389	92,5847 94,62079	88,36963 90,50186	53,05205 54,2322	70,4186 72,20246	75,66511 77,24232
% al piso	0,13	2,62	0,33	0	0,13	0,33
% al techo	79,09	88,29	75,47	0	10,03	0,26
45-54	1566	1553	1560	1566	1563	1562
Valor medio	92,64519	91,75789	86,97436	52,48978	71,89806	76,04994
DE	0,4207999	0,6015358	0,588631	0,3172134	0,4357316	0,4135125
IC 95%	91,81979 93,47058	90,57798 92,9378	85,81977 88,12895	51,86757 53,11199	71,04338 72,75274	75,23884 76,86103
% al piso	0,45	4,38	0,71	0	0,06	0,06
% al techo	70,69	86,16	70,19	0,06	9,53	0,38
55-64	978	973	975	978	976	976
Valor medio	84,88	84,67797	82,18462	49,92672	69,08641	74,47746
DE	0,7261576	1,026193	0,8095978	0,3941404	0,5504417	0,5517879
IC 95%	83,45499 86,30501	82,66416 86,69178	80,59586 83,77337	49,15326 50,70018	68,00622 70,16659	73,39463 75,56029
% al piso	0,72	9,04	1,13	0,1	0,1	0,31
% al techo	52,45	77,7	59,38	0,1	6,56	0,1
65-74	483	481	481	483	481	481
Valor medio	70,28842	72,1587	73,09771	47,60455	65,27027	69,93763
DE	1,361821	1,831979	1,395599	0,6064348	0,867287	0,8973138
IC 95%	67,61258 72,96426	68,55901 75,75839	70,35547 75,83995	46,41297 48,79614	63,56612 66,97442	68,17448 71,70078
% al piso	3,73	18,5	2,7	0,21	0	0,62
% al techo	30,85	62,16	46,78	0,21	4,57	0,21
75 +	204	203	204	204	204	204
Valor medio	55,96541	58,53859	68,97059	45,38562	59,44444	62,59804
DE	2,101743	3,100629	2,10836	0,9726656	1,400312	1,468651
IC 95%	51,82137 60,10946	52,42484 64,65234	64,8135 73,12768	43,4678 47,30344	56,68342 62,20547	59,70227 65,49381
% al piso	4,9	30,05	1,47	0	0,49	0,98
% al techo	14,71	46,8	38,24	0	1,96	0
Todas las edades	5950	5916	5928	5950	5941	5939
Valor medio	89,61278	88,68041	85,54065	52,20297	70,73332	75,14733
DE	0,2678601	0,3594889	0,3179138	0,1639146	0,2314162	0,2202887
IC 95%	89,08767 90,13788	87,97569 89,38514	84,91743 86,16388	51,88164 52,5243	70,27966 71,18698	74,71549 75,57918
% al piso	0,79	6,27	0,86	0,03	0,07	0,25
% al techo	67,06	82,17	68,15	0,05	8,95	0,25

* El % de piso y techo se refiere a la proporción de encuestados con la puntuación mínima (0) y máxima (100) posible, respectivamente

DE: Desviación Estándar

IC: Intervalo de Confianza

Cuadro I-B

Resultados del SF-36 en Oaxaca y Sonora, por grupos de edad.

México 1999-2000

Grupo de edad	Rol emocional	Salud mental	Evolución declarada de salud	Componente de escala física	Componente de escala mental
25-34	1174	1174	1166	1175	1175
Valor medio	93,18569	74,07496	60,09863	83,5111	79,62603
DE	0,5598298	0,5399972	0,575861	0,3288664	0,388408
IC 95%	92,08731 94,28407	73,01549 75,13443	58,96879 61,22847	82,86587 84,15633	78,86398 80,38808
% al piso	1,96	0	0,86	0	0
% al techo	86,03	12,27	12,52	0	0,17
35-44	1533	1535	1524	1535	1535
Valor medio	93,32464	72,20022	61,18766	82,89073	78,31846
DE	0,5147306	0,4792097	0,521195	0,3120458	0,3467221
IC 95%	92,31498 94,33429	71,26024 73,14019	60,16533 62,21	82,27865 83,50282	77,63836 78,99856
% al piso	2,41	0	0,59	0	0
% al techo	87,87	11,34	14,96	0	0
45-54	1563	1563	1560	1566	1564
Valor medio	90,8296	72,37748	59,71154	80,89264	77,78607
DE	0,6165304	0,4692359	0,5096155	0,3573647	0,3679882
IC 95%	89,62029 92,03892	71,45708 73,29788	58,71193 60,71114	80,19168 81,59361	77,06427 78,50787
% al piso	4,48	0,06	0,51	0	0
% al techo	84,77	10,56	12,88	0	0,13
55-64	976	976	973	978	976
Valor medio	86,6291	71,15061	56,5776	75,41172	75,33589
DE	0,9593391	0,5741734	0,6362899	0,5567795	0,497667
IC 95%	84,74649 88,51171	70,02386 72,27737	55,32893 57,82626	74,3191 76,50434	74,35927 76,31252
% al piso	8,2	0	1,23	0	0
% al techo	80,12	6,97	9,35	0,1	0
65-74	483	481	479	483	483
Valor medio	74,84472	70,28274	54,95825	65,77367	70,12871
DE	1,788448	0,8827619	0,9377633	0,9871754	0,8638973
IC 95%	71,3306 78,35884	68,54819 72,0173	53,1156 56,80089	63,83397 67,71336	68,43124 71,82618
% al piso	17,81	0	1,25	0	0
% al techo	66,87	6,65	8,98	0,21	0,21
75 +	202	204	202	204	204
Valor medio	61,13861	66,33333	50	57,2055	62,37459
DE	3,084635	1,360743	1,509375	1,57401	1,43406
IC 95%	55,05622 67,22101	63,65033 69,01634	47,02376 52,97624	54,10199 60,309	59,54702 65,20216
% al piso	29,21	0	2,97	0	0
% al techo	50	4,9	7,43	0	0
Todas las edades	5939	5941	5913	5950	5945
Valor medio	88,93473	72,06553	58,91257	78,97928	76,72321
DE	0,3493577	0,242183	0,2637371	0,2103725	0,1989396
IC 95%	88,24986 89,61959	71,59077 72,5403	58,39554 59,42959	78,56687 79,39169	76,33322 77,11321
% al piso	0,25	5,98	0,02	0,86	0
% al techo	82,39	9,98	12,24	0,03	0,08

* El % de piso y techo se refiere a la proporción de encuestados con la puntuación mínima (0) y máxima (100) posible, respectivamente

DE: Desviación Estándar

IC: Intervalo de Confianza

La figura 1 presenta la comparación en el puntaje de las ocho dimensiones y los dos índices de resumen para México, Canadá y EUA. Como puede observarse, México en general presenta puntajes más altos en cinco de las dimensiones y en los dos índices de resumen, en tanto que Canadá presenta puntajes más altos en las tres dimensiones restantes (salud general, función social y salud mental). Es importante mencionar que en desempeño físico, dolor corporal y en los índices de resumen, la diferencia entre los puntajes promedio es superior a los 5 puntos, y los intervalos de confianza no se superponen. Esta diferencia es considerada, clínica y socialmente, significativa.

Los puntajes estandarizados de promedio por edad y sexo presentaron un patrón semejante al observado en la población general. En cuanto a la puntuación media general por sexo, los hombres tuvieron mayores puntajes que las mujeres en todas las dimensiones y en los dos índices; esto es congruente con lo observado en Canadá y en otras poblaciones.

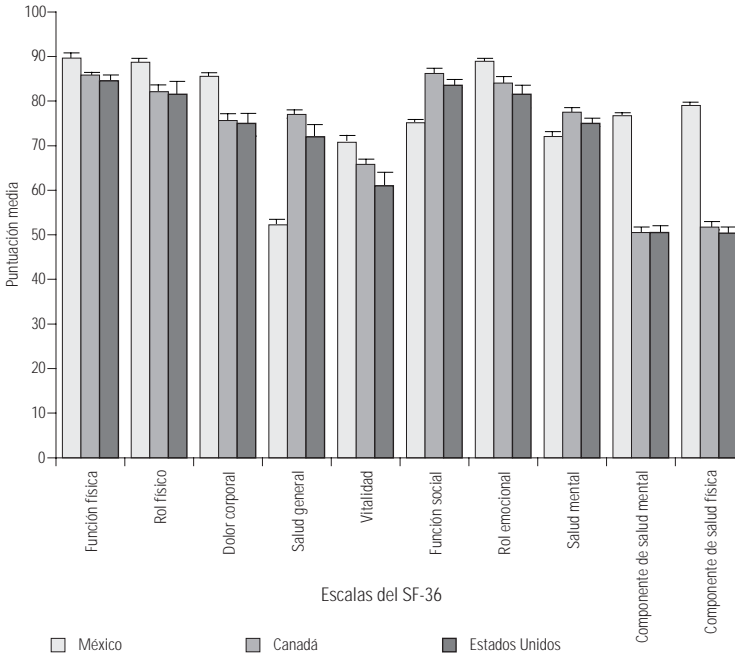
Debemos reconocer que para que los datos normativos sean válidos, es necesario que provengan de una muestra representativa de la población de interés. A pesar de que la muestra en México se limitó a dos estados, por razones económicas, éstos representan dos extremos de desarrollo social y económico del país. Por lo tanto, decidimos estudiarlos para valorar las diferencias regionales y poder recomendar estrategias de comparación más efectivas para los estudios sobre grupos específicos de pacientes. A continuación se presenta dicho análisis.

Variabilidad regional

La variación en tamaño de muestra y en porcentaje de respuesta fue mínima entre los dos estados. También se encontró sólo una ligera diferencia en las distribuciones por edad y sexo, con una estructura poblacional ligeramente más joven en Oaxaca (tres años en general, y con la misma proporción tanto en hombres como en mujeres), y con una proporción mayor de mujeres entre los respondientes de Sonora en comparación con los de Oaxaca (53.7 y 63.7%, respectivamente).

El cuadro II presenta el puntaje obtenido en los dos estados para cada dimensión del SF-36 y los dos índices de resumen, así como la diferencia entre los estados con los valores de edad y sexo combinados. Como se observa, estas diferencias rebasan nuestro estándar (más de 5 puntos para ser clínica y socialmente significativas) en cuatro dimensiones y uno de los componentes. Cuando observamos solamente a las mujeres, las diferencias se mantienen en valores similares. Sin embargo, consideramos necesario analizar el efecto de la distribución por edad, ya que se podría esperar, como sucedió con los datos normativos canadienses, que existiera

Figura 1
Puntaje de las ocho escalas del SF-36 y los componentes de salud física y mental



un fenómeno de cancelación cruzada de los efectos, esto es, que el efecto de edad y sexo observado en un grupo de edad cancelara el efecto en otro estrato.

Por grupos de edad y sexo existe una gran variabilidad, tanto en hombres como en mujeres y en múltiples dimensiones. Llama la atención que, tanto en hombres como en mujeres, la mayor variación que se observa en los adultos hasta de 64 años de edad tiende a concentrarse en tres dimensiones: salud general, función social y salud mental; en el grupo de 65 a 74 años se concentra en función social y salud mental; y en mayores de 75 años, en salud mental.

Es importante resaltar que existe un patrón inverso entre hombres y mujeres en el número de dimensiones en las que encontramos variaciones clínica y socialmente significativas. Así, se observa variación en un número mayor de dimensiones en los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), mientras que en las mujeres se

Cuadro II
Dimensiones del SF-36 por estado (Oaxaca y Sonora) y diferencias por estado y en mujeres. México 1999-2000

Estado	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	CEM	CEF
Categoría combinada de edad y sexo										
Oaxaca	87.91	87.85	86.04	56.61	75.59	79.44	89.51	79.18	80.93	77.71
Sonora	90.91	89.32	85.16	48.84	67.03	71.87	88.5	66.63	73.52	78.53
Diferencia máxima	3.0	1.5	0.9	7.8	8.6	7.6	1.0	12.5	7.4	0.8

Categoría combinada de edad para mujeres

Diferencia máxima	3.3	1.9	0.9	7.9	7.8	7.1	0.2	12.0	6.8	0.9
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----

CEM: Componente de Escala Mental

CEF: Componente de Escala Física

observa una mayor variación en los extremos, en los grupos de edad de 25 a 34 años y de 75 años y más.

Discusión

La necesidad de tener datos normativos de países específicos para comparar el efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en grupos de pacientes específicos está sustentada en los hallazgos en Canadá, en EUA y, ahora, en México.

En contraste con lo encontrado en otros países, en México parecen existir importantes variaciones regionales, como lo sugieren nuestros resultados en el caso de Sonora y Oaxaca. Aunque dentro de estos extremos se encuentra la realidad nacional, no podemos aceptar que el promedio de estos extremos refleje el promedio real del país. Primero, sería necesaria la medición de CVRS en una encuesta representativa nacional, lo que permitiría generar datos normativos que resultaran más adecuados para hacer comparaciones generales.

Aceptando la propuesta de que los datos presentados pueden ser tomados como normativos para México, llama la atención que, en general, los puntajes

promedio son más altos en México que en Canadá y EUA. Esto puede deberse, en parte, a que el promedio de edad de la población que respondió el SF-36 en México fue aproximadamente 14 años menor que la población canadiense y la estadounidense. Al mismo tiempo, este hallazgo es consistente con la variabilidad regional que se ha encontrado en otros estudios, y señala la necesidad de utilizar datos normativos por país para las comparaciones de efectos en grupos de pacientes en países específicos.

Sin duda las medidas de CVRS llegaron para quedarse, y seguramente experimentarán un crecimiento explosivo dada la composición de nuestra población, la cual, en un lapso no mayor de 25 años, alcanzará la situación que se observa en países europeos. En consecuencia, recomendamos apoyar este tipo de estudios, tanto para el SF-36 como para el Euroqol, otra de las medidas de CVRS que se utilizan en estudios de evaluación de tecnología, ensayos clínicos aleatorios y estudios de costo-efectividad.³¹⁻⁴⁷

Estudios poblacionales descriptivos y analíticos

Factores asociados con la CVRS en el estado de Morelos

Este estudio se basa en una encuesta transversal realizada durante marzo y septiembre de 1997 en áreas urbanas y rurales de Morelos. Tuvo como meta identificar y caracterizar el acceso, uso y calidad de los servicios desde la perspectiva de la población, así como valorar la relación existente entre estos aspectos y la calidad de vida de los individuos.

Se seleccionó una muestra aleatoria de 3 000 viviendas, 2 000 para el área urbana (Cuernavaca) y 1 000 para la zona rural (Miacatlán y Coatlán del Río). En cada una de las viviendas en las que había una persona mayor de 60 años se aplicaba el cuestionario. El número total en Cuernavaca fue de 552, de los cuales fueron entrevistados 495 debido a que el resto no aceptó participar, por tanto la tasa de respuesta fue de 89.6%. En relación con el muestreo en zona rural en total fueron 417 sujetos elegibles, debido a que no todos aceptaron participar se entrevistaron finalmente a 374, siendo la tasa de respuesta de 89.68%.

El principal instrumento utilizado fue un cuestionario aplicado de manera directa, en el cual la calidad de vida en adultos mayores de 60 años se analizó en cuatro dimensiones: funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud, cuya forma de medición se modificó del cuestionario SF-36. Para evaluar la reproducibilidad del instrumento se utilizó el estadístico Kappa-Cohen, con el propósito de determinar la concordancia de las variables categóricas. Los resultados del análisis de reproducibilidad indican que las variables que conforman las

dimensiones relacionadas con calidad de vida presentaron una concordancia de buena a moderada.⁴⁸

Las variables independientes utilizadas en el análisis fueron género, edad, ingreso familiar, ubicación urbano/rural, morbilidad percibida, nivel de actividad, contacto con el médico, hospitalización en el último año y consumo de tabaco.

En esta sección se presenta el análisis de regresión logística que permitió ajustar por edad, con el propósito de evaluar la relación existente entre las variables independientes y la calidad de vida, así como su contribución independiente al riesgo de mala calidad en cada una de las dimensiones estudiadas. El análisis realizado consistió en modelos multivariados de regresión logística no condicionada por cada una de las dimensiones de calidad de vida consideradas.

Resultados

En los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística, para determinar los factores asociados con las dimensiones de calidad de vida, se encontró que las mujeres tienen significativamente casi tres veces más riesgo de tener mala calidad de funcionamiento físico. Asimismo, morbilidad en el último año y aumento de la edad son variables que también lo incrementan. No obstante, realizar algún tipo de actividad es un factor que favorece la función física de las personas mayores.

En el cuadro III se puede observar que el único factor asociado con la dimensión de funcionamiento social, es el que los sujetos hayan tenido algún examen médico en el último año, situación que, de acuerdo con los resultados obtenidos, favorece el funcionamiento social de los adultos mayores.

En la dimensión emocional las mujeres tienen mayor posibilidad de tener una mala calidad emocional, al igual que los eventos de enfermedad y el aumento de la edad que impactan de manera negativa y significativa sobre esta dimensión. Por otra parte, un factor que podría ayudar a la buena calidad emocional de los ancianos es el examen médico que actúa como un elemento favorecedor (cuadro IV).

En el cuadro V, se muestran los factores asociados con la percepción general de salud en donde ser del sexo femenino, la morbilidad en el último año y la hospitalización, incrementan significativamente la percepción de un mal estado de salud. Realizar algún tipo de actividad de acuerdo con lo encontrado en este estudio, puede ayudar a una mejor percepción de la salud del grupo que nos ocupa.

En todos los modelos de regresión se incluyó la variable de ingreso y ubicación urbano/rural, pero como no presentaron efecto alguno en todas las dimensiones analizadas, no se presentan en los cuadros de resultados.

Cuadro III
Regresión logística de factores asociados a la dimensión de funcionamiento social de la calidad de vida en adultos mayores de 60 años en el estado de Morelos, México 1997

Variables independientes	Mala calidad social n= 412	Buena calidad social n= 457	Modelo con mejor ajuste*	
			Razón de momios	Intervalo de Confianza (95%)
Chequeo médico en el último año				
No	175	153	1	-
Sí	237	302	0,68	0,51, 0,90
Edad				
60-65	145	170	1	-
65-70	98	113	1,03	0,72, 1,47
70-75	65	75	1,02	0,67, 1,53
75 y mayores	104	99	1,22	0,85, 1,77
Género				
Masculino	189	187	1	-
Femenino	223	270	0,86	0,62, 1,19
Enfermedad en el último año				
No	197	222	1	-
Sí	214	233	1,24	0,93, 1,67
Realiza alguna actividad				
No	78	74	1	-
Sí	334	381	0,84	0,57, 1,21
Hospitalización en el último año				
No	391	429	1	-
Sí	21	28	0,85	0,47, 1,56
Tabaquismo				
No fumador	263	301	1	-
Fumador	56	46	1,23	0,77, 1,97
Ex fumador	93	110	0,84	0,58, 1,22

NOTA: Los valores de RM e IC de las variables significativas son las del modelo que sólo las incluye a ellas, en tanto que los datos de las no significativas son las del modelo con todas las variables.

* El modelo de donde provienen los datos de los variables no significativas está ajustado por edad continua y por las demás variables que incluye: chequeo médico, enfermedad y hospitalización en el último año, género, actividad y tabaquismo.

El modelo de donde provienen los datos de los variables significativas está ajustado por edad continua.

Cuadro IV
Regresión logística de factores asociados a la dimensión emocional
de la calidad de vida en adultos mayores de 60 años
en el estado de Morelos, México 1997

Variables independientes	Mala calidad emocional n= 325	Buena calidad emocional n= 544	Modelo con mejor ajuste*	
			Razón de de momios	Intervalo de Confianza (95%)
Género				
Masculino	109	267	1	-
Femenino	216	277	1,88	1.40-2.53
Enfermedad en el último año				
No	122	297	1	-
Sí	203	244	2,1	1.55-2.87
Chequeo médico en el último año				
No	123	205	1	-
Sí	201	338	0,68	0.49-0.93
Edad **				
60-65	104	211	1	-
65-70	81	130	1,21	0.83-1.77
70-75	48	92	1,07	0.69-1.66
75 y mayores	92	111	1,73	1.19-2.51
Realiza alguna actividad				
No	67	85	1	-
Sí	258	457	0,76	0.52-1.13
Hospitalización en el último año				
No	299	521	1	-
Sí	26	23	1,58	0.86-2.91
Tabaquismo				
No fumador	217	347	1	-
Fumador	36	66	1,53	0.92-2.55
Ex fumador	72	131	1,12	0.76-1.67

NOTA: Los valores de RM e IC de las variables significativas son las del modelo que sólo las incluye a ellas, en tanto que los datos de las no significativas son las del modelo con todas las variables.

* El modelo de donde provienen los datos de los variables no significativas está ajustado por edad continua y por las demás variables que incluye: género, enfermedad, chequeo médico y hospitalización en el último año, actividad y tabaquismo.

El modelo de donde provienen los datos de los variables significativas está ajustado por edad continua y por las demás variables que incluye: género, enfermedad y chequeo médico en el último año.

** Ajustado por las demás variables que incluyen género, enfermedad y chequeo médico en el último año.

Cuadro V
Regresión logística de factores asociados a la percepción
General de Salud de la calidad de vida en adultos mayores
de 60 años en el estado de Morelos, México 1997

Variables Independientes	Mala general de salud n= 108	Buena general de salud n= 761	Modelo con mejor ajuste*	
			Razón de momios	Intervalo de Confianza (95%)
Género				
Masculino	35	341	1	-
Femenino	73	420	1,9	1.11-3.27
Enfermedad en el último año				
No	13	406	1	-
Sí	95	352	6,96	3.78-12.8
Realiza alguna actividad				
No	39	113	1	-
Sí	69	646	0,36	0.21-0.59
Hospitalización en el último año				
No	92	728	1	-
Sí	16	33	2,16	1.08-4.33
Tabaquismo				
No fumador	68	496	1	-
Fumador	11	91	1,93	0.86-4.31
Ex fumador	29	174	1,45	0.82-2.56
Edad **				
60-65	31	284	1	-
65-70	26	185	1,1	0.61-1.98
70-75	19	121	1,11	0.57-2.18
75 y mayores	32	171	1,28	0.71-2.30
Chequeo médico en el último año				
No	25	303	1	-
Sí	83	456	1,04	0.61-1.75

NOTA: Los valores de RM e IC de las variables significativas son las del modelo que sólo las incluye a ellas, en tanto que los datos de las no significativas son las del modelo con todas las variables

* El modelo de donde provienen los datos de los variables no significativas está ajustado por edad continua y por las demás variables que incluye: género, enfermedad, hospitalización y chequeo médico en el último año, actividad y tabaquismo.

El modelo de donde provienen los datos de los variables significativas está ajustado por edad continua y por las demás variables que incluye: género, enfermedad y hospitalización en el último año y actividad.

** Ajustado por las demás variables que incluyen género, enfermedad, hospitalización en el último año y actividad.

Discusión y conclusiones

El efecto de género y estado de salud. Ser mujer y haber tenido un problema de salud en el último año fueron las variables más estrechamente relacionadas con calidad de vida porque ambas aumentaron el riesgo de tener un mal funcionamiento físico, mala percepción general de salud o tener algún problema de tipo emocional. Estos resultados son consistentes con otros estudios específicamente relacionados con percepción general de salud y funcionamiento físico en adultos mayores,⁴⁹⁻⁵² en los cuales se muestra la existencia de relaciones entre estos factores y variables de tipo demográfico, social y funcional.

Respecto a que el género femenino es propenso a tener una menor calidad de vida que su contraparte masculina, en las dimensiones de funcionamiento físico, percepción general de salud y en el ámbito emocional, como se comprobó en esta investigación, es un aspecto que puede ser motivo de constantes contradicciones en los trabajos efectuados sobre el tema. Un estudio elaborado en México con el cuestionario SF-36,²⁵ informa que hay algunas dimensiones en las cuales las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los hombres (funcionamiento físico y vitalidad); sin embargo, en salud general los resultados son más altos en las mujeres. No obstante, una investigación realizada en Japón sobre diferencias de género, calidad de vida y problemas de tipo emocional específicamente relacionado con depresión,⁵³ concluye que en todas las dimensiones de calidad de vida los individuos del género masculino tienen mejores resultados que los del femenino. Asimismo, otro estudio desarrollado en población de adultos mayores de zonas rural y urbana refiere que las mujeres parecen mostrar tasas más altas de depresión que los hombres.⁵⁴

En relación a la percepción del estado de salud, específicamente estudios realizados en países como Italia y Argentina, también notifican que los hombres perciben su salud mejor que las mujeres.^{55,56} Por otro lado, en un estudio donde se examinaron los predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer de una zona rural,⁵⁹ concluyen que el género femenino tiene resultados significativamente más altos que los obtenidos para los hombres.

Factores que favorecen la calidad de vida. Uno de los principales resultados de este estudio es el hecho de haber sugerido la existencia de algunos factores que favorecieron la calidad de vida de los adultos mayores. Específicamente, en las dimensiones de funcionamiento físico y percepción general de salud se encontró que realizar algún tipo de actividad puede ayudar a que los sujetos tengan un buen desarrollo físico, lo cual puede impactar directamente sobre su percepción de salud, elementos que podrían ser de importancia en el cuidado de los ancianos. El simple hecho de

planear actividades que los hagan sentirse útiles, realizando cualquier tipo de actividad ayuda en forma global a mejorar su calidad de vida.

En la dimensión de funcionamiento social no se encontró, particularmente, ninguna variable que estuviera relacionada con un mal desempeño social. No obstante, en las dimensiones tanto emocional como social se encontró que haber tenido consulta en el último año estaba asociado con un buen funcionamiento social y con una mejor percepción del estado emocional. Estos resultados coinciden con lo que notifica Schultz,⁵⁷ en donde sujetos con diagnóstico de cáncer respondieron que la relación con el médico es el aspecto que tiene mayor impacto sobre su calidad de vida. La consistencia con las relaciones encontradas en nuestro estudio nos permite sugerir que, haber tenido contacto con los servicios de salud, ayuda en el ámbito social y emocional de los sujetos incluidos en este análisis. Esta relación podría ser considerada cuando se atienda a los adultos mayores en los servicios de salud.

Respecto a las demás variables asociadas a calidad de vida utilizadas en este estudio se encontró que, conforme aumenta la edad, se incrementa el mal funcionamiento físico y el mal estado emocional de los sujetos, resultados que no coinciden con lo que informan otras investigaciones en donde la edad no afecta la calidad de vida de los individuos.^{57,58}

Cabe mencionar que en esas investigaciones los sujetos bajo estudio estaban hospitalizados o tenían diagnóstico de alguna enfermedad, a diferencia del presente, con una base poblacional no institucionalizada que permite mayor variabilidad. Este es un aspecto que hace relevante a este estudio, pues una de las críticas a las investigaciones sobre calidad de vida en grupos específicos de pacientes (ejemplo: diabéticos),¹⁷ es que no permiten ajustar por la posibilidad de que otros procesos morbosos diferentes al estudiado afecten la calidad de vida. Para poder valorar las ganancias en calidad de vida en grupos de pacientes de enfermedades específicas es necesario comparar los datos en poblaciones (como en nuestro estudio), como referente para estimar las ganancias ajustando por la posible presencia de otros procesos morbosos.

Otro aspecto relevante es que en la dimensión de funcionamiento físico se encontró que el estatus de ex fumador influía directamente sobre la calidad de vida, lo que concuerda con lo encontrado por otros autores en donde se concluye que dejar de fumar, además de otros factores, tiene un impacto considerable sobre la calidad de vida y los costos de los servicios de salud.⁵⁹

En resumen, existe un buen número de aspectos relacionados con calidad de vida que deberán ser estudiados en futuras investigaciones, por ejemplo el que las mujeres tengan un mayor riesgo de tener mala calidad de vida, así como también la relación positiva entre actividad y chequeo médico con buen funcionamiento social y mejor percepción emocional, los cuales podrán ser evaluados con mayor

detalle en futuros estudios en donde se puedan incluir otras variables sociales y culturales que ayuden a entender estas diferencias.

Los resultados presentes sugieren que existen factores que afectan la calidad de vida con importancia práctica para los servicios de salud. En particular, la expresión de éstos se da en forma diferencial sobre las dimensiones de calidad de vida, de tal manera que este perfil nos permite identificar posibles áreas de intervención, que una medida sumaria ocultaría. En tanto el impacto de estos factores para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores sean reconocidos y tomados en cuenta en la planeación de servicios y actividades para este grupo de edad, se podrá ofrecer una respuesta a las futuras demandas y presiones sobre el sistema de salud.

Análisis de la distribución de la CVRS en la Encuesta Nacional de Coberturas del Prevenirimss

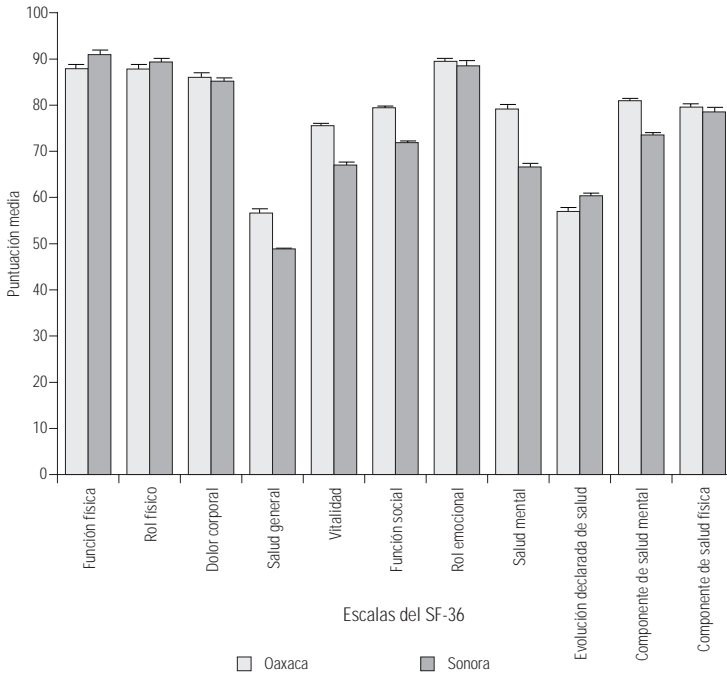
Uno de los aspectos que ha sido el centro de discusión en el uso de medidas de CVRS, es cómo valuar los niveles de calidad de vida obtenidos en intervenciones sobre grupos de pacientes con enfermedades específicas, en comparación con el nivel promedio de estas medidas en la población general (derechohabientes en el país, delegación), ajustadas por edad y sexo.

Si bien hay países, como Canadá y EUA, en los cuales se han realizado este tipo de mediciones, sólo existe un trabajo de estas medidas poblacionales en México, el cual se limita a dos estados del país y se ha descrito en una sección previa. En el estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) nos dimos a la tarea de aplicar una medida de CVRS a una muestra nacional de la población derechohabiente (Encuesta Nacional de Coberturas, PREVENIMSS, 2003).

Para tal investigación se utilizó el instrumento SF-12 que incluye 12 preguntas que, una vez calificadas, generan siete dimensiones diferentes sobre la CVRS, incluyendo funcionamiento físico, rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, y percepción general de salud. Todas las dimensiones son calificadas en una escala que varía de 0 a 100, donde 100 representa el mejor estado posible de salud. A partir de estas dimensiones, es posible estimar dos componentes de CVRS, uno físico y otro mental. Se utilizó el cuestionario versión española del SF-12 desarrollado por el grupo de Alonso, en Barcelona, España y validado en la región de Morelos, México; los datos fueron calificados utilizando la metodología desarrollada en EUA por Ware, el autor original de este instrumento de medición.

Se estimaron las calificaciones promedio para cada dimensión del SF-12 y se calcularon los datos normativos (promedios, desviaciones estándar, intervalos de confianza de 95% y porcentajes a nivel de piso y techo) para toda la muestra, por

Figura 2
Puntuación de las escalas del instrumento SF-36 para Oaxaca y Sonora

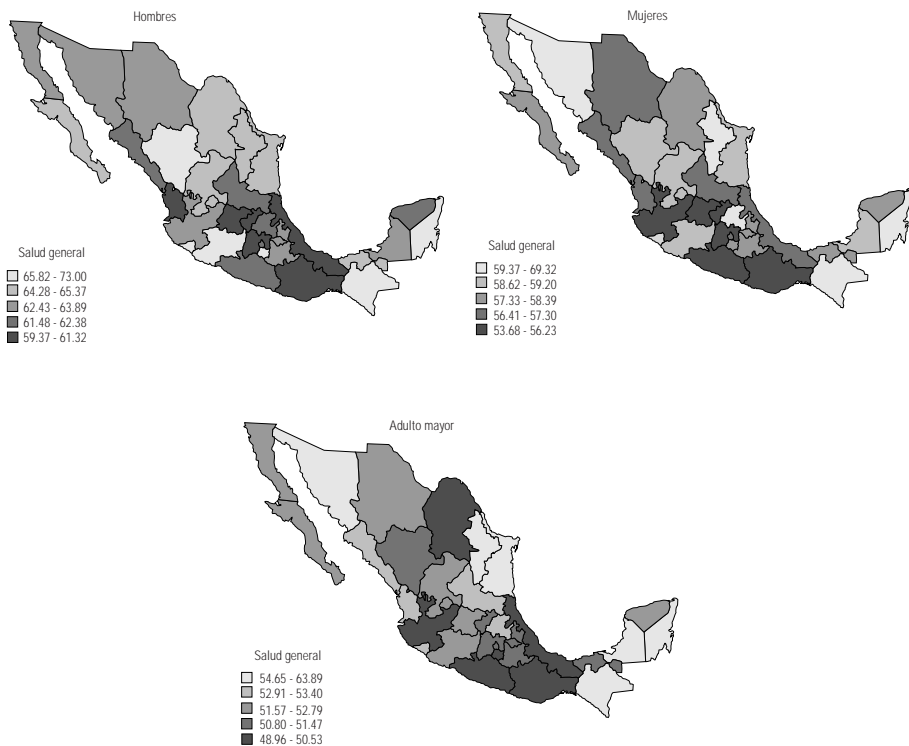


género y grupos de edad (con incrementos de 10 años), para cada una de las delegaciones estudiadas. En este informe sólo se presentan los valores promedio.

Diferencias en las dimensiones de la calidad de vida del grupo de adultos mayores, por delegación

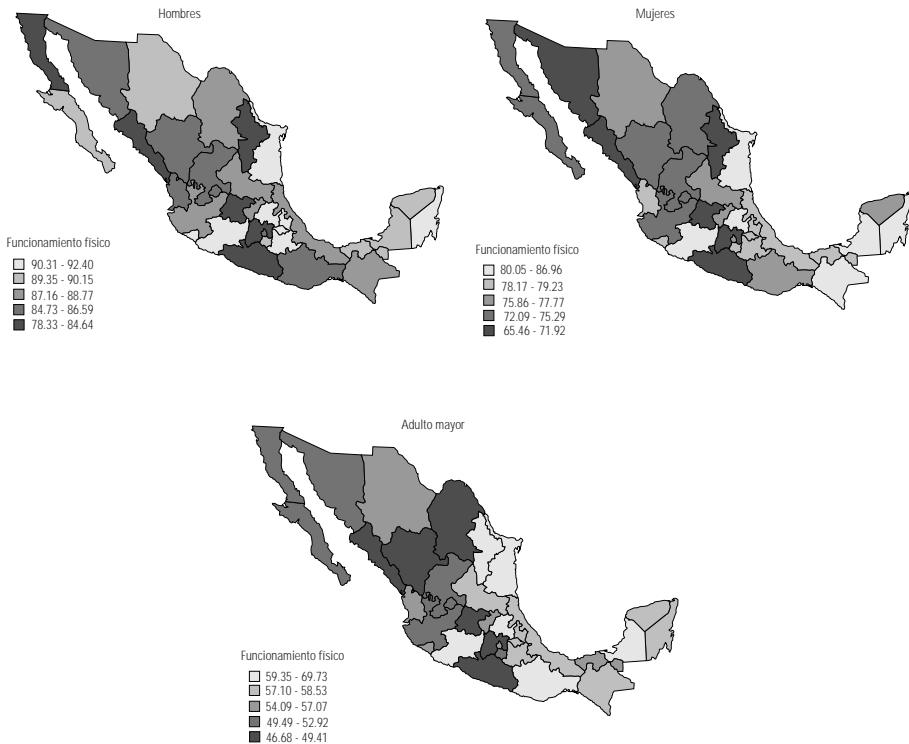
La distribución de estas diferencias nos muestra un patrón heterogéneo. Sólo en dos delegaciones, Guanajuato y Jalisco, se notifican valores en los dos niveles más bajos en más de dos dimensiones. Por otra parte las delegaciones de Tamaulipas, Hidalgo, Campeche, Puebla y Tlaxcala se mantienen en los dos niveles de valores más altos de calidad de vida en al menos cuatro dimensiones, pero éstas son diferentes entre las delegaciones (figuras 3-9):

Figura 3
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión de salud general para derechohabientes del IMSS por delegación



- En las dimensiones de rol social y rol emocional es donde se encuentra el mayor número de delegaciones (nueve) con altos valores de calidad de vida.
- Las dimensiones con menos delegaciones en los dos niveles más altos son salud general y vitalidad, con cuatro delegaciones cada una.
- En la delegación de Guanajuato se notifican valores en los dos niveles más bajos de calidad de vida en cinco dimensiones (funcionamiento físico, rol físico, dolor

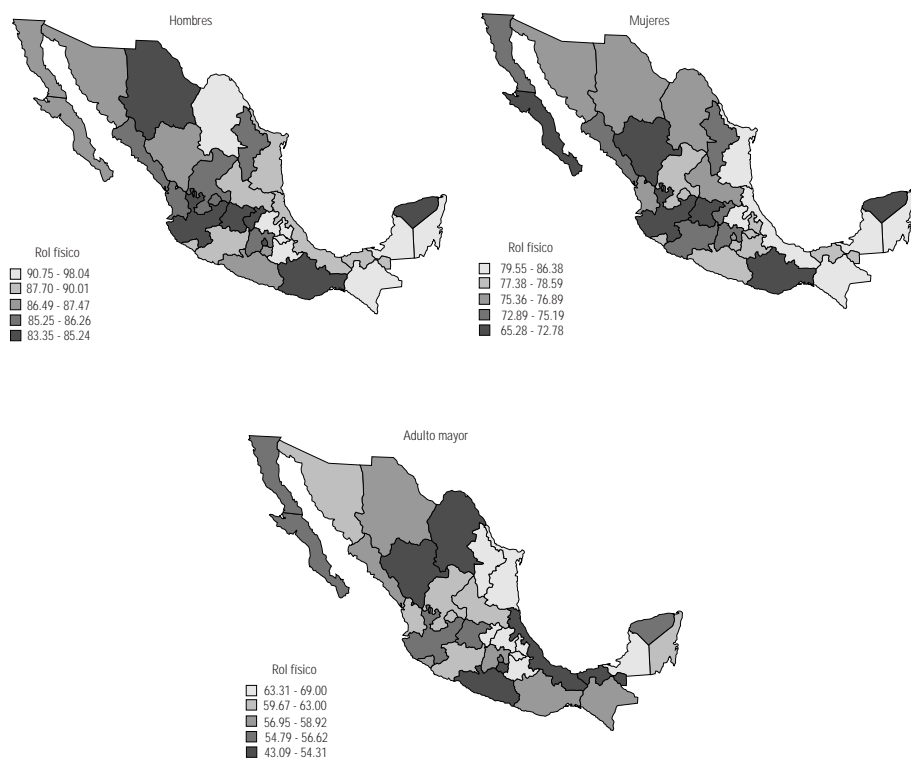
Figura 4
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión funcionamiento físico para derechohabientes del IMSS por delegación



corporal, vitalidad y rol emocional); sólo en otra delegación, Jalisco, se observan valores de calidad de vida en los dos niveles más bajos en tres dimensiones (rol físico, dolor corporal, y vitalidad).

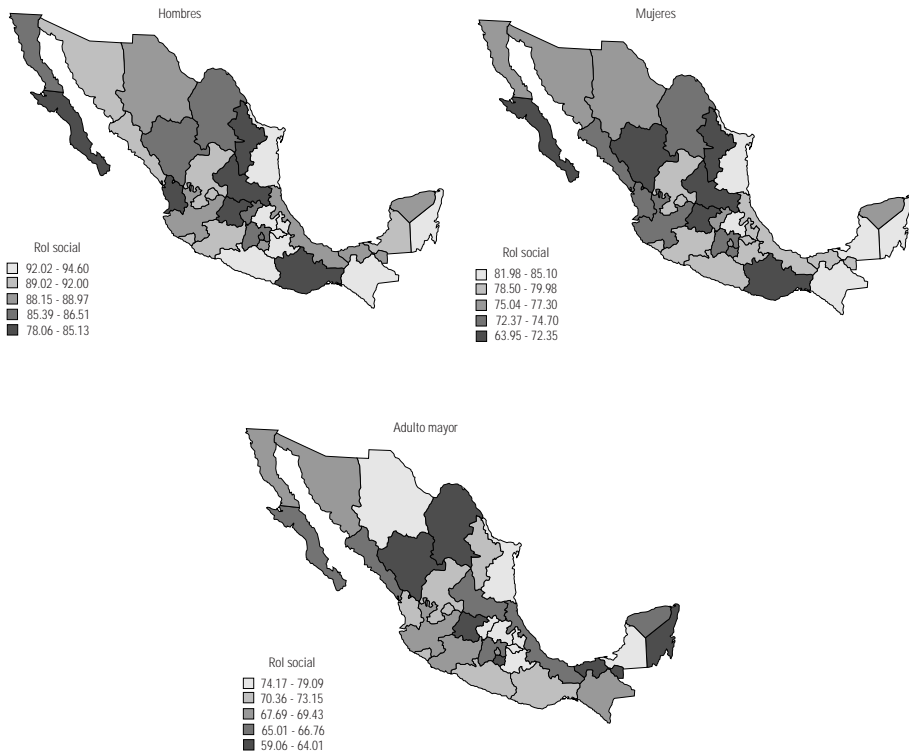
- Las dimensiones en las que se informan más delegaciones con valores en los dos niveles más bajos de calidad de vida son, funcionamiento físico con nueve delegaciones, salud general con seis y rol social también con seis.

Figura 5
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión
rol físico para derechohabientes del IMSS por delegación



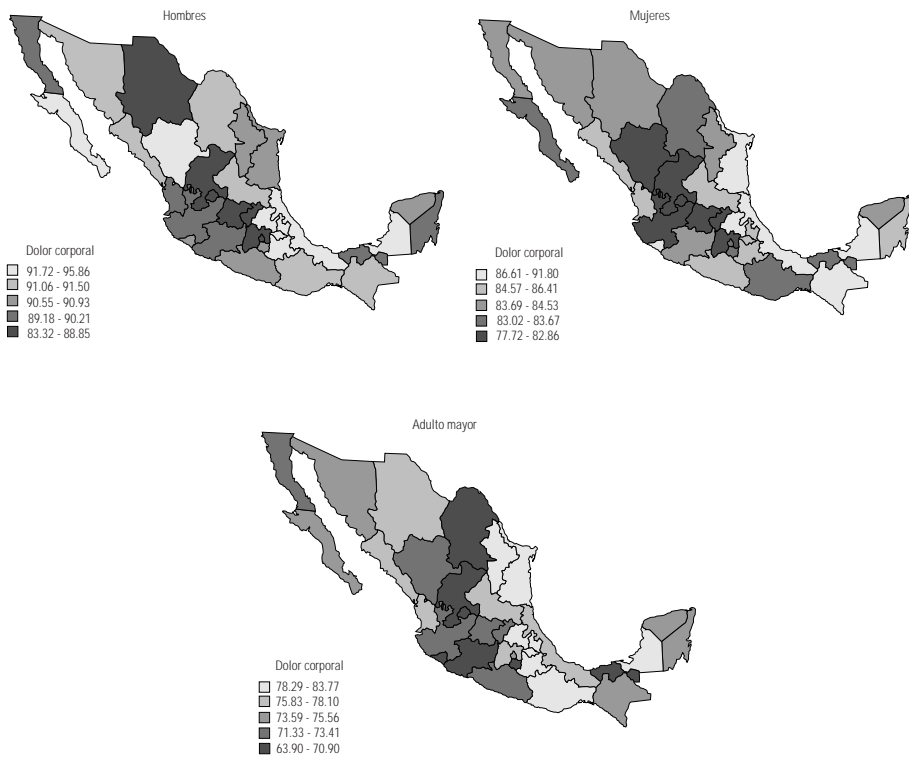
Dimensión de salud general. Se observó un patrón para este grupo de adultos mayores que muestra los valores más bajos en las delegaciones de Coahuila, Veracruz, Jalisco, Morelos, Guerrero y Oaxaca (entre 49.0 y 50.5). Mientras que las delegaciones de Quintana Roo, Chiapas, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Campeche presentan los valores más altos (entre 53.6 y 54.7) (figura 3).

Figura 6
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión
rol social para derechohabientes del IMSS por delegación



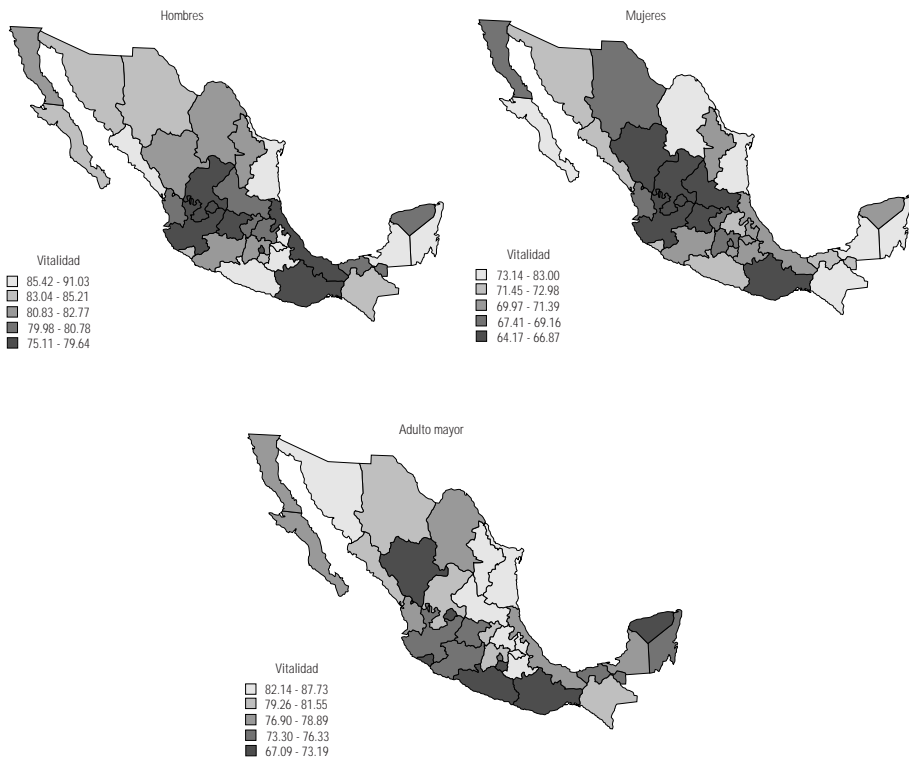
Dimensión de funcionamiento físico. A pesar de que existen importantes variaciones entre las delegaciones, se observó un patrón en el cual las delegaciones que presentaron las calificaciones más altas en esta dimensión fueron: Nuevo León, Oaxaca, Michoacán, Campeche, Tamaulipas e Hidalgo, con valores entre 46.6 y 49.4. Las que obtuvieron las peores calificaciones fueron: Sinaloa, Guerrero, Chiapas, México, Durango y Guanajuato, con valores entre 59.3 y 69.7 (figura 4).

Figura 7
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión
dolor corporal para derechohabientes del IMSS por delegación



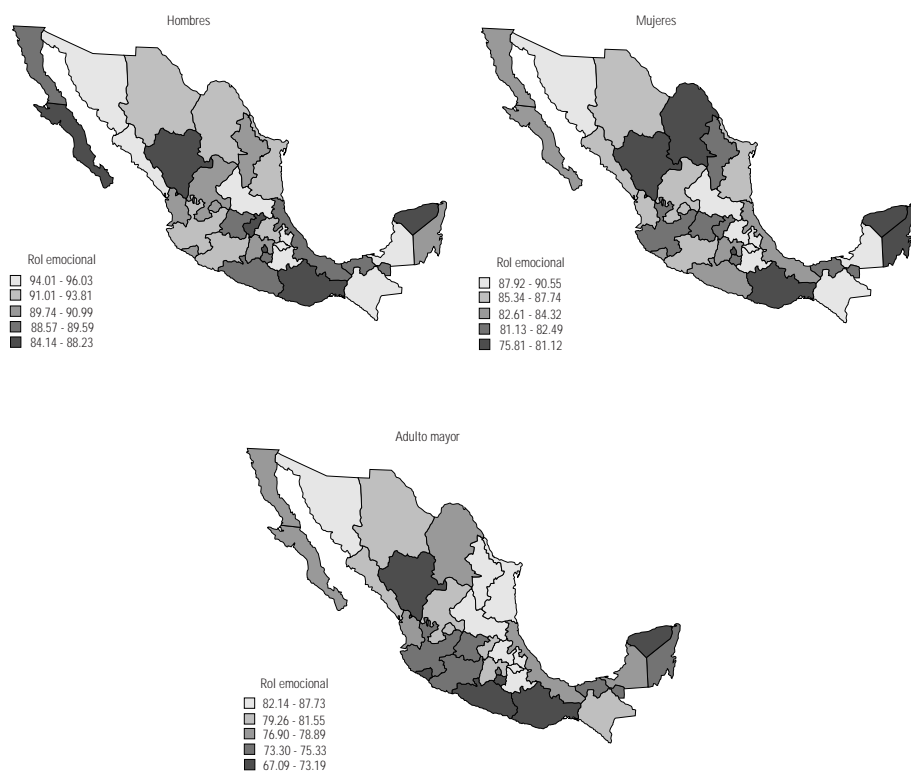
Dimensión de rol físico. Las delegaciones que mantienen los valores más bajos son: Tabasco, Morelos, Durango, Coahuila, Guerrero y Veracruz (43.1-54.3). Mientras que en Hidalgo, Nuevo León, Campeche, Tamaulipas, Puebla-Tlaxcala y Querétaro se observan los valores más altos (63.3-69.0) (figura 5).

Figura 8
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión vitalidad para derechohabientes del IMSS por delegación



Dimensión de rol social. Se observó un patrón que muestra los valores más bajos en las delegaciones de Morelos, Yucatán, Durango, Guerrero, Colima y Oaxaca (67.1-73.2), mientras que Puebla-Tlaxcala, Hidalgo, Tamaulipas, Sonora, San Luis Potosí y Nuevo León presentan los valores más altos (82.1-87.7) (figura 6).

Figura 9
Valores promedio de calidad de vida en la dimensión
rol emocional para derechohabientes del IMSS por delegación



Dimensión de dolor corporal. Se observaron los valores más bajos en las delegaciones de Aguascalientes, Tabasco, Coahuila, Michoacán, Colima y Morelos (63.9-70.9), mientras que Campeche, Puebla-Tlaxcala, Tamaulipas, Hidalgo, Oaxaca y Nuevo León presentaron los mejores valores (78.3-83.8) (figura 7).

Dimensión de vitalidad. Se observó que los valores más bajos en esta dimensión corresponden a las delegaciones de Morelos, Yucatán, Durango, Guerrero, Colima y Oaxaca (67.1-73.2), mientras que Puebla-Tlaxcala, Hidalgo, Tamaulipas, Sonora, San Luis Potosí y Nuevo León presentan los mejores valores (82.1-87.7) (figura 8).

Dimensión de rol emocional. Se observaron los valores más bajos en las delegaciones de Morelos, Guanajuato, Tabasco, Coahuila, Durango y Quintana Roo (59.0-64.0), mientras que Puebla-Tlaxcala, Hidalgo, Tamaulipas, Campeche, Chihuahua y Querétaro presentan los mejores valores (74.2-79.1). (figura 9).

Impacto de la utilización de los servicios de salud sobre la calidad de vida de los ancianos

Se realizó una encuesta domiciliaria a adultos de 60 años y mayores, derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF No. 21 de la Delegación 4 del Distrito Federal con el objetivo de determinar si la utilización de los servicios sociales y de salud que brinda esta institución puede influir sobre su percepción de su calidad de vida.

Por medio de un muestreo aleatorio de todos los ancianos derechohabientes a la Unidad, se obtuvo una muestra representativa de 1 150 que fueron encuestados; 42.4% de ellos del sexo masculino; 65% informaron estar casados y casi 30%, viudos; más de la mitad de los ancianos dijo vivir en familias extensas. Respecto a la ocupación, casi 7% trabajan, más de 50% se dedica al hogar y 33.7% son pensionados o jubilados (cuadro VI).

En el cuadro VII se presentan los resultados que la población estudiada obtuvo en las ocho dimensiones que conforman el SF-36. La dimensión en la que los participantes notificaron mejor percepción fue función social, al contrario de rol físico que fue en la que se presentaron las puntuaciones más bajas. En relación a la descripción de las dimensiones, por sexo, se puede ver que existen variaciones, ya que en dimensiones como función física, dolor corporal, vitalidad y salud mental son las mujeres ancianas las que presentan puntajes menores a los informados por los hombres.

Los resultados presentados hasta el momento pertenecen a uno de los objetivos específicos de la parte descriptiva del estudio, hace falta determinar la calidad de vida de los ancianos derechohabientes que hacen uso tanto de los servicios sociales, como de los de salud del IMSS y de aquellos que no los utilizan, para poder hacer el análisis comparativo.

Cuadro VI
Características sociodemográficas de adultos mayores
derechohabientes del IMSS (n=1150)

Características	% (media)
Edad (rango: 60-98)	77.20 (DE 71.4)
Sexo	
Masculino	42.4
Femenino	57.6
Estado civil	
Casado	65
Soltero	3
Viudo	29.2
Divorciado y/o separado	1.8
Unión libre	1
Tipo de familia	
Hogar solitario	3.3
Nuclear	38.5
Extensa	58.1
Sabe leer	85.9
Sabe escribir	85
Ocupación	
Trabaja	6.7
Busca trabajo	3.2
Hogar	53.5
Jubilado o pensionado	33.7
Incapacitado permanente	1.1
No trabaja	1.5
Recibe ingresos	82.8

Aplicaciones a los servicios de salud

La utilización de la CVRS como una de las medidas de evaluación de desempeño es sin duda un aspecto que se volverá cada vez más importante en los servicios de salud. Baste con decir que la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas es cada vez mayor; por lo tanto las acciones deberán ser evaluadas no en sus efectos

Cuadro VII
Resultados del SF-36, de las dimensiones de calidad de vida
de adultos mayores derechohabientes de la Delegación 4 DF,
Instituto Mexicano del Seguro Social, por sexo

Dimensiones SF-36	Población total n= 1 150		Hombres n= 488		Mujeres n=662	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Función física (PF)	63.46	32.15	64.75	32.37	62.51	31.98
Rol físico (RP)	40.63	43.78	40.12	43.17	41.01	44.26
Dolor corporal (BP)	68.37	25.88	69.49	24.74	67.54	26.67
Salud general (GH)	48.26	20.45	48.29	20.49	48.24	20.44
Vitalidad (VT)	59.34	16.54	60.59	16.75	58.42	16.33
Función social (SF)	73.94	21.53	73.79	22.22	74.05	21.02
Rol emocional (RE)	47.59	42.67	47.19	42.63	47.88	42.74
Salud mental (MH)	62.59	16.81	64.47	16.81	61.21	16.68

(Siglas en inglés)

DE: Desviación Estándar

finales (mortalidad), sino con resultados intermedios, como lo es la calidad de vida relacionada con la salud.

De hecho, las medidas de calidad de vida son utilizadas cada vez más en la evaluación de la efectividad y del costo-efectividad de intervenciones farmacológicas para enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial. Esto como un reconocimiento de que la ventana del efecto sobre la enfermedad es de largo tiempo, que las enfermedades crónicas no pueden en general ser curadas, pero se puede medir el efecto de los fármacos sobre mejoras en la CVRS.

Si esta es la pauta en la investigación, seguramente sucederá lo mismo en la operación de los servicios. Es necesario contar con una medida de desempeño que nos permita oportunamente tomar decisiones sobre los diferentes caminos terapéuticos a seguir en el manejo de las enfermedades crónicas para poder evaluar las intervenciones en los servicios.

En resumen, podemos predecir que el campo de la medición de la CVRS no sólo es promisorio, sino necesario, y que en el futuro se deberán hacer esfuerzos mayores por incorporar este tipo de medidas en la planeación y evaluación de los servicios de salud.

Referencias

1. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Publica Mex* 1996; 38:409-418.
2. Secretaría de Salud. Estadísticas vitales 1992. México DF: Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo; Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Dirección General de Estadística, 1993.
3. Consejo Asesor en Epidemiología, México. Información prioritaria en salud. México DF: Dirección General de Epidemiología- Secretaría de Salud, 1990.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington, DC: OMS (Documento oficial No. 179), 1985.
5. Katz S. The science of quality of life. *J Chronic Dis* 1987;40:459-463.
6. Torrance WG. Utility of approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis* 1987;40:593-600.
7. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989;27(Suppl):148S-156S.
8. Spitzer OW. State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis* 1987;40:465-471.
9. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida, 1994. ¿Por qué calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996.
10. Abrams MA. Subjective social indicators. *Social Trends* 1973;4:35.
11. Cote I, Gregoire JP, Moisan J. Health-related-quality-of-life measurement hypertension. A review of randomized controlled drug trials. *Pharmacoeconomics* 2000;18:435-50.
12. Guyyatt G, Patrick D, Feeney D. Proceedings of the International Conference on the measurement of Quality of Life as an outcome in clinical trials. *Controlled Clinical Trials* 1991;12(suppl):266S-269S.
13. Le Pen C, Levy E, Loos F, Banzet MN, Basdevant A. "Specific" scale compared with "generic" scale: A double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:445-50.
14. Finkelstein MM. Body mass index and quality of life in a survey of primary care patients. *J Family Practice* 2000;49:734-7.
15. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health related quality of life in obese persons seeking treatment. *Jl Family Practice* 1996;43:265-70.
16. Greendale GA, Salem GJ, Young JT, Damesyn M, Marion M, Wang Man-Ying, et al. A randomized trial of weighted vest use in ambulatory older adults: strenght, performance, and quality of life outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:305-311.
17. Lamping DI, Constantinovici N, Roderick P, Normand C, Henderson L, Harris S, et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet* 2000;356:1543-50.
18. Li Voon Chong JS, Benbow S, Foy P, Wallymahmed ME, Wile D, Macfarlane IA. Elderly people with hypothalamic-pituitary disease and growth hormone deficiency: lipid profiles, body composition and quality of life compared with control subjects. *Clin Endocrinol* 2000;53:551-9.

19. Tada T, Yamamoto S, Morimoto T. Characteristics of the daily lives of elderly women at various facilities for the elderly. *Nurs Health Sci* 1999;1:13-8.
20. Browne JP; O'Boyle CA, McGee HM, Joyce Cr, McDonald NJ, O'Malley K, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res* 1994;3:235-44.
21. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs* 2001;24:12-9.
22. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Sex difference in depression and quality of life in elderly people. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994;48:511-5.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda. México DF: INEGI, 1995.
24. Durán Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención de la población de la tercera edad. *Salud Publica Mex* 1996;38:501-511.
25. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex* 1999;41:110-118.
26. Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33 (4 suppl): AS264-79.
27. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
28. Ware JE. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Centre, 1993.
29. Ware JE. The SF-36 Health Survey. En: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher, 1996; 337-45.
30. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scale: A User's Manual. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Centre, 1994.
31. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol* 1997;50: 79-93.
32. Berzon RA. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. En: Staquet MJ, Hays RD, Fayers FM, ed. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials: Methods and Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1998; 3-15.
33. Essink-Bot ML, Krabbe PFM, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. *Med Care* 1997;35:522-37.
34. Hemingway H, Stafford M, Stanfield S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Result from the Whitehall II study. *BMJ* 1997; 315:1273-9.
35. Kreiger N, Tenenhouse A, Joseoh L, Mackenzie T, Poliquin S, Brown JP, et al. The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (Camos): Background, rationale, methods. *Can J Aging* 1999;18: 376-87.

36. Lyons RA, Fielder H, Littlepage NC. Measuring health status with the SF-36: The need for regional norms. *J Public Health Med* 1995; 17:46-50.
37. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. Them MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31: 247-63.
38. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey: III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32: 40-66.
39. Melzoff J. Critical thinking about research: psychology and related fields. Washington, DC: American Psychological Associations, 1998.
40. Mishra G, Schofield MJ. Norms for the physical and mental health component summary scores of the SF-36 for young, middle-aged and older Australian women. *Qual Life Res* 1998; 7: 215-20.
41. Raftery A, Lewis S. How many iterations in the Gibbs sampler? En: Bernardo JM, Berger JO, Dawid JO, Smith AFM, ed. *Bayesian Statistics 4*. Oxford: Oxford University Press, 1992:763-73.
42. Rubin D. Multiple imputation for non-respondents in surveys. New York: John Wiley & Son, 1987.
43. Spiegelhalter DJ, Thomas A, Best NG, Gilks WR. BUGS: Bayesian Inference Using Gibbs Sampling, Version 0.5, (version ii), MRC Biostatistics Unit, Cambridge, UK, 1996.
44. Statistics Canada provincial census data, 1991. Age, Sex and Marital Status: The Nation Ottawa: Statistics Canada, 1993, Cat. No. 93-310.
45. Statistics Canada provincial census data, 1991. Profile of census metropolitan areas and census agglomeration, part A. Ottawa: Statistics Canada; 1993, Cat. No. 93-337.
46. Watson EK, Firman DW, Baade PD, Ring I. Telephone administration of the SF-36 Health Survey: validation studies and population norms for adults in Queensland. *Aust N Z J Public Health* 1996;20:359-63.
47. Wood-Dauphinee SW, Gauthier L, Gandek B, Magnan L, Pierre U. Readyng a US measure of health status, for use in Canada. *Clinical and Investigative Medicine* 1997; 20: 224-38.
48. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. Nueva York: John Wiley;1981.
49. Rodin J, McAvay G. Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *J Gerontol* 1992;47:373-384.
50. Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *J Gerontol* 1986;41:248-260.
51. Mulrow CD, Gerety MB, Cornell JE. The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:374-380.
52. Markides KS, Lee DJ. Predictors of well-being and functioning in older Mexicans Americans and Anglos: An eight-year follow-up. *J Gerontol* 1990; 45:S69-73.
53. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Sex difference in depression and quality of life in elderly people. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994;48:511-5.
54. Carpinello B, Carta MG, Rudas N. Depression among elderly people: A psychosocial study of urban and rural population. *Act Psychiatr Scand* 1989;80:445-450.

55. Mulley GP. Preparing for late years. *Lancet* 1995; 345:1409-1413.
56. Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas 1994. Washington,DC: PAHO (Scientific publication no. 549), 1994:55-56.
57. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs* 2001;24:12-9.
58. Kim SH, Wolde-Tsadik G, Reuben DB. Predictors of perceived health in hospitalized older persons: a cross-sectional and longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:420-426.
59. La Puma J. Smoking, slimming and seat belts: is public health part of managed care?. *Manag Care* 1996;5:57-8.

