

Déficit auditivo y calidad de vida en los pacientes geriátricos adscritos, UMF 62

Diana Janneth Gonzalez Basilio, Marisabel Zamora Tafoya, Rubén Ríos Morales, Rosa María Martínez Badillo

Unidad de medicina familiar número 62 Cuautitlán

Resumen

La pérdida auditiva es una disminución pronta o gradual de la capacidad para oír. Es uno de los problemas de salud más comunes que afecta a las personas mayores, aproximadamente una de cada tres personas de 65 a 74 años tiene algún nivel de pérdida de audición y casi la mitad de las personas mayores de 75 años y más tienen dificultad para oír. **Objetivo:** Estimar la asociación del déficit auditivo y calidad de vida en paciente geriátricos, UMF 62. **Material y métodos:** Fue un estudio observacional, analítico, prolectivo y transversal, en la UMF 62. Se incluyeron 226 pacientes geriátricos sin diagnóstico previo de déficit auditivo ni con enfermedades crónico-degenerativas agregadas. Se realizó Prueba de susurro, posteriormente se aplicó test de Whoqool-Bref para calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva e inferencial, para el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney con una ($p < 0.05$). **Resultados:** Se observó: Una prevalencia del 38.9%, la calidad de vida más frecuente fue la regular con el 18.1%, el grupo de edad más frecuente 80-89 años con el 16.4%, el sexo femenino con una frecuencia del 22.6%. No se encontró asociación entre el déficit auditivo y la calidad de vida, mediante X^2 , Exacta de Fisher, U de Man Whitney para muestras independientes. **Conclusiones:** Posterior al análisis de los resultados, se observó que no existe asociación entre el déficit auditivo y la calidad de vida en pacientes geriátricos.

Abstract

Hearing loss is a sudden or gradual decrease in the ability to hear. It is one of the most common health problems affecting older people, with about one in three people aged 65-74 having some level of hearing loss and almost half of people aged 75 and over having difficulty hearing. **Objective:** Estimate the association of hearing deficit and quality of life in geriatric patients, UMF 62. **Material and methods:** It was an observational, analytical, prolective and cross-sectional study, in UMF 62. 226 geriatric patients without previous diagnosis of hearing deficit were included. nor with added chronic-degenerative diseases. Whisper test was performed, subsequently the Whoqool-Bref test was applied for quality of life. The statistical analysis was carried out with descriptive and inferential statistics, for the bivariate analysis the Mann Whitney U statistical test was used with a ($p < 0.05$). **Results:** It was observed: A prevalence of 38.9%, the most frequent quality of life was regular with 18.1%, the most frequent age group 80-89 years with 16.4%, the female sex with a frequency of 22.6%. No association was found between hearing impairment and quality of life, using X^2 , Fisher's Exact, and Man Whitney's U for independent samples. **Conclusions:** After analyzing the results, it was observed that there is no association between hearing impairment and quality of life in geriatric patients.

Palabras Clave: Déficit auditivo; calidad de vida; adulto mayor.

Keywords: Hearing impairment; quality of life; Elderly.

1. INTRODUCCIÓN

La tercera edad, también llamada vejez, ancianidad, senectud, etc., es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una etapa del ser humano a partir de los 60 años y aparece sin precisar. La humanidad experimenta un fenómeno de envejecimiento poblacional que puede deberse en parte a las bajas tasas de fecundidad, desarrollo económico y social, mayor esperanza de vida, etc. lo cual implica un punto bueno en salud pública pero también un reto social para enfrentar este envejecimiento (Martínez Pérez et al., 2018).

La vejez implica cambios moleculares y celulares negativos produciendo que las capacidades físicas y mentales se deterioren. Estos cambios son sutiles, progresivos y no aparecen en un periodo definido. De acuerdo a la OMS, el envejecimiento población había afectado solo a países en desarrollo, en esta década el problema abarca a los países subdesarrollados. Epidemiológicamente en la década del 2020 y 2030, habrá un aumento de adultos mayores de 60 años en un 34%. Existen afecciones propias de esta etapa como pérdida de la visión, movilidad, audición o enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o demencia. Sin embargo, la mayor esperanza y mejor calidad de vida de la persona se puede deber al ambiente o entorno que lo rodea. Lo importante es trabajar sobre; factores que influyan en un envejecimiento saludable (OMS, 2022).

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México, en la década de los 90s había 5 millones de adultos mayores (6% de la población) en el 2020 hay aproximadamente 15.1 millones de personas con más de 60 años (12% de la población) y es acorde a los datos mundiales. Los índices de envejecimiento más bajos se reportan en estados del sureste (29 a 39 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años). En cambio, Sinaloa, Colima reportan índices muy altos con 90 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, entre ellos destaca la Ciudad de México. Y el 20% de los adultos mayores no están afiliados a una institución de salud, lo cual es preocupante (INEGI, 2021).

Déficit auditivo

A nivel mundial el déficit auditivo se presenta en aproximadamente 430 millones de personas (5%). En Estados Unidos y México se reporta que uno de cada tres adultos de 75 años presenta hipoacusia. Su origen puede ser congénito, complicaciones del parto o de enfermedades infecciosas o de ingesta de medicamentos ototóxicos, traumático. En el grupo pediátrico la pérdida de la audición se debe generalmente a complicaciones congénitas y complicaciones infecciosas ambas pueden ser prevenibles (Salud, 2021).

Definición

La pérdida auditiva puede ser incapacitante, con una pérdida de más 35 dB, su prevalencia es de un 25% en adultos mayores de 60 años. En este grupo existen factores (determinantes de la capacidad auditiva) como las enfermedades crónicas, otosclerosis, tabaquismo, degeneración neurosensorial, etc. Si el problema no se trata las consecuencias en la vida de la persona son del tipo de la estigmatización, autoestima baja, cognición, asilamiento social, soledad y afección al entorno familiar en gran medida, todo ello, mermando su calidad de vida. Su detección con los diferentes instrumentos actuales, su manejo oportuno y rehabilitación, pueden evitar consecuencias negativas (OMS, 2021).

La pérdida de la audición por degeneración coclear específicamente por envejecimiento se llama presbiacusia puede ser simétrica, bilateral y es de lento progreso. Es un problema de salud pública porque está relacionada con la calidad de vida del adulto mayor. Produciendo alteraciones emocionales (ira, vergüenza, frustración, soledad, ansiedad incluso, culpa); alteraciones conductuales (exigir, gritar) y/o alteraciones cognitivas (baja autoestima, problemas para comunicarse, falta de concentración, se distraen), entre otros (Ciorba et al., 2012).

Existe evidencia, que en los grupos con demencia lo que requieren es apoyo para mejorar la pérdida de la visión y auditiva. De tal forma que la pérdida de la audición es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo. La detección temprana de ésta y su intervención oportuna mejora la capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor (Leroi et al., 2019).

Clasificación

La valoración del adulto mayor debe iniciar por una historia clínica, con su respectiva exploración física, además de aplicar escalas de medición para determinados problemas como son los sensoriales, debe ser multidisciplinaria (médicos, enfermeras, cuidadores, trabajadores sociales, psicólogos, etc.). Convirtiéndose así en una Valoración Geriátrica Integral (VGI). Lo anterior enfocado a buscar el Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor (pérdida o disminución de la vista, el gusto, el olfato, el oído), que aumenta la dependencia y disminuye la calidad de vida del paciente. Específicamente la pérdida auditiva se clasifica en; neurosensorial (afección del oído interno, cóclea y nervio vestibulo coclear u VIII par); conductiva (afección del oído externo, oído medio o ambos) y mixta (combina las dos anteriores).

Diagnóstico

Su diagnóstico puede ser de diferentes formas (IMSS, 2018).

La pérdida auditiva se puede evaluar mediante pruebas sencillas y no costosas hasta las más sofisticadas como: La otoscopia, método sencillo y de consultorio permite examinar el oído externo para descartar tapón de cerumen, infecciones u otras patologías es no genera molestias para el paciente. Se requiere de una adecuada iluminación y un espéculo auditivo con conos de diferentes tamaños, una luz frontal que ilumine el campo visual, un mango que soporte al otoscopio, incluye una lupa. Se introduce el otoscopio gentilmente hasta observar, pelos, cerumen, etc. (Silva & L'Espinasse, 2020), (REFOYO, 2022).

La audiometría tonal liminar (ATL) que es el estándar de referencia para esta patología, sin embargo, existe el test del susurro, que es aplicable al Primer Nivel de Atención por su factibilidad y bajo costo, además de ser una prueba con validez para su diagnóstico (Gigirey, 2021), (Instituto Nacional de Geriatria, 2017).

En el Primer Nivel de atención existen barreras para no cumplir con la detección de pérdidas auditivas como son; alta demanda de consulta, poco tiempo entre pacientes, problemas clínicos “más importantes”. Sin embargo, existen pruebas audio métricas como el Test del susurro que tiene especificidad de 79% y sensibilidad mayor de 91%, sin embargo, requiere una sala silenciosa (Wallhagen, 2017).

La OMS, en 1948, define a la salud como el “completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad”. Siendo esto uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Es indispensable para alcanzar la paz y la seguridad social. Hoy día algunos autores miden la percepción general de salud por medio de escalas (OMS, 2014).

La evolución de la medicina, ha implicado una disminución de la mortalidad y una mayor esperanza de vida las cuales han jugado un papel importante en el aumento de la población mayor de 60 años. Para ello se debe capacitar y formar profesionales de la salud que sepan atender las necesidades propias del grupo geriátrico, el cual demandará mayor atención médica y psicológica. El adulto mayor se encuentra en el grupo de población vulnerable, es decir, que está expuesto a riesgos y daños, además presenta desventajas marcadas por la aparición de enfermedades crónico degenerativas, las cuales pueden ser incapacitantes que afectan su dependencia económica, aumentan la pobreza, en algunos casos afectando las capacidades físicas y mentales (Soria-Romero & Montoya-arce, 2017).

Para el INEGI, México está en proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, la calidad de vida de este grupo etario (mayores de 60 años) no siempre es óptima. Actualmente el adulto mayor tiene un potencial importante por su experiencia y preparación, está repuntando en las finanzas por lo que invierte en su salud y por la cuantía de las pensiones. Lo anterior conlleva a mejorar la salud y calidad de vida del adulto mayor, tiene derecho a sentirse, saludable, feliz y con energía (Alberto et al., 2021).

La OMS en su proclamación de salud en 1946 ya abarca la calidad de vida y su relación con la salud. Y, se plantea el hecho de que la pérdida de la audición aumenta a discapacidad auditiva, pero ésta puede ser influenciada por la actitud y percepción del paciente y sobre todo de aquellos con los que se rodea, siendo una parte fundamental sus redes de apoyo en la familia. Para valorar la calidad de vida en la población senescente es importante tomar en cuenta la experiencia del individuo, que tan satisfecho se siente o que tanto ha realizado sus deseos, además de ser capaz físicamente aún. Por lo que es importante mejorar métodos de diagnóstico de presbiacusia y sobre todo tener la forma de capacitarlos en cómo afrontar su problema (Punch et al., 2019).

Factores de riesgo

El déficit auditivo es consecuencia de algunas enfermedades crónicas degenerativas como las cardiovasculares, diabetes, depresión, ansiedad, etc. Que dificultan la comunicación afectando la socialización, produciendo depresión. El déficit auditivo en los adultos mayores de 65 años, afecta en un 40% la calidad de vida de este grupo de estudio (Hyams et al., 2018).

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto matizado de aspectos subjetivos y objetivos positivos en torno de una persona y que los considera suyos. Dándole sensación de bienestar o de sentirse bien consigo mismo.

Definición

La OMS, en 1966, define la calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”.

Clasificación

Para ello se cuenta con varios instrumentos con diferente validez, sin embargo, la misma OMS creó en 1994 el único instrumento internacional para medir la calidad de vida: WHOQOL-BREF (Robles-Espinoza et al., 2016). El cual es un cuestionario personalizado, con 26 preguntas, además de valorar cuatro dimensiones (Salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente), ayuda a determinar cómo se percibe su calidad de vida, tomando en consideración factores como edad, estado anímico, enfermedad, etapa de enfermedad o su pronóstico (OMS, 2008).

El instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor, consta de dos preguntas sobre calidad de vida y satisfacción con cuatro dimensiones con 26 ítems, es ampliamente difundido por su factibilidad y reproducibilidad. Es sencillo utiliza lenguaje coloquial es adaptable a cualquier cultura y cuenta con una fiabilidad con Alfa de Cronbach de 0.88 para todo el cuestionario y de 0.87- 0.88 para cada una de sus 26 preguntas (Espinoza et al., 2011).

Epidemiología

En el artículo Aspectos clínico epidemiológicos de las patologías Ambulatorias del oído frecuentes en adultos, Pineda Gea (2021). El cual fue retrospectivo, observacional con una muestra de 312 expedientes. Encontrando 201 mujeres y 11 varones, el grupo que predominó fue el de 51 a 59 años; seguido del grupo de 60 y más años. Las tres patologías más frecuentes fueron; Otitis Media Crónica con 189 casos, Presbiacusia 40 casos y Otomicosis 38 casos (Pineda-Gea, 2021).

En México, Márquez González (2021), en su artículo Calidad de vida relacionada a trabajadores con hipoacusia, adscritos a una Unidad de Medicina Familiar. Aplicando el instrumento SF-36. Fue un estudio transversal ambispectivo, con una muestra de 280 pacientes con algún grado de hipoacusia, aplicando el instrumento tiene como resultado que el 82% de su muestra presenta una buena calidad de vida contra 18% con mala calidad de vida (GONZÁLEZ., 2021).

Sánchez Sosa (2018) en México publica “Asociación sobre el nivel de depresión y la calidad de vida en el adulto mayor con hipoacusia de la Unidad de Medicina Familiar No.2, IMSS Puebla”. Fue un estudio descriptivo, transversal, prospectivo utilizando el instrumento WHOQOL-OLD, con una muestra de 237 adultos mayores de 60 años con hipoacusia, el 49 % es del sexo femenino y el 51 % masculino. Con una media de edad de 72.3 años; el grupo que predominó fue el de 60-69 años (98), 67% hipoacusia leve a moderada; de acuerdo al instrumento sus resultados fueron mayor a 70% sin embargo asociado a depresión concluyen que si hay asociación entre calidad de vida y depresión mediando la hipoacusia (Sosa., 2021).

En Quito, Herrera y cols. (2018), efectúan un estudio sobre Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-OLD en adultos mayores, el cual fue descriptivo y transversal con 249 pacientes. Encontrando una media de edad de 76,08 años predominando el grupo de 75-89 años con el 53 %, sexo femenino 65%, sexo masculino 35%. Las comorbilidades encontradas fueron; Hipertensión Arterial 50%, alteraciones osteoarticulares 41%, alteraciones visuales 28% y auditivas 27%. Para la calidad de vida se obtuvo una media de 85,5 sobre 120 puntos. Por tanto, el 85% de los adultos mayores percibieron su calidad de vida como buena y el 15% como medianamente buena (BELÉN, 2016).

En el artículo “Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II”, Jiménez Almaguer (2019), el cual fue cualitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Con una muestra de 37 adultos mayores de 60 años encuestados con el instrumento WHOQOL-BREF. Encontraron una media de edad de 71,2 años con un rango de 60-91 años; sexo femenino 76%; el 62 % vivían en familias extensas; 51 % tenían ingresos económicos medios. La media de evolución de la enfermedad fue de 11.37 años con $DE \pm 4,5$, un rango de 1 a 20. La calidad de vida fue auto percibida como deficiente en el 67 % de los adultos en relación a su salud la mayoría por dependencia a fármacos (Jiménez et al., 2019).

En Puerto Rico, Quiñones Matos (2019), en su Tesis “Relación entre la calidad de vida y la pérdida auditiva en adultos mayores puertorriqueños”, presenta un estudio cuantitativo, correlacional, transversal y prospectivo. En 50 adultos mayores de 65 años de edad, aplicando el instrumento WHOQOL-BREF. Los resultados fueron, el grupo que predominó fue el de 65-75 años, 60 % sexo femenino y 40% sexo masculino. Respecto a la calidad de vida, el 32 % dice tener mala calidad de vida y sentimientos negativos como depresión, ansiedad y desesperanza, el 44% dice estar satisfechos y el 42% reporta muy buena calidad de vida (Matos, 2109).

En Colombia, Carlos Alberto Cano (2014) en su artículo “Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. Fue un estudio transversal, por conglomerados, prospectivo. Con una muestra de 2000 adultos mayores aplicando la escala visual análoga EuroQol (EQ-VAS) para medir la calidad de vida. Encontrando mujeres en un 62% y hombres en un 38%; en el grupo de más de 72 años hubo el 32%. Con una prevalencia de déficit auditivo del 13.5% (267 pacientes) y un promedio de su enfermedad de 20.4 años, el déficit auditivo fue igual para hombres y mujeres, pero si predominó en el grupo de 75 años, en relación a comorbilidades, el déficit auditivo se observó 71.7 % más en pacientes con depresión, e hipertensión arterial. La calidad de vida se midió en puntaje encontrando 60.9 para las personas con problemas auditivos contra 71.7% de las personas sin problemas auditivos con una $p < 0.05$, siendo estadísticamente significativos (Cano et al., 2014).

Cunyas Condori (2022) en su Tesis “Calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de COVID-19 del puesto de salud La Punta, Huancayo 2022. Fue de tipo cualitativo, transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, con una muestra de 35 adultos mayores. Aplicando el instrumento WHOQOL-BREF para validar calidad de vida. Cuyos resultados fueron para el dominio social en un 43 % la calidad de vida fue buena; para el dominio físico, fue buena en un 80%; para el dominio ambiental fue buena en un 49%; 66% regular para el dominio psicológico y en general la calidad de vida fue regular en 63% del adulto mayor en tiempos de COVID-19 (Mary Luz Cunyas Condori. Gamarra., 2015).

Zapata Mogro (2021) en su Tesis “Relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General de Latacunga”. Fue de tipo correlacional prospectivo y cualitativo. Con una muestra de 100 adultos mayores aplicando dos instrumentos; Cuestionario de Salud SF-36 y la Escala de Depresión Geriátrica. Los resultados fueron; el 57% fue del grupo de 65-74 años, mujeres 54% y 46% hombres; 54% provino del área urbana, y 42% con buena situación económica. Con respecto de la CV se valora como mala 4%, regular 25%, buena 25%, muy buena 32% y excelente 11% (MOGRO., 2021).

2. METODOLOGÍA

El objetivo principal de la investigación es estimar la asociación del déficit auditivo y la calidad de vida en paciente geriátricos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 62, mediante un diseño de tipo observacional, analítico, transversal y prolectivo. Con criterios de inclusión específicos como tener más de 60 años, sin comorbilidades ni deficit auditivo al momento del estudio. Con una muestra de 226 pacientes geriátricos, a los cuales se les informó y solicito su permiso para ingresar al estudio. Aplicando previa firma del consentimiento informado los instrumentos como; el instrumento de recolección de datos, prueba del susurro y el Test de Whoqool-Bref, todos ellos replicables. Para ello se evaluaron las variables de estudio calidad de vida y déficit auditivo, además de variables descriptivas como edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil. Se efectuó una base de datos con toda la información obtenida siendo analizada con estadística descriptiva e inferencial utilizando la prueba estadística de U de Mann Whitney con una $p < 0.05$.

Tabla 1. Aspectos de accesibilidad urbana

NO.	ASPECTO
1	MOVILIDAD PEATONAL E ITINERARIO PEATONALES ACCESIBLE
2	ELEMENTOS URBANOS
3	MOBILIARIO URBANO

3. RESULTADOS

La calidad de vida regular la presentaron los pacientes con déficit auditivo 18.1% (41 pacientes) mientras que los pacientes sin déficit auditivo su calidad vida fue normal 27% (91 pacientes). (Tabla 1 gráfica 1).

El déficit auditivo en pacientes geriátricos lo presentaron un 38.9% (88 pacientes) mientras que, en su mayoría, un 61.1% (138 pacientes) de pacientes encuestados no presentaron déficit auditivo. (Tabla 2 gráfica 2).

La calidad de vida normal se presentó en un 40.3% (91 pacientes) de personas encuestadas, en tanto una calidad de vida muy buena solo se presentó en un 0.4% (1 paciente). (Tabla 3 gráfica 3).

Dentro de los pacientes que presentaron déficit auditivo se registró una mayor prevalencia en la edad de 80 – 89 años, siendo esta de 42.2 % (37 pacientes), contrario a este resultado, se obtuvo una minoría de pacientes con déficit auditivo en pacientes mayores de 90 años con un 6.8% (6 pacientes). (Tabla 4 gráfica 4).

De los pacientes que presentaron déficit auditivo, un 57.9% (51 pacientes) fueron del sexo femenino, el otro 42.1% (37 pacientes) lo ocupó el sexo masculino. (Tabla 5 gráfica 5).

Encontramos en los pacientes con déficit auditivo que un 40.9% (36 personas) presentaban una escolaridad a nivel primaria, mientras que el 4.54% (4 personas) tienen una escolaridad de bachillerato. (Tabla 6 gráfica 6).

El estado civil de los pacientes con déficit auditivo en su mayoría, 39.7% (35 pacientes) presentaban viudez, mientras que el 3.4% (3 personas) se encontraban divorciados. (Tabla 7 gráfica 7).

Con respecto a la ocupación de los pacientes encuestados en este estudio, obtuvimos un porcentaje mayor del 34.1% (77 personas) representado por amas de casa, mientras que en su minoría del 13.3% (30 personas) fueron profesionista. (Tabla 8 gráfica 8).

Tabla 1. Calidad de vida en paciente geriátricos con y sin déficit auditivo, UMF 62

Déficit auditivo	Calidad de vida												valor de p*
	Muy mala		Regular		Normal		Bastante buena		Muy buena		Total		
	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	
Con déficit auditivo	5	2.2	41	18.1	30	13.3	12	5.3	0	0	88	38.9	0.004*
Sin déficit auditivo	4	1.8	35	15.5	61	27	37	16.4	1	0.4	138	61.1	
Total	9	4	76	33.6	91	40.3	49	21.7	1	0.4	226	100	

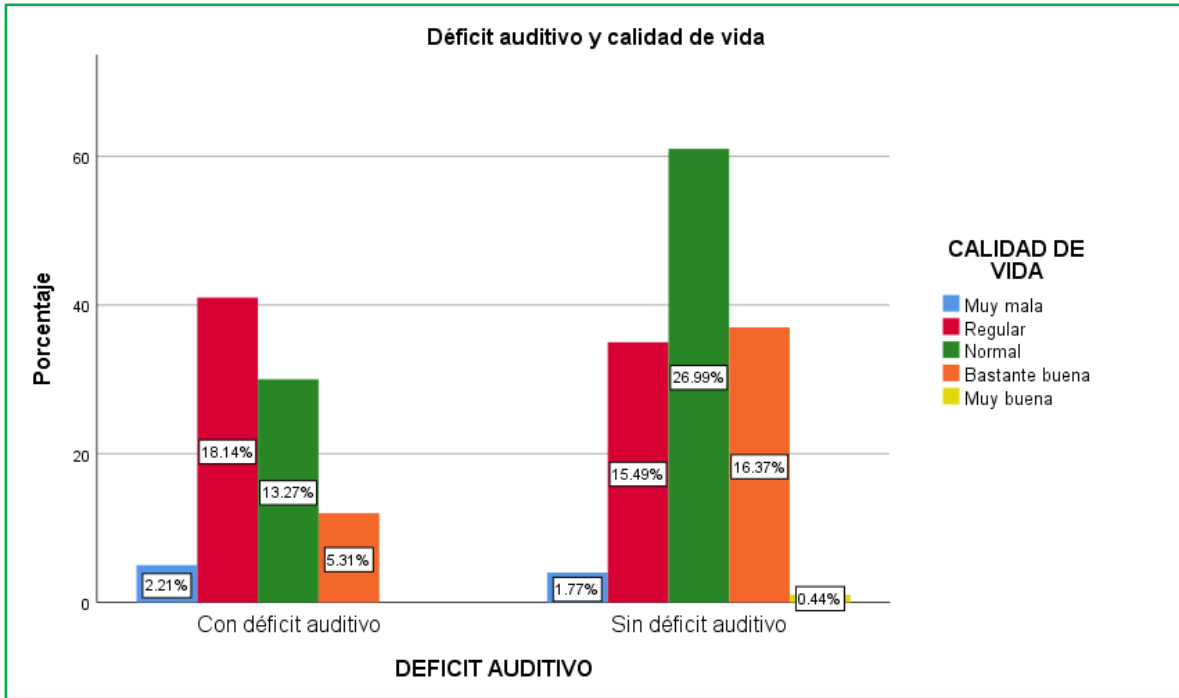


Gráfico 1. Calidad de vida en paciente geriátricos con y sin déficit auditivo, UMF 62

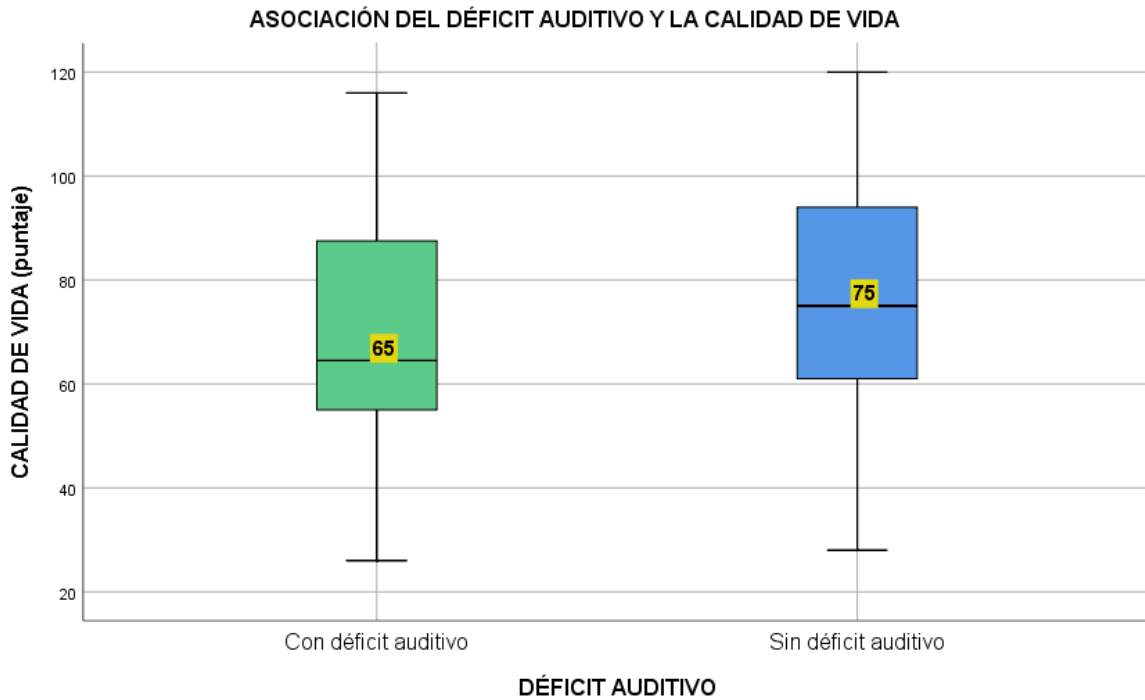
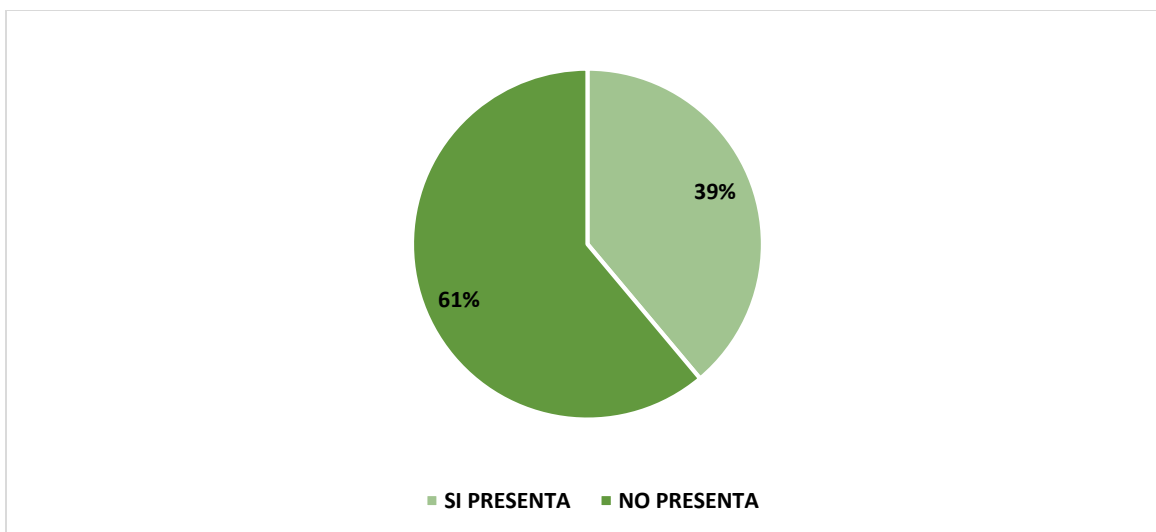


Gráfico 2. Calidad de vida en paciente geriátricos con y sin déficit auditivo, UMF 62

Tabla 2. Pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

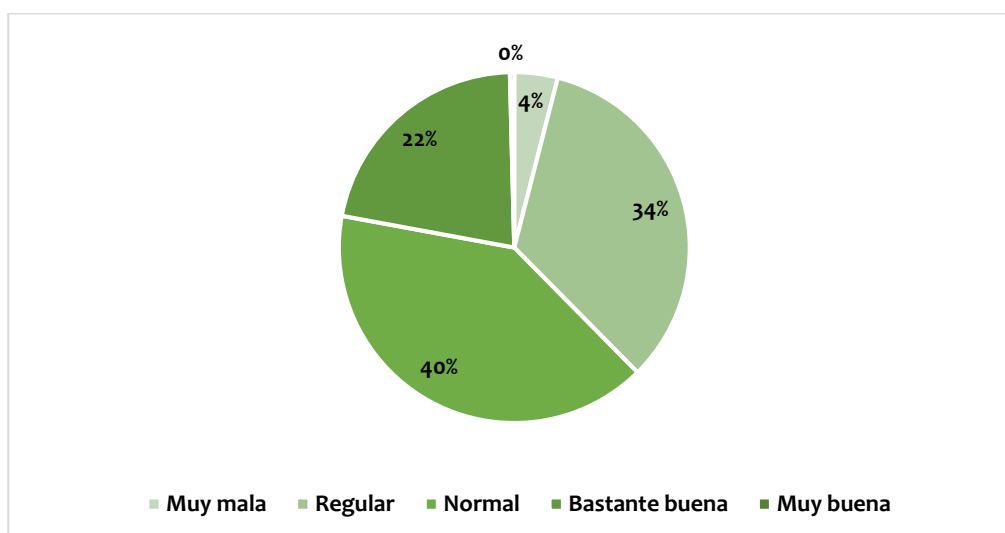
DEFICIT AUDITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI PRESENTA	88	38.9
NO PRESENTA	138	61.1
Total	226	100



Gráfica 2. Pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

Tabla 3. Calidad de vida en los pacientes geriátricos, UMF 62

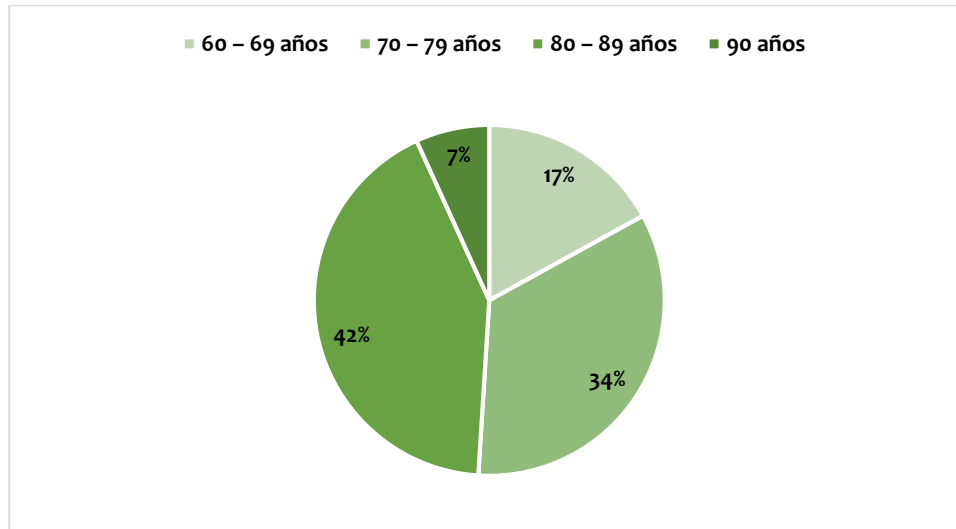
CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy mala	9	4
Regular	76	33.6
Normal	91	40.3
Bastante buena	49	21.7
Muy buena	1	.4
Total	226	100



Gráfica 3. Calidad de vida en los pacientes geriátricos, UMF 62

Tabla 4. Edad geriátrica de pacientes que presentan déficit auditivo, UMF 62

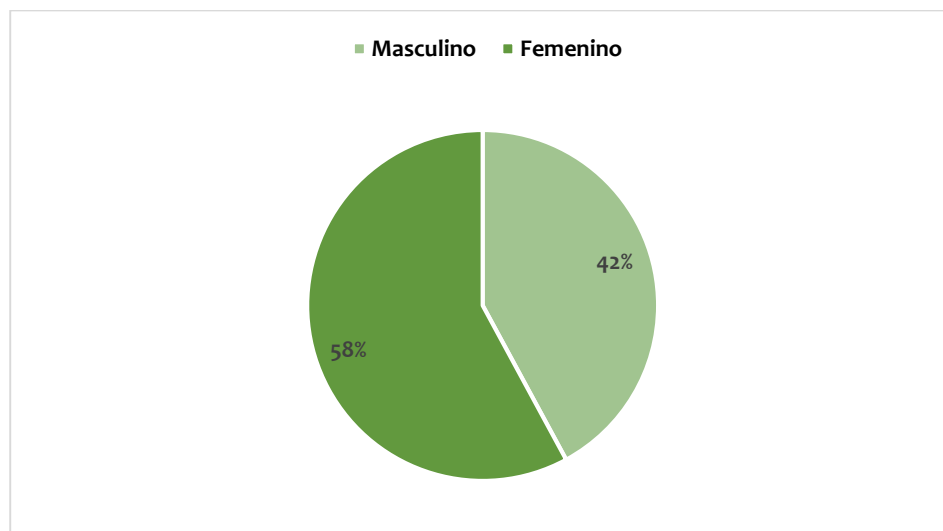
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 – 69 años	15	17
70 – 79 años	30	34
80 – 89 años	37	42.2
90 años	6	6.8
Total	88	100



Gráfica 4. Edad geriátrica de pacientes que presentan déficit auditivo, UMF 62

Tabla 5. Sexo de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

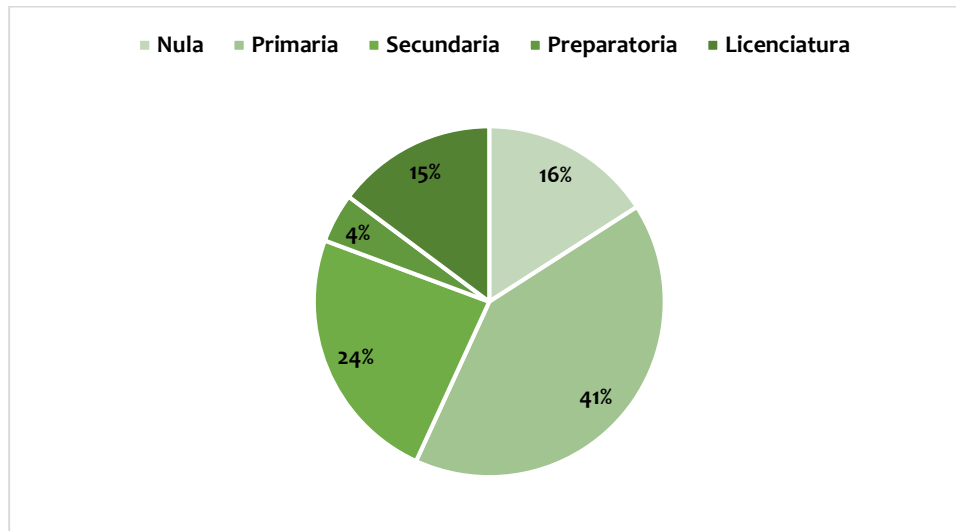
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	37	42.1
Femenino	51	57.9
Total	88	100



Gráfica 5. Sexo de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

Tabla 6. Escolaridad de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

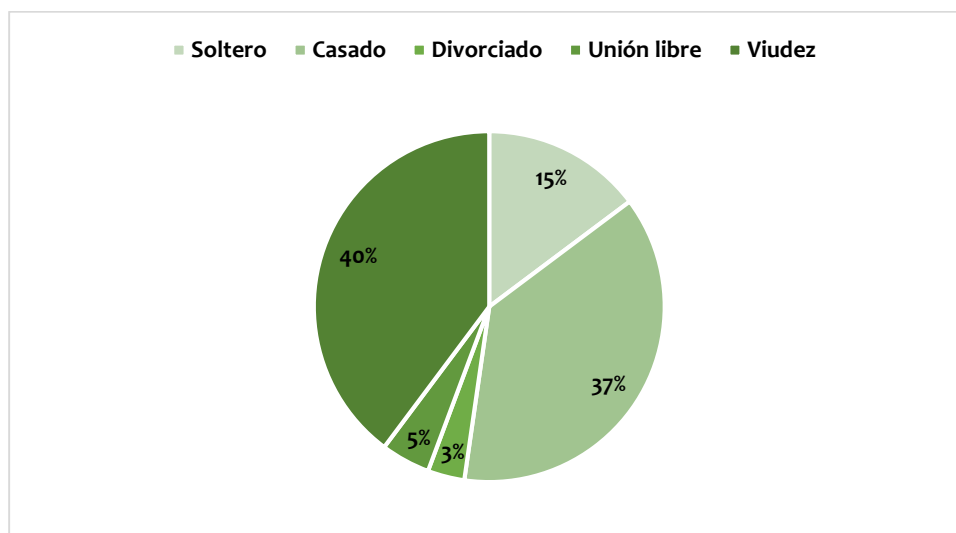
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nula	14	15.9
Primaria	36	40.9
Secundaria	21	23.8
Preparatoria	4	4.54
Licenciatura	13	14.77
Total	88	100



Gráfica 6. Escolaridad de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

Tabla 7. Estado civil de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

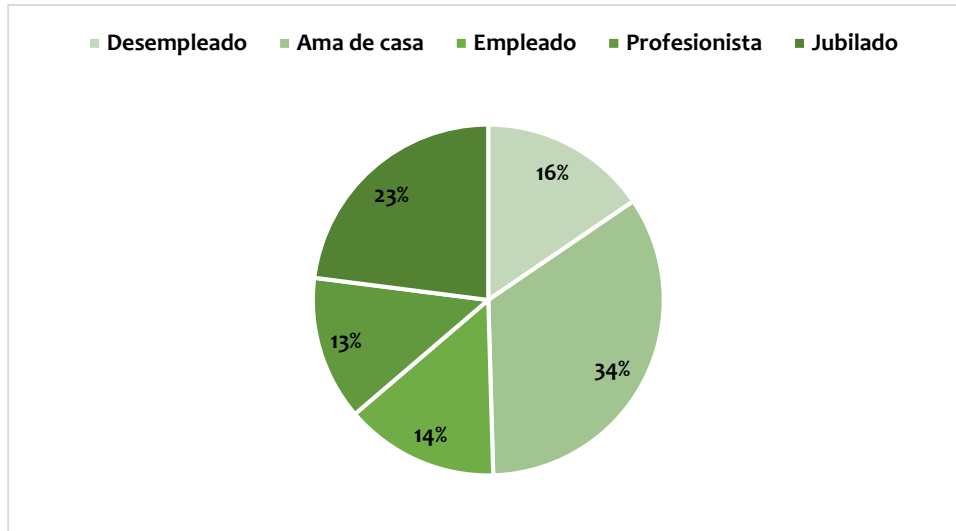
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	13	14.77
Casado	33	37.5
Divorciado	3	3.4
Unión libre	4	4.54
Viudez	35	39.77
Total	88	100



Gráfica 7. Estado civil de los pacientes geriátricos que presentan déficit auditivo, UMF 62

Tabla 8. Ocupación de pacientes geriátricos, UMF 62

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desempleado	35	15.5
Ama de casa	77	34.1
Empleado	32	14.2
Profesionista	30	13.3
Jubilado	52	23
Total	226	100



Gráfica 8. Ocupación de pacientes geriátricos, UMF 62

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Quiñones (2019), en sus Tesis “Relación entre la calidad de vida y la pérdida auditiva en adultos mayores puertorriqueños”. El objetivo fue determinar la relación entre pérdida auditiva y calidad de vida de adultos, de diseño analítico con una muestra de 50 adultos mayores. Los resultados observados fueron; predominó el sexo femenino con el 60%, el 46% de los participantes presentaron déficit auditivo, el grupo de edad más frecuente fue el de 66-75 años (56%). Estadísticamente, con un *p* valor de 0.11 no hubo relación entre variables. En esta investigación los resultados fueron similares; como el déficit auditivo encontrado fue en el 38.9% de los participantes, el sexo femenino también fue mayoría con el 22.6%, el grupo de edad más encontrado fue el de 80-89 años 16.4%), el análisis estadístico también determinó con un valor de <0.05 que no hay relación entre variables. Lo cual puede deberse a las mismas características de la población.

Sánchez (2021), en su Tesis “Asociación sobre el nivel de depresión y la calidad de vida en el adulto mayor con hipoacusia de la Unidad de Medicina Familiar No.2 IMSS Puebla”. Su objetivo fue analizar la asociación entre el nivel de depresión y la calidad de vida en el adulto mayor con hipoacusia. De diseño descriptivo, transversal, prospectivo, homodémico, aleatorizado. Con una muestra de 237 pacientes adultos mayores de 60 años. Los resultados obtenidos fueron una media de edad de 72.34 años, el grupo de edad más frecuente fue el de 60-69 años con el 41.4%, predominó el sexo masculino con un 51.1% (121), el nivel primario representó el 46.8%, los

pensionados un 34.6%, con dificultad auditiva 3.2% (78), leve a moderada 67% (159), con respecto a la depresión leve el 2.8% (68), moderada 1.05% (25) y severa 0.6% (16). Se encontró asociación entre dificultad significativa auditiva, con la depresión y calidad de vida con una $p=0.001$. En este estudio de investigación los resultados difieren en algunos puntos: Sexo femenino fue mayoría en el 22.6%, el grupo de edad más frecuente fue de 80-89 años con el 16.4%, en la ocupación el 15% representa a las amas de casa, coincide con la frecuencia en el nivel primaria con el 15.9%, el déficit auditivo se encontró en el 38.9% y no se observó asociación entre variables. Puede deberse a que se utilizó una tercera variable.

Márquez (2021), en su Tesis “Calidad de vida relacionada a la salud en trabajadores con hipoacusia adscritos a una Unidad de Medicina Familiar”. Con el objetivo de identificar la calidad de vida relacionada a la salud en trabajadoras con hipoacusia. De corte descriptivo, observacional, ambispectivo, transversal, con un tamaño muestral de 280 pacientes de 20-74 años. Los resultados obtenidos fueron: Mayor frecuencia en sexo masculino con el 92%. El grupo de edad más frecuente fue el de 25-29 años con el 25%. El estado civil más observado fue el casado con 61%. El nivel secundario incompleta fue del 20%. La ocupación en un 68% fue la minería. El 100% de la muestra presentaron algún grado de hipoacusia, y el 82% una buena calidad de vida. El análisis bivariado reporta que no existe asociación entre sus variables de estudio. En este proyecto de investigación los resultados observados fueron: Sexo femenino en el 22.6%, el grupo de edad más frecuente fue de 80-89 años con el 16.4%, en la ocupación el 15% representa a las amas de casa, coincide con la frecuencia en el nivel primaria con el 15.9%, el déficit auditivo se encontró en el 38.9% y la calidad de vida más frecuente fue la regular con el 18.1% y no se encontró asociación entre variables. Lo cual puede deberse a la diferencia de grupos de edad analizados y a que se efectuó en una población específica con determinados factores de riesgo como la minería.

Cano (2014), en su artículo “Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia”. Su objetivo fue estimar la prevalencia de los problemas de audición, así como de los factores asociados y su efecto en la calidad de vida de los adultos mayores en Bogotá. De corte transversal por conglomerados con una muestra de 2000 pacientes mayores de 60 años. Los resultados encontrados fueron una prevalencia del 13.5% (267). El sexo femenino presentó el 62.4%. El grupo de edad más prevalente fue el de mayores de 75 años (32.1%). Al comparar la calidad de vida en las personas con problemas de audición con un valor de $p < 0.01$ no hubo diferencias significativas. En este estudio de investigación los resultados obtenidos fueron; en la muestra hubo una prevalencia de déficit auditivo del 18.1%, también el grupo femenino predominó con el 22.6%, el grupo de edad más observado fue el de 80-89 años con el 16.4%. No hubo asociación entre variables. Las diferencias pueden deberse al tamaño de muestra o aplicación de otras escalas o tipo de muestreo.

Conclusiones

En esta línea de investigación, y posterior al análisis de los resultados, se observó que la calidad de vida más frecuente y con mayor porcentaje fue la regular. De acuerdo al análisis de resultados se observó que no existe asociación entre el déficit auditivo y la calidad de vida en pacientes geriátricos.

Lo que implica que el paciente vive bien, se siente bien sin embargo podría mejorar. Con el consiguiente esfuerzo familiar. La calidad de vida normal y bastante buena, aun cuando se presentaron en menor frecuencia son buenos indicadores de salud de los pacientes geriátricos con déficit auditivo.

Lo cual puede estar en relación a que la mujer se cuida más, el grupo de edad es uno de los de más edad y además son viudos. El déficit auditivo se observó más en el nivel primaria o cual no influyó para una mala calidad de vida. La cual se presentó en muy baja frecuencia.

En este sentido el implementar, orientar y brindar mejoras en la calidad de vida de los pacientes geriátricos con déficit auditivo. Podría disminuir más frecuencia de la mala calidad de vida.

Por otro lado, si se diera seguimiento a los pacientes geriátricos con déficit auditivo en general, se detectaría más su nivel de la calidad de vida. Y se iniciarían las acciones pertinentes. Lo cual también se reflejarían en el costo-paciente para el Instituto en el manejo del adulto mayor. Así, al implementar estrategias para detectar mala calidad de vida su frecuencia disminuirá.

Los médicos debemos estar preparados para capacitar y orientar a los pacientes geriátricos con déficit auditivo y sus familiares.

5. REFERENCIAS

- [1] Alberto, M., Angeles, V., Jiménez, J. M., Yesica, P., Martínez, O., Juárez, U., México, D. D., Costa, U. De, & Costa, R. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos*, 41, 480–484. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>
- [2] BELÉN, H. C. C. (2016). PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO WHOQOL- OLD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE QUITO. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR., 1–14.
- [3] Cano, C. A., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., & Parra, J. S. (2014). Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Biomedica*, 34(4), 574–579. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2352>
- [4] Ciorba, A., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Dovepress*, 7, 159–163. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3393360/>
- [5] Espinoza, I., Osorio, P., Lucas-carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*, 139, 579–586.
- [6] Gigirey, C. V.-S. y L. M. (2021). Uso del test del susurro para el cribado de pérdida auditiva en mayores institucionalizados con deterioro cognitivo. *European Journal of Health Research*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.32457/ejhr.v7i1.1392>
- [7] GONZÁLEZ., F. J. M. (2021). TESIS “ CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN TRABAJADORES CON HIPOACUSIA ADCRITOS A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR .” UNAM.
- [8] Hyams, A. V, Hay-mccutcheon, M., & Scogin, F. (2018). Hearing and quality of life in older adults. *J. Clin. Psychol.*, January, 1–10. <https://doi.org/10.1002/jclp.22648>
- [9] IMSS. (2018). Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. *Guía de Práctica Clínica. México*, 1–217. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- [10] INEGI. (2021). COMUNICADO DE PRENSA NÚM . 547 / 21 29 DE SEPTIEMBRE DE 2021 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (1º DE OCTUBRE). INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
- [11] Instituto Nacional de Geriátrica. (2017). Prueba del susurro, valoración de la agudeza auditiva. *Instituto Nacional de Geriátrica*. <https://doi.org/10.111/jgs>.
- [12] Jiménez, D., Casado, P., Santos, R., Jiménez, D., & Hernández, G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista Electrónica Medimay*, 26(1), 54–62. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2019/cmh191f.pdf>
- [13] Leroi, I. R., Immelsbach, I. nes, Olski, L. U. W., Ittlejohn, J. E. L., Ury, F. R. J., Arker, A. N. P., The, O. F., Xpert, S. O. G. E., & Roup, R. E. G. (2019). Assessing and managing concurrent hearing, vision and cognitive impairments in older people : an international perspective from healthcare professionals. *Age and Ageing*, 48(January), 580–587. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy183>
- [14] Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev. Finlay*, 8(1), 59–65. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rfo7108.pdf>
- [15] Mary Luz Cunyas Condori. Gamarra., L. K. Á. (2015). Calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de COVID-19 del puesto de salud La Punta, Huancayo 2022. *Universidad Roosevelt*, 1–45. <http://50.18.8.108/handle/ROOSEVELT/808>
- [16] Matos, V. I. Q. (2109). Relación entre la calidad de vida y la pérdida auditiva en adultos mayores puertorriqueños. *UNIVERSIDAD*

- ANA G. MENDEZ ., 1–63.
- [17] MOGRO., M. J. Z. S. E. S. G. (2021). RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA. *Pontificia Universidad Católica Del Ecuador*, 1–75. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3286>
- [18] OMS. (2008). ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. *The World Health Organization*, 1–10. http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621%0ATorres
- [19] OMS. (2014). Documentos básicos. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- [20] OMS. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [21] OMS, O. (2021). Informe mundial sobre la audición. *OMS /OPS*, 4–272. <https://doi.org/10.37774/9789275324677>
- [22] Pineda-Gea, F. (2021). Aspectos clinicoepidemiológicos de las patologías ambulatorias del oído frecuentes en adultos. *Revista ORL*, 12(1), 19–33. <https://doi.org/10.14201/orl.23063>
- [23] Punch, J. L., Hitt, R., & Smith, S. W. (2019). Hearing loss and quality of life. *Journal of Communication Disorders*, 78(November 2017), 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.01.001>
- [24] REFOYO, Á. B.-C. S. S. C.-R. J. L. P. (2022). Atlas of Otoscopy for Students. *Rev. ORL*, 13(1), 1–79. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.14201/orl.25064>
- [25] Robles-Espinoza, A. I., Rubio-jurado, B., Rosa-galván, E. V. De, & Nava-zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120–125. www.medigraphic.com/elresidente
- [26] Salud, O. M. de la. (2021). *Sordera y pérdida de la audición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- [27] Silva, B. H. del F. P. V., & L'Espinasse, N. F. (2020). OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA MÉDICOS GENERALES DEPARTAMENTO. /efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>
- [28] Soria-Romero, Z., & Montoya-arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *CIEAP/UAEM*, 93, 1–35. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022> Envejecimiento
- [29] Sosa., D. S. (2021). ASOCIACIÓN SOBRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPOACUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2, IMSS PUEBLA. *BUAP*, 2, 1–63. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13674>
- [30] Wallhagen, W. J. S. and M. I. (2017). Simple Tests Compare Well with a Hand-held Audiometer for Hearing Loss Screening in Primary Care. *J Am Geriatr Soc.*, 65(10), 2282–2284. <https://doi.org/10.1111/jgs.15044>.

Correo de autor de correspondencia: diana.glez9424@gmail.com