

**CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN ADULTOS MAYORES DE
VIVIENDAS MULTIFAMILIARES EN GUADALAJARA JALISCO
MÉXICO.**

María Elena Flores Villavicencio

Rogelio Troyo Sanromán

María Guadalupe Vega López

Marlencilla27@hotmail.com

**Investigadores del Centro de Estudios de Salud y Desarrollo,
Departamento de Ciencias Sociales,
Centro Universitario en Ciencias de la Salud,
Universidad de Guadalajara México.**

RESUMEN

El objetivo de este estudio consistió en evaluar la calidad de vida y la Salud física y mental en 333 adultos mayores que habitan en edificios multifamiliares en Guadalajara Jalisco. Como instrumento se utilizaron: WHOQOL-BREF de Calidad de vida (2000), constituido por 4 reactivos: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Social y Ambiente, la escala General Health Questionnaire, Goldberg (1996), y el instrumento de condiciones de la vivienda. El 60.1% del los adultos percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% se sentían satisfechos y 13.2% insatisfechos con la vivienda, Los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3%, la salud mental se identifico que el 66.3% mantenían una salud mental estable y sólo el 33.3% presentaban una salud metal alterada. La edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Salud y Viviendas multifamiliares

ABSTRACT

The objective of this study was to assess the quality of life and physical and mental health at 333 older adults living in multifamily buildings in Guadalajara Jalisco. As instrument used: WHOQOL-BREF of quality of life (2000), consisting of reagents 4: health physics, psychological health, Social Affairs and environment, General Health Questionnaire scale, Goldberg (1996), and the instrument of the housing conditions. The 60.1% of the adults earning their quality of life as good, the 43.5% were pleased and 13.2% dissatisfied with housing, which most prevailing, was 55.4 hypertension health problems % and respiratory diseases 22.3%, mental health identified that the 66.3% maintained a stable mental health and only the 33.3% had an altered metal health. The age, gender and housing conditions determined significantly the quality of life and health in older adults.

Key words: Quality of life, health and multifamily housing

INTRODUCCIÓN

El concepto Calidad de Vida ha tomado gran importancia en los últimos tiempos, esto ha generado la realización de estudios en diferentes áreas, disciplinas y grupos poblacionales en relación a esta temática y su contribución al bienestar y satisfacción del individuo, en base a este enfoque la Organización Mundial de la Salud a través de varios estudios multicéntricos ha propuesto el uso de instrumentos de medición comunes de calidad de vida con el objetivo de comparar realidades de distintas regiones; entre estos instrumentos destaca la encuesta WHOQOL 100 y WHOQOL BREF. (Nieto, 2004; WHOQOL, 2005; OMS, 2006). Algunos autores como Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) analizaron desde la perspectiva de salud a la calidad de vida, considerándola como el “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” (p 2), asimismo en los estudios que realizo Darton (1995) consideraba a la calidad de vida en el adulto mayor como un factor que estuvo determinada, por la valoración que el individuo hacen

del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento social, psíquico y físico, y en definitiva de la valoración global de su salud y enfermedad.

En una investigación realizada sobre la salud del adulto mayor Verdugo (2008) decretó que la población anciana más susceptible a presentar una salud más quebradiza, con enfermedades físicas y emocionales asociadas al proceso de envejecimiento que influyen significativamente en los niveles de calidad de vida, y que a su vez dependen del contexto externo. Asimismo Fernández-Ballesteros (1998) considera que la salud del adulto mayor se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente, del estilo de vida que tiene en su vivienda, de las condiciones personales como la edad y el sexo, y de las condiciones socioeconómicas o educacionales, que de alguna manera impiden que los adultos mayores no logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social Debemos de considerar, que la calidad de vida se refleja en un buen nivel de salud físico y emocional, de lo contrario una mala calidad de vida puede ser producto de varios indicadores, desde el deterioro natural del organismo por la edad cronológica, hasta considerar el hábitat en donde vive el adulto mayor que directamente se relacionan con la ausencia de actividades motoras y cognitivas que de alguna manera se disminuyen debido al ambiente no saludable de la vivienda, que es en donde pasa más tiempo el adulto mayor (Flores, 2009). El arquitecto español Bosch (2006) ha señalado que el propio proceso de maduración del adulto mayor, lo conlleva inexorablemente un deterioro paulatino de las condiciones físicas y psicológicas de la persona, hasta generar situaciones de discapacidad y dependencia que para afrontarlas, es necesario que cuente con viviendas que le permitan disponer de una serie de requerimientos y servicios adecuados (relativos a las condiciones de una vivienda salubre, espacios suficientes para su movilidad, condiciones adecuadas de equipamiento, instalaciones, para su estancia etc.), con la finalidad de mantener una calidad de salud y de vida adecuada en los años que le quedan de vida.

Los estudios (Groot y Albala, 2004; Raugh, 2008) sobre calidad de vida en adultos mayores pobres se han centrado específicamente sobre el impacto que

tiene sobre el nivel de calidad de vida, la vivienda y el medio ambiente, es notable que las condiciones externas e internas de las viviendas que de alguna manera deber de estar ligadas la búsqueda de la salud y calidad de vida, pudieran ser consideradas como indicadores que reflejan las condiciones socio-demográficas y de salud del hombre dentro de un proceso histórico social cambiante. En tanto no es posible hablar de calidad de vida, sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental con respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetivamente en una comunidad social, así como el nivel de salud que va muy estrechamente ligada entre sí, en base a este criterio, el concepto de la calidad de vida para los habitantes de las construcciones carentes de espacios físicos (viviendas) y de servicios son considerados por la OMS (1994), como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.

En el concepto de calidad de vida propuesto por Solano (1997) determina que se involucran aspectos ligados a la situación del anciano en su ámbito cotidiano y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida etc., y se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias. Uno de los factores que contribuye a la construcción de viviendas multifamiliares de interés social, es el acelerado crecimiento poblacional, que se ha presentado a través del tiempo en todas las sociedades, que ha provocado un crecimiento alarmante de sus urbes, esto implica el aumento de vivienda y posiblemente este fenómeno ha hecho que se constituyan las viviendas horizontales (multifamiliares) y verticales (cotos privados), llamadas también vecindades modernas, para dar cobijo en menos espacios a más número de gente, originando un proceso de autodestrucción del hombre ante la necesidad de construir muchas casas en lugares reducidos, para ser ofertadas, con un costo bajo y puedan estar al alcance de los recursos económicos de los habitantes. Aún cuando una

característica del mundo a finales del siglo XX ha sido sin lugar a dudas el esfuerzo mancomunado para lograr una mejor calidad de vida en productos y servicio (Ruiz, 2006).

El desarrollo habitacional en la ciudad de Guadalajara, con este patrón de vivienda social, está ligado a las políticas públicas de los últimos años, las cuales incide especialmente en la producción sostenida de viviendas con la finalidad de suprimir las demandas de la población y las tendencias del mercado, en la promoción de nuevos programas habitacionales en la planificación, crecimiento y desarrollo de la ciudad, datos que se relacionan con el estudio realizado por Fadda (2005) en la ciudad de Santiago de Chile, sobre los lineamientos de la futura política urbana, donde se pretende fomentar el desarrollo urbano condicionado al crecimiento de la población en base a la inversión privada para el crecimiento horizontal de la ciudad.

Estos grandes desarrollos multifamiliares que surgieron a partir de 1970 en Guadalajara, entre los límites de los municipios de Tlaquepaque, Zapopan y Tonalá, Núñez (2009) señala que se caracterizan por su densidad habitacional alta, y porque han sido proyectados para sectores de la población medio y popular, cuyo financiamiento han participado diversos grupos e instituciones públicas y privadas (INFONAVIT, FOVI, Pensiones del Estado (DIPE) y el FOVISSSTE), dentro de este tipo de edificios organizados en bloques multifamiliares con mayor número de viviendas en extensiones territoriales pequeñas como son el caso de: Miravalle, Ciudad Loma Dorada, el Sauz, Villas de San Juan, Tetlán río Verde. Tales complejos habitacionales son de densidad habitacional alta (400 a 600 Habitantes por km² y teniendo entre 5 mil a 8 mil viviendas).

La Dirección General de Obras públicas Municipales y la Dirección de control de la edificación y urbanismo de fraccionamientos en la ciudad de Guadalajara, reporta que a partir de 1990 y hasta la fecha, se han creado un total de 66 unidades habitacionales de las cuales se han autorizado y regularizado a través del ayuntamiento de Guadalajara, contando con un mínimo de 40 viviendas por

unidad un máximo de 500 viviendas, con una distribución de 50 a 90 m², cuando lo recomendable sería que por lo menos fuera del triple de tamaño. Como ha señalado Curiel Ballesteros (2007) citado en Núñez (2009) que, la salud y la calidad de vida son el centro del desarrollo de los asentamientos humanos, por lo que considera que se debería de integrar en la planeación urbana de las viviendas el transporte, el empleo, las condiciones ambientales, la accesibilidad a los servicios básicos y la infraestructura social, como lo recomienda la Ley general de asentamientos humanos en Jalisco desde 1976 y el Sistema de Ciudades en la Zona Metropolitana de Guadalajara en 1972, que la construcción de los desarrollos habitacionales de interés social cuenten con especificaciones, estructuras y servicios autosuficientes y funcionales para el habitante.

Se entendería por vivienda saludable a una vivienda adecuada que brinde protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos. Una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales relacionadas con el ambiente de la vivienda. Además provee acceso a los centros de trabajo, de educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud. Por el uso que dan los moradores a su vivienda se maximiza su impacto positivo sobre la salud (OMS, 1990).

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y /o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento; procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar.

Las viviendas de los edificios multifamiliares por lo general no están adaptadas para el estado funcional físico y psicológico del adulto mayor, que progresivamente se irá agravando a través del tiempo, y cada vez más se les dificultara las condiciones de infraestructura de la vivienda, como son los espacios reducidos, el acceso con escaleras, baños en malas condiciones, dormitorios reducidos y cocinas, ambos espacios carentes de ventilación y luz que son más factibles a provocar riesgos de accidentes, como son caídas, quemaduras, intoxicaciones, enfermedades respiratorias y padecimientos de ansiedad, estrés y depresión., el tipo de construcciones actuales en espacios reducidos son los que contribuyen poderosamente en agravar la situación saludable, como por ejemplo, el desaseo, el hacinamiento, mala alimentación y la existencia de malos hábitos y costumbres de salud, que ocasionan altos índices de enfermedades infecciosas (Kroc, 2005).

El objetivo de este estudio es evaluar las condiciones de una vivienda saludable, aquellas carentes de espacios físicos, en relación con la percepción de la calidad de vida y la salud que lo conducen al bienestar de sus procesos psicológicos que permiten afrontar el deterioro físico propios del proceso de envejecimiento que le permitan al adulto mayor llegar a una satisfacción con su vida y con su vivienda. La necesidad de plantear una relación entre la calidad de vida, la salud y la vivienda, en base a la percepción objetiva que tiene el adulto mayor, es para plantear lineamientos que permitan explicar y enfrentar parcialmente este problema, mediante el establecimiento de estrategias y programas tendientes a mejorar al desarrollo sustentable de la vivienda, con la finalidad prevenir, detectar y diagnosticar daños en la población más vulnerable como es el adulto mayor, a través de la evaluación de la calidad de vida y la salud expresada mediante la satisfacción y bienestar biopsicosocial que tiene dentro de la vivienda.

Es probable mejorar la calidad de vida y la salud de la población más vulnerable como es el caso del adulto mayor, si se generan acuerdos en base a políticas habitacionales más sustentables en todo el estado de manera integral, si se relacionan las acciones institucionales desde la educación, salud, economía y medio ambiente.

METODOLOGÍA

Es una investigación de tipo transversal, observacional y descriptivo basándose en un enfoque cuantitativo puesto que éste ofrece contribuciones no sólo estadísticas, sino también de la expresión de sentidos y sentimientos. Se solicitó a la Dirección General de Obras públicas Municipales y la Dirección de control de la edificación y urbanismo de fraccionamientos en la ciudad de Guadalajara, un listado de los edificios multifamiliares registrados y regularizados desde 1990 hasta en la actualidad, siendo un total de 71 unidades habitacionales distribuidas en la diferentes colonias de la zona metropolitana de Guadalajara, de los cuales se seleccionaron 5 unidades habitacionales que contaran con un antigüedad mayor de 20 años, con viviendas de tipo medio y de interés social, dirigido a sectores de la población medio y popular, además se consideraron a los edificios en donde se observaran características externas como: viviendas insalubres, presentaran malas condiciones de infraestructura (sin mantenimiento) con reducidos espacios libres en el entorno, de ellos se seleccionaron: la unidad habitacional de Villas de San Juan, El Sauz, Mario de la Cueva., Unidad Infonavit Independencia y Unidad habitacional Plutarco Elías Calles.

Se realizó un censo entre enero a mayo de 2009, visitando a todas las viviendas de los edificios multifamiliares antes mencionados, para detectar las viviendas donde habitaban adultos mayores de 60 años a más, entrevistándose solamente a aquellas adultos que quisieran participar en la aplicación de los instrumentos de evaluación y que se encontraban en el momento que se visito el edificio. Se detectaron a un total de 422 adultos mayores de los cuales solamente 333 quisieron participar en contestar los instrumentos del estudio, se eliminaban los adultos mayores que presentaban alguna deficiencia mental que impedían proporcionar información.

Instrumentos:

Se les aplico un instrumento para registrar las condiciones de infraestructura y salud de la vivienda, elaborada en base a las características por el reglamento de construcción del Ayuntamiento, incluye el registro de antecedentes patológicos del adulto mayor.

El cuestionario de salud general (General Health Questionnaire, Goldberg, 1996) es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Permite evaluar niveles de salud mental (auto percibido en individuos o grupos de riesgo), y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad.

El instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida de la OMS 2000 (WHOQOL-BREF) se ha sido diseñado a partir de uno más amplio, el WHOQOL-100 con el objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL ha sido ampliamente estudiado, demostrando su utilidad para valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida, consta de 26 ítems distribuidos en 4 reactivos: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Social y Ambiente.

Procedimiento:

Primeramente se realizo un recorrido por todas las unidades registradas en el listado del Ayuntamiento, de las cuales solo se seleccionados los edificios multifamiliares ue contaron con las características antes mencionadas, posteriormente, se visitaron cada una de las viviendas ya seleccionadas, para identificar si habitaba un adulto mayor una vez detectados los adultos mayores, fueron informados sobre los objetivos y finalidad de la investigación, así como del carácter anónimo y confidencial de los datos que brindarían, seguido se solicitó, por escrito, su consentimiento voluntario para participar en la aplicación de los instrumentos, además se les informo sobre su libertad para no contestar y abandonar la entrevista. Los criterios de inclusión delimitados para el estudio

fueron: ser adultos mayores de de 60 años, que estuviera en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para poder responder a los instrumentos, y estar vivir definitivamente en la unidad multifamiliar.

La información obtenida por el instrumento de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa de Excel para su análisis estadístico con el programa SSPS para Windows, que incluyó el cálculo de la frecuencia, la media, la desviación estándar, y los valores máximo y mínimo para las variables estudiadas. El grado de asociación se calculó a través del coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se realizaron comparaciones de medias entre grupos con la Prueba *t* de Student para muestras independientes

RESULTADOS

Se evaluaron a 333 adultos mayores, habitantes de edificios multifamiliares, de los cuales el 81.08% eran mujeres y un 18.91% eran hombres, con una edad promedio de 69.03 años (SD = 8.0) para mujeres y 70.29 (SD=8.4) años para hombres., el estado civil de la mayoría mujeres (61.5%) y hombres (36.7%) eran casados, aunque se identificó un porcentaje elevado de viudos en los hombres (42.6%) a diferencia de las mujeres (19.0%)., la escolaridad de la población estaba distribuida en: analfabetas (17.7%), y con educación primaria (58.5%).

Evaluación de la calidad de vida y la satisfacción

En relación con la pregunta global de ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?, el 60.1% de los ancianos consideraban su calidad de vida como normal, así como el 17.7% consideraban como regular, a diferencia del 5.7% de los ancianos consideraban tener muy mala calidad de vida. Con respecto a la pregunta de ¿Qué tan Satisfecho está con su salud?, se observó que el 31.2% de los ancianos se consideran insatisfechos con su salud y el 44.7% identificaron estar normalmente satisfechos, se observó una diferencia significativa en función al género de $p=0.09$.

Dimensiones de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor.

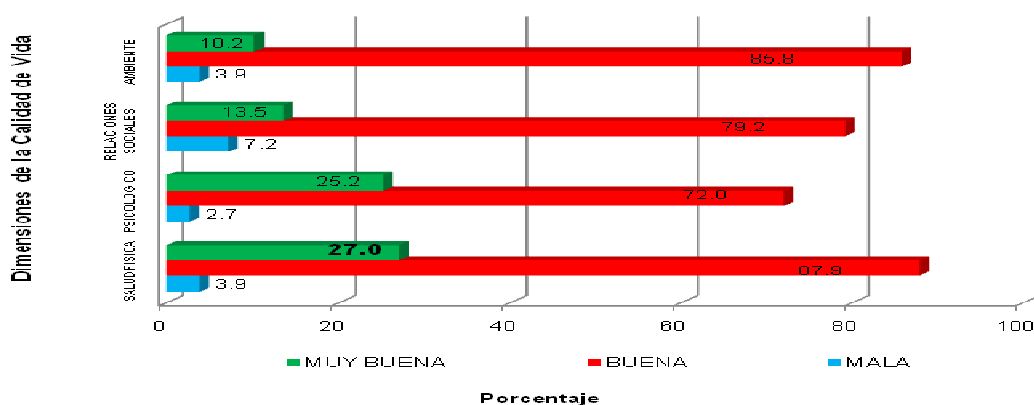


Gráfico No. 1. Distribución del porcentaje total de las dimensiones: Ambiente, Relaciones Sociales, Psicológica y Salud Física, que evalúan la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009).

En el Gráfico No. 1. Se señalan los resultados obtenidos por cada dimensiones que en conjunto determinan la calidad de vida: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, se obtuvieron elevados porcentajes, referente a la percepción que tenían los adultos mayores, respecto a cada dimensión: el 87.9% de los adultos mayores consideraban tener una buena salud física, al igual que en un el 85.8% de ellos percibían una buena calidad de vida respecto a su ambiente, y en el 79.2% de los evaluados refirió que sus relaciones sociales eran buenas y el 72.0 % de los adultos determino tener una vuela calidad de vida en relación a las actividades psicológicas. No se observaron diferencias significativas por género en tres de las dimensiones, solo se encontró poca diferencia significativa en la dimensión de ambiente ($p = 0.04$).

La calidad de vida en relacion al genero y a la edad, no se encontro diferencia en relación al genero, sin embargo se identifico que la edad en los adultos mayores de mas de 80 años presentarán muy mala calidad, y el grupo de 66 a 70 años manifestarán tener muy buena calidad de vida, esto corrobora que a más edad menos calidad de vida manifiestan los adultos mayores. Se evaluaron dos elementos esenciales de la satisfacción una fue por las condiciones de la vivienda y otra en relación con la vida, se obtuvo una de satisfacción general

X= 43.58 con una SD= 9.3 para mujeres y una X= 43.3 con una DS = 9.8 para hombres, lo que determino que independiente del género casi siempre adultos mayores se encuentran insatisfechos por su vida y por las condiciones de su vivienda.

Con respecto a la satisfaccion con la Vivienda, el 43.5% de los adultos mayores mencionaron estar satisfechos con la vivienda y en el 50.5% se mostraron muy satisfechos con su vida , sin embargo en el 13.2% de la poblacion expresaron sentirse insatisfechos con su vida y en el 12.6% con la vivienda (Ver grafico No. 2). Se observo en el (16.1%) de la población una diferencia significativa entre la satisfacción de la vivienda con la calidad de vida de $p = 0.002.$, esto determina que aunque el anciano mantenga una buena calidad de vida, puede estar insatisfecho con su vivienda. Semejantes resultados se obtuvieron con la relación a la satisfacción con su vida y la calidad de vida, con una significancia de $p = 0.005$, en un (14.9%) de los adultos se manifestaban estar insatisfechos con su vida, aunque presentaran una buena calidad de vida.

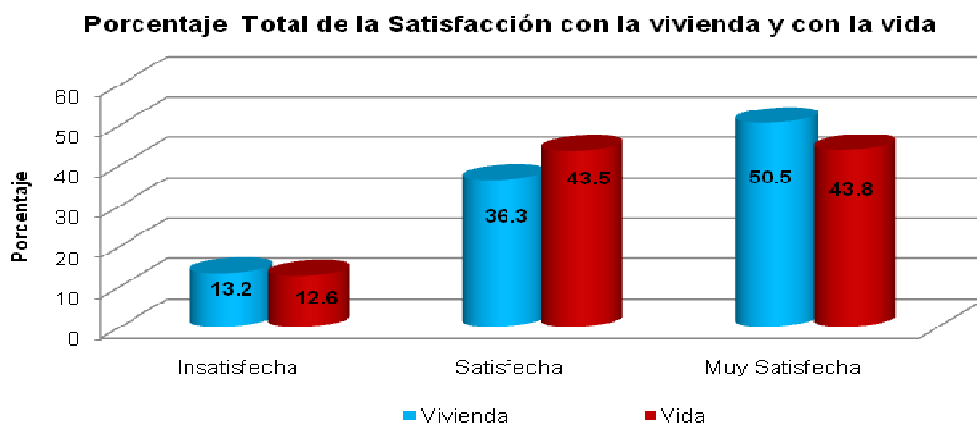


Gráfico No. 2. Distribución en porcentaje total sobre la Satisfacción con la vivienda y con la vida expresada por el adulto mayor. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009).

Evaluación de los problemas de salud de los adultos mayores

Los problemas de salud se evaluaron mediante la presencia de enfermedades comunes y crónicas en los adultos mayores, el tiempo de estar padeciendo la

enfermedad crónica, se identificó un rango de 6 años en el (57.5%) y menor de 2 a 4 años de evolución de la enfermedad en un (13.0%) de los adultos mayores.

Las principales enfermedades crónicas presentes en la población evaluada fueron la hipertensión y la diabetes, referente a las enfermedades comunes las que más predominaron en esta población fueron, las enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis y constantes resfriados, problemas digestivos como: úlceras, gastritis y colitis, además de dolores de cabeza y de piernas. Aunque se encontró que en un (41.3%) de la población de estudio, manifestaron no tener ningún tipo de enfermedad. En ambos problemas de salud se identificó una diferencia estadística de $p < 0.02$ por género, siendo (58.7%) las mujeres las que más padecían hipertensión y (18.4%) con problemas digestivos, mientras que en los hombres (20.6%) padecían diabetes y en un (22.6%) problemas respiratorios (Ver Gráfica No.3).

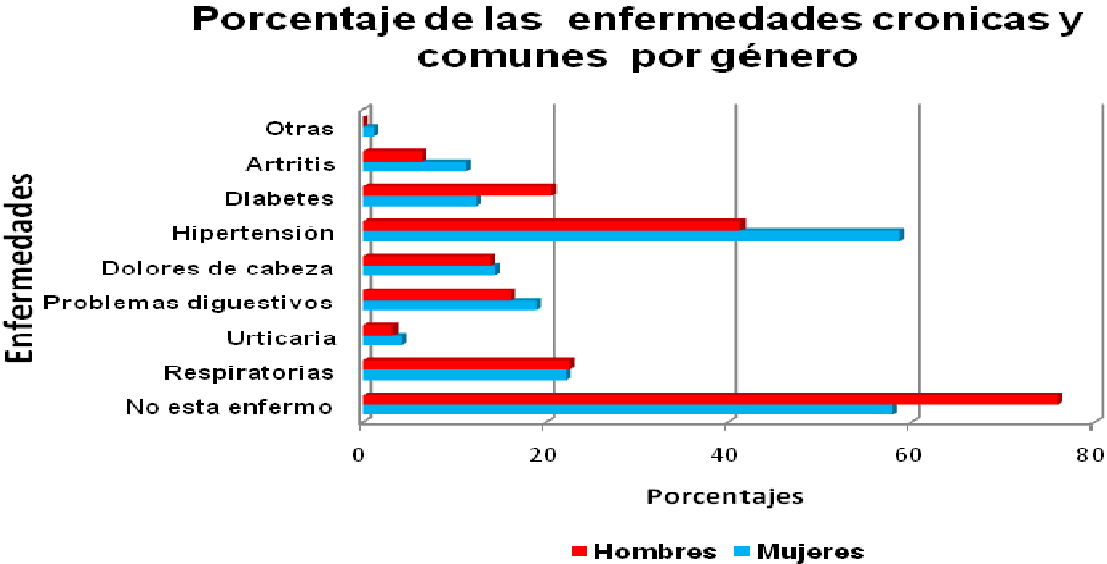


Gráfico No. 3. Distribución en porcentaje sobre las enfermedades crónicas y comunes en relación por género en el adulto mayor. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009).

A pesar del padecimiento patológico la percepción del estado de salud del adulto mayor, fue recabado mediante la pregunta ¿Cómo consideraba su salud física actualmente?, los resultados que arrojo nos permitió identificar que la Salud en ese momento del estudio fue considerada en un (46.8%) de los adultos como regular y en un (34.2%) como buena, pero lo que más les preocupaba a los adultos mayores sobre su enfermedad, en un (88.0%) fue el de presentar daños funcionales y físicos en su y en un porcentaje menor les preocupaba presentar daños mentales. (Ver Grafica No. 4).

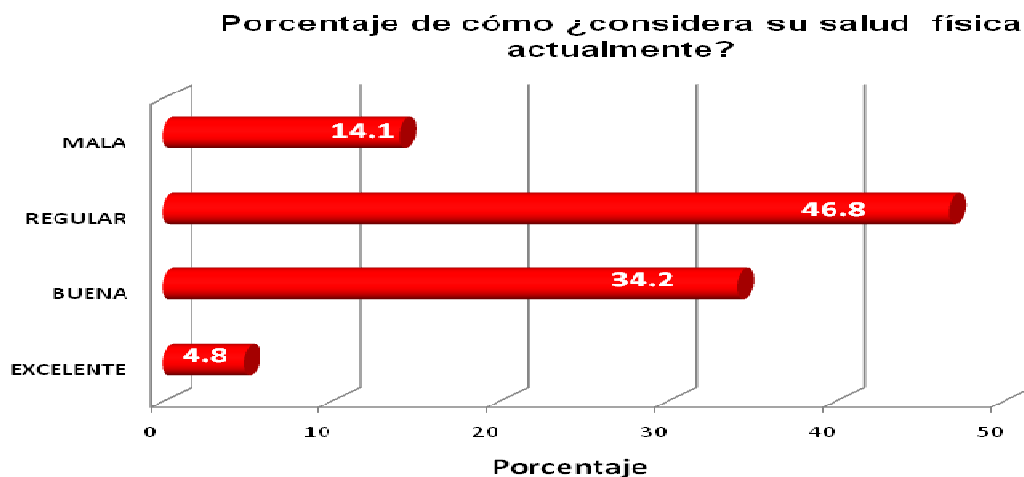


Gráfico No. 4. Distribución en porcentaje sobre como el adulto mayor ¿considera su salud física actualmente?. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009).

Los resultados obtenidos con la Escala de Salud General, se encontró que en un (66.3%) de la población mantenían la Salud mental estable y un (33.3%) presentaban una Salud metal alterada.

Se presentaron porcentajes altos en las áreas evaluadas en esta escala: Malestar en general, Disturbios de sueño, Autovaloración, Problemas sociales, Ansiedad y Depresión severa, Se puntualizo en los resultados que en un 42.3% de la población manifestó alteración en su salud mental por consecuencia de disturbios en el sueño, y en un 31.2 % referentes a los Problemas sociales, seguido de un 28.8% de Malestar general, solo se encontraron bajos porcentajes de ancianos una Salud mental patológica por área en 7.8% de ancianos en el área de

malestar general, y en un 4.5% en el área de depresión severa (Ver Grafica No. 5)

La Salud mental en relación por generó, se identificó que los hombres presentaban mas alteración en su salud mental en relación a las áreas: de malestar general, Disturbios de sueño, problemas sociales Ansiedad y Depresión severa, a diferencia de las mujeres que solo presentaron un porcentaje alto en Depresión severa. Aunque no se observo una asociación estadísticamente significativa entre las áreas de salud mental por generó, se puede determinar que los hombres presentan más mala salud mental que las mujeres.

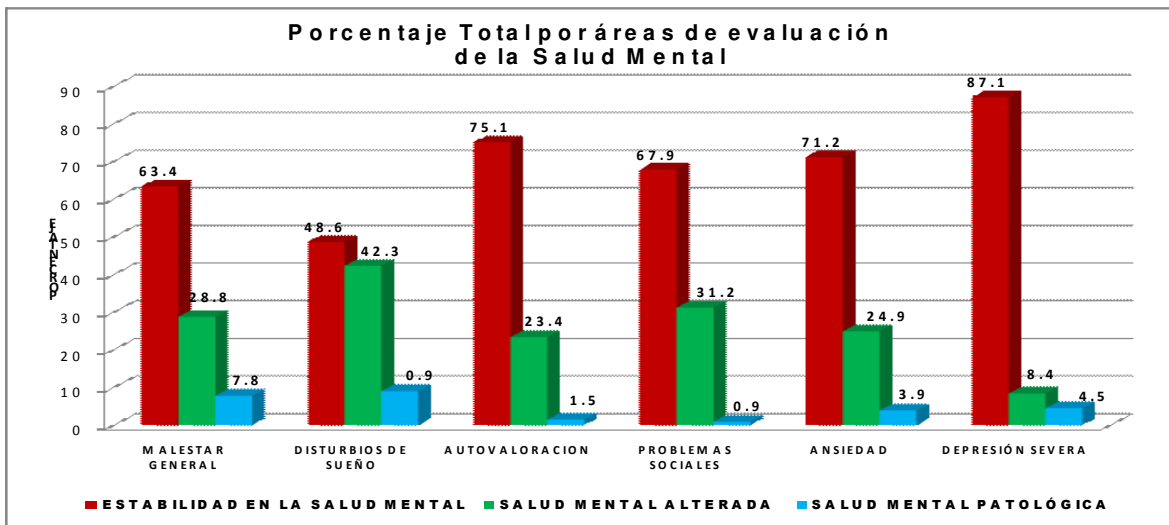


Gráfico No. 5. Distribución en porcentaje por áreas de evaluación de la Salud Mental en el adulto mayor clasificado en tres niveles: estabilidad de la salud mental, salud mental alterada y salud mental patológica. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009).

Relación de la calidad de vida y la salud con la vivienda del adulto mayor

Aproximadamente 10 años es el tiempo promedio de estar viviendo en las unidades multifamiliares de este grupo de estudio, aunque en el (53.4%), su vivienda se ubicaba en la planta baja, y (14.1%) se ubican en el tercero y cuarto piso, la relación de la calidad de vida con el tipo de acceso y el piso de la vivienda el (56.5%), mostrando un OR 1.38 – IC 0.78-243) y (OR 2.23 – IC 0.41-11-02), con una $p < 0.05$, ya que estas dos condiciones de la vivienda la consideraban

inadecuadas para su edad, debido las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, que le pueden provocar caídas, ocasionando que el anciano se salvable en su vivienda.

Otra característica relevante de la vivienda fue la iluminación natural que entra por las ventanas, para el (83.5%) de los adultos consideraron como inadecuada, debido a la construcción de ventanas muy pequeñas, y porque en el 94.6% de las viviendas solo se reportaron tener un foco en cada espacio de la vivienda y en ocasiones les parecía insuficiente para iluminar la vivienda, dificultándoles desarrollar actividades visuales.

En la Tabla no. 1 se observa las condiciones de la vivienda, que se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de manera favorable en la calidad de vida y de salud del anciano, se observó una tendencias pero no concluyente en la relación con la calidad de vida buena y muy buena con el tipo de acceso de la vivienda dentro del edificio, se presentan puntajes más elevados en relación a los accesos de escaleras (OR 1.38 – IC 0.78-243) y el piso desnivelado (OR 2.23 – IC 0.41-11-02), los indicadores con mayor relación con la calidad de vida, con una $p < 0.05$, esto es por las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, que le pueden provocar caídas, ocasionando que el anciano se salvable en su vivienda.

La Ubicación de la vivienda en el edificio multifamiliar, debe de reducir el riesgo de lesiones físicas (como caídas, infecciones) y trastornos emocionales, que a su vez repercuten de manera directa con la calidad de vida buena y muy buena, se obtuvieron tendencias altas en las viviendas que están ubicadas en tercer y cuarto piso (OR: 1.36 – IC: 0.53-3.40), en relación con las viviendas del primero y segundo piso.

La higiene es uno de los problemas con mayor urgencia, a pesar de que se tengan espacios interior y exterior adecuados o antihigiénicos y desordenados, se presento una tendencia de ancianos que viven en condiciones de higiene inadecuadas (OR: 1.83; IC: 1.05-3.22) con alta calidad de vida buena y muy buena.

TABLA NO. 1			
CONDICIONES DE LA VIVIENDA RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA BUENA / MUY BUENA			
	P	OR	IC
Tipo de acceso			
Escaleras	0.242	1.38	0.78-2.43
Piso desnivelado	0.269	2.23	0.41-11.02*
Acceso directo	0.146	0.66	0.37-1.20
Ubicación de la vivienda en el edificio			
Planta baja	0.971	1.01	0.58-1.76
Primer piso	0.885	1.06	0.44-2.47
Segundo piso	0.921	1.03	0.52-2.05
Tercer piso a mas	0.481	1.36	0.53-3.40
Características de la vivienda			
Espacios adecuados de la vivienda	0.444	1.43	0.54-4.01
Espacios inadecuados de la vivienda	0.772	1.22	0.25-5.08
Iluminación Natural de la vivienda	0.104	1.99	0.81-5.07
Iluminación Artificial de la vivienda	0.363	1.98	0.42-12.96
Ventilación Adecuada de la vivienda	0.585	1.20	0.59-2.40
Ventilación Inadecuada de la vivienda	0.521	1.22	0.63-2.34
Estructura de la vivienda			
Adecuada	0.629	0.88	0.50-1.53
Inadecuada	0.629	1.14	0.65-1.98
Mantenimiento de la vivienda			
Adecuada	0.299	1.50	0.66-3.48
Inadecuada	0.299	0.67	0.29-1.51
Higiene de la vivienda			
Adecuada	0.0235	0.55	0.31-0.96
Inadecuada	0.0235	1.83	1.05-3.22

P<0.05

La percepción de la calidad de vida buena y muy buena, está asociada a la percepción de la salud, Los adultos mayores que manifestaron tener una percepción de salud excelente y buena también demostraron tener mejor calidad

de vida, se observó una diferencia estadísticamente significativa de $p < 0.05$, en comparación con los ancianos que consideran tener una regular o mala percepción de su salud.

La preocupación del anciano sobre las consecuencias que puede provocar la enfermedad que padece, se identificó porcentajes altos de ancianos (OR: 1.47; IC: 0.85-2.57) con calidad de vida buena y muy buena, que se preocupaban por presentar daños físicos, seguido de los que se preocupaban por daños psicológicos, se observó una asociación significativa de $p < 0.05$ de la calidad de vida con el daño físico (Ver tabla 2).

TABLA No. 2			
PERCEPCION DE LA SALUD RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA BUENA / MUY BUENA			
	P	OR	IC
PERCEPCION DE SU SALUD			
Excelente	0.004	3.95	1.29-12.13*
Buena	0.002	2.26	1.29-3.98*
Regular	0.039	0.57	0.32-1.01
Mala	0.006	0.21	0.05-0.75
QUE LE PREOCUPA DE SU ENFERMEDAD			
Daño físico	0.145	1.47	0.85-2.57*
Daño funcionales	0.121	0.65	0.37-1.16
Daños psíquicos	0.885	1.06	0.44-2.47

* $P < 0.05$

TABLA No. 3			
SATISFACCION CON LA VIVIENDA Y CON LA VIDA RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA BUENA / MUY BUENA			
	P	OR	IC
SATISFACCION CON LA VIVIENDA			
INSATISFECHA	0.003	0.15	0.02-0.65
SATISFECHA	0.747	0.91	0.51-1.63
MUY SATISFECHA	0.020	1.87	1.06-3.31
SATISFACCION CON LA VIDA			
INSATISFECHA	0.014	0.25	0.06-0.87
SATISFECHA	0.368	0.78	0.44-1.38
MUY SATISFECHA	0.011	1.96	1.12-3.45

La satisfacción con la vivienda y con su vida está asociada con la valoración de la calidad de vida buena y muy buena, en relación con el grupo de ancianos que dicen estar muy satisfechos con la vivienda (OR: 1.87; IC: 1.06-3.31) y con la vida (OR: 1.96; IC: 1.12-3.45) muestra elevada calidad de vida buena y muy

buena, a diferencia de que mostraron porcentajes bajos de buena y muy buena calidad de vida (Ver tabla No. 3).

En la Tabla No.4, se identifican las variables que predicen su relación con la calidad de vida, mediante la percepción del adulto mayor consideran que de alguna manera determinan su calidad de vida buena.

El indicador de la variable de datos generales que reflejo mayor relación con la calidad de vida fue el de tener algún tipo de estudios, tanto el adulto mayor como de sus familiares esto contribuía a mejorar su calidad de vida en relación a su vivienda

TABLA No. 4 CONCENTRADO DE VARIABLES QUE SE ASOCIAN CON LA CALIDAD DE VIDA	
VARIABLES	INDICADORES
Datos generales	Tener estudios
Condiciones de la vivienda	Tipo de acceso a la vivienda Higiene de la vivienda La Iluminación natural de la vivienda El mantenimiento de la vivienda
Variables relacionadas con la salud	Percepción de Excelente y buena salud la salud No presentar daños físicos, funcionales y psíquicos No presentar Problemas de salud como: Digestivos Urticaria No tener enfermedades crónicas Tener un tiempo menor de duración 6 años de la enfermedad Satisfacción con la vivienda Satisfacción con la Vida
Salud mental	Salud mental sana Malestar general Depresión severa (estado) Ansiedad cognitiva Ansiedad somática Ansiedad total

Sin embargo algunos indicadores de las condiciones de la vivienda son los que reflejaron tener mayor impacto en la percepción la de la calidad de vida como son: el acceso mediante escaleras una vivienda limpia iluminada y más que nada su continuo mantenimiento.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Este es el primer estudio que se ha realizado en Guadalajara, sobre calidad de Vida en ancianos que habitan en unidades multifamiliares, aunque ya se han desarrollado en otros países como Cataluña España, Colombia, Santiago de Chile entre otras, han utilizado el instrumento WHOQOL-BREF para población anciana, con este instrumento se podrán realizar comparaciones entre diferentes países y culturas, que posteriormente en los trabajos realizados por Lucas (2007) quien diseño un instrumento más completo el WHOQOL, para establecer si existía algún concepto común universal de CV, y si existía, entonces su objetivo sería construir una medida que pudiera ser utilizada de manera universal para evaluar la CV de las personas que utilizaban los servicios sanitarios y sociales.

Las condiciones de la vivienda, se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos mayores, que se ve reflejada a través de sus estados de salud física y emocional no saludables, en el estudio de Aguelo (1992) considero que las condiciones de una vivienda saludable, se consideran como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligadas directamente a la calidad de vida y a la salud.

Las características de los espacios reducidos y las condiciones inadecuadas de las viviendas, (acceso a través de escaleras, piso desnivelado, iluminación y ventilación insuficientes, se infiere una repercusión indirectamente a las condiciones de salud, igualmente la OMS (1994) determina que las características de los espacios de las viviendas deben de tener áreas suficientemente amplias para una convivencia cómoda y sana, con una buena iluminación y ventilación, de lo contrario puede ocasionar un aumento en el riesgo a contraer enfermedades infecciosas y síntomas de estrés, ansiedad, depresión y comportamientos no saludables

El contar con una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se

contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores, En la población evaluada se observó que no realizaban un mantenimiento adecuado de su vivienda, debido a que en ocasiones no dependía de ellos sino de algún familiar, sin embargo aun así, esta población presentó porcentajes altos en lo referente a su calidad de vida buena y muy buena, asimismo Fernández-Ballesteros (1998) considera que la salud del adulto mayor se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente, del estilo de vida que tiene en su vivienda, de las condiciones personales como la edad y el sexo.

En relación a la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, se encontró que aproximadamente un porcentaje refiere tener una normal /a buena, calidad de vida, pero también expresaron insatisfacción con su calidad de vida con respecto a las condiciones de su vivienda, en relación al lugar donde está ubicada la vivienda en el edificio, los espacios reducidos, la ventilación y la iluminación, además en lo referente con su propia vida dentro de la vivienda. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Verdugo (2008) donde la salud del adulto mayor es más quebradiza por su asociación al proceso de envejecimiento que influyen significativamente con los niveles de calidad de vida en relación a su vivienda y a su vida misma.

Con respecto a la edad y al sexo, en esta investigación se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores la calidad de vida insatisfecha aumenta, de igual manera Fernández-Ballesteros (1998) concluye en su investigación que la salud de los adultos mayores se ve afectada por las condiciones personales como la edad y el sexo que de alguna manera impiden que los adultos mayores no logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social, reflejadas en los estilos de vida que tienen dentro de su vivienda.

Con esta investigación se intentó contribuir en la detección de las condiciones de la vivienda saludable, como indicadores que influyen en la calidad der vida y la salud del adulto mayor, en este sentido es necesaria la generación de estrategias de solución en las políticas de construcción de las viviendas, que garanticen la

seguridad y protección de la salud física y mental asociada a la calidad de vida del adulto mayor, que igualmente la OMS (1990) considero a la vivienda saludable a una vivienda adecuada que brinde protección contra enfermedades, lesiones, que ayude al desarrollo social y familiar y minimicé las tensiones relacionadas con el ambiente externo, favoreciendo positivamente a la salud del morador.

Por esto creemos que las intervenciones posibles a realizar en estos conjuntos habitacionales deben ser tendientes a trabajos integrales que contemplen todos los aspectos a fin de lograr una mejora en la habitabilidad de estos conjuntos y la calidad de vida de los usuarios de estas viviendas, tendencia que también debería ser aplicable en los conjuntos habitacionales nuevos.

REFERENCIAS

Albala, C., Marín, P., Vio, F., García, C. (2004). Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos (INTA), Encuesta SABE en Chile Salud, bienestar y envejecimiento en la Región Metropolitana.

Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. *Architecture, City an Enveronment*, 1(1), 80-101.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), 57-65.

Flores-Villavicencio, M.E., Valle, B.M.A., Muñoz, D.A. (2009). Calidad de Vida y Salud en el anciano en el Siglo XXI. En Cervantes, C.A., Flores Villavicencio, M.E. (Eds) *Psicología de la salud en el Anciano del siglo XXI*. Guadalajara México. Edit. Umbral Digital: 31-40.

Groot, L., Verheijden, M., Henauw, S., Schroll, M., Staveren, W. (2004). Lifestyle nutritional status, health, and mortality in elderly people across europe: a review of longitudinal results of the SENECA study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. (59): A.Nº 1277-1284.

Herdman M., (2005). Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gac Sanit* . 19(2): 91-2.

Korc E. M. (2005) Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas Públicas. *Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS –PWR*, Caracas, Venezuela.

Lucas, C. R. (2007). Manual Separ de procedimientos. 3. Cuestionarios genéricos. WHOQoL.Edit. Publicaciones Pemaner. Barcelona España, ISBN 84-7989-152-1,16-22

Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud*. Edit. Mc Graw Hill Interamericana.

Núñez, M. B., Álvarez, C. D. (2009). El Desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales. *Estudios Jaliscienses*, 75, 21-31

OMS (1990). Principios de higiene de la vivienda, Ginebra, Suiza Documento presentado en el 2003 en la página: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/siete.pdf>.

OMS, OPD (1999). Políticas de Salud en la Vivienda: Documento de posición de OPS: División de Salud y Ambiente Washington, D.C. y La Habana, Cuba.

Fadda, G., Jirón, P. y Cortés, A. (2005). Diferencias en la Calidad de Vida en el centro y periferia de Santiago. Incidencia de las políticas públicas. Ponencia presentada en Seminario Internacional ALFA_IBIS/Rideal - "Explorando Nuevos Conceptos sobre la periferia Urbana". Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud (2006). Estrategias de vivienda saludable: Documento presentado en la reunión del Comité Temático de Salud de Población Desplazada, en las instalaciones de OPS/OMS. Colombia: 1-16.

Presentado en la página: <http://www.disasternfo.net/desplazados/informes/-pah2/sesion031/docviviendasaludable.doc>.

Raugh, V., Landrigan, P., Claudio, L. (2008). Housing and Health: intersection of poverty and environmental exposures. *ANN NY Acad Sci* . (1136): 276-288.

Ruiz, V. G. (2006). Urbanista, “*Vivienda vertical, un mercado en ascenso*”. Público, Guadalajara.

Solano, B. T. (1997). ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta supe deteriorada. Documento periodístico. Medellín. Colombia.

Torres, H.M., Quezada, V.M., Rioseco, H.R., Ducci, V. M.E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings*. Rev. Méd. Chile Santiago, 136 (3), 325-333.

Verdugo, A.M.A. (2008). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En *The concept of quality of life in human sewices: a handbook for human sewicw practitioners*. En prensa Universidad de Salamanca.

Whoqol. (2005). Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life instruments (The whoqol-100 Whoqol–bref) <http://www.who.int/msa/qol>