



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 1
“ DR. ADOLFO MEJIA SHROEDER”**

TESIS:

**“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF NÚM. 1 DE PACHUCA
HIDALGO”**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA LA MEDICO:

IRIS GABRIELA PIÑA LÓPEZ

BAJO LA DIRECCION DE:

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERMANDEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. ALICIA CEJA ALADRO

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO

PERIODO DE ESPECIALIDAD

2013-2016

Pachuca, Hidalgo, México 2016

NUMERO DE REGISTRO

R-2015-1201-8

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada "CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF NÚM. 1 DE PACHUCA HIDALGO".

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

IRIS GABRIELA PIÑA LÓPEZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, ENERO 2016.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H

M.C.ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa

M.C.ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. EN PSICOLOGIA CLAUDIA GONZALEZ FRAGOSO
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

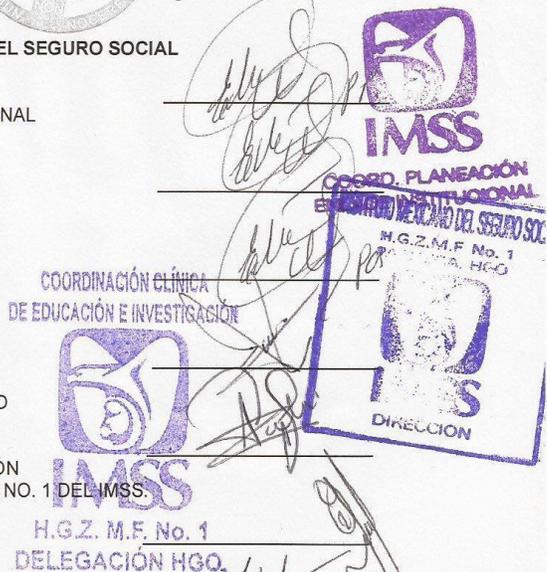
DRA. MARIA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION
EN SALUD, DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DR. JUAN ALBERTO AGUILAR MARTINEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS.

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. ALICIA CEJA ALADRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍICO Y METODOLÓGICO



IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

TESISTA:

Dra. Iris Gabriela Piña López

Médico General

Médico Residente del primer año en el Curso de Especialización de Medicina Familiar.

Teléfono: 01 775 9740075

Correo Electrónico: irispineapple@hotmail.com

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:

Dra. Alicia Ceja Aladro

Médico Especialista en Medicina Familiar

Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Núm. 1

Teléfono: 7712207844

Correo Electrónico: alcejaaladro@aol.com

DEDICATORIA

A Dios ; quien se encuentra presente en cada cosa que hago y cada paso que doy.

A mi esposo Ignacio Neri; quien sin su amor, apoyo comprensión y ayuda no habría podido culminar esta etapa de mi vida. Gracias por ser mi compañero en las buenas y en las malas. Por orientarme y ser un ejemplo en tu profesión. Te amo mi vida.

A mi hijo Diego Neri; quien es participe de cada etapa de mi vida, a quien le dedico cada uno de mis logros. Sabes que eres lo mejor que he hecho en esta vida. Espero algún día comprendas que el tiempo sacrificado era con la única finalidad de brindarte algo mejor. Te amo hijo.

A mis padres María Antonieta y Nemesio; Por apoyarme siempre, alentarme día a día a pesar de la distancia. A mi madre por enseñarme que no existen los problemas si no; las soluciones a tratar con amor a mi prójimo y hacer las cosas con amor. A mi padre mi ejemplo, mi héroe. El mejor Medico que conozco y quien me enseñó que la humildad es la llave de la felicidad y la puntualidad es la llave del éxito. Los amo papas.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis; por ser un gran Medico Familiar, un ejemplo para todos nosotros no solo como persona ; si no como profesional. Mi admiración siempre para usted Dra. Alicia Ceja.

A mi coordinadora Dra. Rosa Elvia Guerrero; por dedicarnos algo de lo mas preciado en este mundo su tiempo y dedicación. Gracias por su cariño y sus enseñanzas.

A mi jefa de enseñanza Dra. Estrella Pasten; Gracias por ser el motor para culminar nuestras aspiraciones y apoyarnos en este camino para culminar nuestras metas.

A mis maestros; todos y cada uno de los doctores que conocí durante mi estancia en la residencia. Por cada una de sus enseñanzas académicas y de la vida. Siempre les estaré agradecida.

A mis compañeros; Por estar siempre en las buenas y en las malas, por ser mis amigos, por las guardias. Por su buen humor y por su apoyo.

A mis hermanos; **Por su apoyo aun en la distancia, los quiero hermanos siempre serán parte de mi vida y por lo tanto de lo que soy.**

Agradezco especialmente a mis suegros y mis cuñados; quienes son mi familia , en las buenas y en las malas, quienes sin su apoyo y comprensión no hubiese podido culminar esta meta. Gracias por cuidar de lo maspreciado que tengo mi hijo. Por lo que les estaré por siempre agradecida.

INDICE

i.	RESUMEN ESTRUCTURADO...	7
ii.	MARCO TEORICO...	9
iii.	JUSTIFICACION	16
iv.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
v.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	17
vi.	HIPOTESIS.....	17
vii.	MATERIAL Y METODOS.....	17
	a. TIPO DE ESTUDIO.....	17
	b. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
	c. VARIABLES... ..	18
	d. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO... ..	22
	e. ANALISIS ESTADISTICO.....	22
	f. TAMAÑO DE MUESTRA.....	23
	g. RECURSOS , FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	24
viii.	ASPECTOS ETICOS.....	24
ix.	RESULTADOS... ..	25
x.	DISCUSION.....	53

xi. CONCLUSION.....	54
xii. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
xiii. ANEXOS.....	61

RESUMEN

TITULO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF NÚM. 1 DE PACHUCA HIDALGO.

ANTECEDENTES: El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión hacia los años ochenta. Su origen proviene de la Medicina para extenderse a la Sociología y Psicología desplazando otros términos como felicidad y bienestar. Se define a la calidad de vida como el bienestar físico, mental, social y emocional, considerando que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, edad , situación de empleo o políticas en salud. En 1992 Bowling insiste en la importancia de la calidad de vida en el desarrollo de la gerontología. Okun y Stock evaluaron el bienestar subjetivo en Estados Unidos de América (EUA) en 1987. La primera escala desarrollada para definir el estado funcional fue la de Karnofsky, inicialmente desarrollada para pacientes con cáncer, pero por ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Existen diferentes propuestas metodológicas para evaluar la calidad de vida, pero en éste estudio se empleará una escala desarrollada en los noventas el cuestionario de salud SF-36 desarrollada en EUA, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud , aplicable tanto a enfermos y población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, compara la carga de diversas enfermedades, detecta los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valora el estado de salud de pacientes individuales. Han sido utilizada en más de 1,000 artículos, por lo que lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la evaluación de la calidad de vida. Ha sido validado para la población mexicana por Zúñiga y colaboradores. La población adulta experimenta serios cambios en cuánto a la percepción de la calidad de vida, influenciada por la misma edad así como patologías base; El envejecimiento se define según la ONU como toda persona mayor de 60 años en países en desarrollo y de 65 años en países desarrollados. Actualmente existen 119, 221 hombres mayores de 60 años en el estado Hidalgo, y 138, 622 mujeres mayores de 60 años, de ahí la importancia de conocer la calidad de vida en éste grupo de edad. **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar la calidad de vida del adulto mayor en la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Previa

autorización del Comité de Investigación en Salud, se realizó una encuesta con el instrumento de medición SF 36 el cual evaluó la calidad de vida, mismo que esta validado internacionalmente y a nivel nacional; se proporcionó un consentimiento informado el cual menciona los posibles riesgos o molestias de la encuesta a realizar y se aplicó a una población de 379 adultos mayores que acudieron a la consulta de medicina familiar y posteriormente se capturó esta información en una base datos en programa Excel, identificando edad, sexo, número de afiliación y unidad de adscripción. Graficando finalmente los resultados encontrados. Representando estadísticamente la calidad de vida del adulto mayor en la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo. Con el objetivo de determinar la misma y así poder crear precedentes para formar estrategias para mejorar la misma.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:

Recursos físicos: Consultorios de la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo.

Recursos humanos: Médico Residente, Asesor.

Recursos Materiales: Papelería, Equipo de cómputo.

Financiamiento: El proyecto se llevó a cabo con recursos propios del investigador.

Dado lo anterior, se sustenta la factibilidad de dicho estudio.

Se contó con la experiencia de los investigadores en materia de salud y su conocimiento en el área para la realización del estudio.

Tiempo: El presente estudio se realizó en un periodo de tiempo establecido en seis meses posterior a la aprobación del protocolo de estudio.

MARCO TEÓRICO

La Calidad de Vida (CV) , es la percepción del entorno de la persona, siendo ésta adecuada o no, sin embargo esta definición abarca un constructo sociocultural más importante, ya que no solo se enfoca en el medio en que se desenvuelve la persona sino también en las redes de apoyo que ésta tenga, la salud mental y biológica y el grado de independencia que está presente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "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, sus expectativas, sus normas, y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".¹ Existe un sinnúmero de definiciones afines a la misma, todas ellas con el fin de mencionar que la calidad de vida es todo aquello que enriquece el entorno de cualquier individuo y hace factible llevar a cabo sus funciones habituales. Partiendo de éstas definiciones y las hipótesis de varios autores se realizaron distintos estudios a nivel mundial que mencionan a la CV como el bienestar emocional y de salud del sujeto de estudio, evaluándola en distintos ámbitos , con múltiples escalas de validación. Se ha evaluado la CV del paciente crónico degenerativo, hasta la del paciente con enfermedades de etiología mental. Desde finales del siglo pasado, ha tomado importancia evaluar éste rubro , ya que de ésta forma se podría asegurar el bienestar de la comunidad y por lo tanto de los países. Encontrando en ella un mejor desarrollo económico, social y de salud.

Debido a la inversión de la pirámide poblacional ; debemos considerar al grueso de la población y entender que el término va mucho más allá; ya que en el paciente geriátrico o adulto mayor se evalúan múltiples parámetros para obtener un enfoque de lo que ocurre con su entorno , su vida social, su desempeño intelectual, su independencia sin olvidar su vida en pareja e inclusive su vida sexual. Y en ese contexto se debe tomar en cuenta que los pacientes que más acuden a solicitar un servicio de salud son los adultos mayores, por lo que es necesario retomar la evaluación de su bienestar, ya que ningún recurso económico será suficiente para solventar sus necesidades en servicios de salud a mediano plazo. Al conocer su CV se podrán implementar distintas acciones en salud sobre todo en el ámbito preventivo para paliar las necesidades básicas de los mismos; además de que el contar con un servicio médico mejora su bienestar , ya que se sienten respaldados

por un sistema de salud, variando según su región geográfica, su estatus socioeconómico y calidad de los servicios del sistema de salud brindado.²

En cuanto a padecimientos como las enfermedades crónico degenerativas, al igual que el resto de los grupos poblacionales perciben una inadecuada calidad de vida, ya que limita sus actividades de la vida diaria sin embargo al encontrarse con este en el día a día parecen adaptarse de forma adecuada, sobre todo si hablamos del sexo femenino ya que según mencionan los autores es inherente a su rol de género vinculada con las expectativa de vida. ³Al parecer, ante mejor nivel socioeconómico existe mejor percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y se ve relacionado además con el área geográfica donde estos viven, siendo mejor así en el área urbana donde se cuenta con la proximidad de los servicios de salud. Sin embargo solo por mencionar uno de los sistemas de salud en Brasil se ha encontrado una adecuada salud mental de los adultos mayores que acuden a sitios de atención primaria de la salud que cuentan con un equipo compuesto por un Médico Familiar y su equipo multidisciplinario orientado a tratar familias, enfocándose principalmente en su entorno y sus principales problemas de salud. ⁴

Uno de estos padecimientos no menos importante es la incontinencia urinaria, condicionado por la edad cronología del paciente , además de la multiparidad en el caso de las mujeres y cuando se presenta lo que se ve reflejado es una limitación de la convivencia con sus familiares o su red social ya que les atemoriza presentar una micción involuntaria enfrente de los mismos. ⁵ Sin embargo; ésta es solo una de las patologías crónicas relevantes para el adulto mayor, sin dejar de mencionar el resto de enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares tienen gran relevancia. En países desarrollados, los pacientes cuentan con más oportunidades de realizarse procedimientos médicos o quirúrgicos que ayudan a beneficiar su vida diaria corrigiendo patologías como las coronarias, presentándose en elevada proporción en los adultos mayores. Al realizarse este tipo de cirugías incrementa su expectativa de vida y por lo tanto su CV. ⁶ Según éste estudio que tomaba en cuenta pacientes con clase funcional III y IV, donde cursaban con una pobre calidad de vida, posterior a la cirugía reportaron una mejor calidad de vida , ya que podían realizar actividades cotidianas de una mejor manera.⁶ Pero no así, en pacientes con marcapaso coronario, ya que si bien algunos mejoraron su salud , el uso de el dispositivo, se vio reflejado con limitación en sus actividades diarias, siendo más representativo en la población de adultos mayores que en la población joven, haciendo mención algunos pacientes que sufrían dolor al producirse descargas eléctricas , o la limitación de utilizar dispositivos móviles para comunicación, siendo este un aspecto importante en sus vidas, tal vez sería importante mencionar que ésta percepción es secundaria al uso del dispositivo y no bien a su padecimiento . ⁷

Los pacientes adultos mayores que además padecen cáncer, no parecen tener un deterioro significativo de su CV con respecto a los que no lo padecen sin embargo en ambos se ve afectada al encontrarse con múltiples internamientos hospitalarios por distintas causas. ⁸

Es importante hacer mención que los pacientes con menos enfermedades asociadas, tiene oportunidad de llevar una vida más independiente que los pacientes que cursan con enfermedades incapacitantes, además de que no se presentase esta variable, es igual de importante contar con una adecuada red familiar quien sustituye este parámetro y el paciente refleja una mejor CV diaria. Sin embargo se ha visto que esto es más significativo en las mujeres que en los hombres sobre todo si han sido llevados a un centro de atención de la tercera edad, donde se encuentran sin esa red de apoyo familiar y sustituida con cuidadores secundarios que si bien se encuentran preparados para realizar dichas labores no suplen a la familia nuclear de origen, lo que conlleva a éste paciente a ser más vulnerable en cuanto a salud mental se refiere. ⁹

Siendo la independencia y la intimidad lo que perciben como el aspecto más afectado en su vida cotidiana ya que su grado de independencia es inversamente proporcional a su capacidad para laborar. Los pacientes que tiene redes de apoyo social o que cuentan con el apoyo de sus familiares, la CV es significativamente mejor que la que no cuentan con éste aspecto en su vida diaria. ⁹

Si nos enfocamos en el área geográfica los adultos mayores de 70 años en localidades de menos de 30, 000 habitantes constituyen un grupo vulnerable para las instituciones gubernamentales y de salud por lo que es necesario realizar estrategias para solventar necesidades básicas, por lo que nuestro gobierno en particular se distingue de otros al otorgar un apoyo monetario lo cual le permitirá cierta autonomía y respeto además de sufragar gastos. ¹⁰

En el caso de que los adultos mayores viviesen con sus familiares o solos es de vital importancia que donde se encuentren cuente con la infraestructura necesaria para solventar sus necesidades básicas de saneamiento, espacios donde se puedan movilizar adecuadamente y cuenten con un servicio de transporte adecuado, ya que todos estos factores interfieren en cómo se desarrollara su entorno y su vida diaria. ¹¹ Con respecto a su cuidado es importante que este o su cuidador tengan presentes el número de medicamentos que consume, cuáles son sus patologías asociadas y que el área donde permanezca sea adecuada, además de llevar una dieta saludable y actividades de recreación óptimas para dicho paciente. ¹² Pero ya que no todo el cuidado del paciente recae en sí mismo. Es necesario mencionar que también existen estudios con respecto a los familiares de estos pacientes que se convierten en sus cuidadores primarios , en donde se ve reflejada una pobre CV a largo plazo, siendo el grupo más afectado las esposas de los pacientes, encontrando que es mayor en las pacientes adultos mayores , sin embargo dado el tiempo que han permanecido de casados, se observa una correlación con el tiempo y el tipo de cuidados siendo esta mas fraternal y con más responsabilidad sobre su cónyuge sintiendo que se lleva a cabo una reciprocidad en base a los años que han convivido juntos; por lo que no hay que dejar de lado a los familiares de los pacientes ya que éstos también invierten una gran parte de su tiempo para la realización de los cuidados de estos pacientes. ¹³ Existen pacientes que a pesar de eventos adversos perciben su CV de forma adecuada ya sea bien por encontrarse en su comunidad de

origen; el apego al mismo y su significado individual ¹⁴ ; además la adecuación de su hogar ante sus necesidades básicas.

En ocasiones al encontrarse al cuidado de sus familiares, estos llegan a ser abusados de forma verbal, psicológica e inclusive económica ya que representan una carga importante para su familia de origen y para su dinámica familiar. ¹⁵ Lo que pudiese ocasionar problemas en cuanto a su salud mental presentando depresión o sensación de abandono por parte de sus seres queridos misma que suele manifestarse con síntomas orgánicos o indiferencia al medio. Lo que por sí mismo puede llevar a un deterioro nutricional y del estado general. ¹⁶

Todo esto a su vez del cuidado inadecuado del mismo, condiciona factores de riesgo para presentar caídas que invariablemente terminan por ser un agregado en la ya extenuante tarea de preservar su salud. ¹⁷

Por otro lado se ha observado que los pacientes que viven solos, se encuentran propensos a un mal control de sus enfermedades concomitantes sobre todo las crónicas degenerativas, además de un síndrome de soledad, lo cual no ayuda al estado de ánimo del paciente y se ve reflejado en su calidad de vida. ¹⁸

Se ha observado que la relación médico paciente es muy importante sobre todo para los adultos mayores ya que asocian esto con una mejor calidad de vida, además de un mejor apego a su tratamiento y a las intervenciones necesarias en su salud, sin embargo, a decir de los mismos están poco dispuestos a esperar en los consultorios de los médicos o bien en la sala de espera, esto se ve reflejado de acuerdo a su edad, siendo los mayores de 79 años los que tiene menos tolerancia al tiempo de espera con sus médicos. Siendo así, en el quehacer diario a los profesionistas de la salud, será necesario capacitarse adecuadamente para realizar una atención de calidad en estos pacientes. ^{19,20}

Pero además nunca hay que olvidar que el paciente adulto mayor puede cursar previamente con depresión motivo por el cual es necesario como profesional de la salud siempre estar alerta de esta situación y monitorizarla de forma efectiva.²¹

Existen dispositivos electrónicos que pueden utilizar los adultos mayores y con los cuales al parecer se sienten cómodos que pueden monitorizar su estado de salud, previniendo enfermedades o sus complicaciones , mismos que son de gran utilidad en la consulta de dichos pacientes ya que ofrecen un panorama diario de su monitorización de signos vitales o de algún síntoma presente del cual no puedan recordar al momento de consulta. ²²

Además hacer énfasis en la utilización de medicamentos por parte de esta población ya que si bien se encuentran con redes de apoyo familiar o social, existe una gran cantidad de medicamento que utilizan diariamente, los cuales a su vez pueden tener efectos secundarios o sinergia con algunos medicamentos aspecto en el que los profesionales de la salud tendrán que poner especial interés para no generar complicaciones asociados a los mismos. Además de ratificar la relación médico paciente para que este sea capaz de externar de forma adecuada todos los

medicamentos que utiliza sea de forma prescrita o auto medicada y de qué forma los está utilizando. ²³ En los adultos mayores de 80 años que cuentan con una percepción de muerte se ve reflejada una disminución en la CV, relacionado mayormente con el sexo masculino. ²⁴

El funcionamiento físico y cognitivo se ve afectado a partir de los 60 años de edad, sobre todo en las población alemana; sin embargo en la población de adultos mayores con cáncer la fatiga fue el síntoma principal en estos pacientes, siendo significativamente mayor que en los pacientes adultos mayores sin cáncer; con su respectivo deterioro cognitivo, por lo que podemos asumir que efectivamente a partir del incremento de edad inicia a su vez un deterioro cognitivo. Y aunado a esto cabe mencionar que la mayoría los adultos mayores en países latinoamericanos generalmente no concluyeron sus estudios básicos esto se hace más evidente. Más aun, el hecho de una mala calidad de sueño se ve reflejada con síntomas depresivos asociados con una mala CV en los adultos mayores, esto asociado generalmente a sus afecciones crónico degenerativas. ²⁵

De acuerdo al último censo de población del INEGI 2010, la población de adultos mayores a nivel nacional es de 6, 938,913. Y de esta población un 9% a nivel nacional son dependientes económicamente. Hablando del estado de Hidalgo en forma particular, se puede mencionar que el porcentaje de adultos mayores dependientes económicamente es del 10 %. Y tomando en cuenta que el promedio de vida nacional es de 75 años edad, es de suponerse que la carga económica y por lo tanto de los cuidados será de 10 años o más para su entorno familiar, previamente se han realizado estudios en diversos países donde se habla de la CV en éste grupo de edad, aunando desde su rol familiar hasta su vida sexual; no así en nuestro país donde poco se conoce sobre el entorno psicosocial de dicha población. ⁽²⁵⁾

El envejecimiento se define según la ONU como toda persona mayor de 60 años en países en desarrollo y de 65 años en países desarrollados. Actualmente existen 119, 221 hombres mayores de 60 años en el estado Hidalgo, y 138, 622 mujeres mayores de 60 años. ⁽²⁶⁾ Por cada 100 derechohabientes del estado de Hidalgo 30 aproximadamente son derechohabientes del IMSS. Siendo de ésta población un total de 30,826 adultos mayores en la unidad de Medicina Familiar Número Uno del turno matutino. Contando con 14, 404 mujeres y 16, 422 hombres mayores de 60 años respectivamente. ²⁷

El grupo de adultos en edad de retiro se estima que represente el 6.9 por ciento de la población de la entidad para 2013, en términos absolutos, equivale a 192 326 personas para el mismo año, de las cuales el 46.3 por ciento es hombre y el 53.7 es mujer. Se proyecta un incremento en el porcentaje del grupo de 65 y más años de edad respecto a la población total de la entidad, pasando de 7.9 por ciento en 2020 a 10.4 en 2030, el volumen del grupo también aumentará de 241 585 a 346 040 personas en los mismos años. La tendencia de este grupo de edad es que duplique su volumen durante el periodo proyectado, lo cual significa un reto demográfico para las políticas públicas en dos principales vertientes: por un lado, la generación de

espacios de trabajo para quienes continúen en el mercado laboral con protecciones adecuadas a la edad y, la consideración del incremento del sistema de pensiones.²⁸

El envejecimiento de la población, será un desafío demográfico para muchas entidades federativas en los próximos cincuenta años. Sus implicaciones para los sistemas socioeconómicos, como los sistemas de pensiones, la atención en salud o las estructuras de parentesco y de hogares, pueden ser considerables. Las proyecciones muestran que ésta no es una realidad actual, pero es probable que se alcancen niveles significativos de envejecimiento poblacional hacia mediados de este siglo a pesar de que la magnitud, la velocidad y el tiempo tienden a variar. La disminución progresiva de los bajos niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad, así como la prolongación de la vida entre las personas de mayor edad resulta en el envejecimiento de la población. Los flujos migratorios netos positivos o negativos tienden a atenuar o intensificar los procesos de envejecimiento de los países.²⁸

El reto principal del envejecimiento demográfico radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de lado la atención a los otros grupos de edad. El envejecimiento poblacional puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que por distintas razones se encuentra sin empleo. Si relacionamos con este hecho la notoria reducción de los grupos de edad jóvenes, veremos igualmente una merma de la capacidad productiva en la sociedad que inevitablemente afectará la capacidad de transferencias inter-generacionales para los cuidados y servicios públicos que se habrán de requerir a la edad de retiro. El aumento de población de adultos mayores necesitará del desarrollo de programas y estrategias que estén orientados a incrementar la cobertura en seguridad social, al acceso a servicios de salud y al apoyo a las familias para que junto con las instituciones puedan enfrentar este proceso. Durante el horizonte de proyecciones de población 2010-2030, se prevé que el crecimiento total de la población seguirá siendo positivo, si bien cada vez menor año con año. La mortalidad general pasará de 16.1 defunciones por cada 1000 habitantes en el año 2010 a 23.4 en 2030, claramente asociada con la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas. En el mismo periodo, la natalidad mantendrá la tendencia a la baja al pasar de 56 nacimientos por cada 100 habitantes a 53 nacimientos, lo que refuerza la evidencia del envejecimiento por la reducción de la base en la pirámide poblacional.²⁸

El paso de una población joven a una envejecida implica un cambio en el peso relativo que tienen los grupos más jóvenes respecto de los más envejecidos, en este caso ganando terreno los segundos. La dependencia total en el periodo de 2010-2030 se prevé que pase de 58.4 a 52.0 personas dependientes por cada 100 personas en edad productiva; en cuanto al grupo infantil, de 48.0 a 36.2 dependientes por cada 100 y; en relación con el grupo adulto mayor, pasará de 1.0 a 1.6 por cada 100 personas en edad productiva. El avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las generaciones más jóvenes y las más viejas,

se espera que sea paulatino. En el año 2010, habían 22 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 24 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán aproximadamente 44 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Hidalgo en el lugar 14 en el proceso de envejecimiento poblacional del país.²⁸

Para la evaluación de la calidad de vida, existen diferentes instrumentos, para éste estudio utilizaremos el cuestionario validado para la población mexicana por Zúñiga y colaboradores, el SF 36 (Medical Outcomes Study 36 Short Form Health Survey).²⁹ Este instrumento de medición SF 36 también fue utilizado por El Dr. Luis Durán Arenas y colaboradores en el año 2004, con el estudio “Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36”; cuya finalidad era crear una base normativa en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar sus resultados con referencias ajustadas por género y edad a la escala poblacional.³⁰

El cuestionario de salud SF 36 fue desarrollado y validado a principios de los noventa, en Estados Unidos para su uso en el estudio MOS (Medical Outcomes Study) . Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, útil para la evaluación de la calidad de vida, relacionada con la salud y en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades y valorar el estado de salud de pacientes individuales. La cantidad de estudios realizados, permiten la comparación de resultados y lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencia al campo de la calidad de vida. El cuestionario SF 36 versión corta es un instrumento que consta de 36 preguntas, diseñado como indicador genérico del nivel de salud para su uso en evaluaciones poblaciones y de políticas de salud, detecta estados positivos y negativos de la salud, explora la salud física y mental del individuo.^{29,30}

El SF en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, criterio y constructo. Se ha utilizado en más de 40 países en el proyecto internacional Quality of Life Assessment (IQOLA), documentado en más de 1, 000 publicaciones, útil para estimar la carga de la enfermedad, descrita en mas de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en todo el mundo, se puede auto administrar o ser aplicada por alguna persona en entrevista directa.^{29,30}

El cuestionario SF-36 explora ocho dimensiones del estado de salud: Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor, y percepción de la salud en general; además de los ocho, conceptos de salud, incluye una pregunta en la que se compara el estado de salud actual con la de hace un año; la respuesta a ésta pregunta describe la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento de él estado de salud en el transcurso de un año. El cuestionario se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca a la población general y pacientes. La sensibilidad para determinar la calidad de vida con el cuestionario SF 36 es de 91% y la especificidad es de 87%.^{31,32}

La CV del paciente adulto mayor en la UMF No. 1 en Pachuca Hidalgo, ha sido poco evaluada, ya sea por el tiempo breve de consulta o por la poca disposición de los pacientes, sin embargo es importante mencionar que para llevar a cabo un control adecuado de padecimientos adyacentes es necesario una evaluación integral de su entorno psicosocial. En este estudio se utilizara un instrumento ya validado en México, el cuestionario SF 36 versión corta, una herramienta valiosa para obtener los datos de forma fidedigna y así dar a conocer la trascendencia y la cantidad de pacientes que requieren este tipo de atención en particular.

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: De acuerdo al último censo del INEGI del 2010 la población la tasa de dependencia se incrementará en un 62.3%, y tomado en cuenta que la población nacional de adultos mayores es de 6, 938,913. Y siendo esta la población que predominará en nuestro país y por lo tanto en la mayoría de las consultas de primer nivel de atención. Fue necesario determinar su calidad de vida.

TRASCENDENCIA: Este estudio vendrá a complementar la información necesaria para determinar la calidad de vida de los adultos mayores en la UMF Núm. 1 del IMSS y a su vez darnos un panorama de la misma a nivel estatal ya que poco se conoce de la misma y no se han realizado estudios similares. Esto a su vez nos orienta en cuanto a su grado de incapacidad, sus limitaciones y sensación de bienestar percibido lo cual nos es de vital importancia en la consulta de Medicina Familiar ya que como se ha mencionado previamente la calidad de vida del paciente está muy relacionada con su apego al tratamiento lo que posiblemente generara bases para formar estrategias para una significativa mejora en su estado de salud.

VULNERABILIDAD: Al ser una población poco independiente se solicitó que que la autorización del consentimiento informado lo autorice un familiar acompañante.

FACTIBILIDAD: Se contó con la población adscrita a la unidad que acudirán a consulta en la UMF Núm. 1.

VIABILIDAD: Este estudio fue viable ya que se contó con el apoyo del personal médico de los consultorios, así como el acceso a los pacientes de la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo y sobre todo el apoyo del conocimiento científico del asesor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF Núm. 1 del IMSS, diariamente se atiende a la población de adultos mayores, siendo estos los que más requieren los servicios de salud. Tomando en cuenta que solo en la UMF No. 1 de Pachuca Hidalgo hay un total de 30,826 pacientes es necesario evaluar la forma en que perciben su calidad de vida. Ya que

nos compete como personal de salud y es de carácter imprescindible formar estrategias futuras para su mejora.

Por ello, nuestra pregunta de investigación fue :

¿Cómo es calidad de vida del adulto mayor en la UMF Núm. 1 de Pachuca, Hidalgo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluación la calidad de vida del adulto mayor en la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificación de los pacientes adultos mayores con deterioro en su calidad de vida; que acudan a consulta a la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo.
- 2) Identificación del sexo más afectado.

HIPÓTESIS

La Calidad de Vida en pacientes adultos mayores en UMF Número Uno de Pachuca, Hidalgo es buena.

HIPÓTESIS NULA H(0):

La calidad de vida en pacientes adultos mayores UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo en promedio es mala.

HIPÓTESIS ALTERNA H (1):

La calidad de vida en pacientes adultos mayores UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo en promedio es buena.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Prolectivo, transversal, descriptivo, observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes adultos mayores adscritos ala UMF Núm. 1 que acudieron a consulta de especialidades y de Medicina familiar.

LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

UMF Núm. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca Hidalgo.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- 1) Pacientes adultos mayores de 60 años de edad, de cualquier sexo, adscritos a la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1) Pacientes con patologías que afecten su estado Neurológico.
- 2) Pacientes con afectación psiquiátrica.
- 3) Pacientes que no sabían leer y/o escribir.
- 4) Pacientes que no desearon participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1) Encuestas mal requisadas.
- 2) Carecer de consentimiento informado.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Adultos mayores.

Variable dependiente: Calidad de vida.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
ADULTO MAYOR	ESTE ES EL TÉRMINO O NOMBRE QUE RECIBEN QUIENES PERTENECEN AL GRUPO ETARIO QUE COMPRENDE PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE 60 AÑOS DE EDAD.	PERSONA MAYOR DE 60 AÑOS DE EDAD	CUANTITATIVA INDEPENDIENTE	EDAD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
----------	-----------------------	------------------------	--------------------	-----------

DE VIDA
CALIDAD

	ESTADO DE SALUD FUNCIONAL , PERCEPCIÓN DE BUENA SALUD, SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y HABILIDAD PARA COMPETIR	BIENESTAR FUNCIONAL, SENSACIÓN DE SATISFACCIÓN Y CAPACIDAD PARA REALIZARACTIVIDADE S COMUNES	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ENCUESTA SF 36 0 A 100 PUNTOS
1.1	FUNCIÓNFÍSICA GRADO DE LIMITACIÓN PARA HACER ACTIVIDADES FÍSICATALES COMO EL AUTOCUIDADO , CAMINAR , SUBIR ESCALES, INCLINARSE, TOMAR O LLEVAR PESOS Y LOS ESFUERZOS MODERADOS E INTENSOS	CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS SIN DEPENDER DE TERCEROS PARA SU REALIZACIÓN	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 1= 0 2= 50 3= 100
1.2	ROL FÍSICO GRADO EN QUE LA SALUD FÍSICA INTERFIERE EN EL TRABAJO, ACTIVIDADES DIARIAS, RENDIMIENTO MENOR QUE EL DESEADO, LIMITACIÓN EN EL TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS O DIFICULTAD EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	ESTADO DE BIENESTAR FÍSICO Y CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS (13, 14, 15, 16) 1= 0 2= 100
1.3	DOLOR CORPORAL INTENSIDAD DEL DOLOR Y SU EFECTO EN EL TRABAJO HABITUAL, TANTO FUERA DE CASA COMO EN EL HOGAR	SENSACIÓNÁLGICA QUE LIMITA LAS CAPACIDADES DE LA PERSONA	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ESCALA SF 36 ÍTEMS (21, 22) 21: 1= 100 2= 80 3= 60 4= 40 5= 20 6= 0 22: 1= 100

			2= 75
			3= 50
			4= 25
			5= 0
1.4 SALUD GENERAL	ESTADO DE BIENESTAR BIOPSIOSOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA PERSONAL	CUANTITATIVA	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 1, 33, 34, 35, 36
VALORACIÓN PERSONAL DE LA SALUD QUE INCLUYE LA SALUD ACTUAL, LAS PERSPECTIVAS DE SALUD EN EL FUTURO Y LA RESISTENCIA A ENFERMAR		DISCONTINUA	1= 100
		DEPENDIENTE	2= 75
			3= 50
			4= 25
			5= 0
1.5 VITALIDAD	SENSACIÓN DE VITALIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	CUANTITATIVA	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 23, 27, 29, 31
SENTIMIENTOS DE ENERGÍA Y VITALIDAD, FRENTE AL SENTIMIENTO DE CANSANCIO Y AGOTAMIENTO		DISCONTINUA	23, 27:
		DEPENDIENTE	1= 100
			2= 80
			3= 60
			4= 40
			5= 20
			6= 0
			29, 31:
			1= 0
			2= 20
			3= 40
			4= 60
			5= 80
			6= 100
1.6 PUNTUACIÓN SOCIAL	GRADO EN EL QUE EL PACIENTE SE RELACIONA CON SU ENTORNO SOCIAL	CUANTITATIVA	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 17, 32
GRADO EN QUE LOS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O EMOCIONAL INTERFIEREN EN LA VIDA SOCIAL HABITUAL		DISCONTINUA	17:
		DEPENDIENTE	1= 0
			2= 100
			32:
			1= 0
			2= 25
			3= 50
			4= 75
			5= 0
1.7 ROL EMOCIONAL	GRADO EN QUE OS PROBLEMAS AFECTAN LA VIDA DEL PACIENTE	CUANTITATIVA	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 18, 19, 20
GRADO EN QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES INTERFIEREN EN EL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS		DISCONTINUA	18, 19:
		DEPENDIENTE	1= 0
			2= 100

				20: 1= 100 2= 75 3= 50 4= 25 5= 0
	1.8 SALUD MENTAL ESTADO EN EL QUE LA MENTE EJERCE NORMALMENTE SUS ACTIVIDADES INCLUYENDO DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CONTROL DE LA CONDUCTA O BIENESTAR GENERAL	BIENESTAR MENTAL DEL PACIENTE QUE LE PERMITE REALIZAR SUS ACTIVIDADES NORMALES	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ENCUESTA SF 36 ÍTEMS 24, 25, 26, 28, 30 24,25,28: 1= 0 2= 20 3= 40 4= 60 5= 80 6= 100 26,30: 1= 100 2= 80 3= 60 4= 40 5=20 6= 0
	1.9 TRANSICION DE SALUD NOTIFICADA ESTADO DE SALUD ACTUAL Y LA DEL AÑO ANTERIOR	PERCEPCION DE SALUD ACTUAL Y LA DE HACE UN AÑO	CUANTITATIVA DISCONTINUA DEPENDIENTE	ENCUESTA SF 36 1 ÍTEM 1= 100 2= 75 3= 50 4= 25 5= 0

VARIABLE	DEFINICIONCONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE NACIMIENTO HASTA EL DÍA ACTUAL DE VIDA	TIEMPO DE VIDA DE UN SER VIVO. CAPAZ DE CUANTIFICARSE EN PERIODOS DE TIEMPO	CUANTITATIVA	AÑOS
			CONTINUA INDEPENDIENTE	MESES
GENERO	CARACTERÍSTICASBIOLÓGICASDETERMINANTES DEL SEXO DE CADA SER VIVO	CARACTERES SEXUALES PRESENTES DEL ORGANISMO	CUALITATIVA	MASCULINO
			NOMINAL INDEPENDIENTE	FEMENINO
ESTADO CIVIL	CONTRATO SOCIAL DE CONVIVENCIA ENTRE DOS PERSONALES CON EL FIN DE ESTABLECER UN VINCULO EMOCIONAL SOCIAL	CONDICIÓN SOCIO LEGAL DE U APERSONA EN	CUALITATIVA	SOLTERO (A) CASADO (A) DIVORCIADO

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES	OCASIONES EN LAS QUE EL PACIENTE HA TENIDO QUE SER INTERNADO	CUANTO A SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES	NOMINAL	(A) VIUDO (A) UNIÓN LIBRE
		NUMERO DE VECES EN QUE EL PACIENTE HA SIDO INTERNADO	CUANTITATIVA	1, 2, 3, 4, 5
FECHA DE ULTIMA HOSPITALIZACIÓN	TIEMPO EN QUE OCURRIÓ EL ÚLTIMO INTERNAMIENTO	INTERNAMIENTO MAS RECIENTE DEL PACIENTE	DISCONTINUA	INDEPENDIENTE
			CUANTITATIVA	DÍA MES AÑO
			DISCONTINUA	INDEPENDIENTE

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa autorización del Comité de Investigación en Salud, se realizó una encuesta en la sala de consulta externa de especialidades o de Medicina Familiar con los pacientes que cumplían los requisitos para ingresar en este estudio, se les explicó la naturaleza, fines y objetivos del estudio, decidiendo el encuestado su participación en el mismo. Una vez informado el paciente y con su aceptación, se le solicitó que firmara el formato de consentimiento informado, de acuerdo con la versión revisada de la declaración de Helsinki y en base a las leyes y reglamentos locales y la Norma Oficial Mexicana concernientes a la realización de investigaciones médicas en el país. Se le proporcionó el cuestionario SF 36 versión corta y lápiz, se les hizo saber que cada pregunta tiene varias opciones de respuesta en las cuáles el paciente escogió la que mejor describía su propia situación y contestó. Se dio indicaciones sencillas de cómo llenar el cuestionario, informando que ahí se encontraba la tesista por si tenía alguna duda en el llenado del instrumento. Mismo que se llevó a cabo durante un periodo de tiempo de seis meses. La información obtenida a través de las encuestas aplicadas se recolectó por el investigador y posteriormente se realizó el análisis de datos. Una vez ordenados los datos, fueron evaluados. Analizando las diferencias en las variables de estudio. La difusión de resultados se presentaron al término del protocolo de estudio, utilizando tablas y gráficas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizaron cálculos de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión y posteriormente se graficaron las frecuencias encontradas. El análisis estadístico se corrió basado en el programa SPSS.

PROCESAMIENTO DE DATOS: Se realizó un análisis univariado y los resultados se procesaron usando el programa estadístico SPSS 20 para Windows, analizando las variables del estudio. Utilizándose estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión.

TAMAÑO DE MUESTRA: El objetivo general de este estudio de investigación clínica fue evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores de la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo, para ello se revisaron la pirámide poblacional de la UMF Núm. 1. Delegación Hidalgo del 2013; encontrando que el número de pacientes adultos mayores fue de 30, 826; siendo esta una población finita para lo cual define:
n= Elementos de la muestra de la población.
Z= Grado de confianza de 95%,equivalente a 1.96
q= Probabilidad de que la muestra no presente las mismas características que la población es de 0.02 a 0.2, por lo que se multiplica por nuestra n de 30, 826, consideramos entonces q = 0.08
E= Error de cálculo de 0.05, es decir 5%.
P= Probabilidad de que la muestra presente las mismas características
1-q= 1-0.08= p= 0.92
N= número de elementos de la población total (30, 826).

FORMULA

$$n = \frac{Z^2 q p}{E^2 \left[1 + \frac{Z^2 q p}{N} \right]}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.08) / (0.05)^2 (0.92)}{1 + (1/30,826) [(1.96)^2 (0.08) / (0.05)^2 (0.92) - 1]}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.08) / (0.0025) (0.92)}{1 + (0.00003244) [(3.8416) (0.08) / (0.0025) (0.92) - 1]}$$

$$n = \frac{0.3073 / 0.0023}{1 + (0.00003244) [(0.3073 / 0.0023) - 1]}$$

N=379

RECURSOS , FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos físicos: Consultorios de la Unidad.

Recursos humanos: Médico Residente, Asesor.

Recursos Materiales: Papelería, Equipo de cómputo.

Financiamiento: El proyecto se llevó a cabo con recursos propios del investigador Por lo que se sustenta la factibilidad de dicho estudio.

Factibilidad: Se contó con la población adscrita a la unidad que acudió a consulta en la UMF Núm. 1 durante el periodo comprendido en los seis meses posteriores a la aprobación del protocolo de estudio.

Viabilidad: Éste estudio fue viable ya que se contó con el apoyo del personal médico de los consultorios, así como el acceso a los pacientes de la UMF Núm. 1 y sobre todo el apoyo del conocimiento científico del asesor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Se solicitó autorización por el Comité de Investigación de la UMF Núm. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social. El presente proyecto está apegado a los principios emanados de la 18a Asamblea médica de Helsinki, Finlandia en 1964 y de las modificaciones hechas por la propia asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se contempla la investigación médica. Así como a la ley general de salud en materia de investigación científica y el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Considerándose este estudio con riesgo bajo ya que se trabajó con información confidencial en base a una encuesta formato corto de evaluación de genérica de la

calidad de vida SF 36 con previo consentimiento informado donde se les hizo mención que puede ocasionar cierta molestia ya que se interrogaran aspectos de su vida persona y no se afectan las constantes fisiológicas de los individuos de estudio.

RESULTADOS

Se aplicaron 379 encuestas que arrojaron los siguientes resultados:

DESCRIPCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO EN CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

ESTADO CIVIL

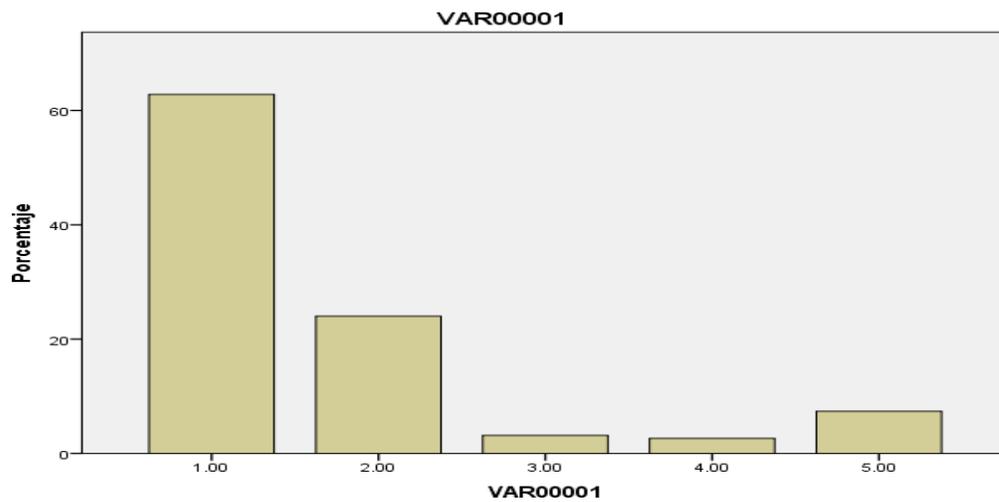
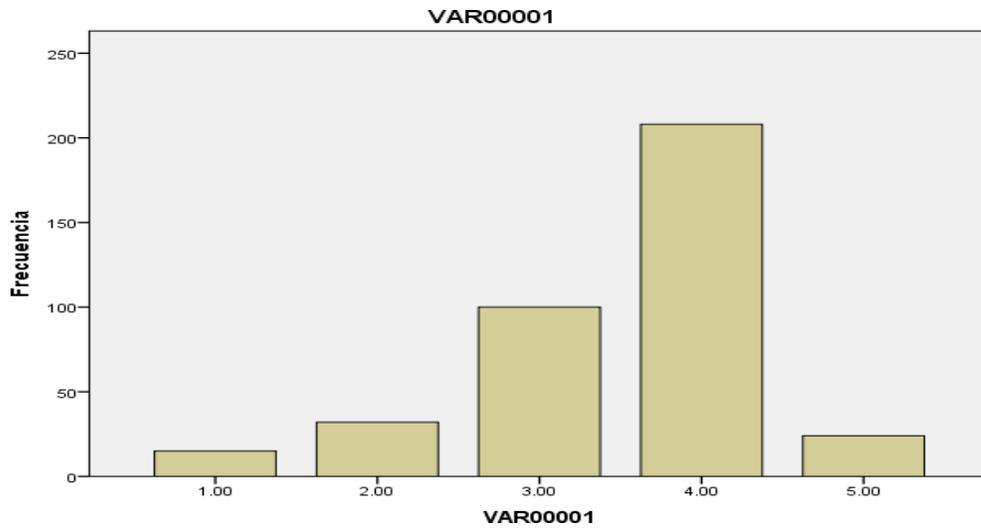
ESTADO CIVIL				
CASADO= 1 VIUDO= 2 UNION LIBRE= 3 DIVORCIADO= 4 SOLTERO=5	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1.00	238	62.8	62.8	62.8
2.00	91	24.0	24.0	86.8
3.00	12	3.2	3.2	90.0
4.00	10	2.6	2.6	92.6
5.00	28	7.4	7.4	100.0
Válidos				
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta de calidad de vida.

En la tabla anterior se observa la frecuencia y porcentaje de el estado civil de los pacientes encuestados.

ESTADO CIVIL

Graficas
Estado civil



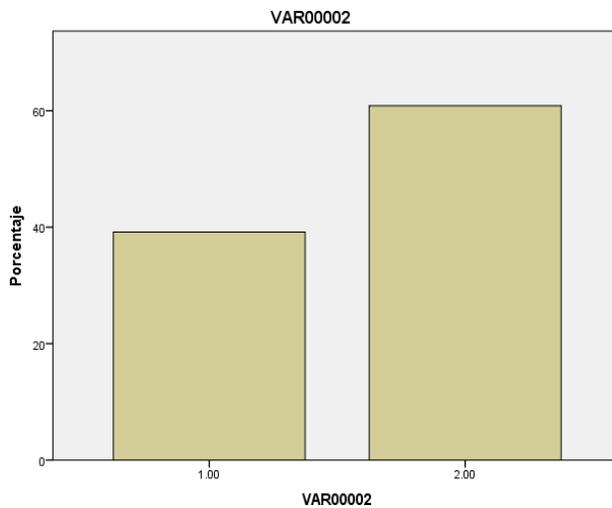
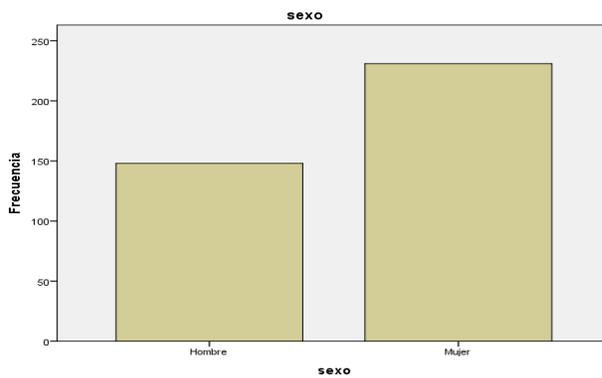
Fuente: Encuesta de calidad de vida.

En las gráficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el estado civil de los pacientes encuestados.

SEXO

SEXO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	148	39.1	39.1
	Mujer	231	60.9	100.0
	Total	379	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de calidad de vida.



Fuente: Encuesta de calidad de vida.

En la tabla y gráficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el sexo de los pacientes encuestados.

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA POR ITEMS

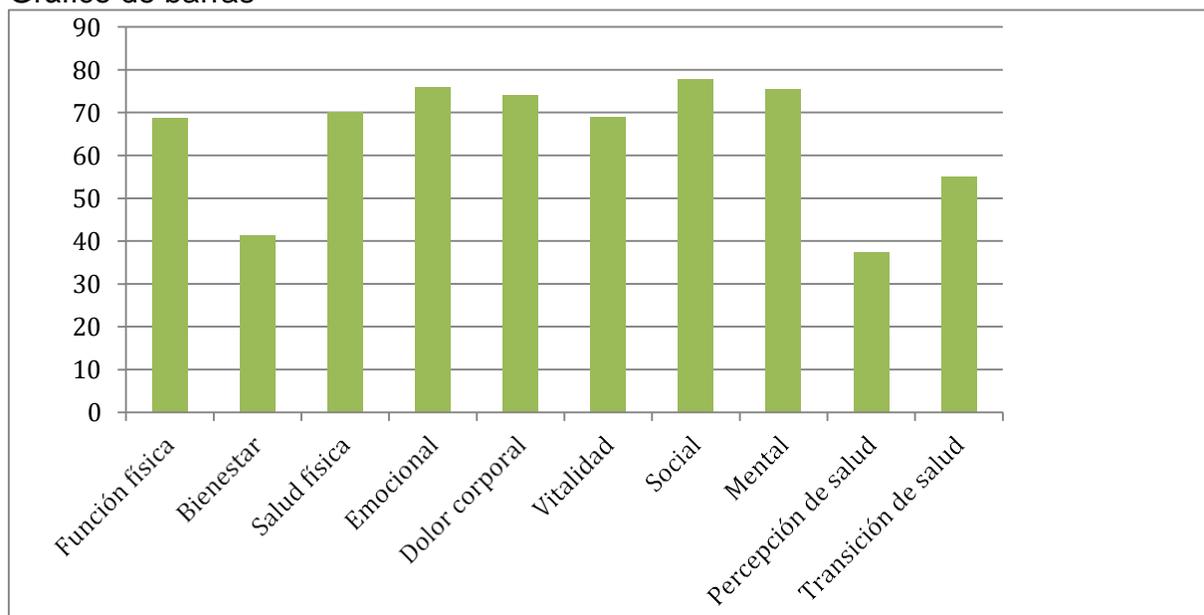
Estadísticos

		Función física	Bienestar	Salud física	Emocional	Dolor corporal	Vitalidad	Social	Mental	Percepción de salud	Transición de salud
N	Válidos	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		68.6945	41.3542	69.9426	75.8734	74.1372	68.9446	77.6860	75.4195	37.2691	55.0132
Mediana		80.0000	37.5000	100.0000	100.0000	90.0000	75.0000	100.0000	80.0000	25.0000	50.0000
Moda		100.0000	37.5000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	25.0000	50.0000
Desv. típ.		30.38801	13.52878	42.37301	42.12302	28.56937	26.59603	31.09956	23.17545	22.14960	22.37398
Percentiles	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	100	100.0000	87.50000	100.00000	100.00000	100.00000	100.00000	100.00000	100.00000	100.00000	100.00000

Fuente: Cuestionario SF 36

Calidad de vida por ITEMS

Gráfico de barras



Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla y gráfica anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de de la calidad de vida por ITEMS en los pacientes encuestados.

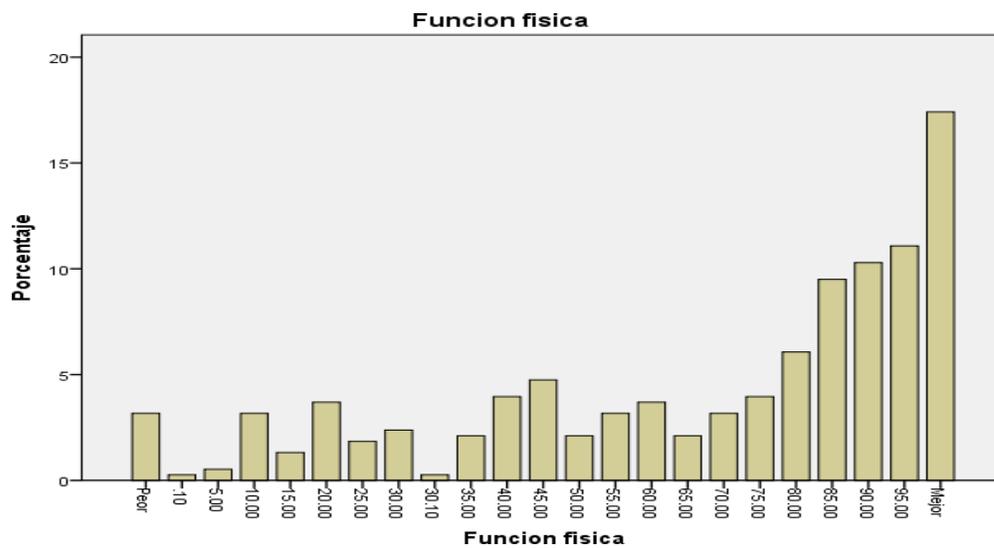
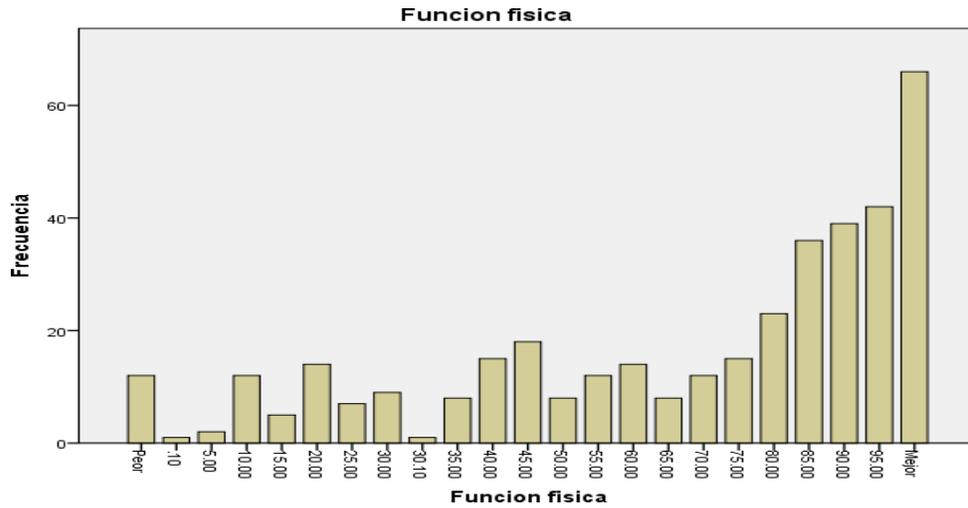
FUNCION FISICA

Función física					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Peor	12	3.2	3.2	3.2	
.10	1	.3	.3	3.4	
5.00	2	.5	.5	4.0	
10.00	12	3.2	3.2	7.1	
15.00	5	1.3	1.3	8.4	
20.00	14	3.7	3.7	12.1	
25.00	7	1.8	1.8	14.0	
30.00	9	2.4	2.4	16.4	
30.10	1	.3	.3	16.6	
35.00	8	2.1	2.1	18.7	
40.00	15	4.0	4.0	22.7	
Válidos 45.00	18	4.7	4.7	27.4	
50.00	8	2.1	2.1	29.6	
55.00	12	3.2	3.2	32.7	
60.00	14	3.7	3.7	36.4	
65.00	8	2.1	2.1	38.5	
70.00	12	3.2	3.2	41.7	
75.00	15	4.0	4.0	45.6	
80.00	23	6.1	6.1	51.7	
85.00	36	9.5	9.5	61.2	
90.00	39	10.3	10.3	71.5	
95.00	42	11.1	11.1	82.6	
Mejor	66	17.4	17.4	100.0	
Total	379	100.0	100.0		

Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM función física de los pacientes encuestados.

FUNCION FISICA



Fuente: Cuestionario SF 36

En las graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM función física de los pacientes encuestados.

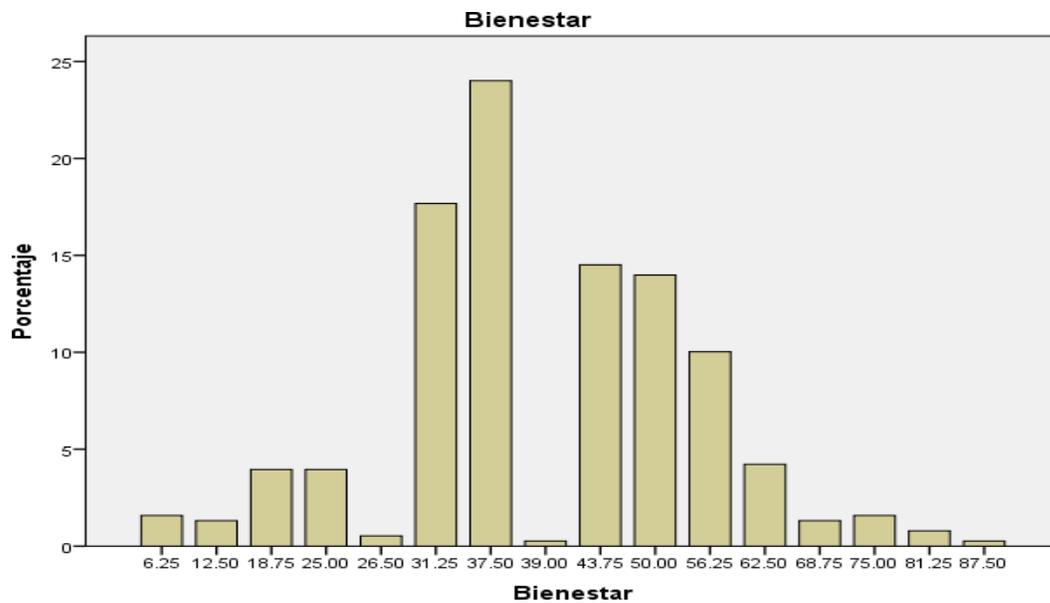
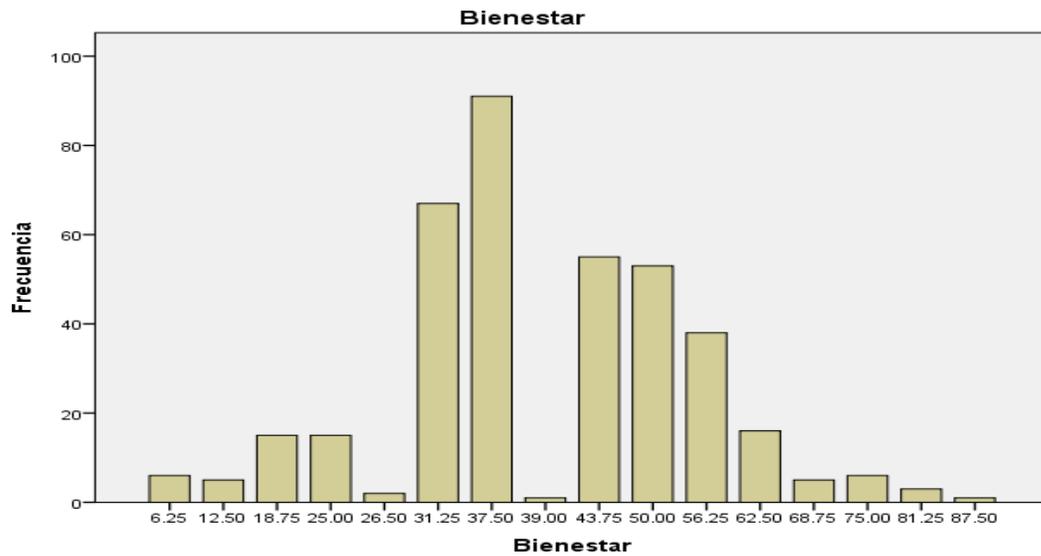
BIENESTAR

Bienestar				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6.25	6	1.6	1.6	1.6
12.50	5	1.3	1.3	2.9
18.75	15	4.0	4.0	6.9
25.00	15	4.0	4.0	10.8
26.50	2	.5	.5	11.3
31.25	67	17.7	17.7	29.0
37.50	91	24.0	24.0	53.0
39.00	1	.3	.3	53.3
Válidos 43.75	55	14.5	14.5	67.8
50.00	53	14.0	14.0	81.8
56.25	38	10.0	10.0	91.8
62.50	16	4.2	4.2	96.0
68.75	5	1.3	1.3	97.4
75.00	6	1.6	1.6	98.9
81.25	3	.8	.8	99.7
87.50	1	.3	.3	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM bienestar de los pacientes encuestados.

BIENESTAR



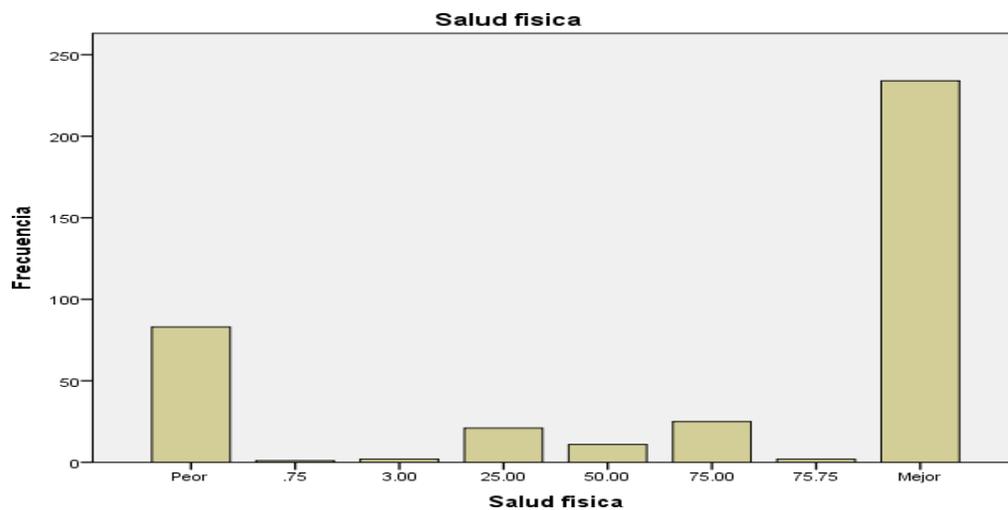
Fuente: Cuestionario SF 36

En las graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM bienestar de los pacientes encuestados.

SALUD FISICA

Salud física				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	83	21.9	21.9	21.9
.75	1	.3	.3	22.2
3.00	2	.5	.5	22.7
25.00	21	5.5	5.5	28.2
Válidos 50.00	11	2.9	2.9	31.1
75.00	25	6.6	6.6	37.7
75.75	2	.5	.5	38.3
Mejor	234	61.7	61.7	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36



En la tabla y anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM salud física de los pacientes encuestados. Y la grafica muestra la frecuencia el ITEM mencionado.



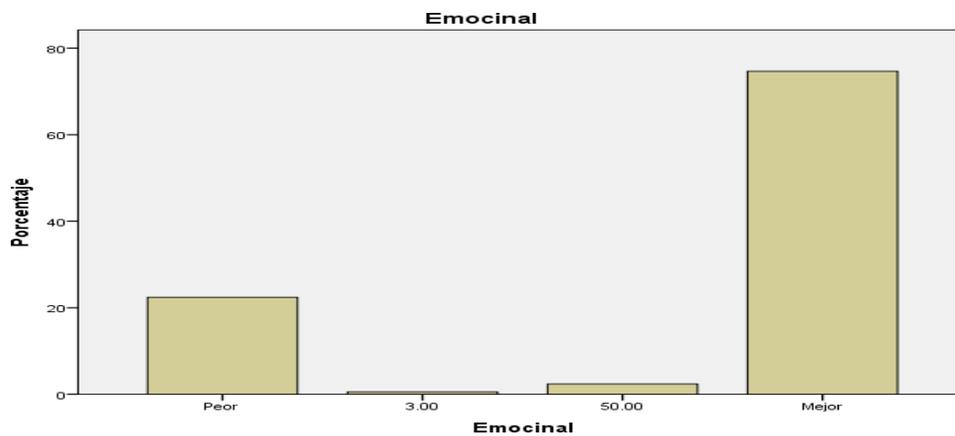
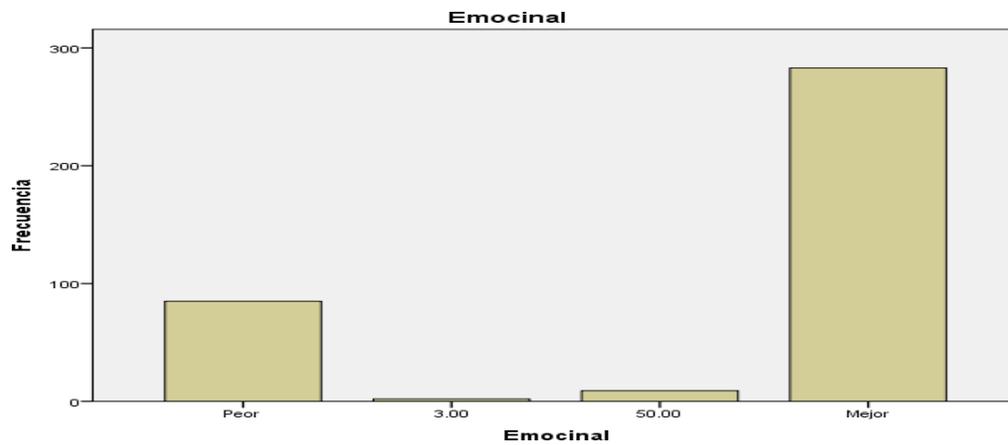
Fuente: Cuestionario SF 36

En la grafica anterior se observa el porcentaje de el ITEM salud física de los pacientes encuestados.

EMOCIONAL

Emocional					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Peor	85	22.4	22.4	22.4	
3.00	2	.5	.5	23.0	
Válidos 50.00	9	2.4	2.4	25.3	
Mejor	283	74.7	74.7	100.0	
Total	379	100.0	100.0		

Fuente: Cuestionario SF 36



Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla y graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM emocional de los pacientes encuestados.

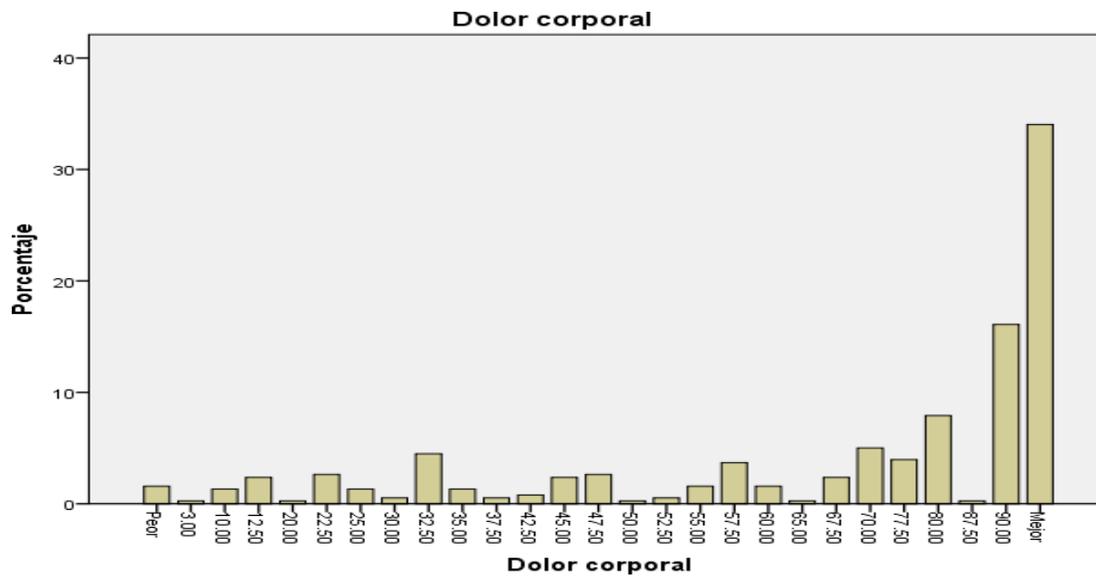
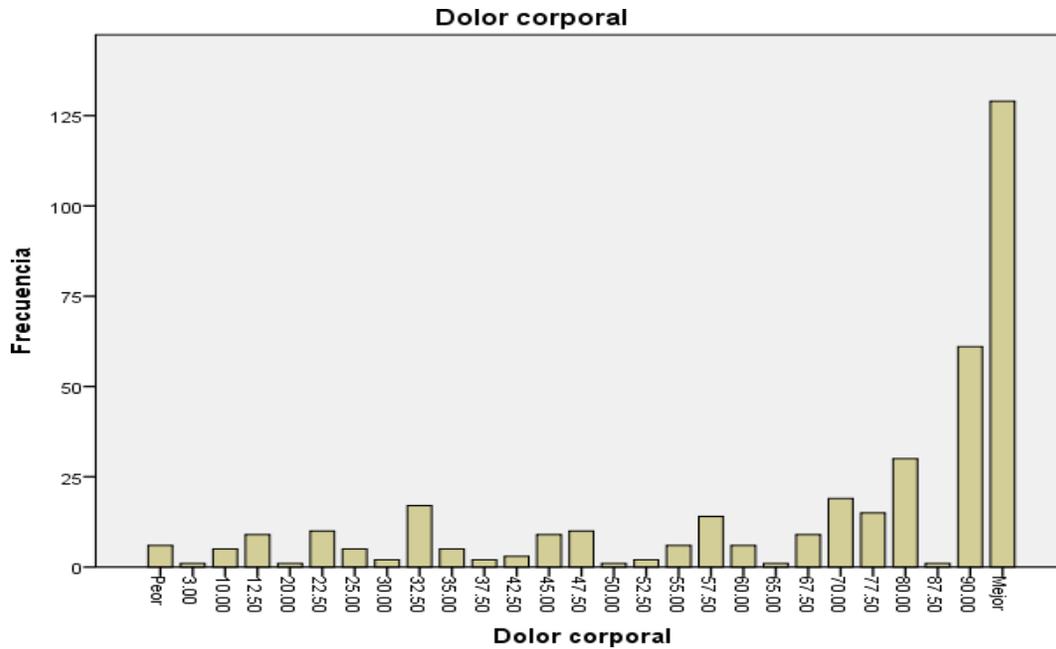
DOLOR CORPORAL

Dolor corporal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	6	1.6	1.6	1.6
3.00	1	.3	.3	1.8
10.00	5	1.3	1.3	3.2
12.50	9	2.4	2.4	5.5
20.00	1	.3	.3	5.8
22.50	10	2.6	2.6	8.4
25.00	5	1.3	1.3	9.8
30.00	2	.5	.5	10.3
32.50	17	4.5	4.5	14.8
35.00	5	1.3	1.3	16.1
37.50	2	.5	.5	16.6
42.50	3	.8	.8	17.4
45.00	9	2.4	2.4	19.8
47.50	10	2.6	2.6	22.4
Validos	1	.3	.3	22.7
52.50	2	.5	.5	23.2
55.00	6	1.6	1.6	24.8
57.50	14	3.7	3.7	28.5
60.00	6	1.6	1.6	30.1
65.00	1	.3	.3	30.3
67.50	9	2.4	2.4	32.7
70.00	19	5.0	5.0	37.7
77.50	15	4.0	4.0	41.7
80.00	30	7.9	7.9	49.6
87.50	1	.3	.3	49.9
90.00	61	16.1	16.1	66.0
Mejor	129	34.0	34.0	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM dolor corporal de los pacientes encuestados.

DOLOR CORPORAL



Fuente: Cuestionario SF 36

En las graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM dolor corporal de los pacientes encuestados.

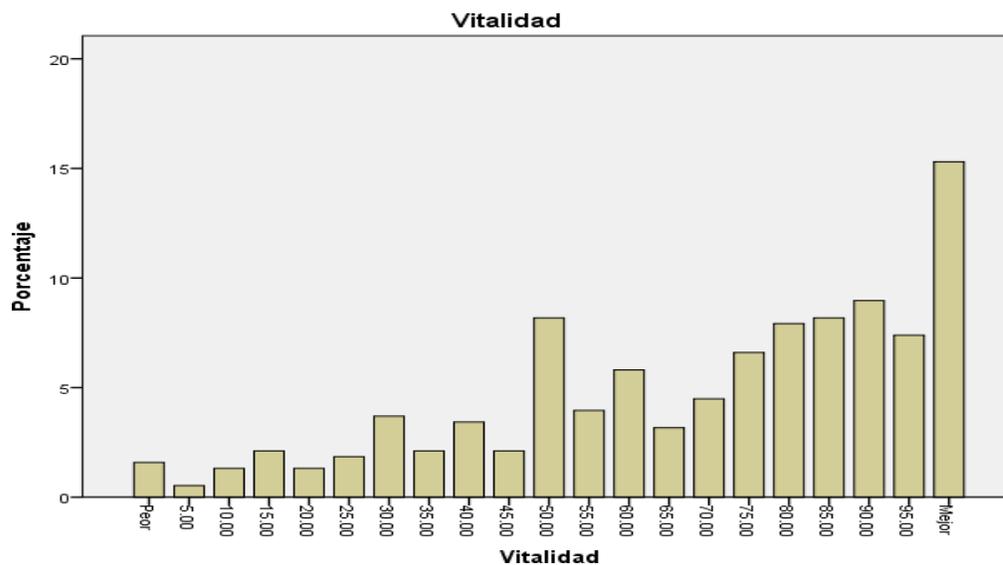
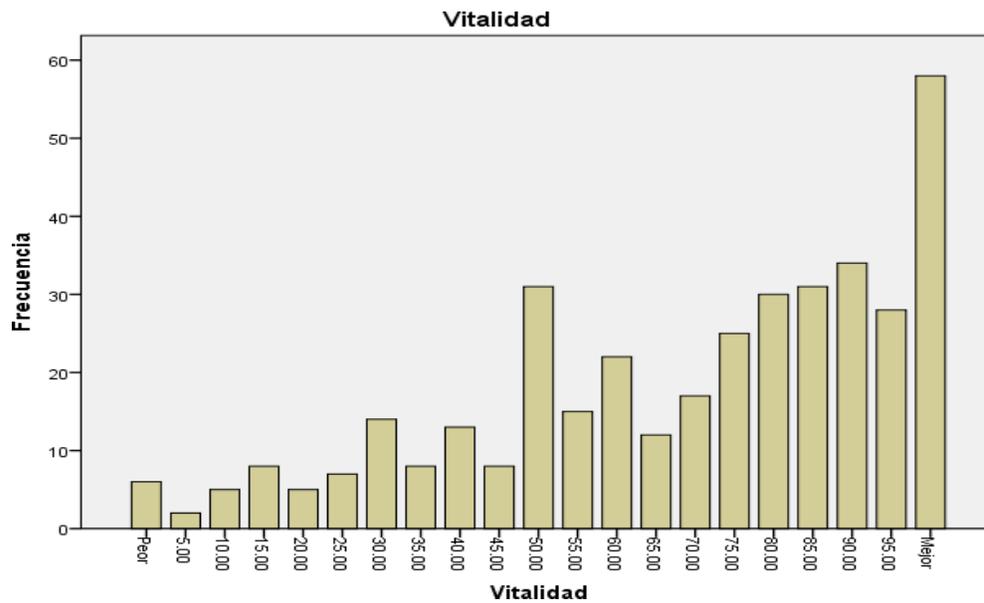
VITALIDAD

Vitalidad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	6	1.6	1.6	1.6
5.00	2	.5	.5	2.1
10.00	5	1.3	1.3	3.4
15.00	8	2.1	2.1	5.5
20.00	5	1.3	1.3	6.9
25.00	7	1.8	1.8	8.7
30.00	14	3.7	3.7	12.4
35.00	8	2.1	2.1	14.5
40.00	13	3.4	3.4	17.9
45.00	8	2.1	2.1	20.1
50.00	31	8.2	8.2	28.2
55.00	15	4.0	4.0	32.2
60.00	22	5.8	5.8	38.0
65.00	12	3.2	3.2	41.2
70.00	17	4.5	4.5	45.6
75.00	25	6.6	6.6	52.2
80.00	30	7.9	7.9	60.2
85.00	31	8.2	8.2	68.3
90.00	34	9.0	9.0	77.3
95.00	28	7.4	7.4	84.7
Mejor	58	15.3	15.3	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM vitalidad de los pacientes encuestados.

VITALIDAD



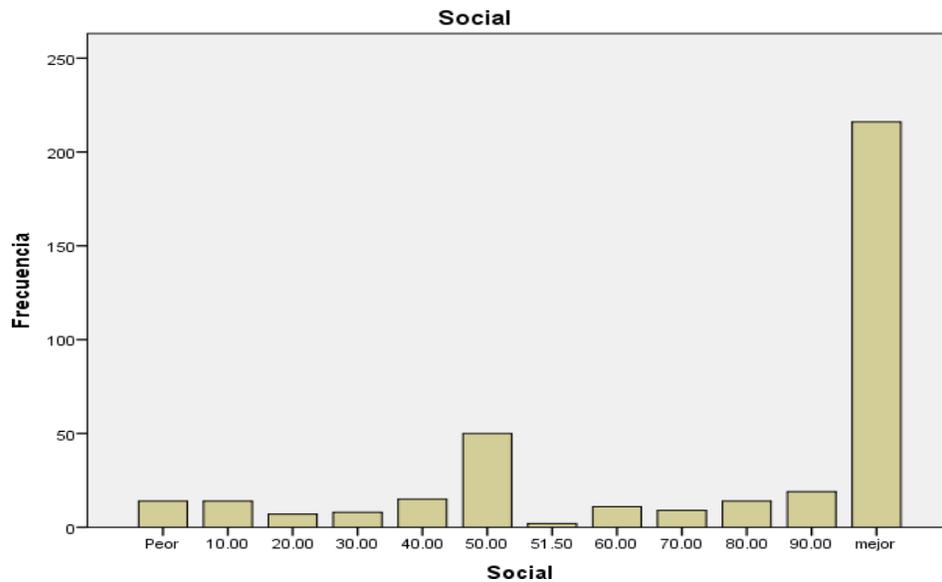
Fuente: Cuestionario SF 36

En las graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM vitalidad de los pacientes encuestados.

SOCIAL

Social				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	14	3.7	3.7	3.7
10.00	14	3.7	3.7	7.4
20.00	7	1.8	1.8	9.2
30.00	8	2.1	2.1	11.3
40.00	15	4.0	4.0	15.3
50.00	50	13.2	13.2	28.5
Válidos 51.50	2	.5	.5	29.0
60.00	11	2.9	2.9	31.9
70.00	9	2.4	2.4	34.3
80.00	14	3.7	3.7	38.0
90.00	19	5.0	5.0	43.0
mejor	216	57.0	57.0	100.0
Total	379	100.0	100.0	

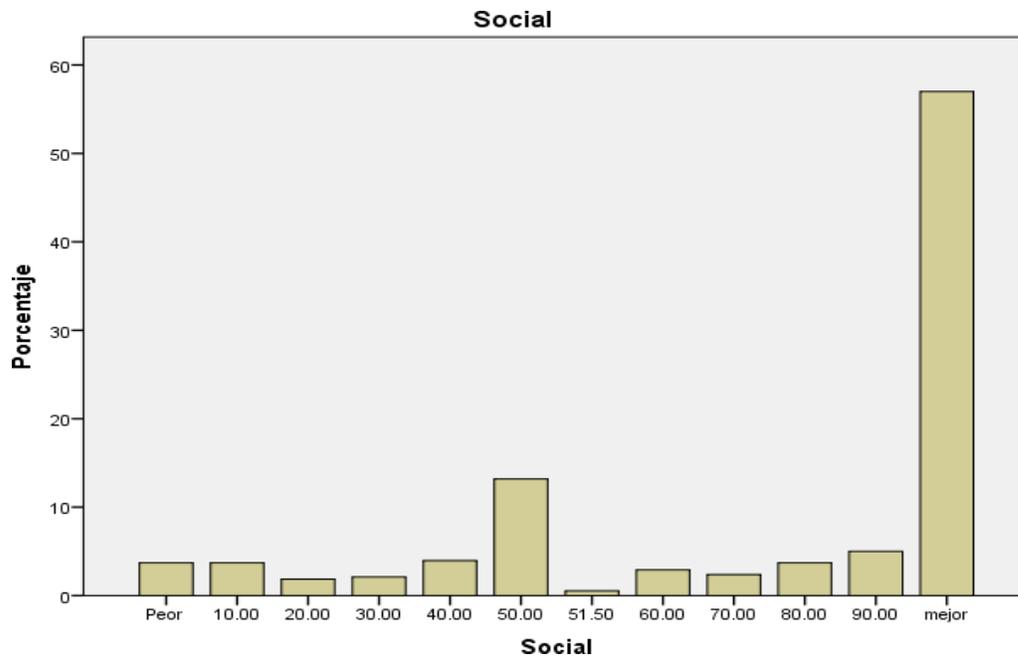
Fuente: Cuestionario SF 36



Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM social de los pacientes encuestados. Mientras que en la grafica se observa la frecuencia.

SOCIAL



Fuente: Cuestionario SF 36

En la grafica anterior se observa el porcentaje de el ITEM social de los pacientes encuestados.

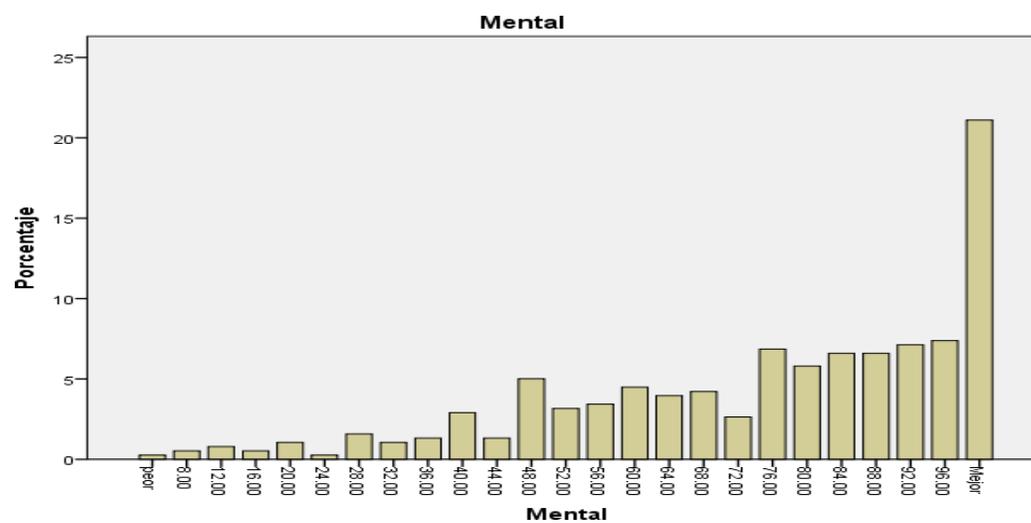
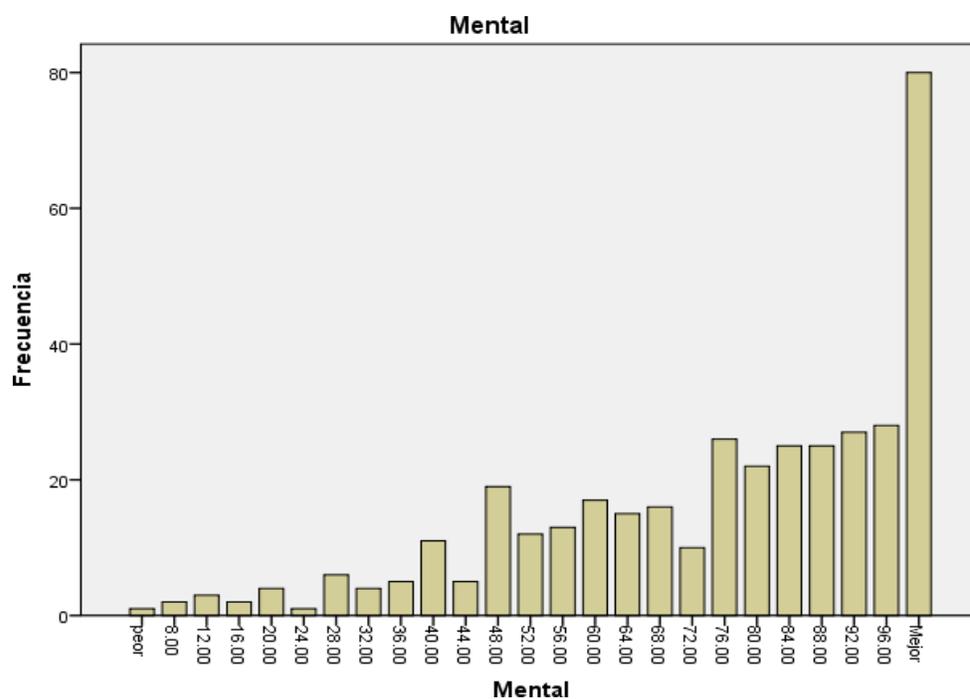
MENTAL

Mental				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
peor	1	.3	.3	.3
8.00	2	.5	.5	.8
12.00	3	.8	.8	1.6
16.00	2	.5	.5	2.1
20.00	4	1.1	1.1	3.2
24.00	1	.3	.3	3.4
28.00	6	1.6	1.6	5.0
32.00	4	1.1	1.1	6.1
36.00	5	1.3	1.3	7.4
40.00	11	2.9	2.9	10.3
44.00	5	1.3	1.3	11.6
48.00	19	5.0	5.0	16.6
52.00	12	3.2	3.2	19.8
Válidos 56.00	13	3.4	3.4	23.2
60.00	17	4.5	4.5	27.7
64.00	15	4.0	4.0	31.7
68.00	16	4.2	4.2	35.9
72.00	10	2.6	2.6	38.5
76.00	26	6.9	6.9	45.4
80.00	22	5.8	5.8	51.2
84.00	25	6.6	6.6	57.8
88.00	25	6.6	6.6	64.4
92.00	27	7.1	7.1	71.5
96.00	28	7.4	7.4	78.9
Mejor	80	21.1	21.1	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM mental de los pacientes encuestados.

MENTAL



Fuente: Cuestionario SF 36

En las graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM mental de los pacientes encuestados.

PERCEPCION DE SALUD

Percepción de salud				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	24	6.3	6.3	6.3
25.00	207	54.6	54.6	60.9
50.00	101	26.6	26.6	87.6
75.00	32	8.4	8.4	96.0
Mejor	15	4.0	4.0	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36



Fuente: Cuestionario SF 36

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM percepción de salud de los pacientes encuestados. Mientras que en la grafica la frecuencia de la percepción de salud.

PERCEPCION DE SALUD



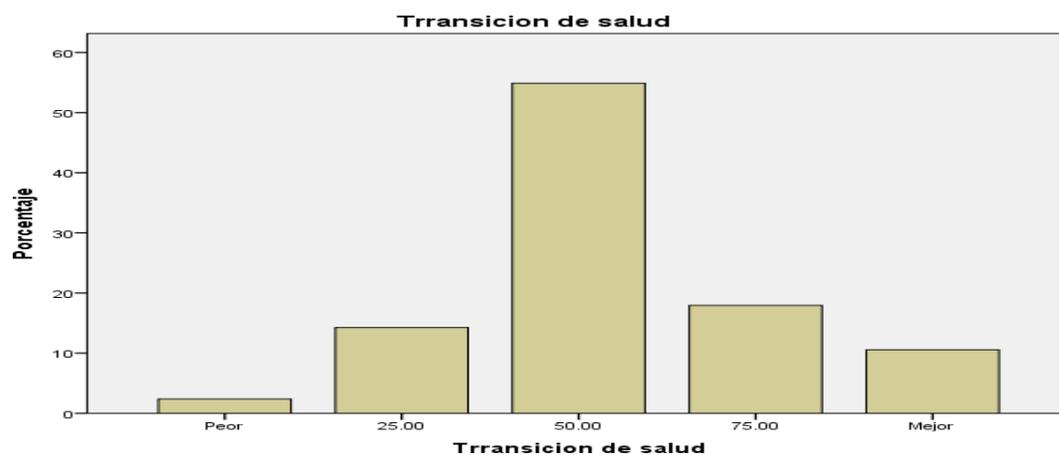
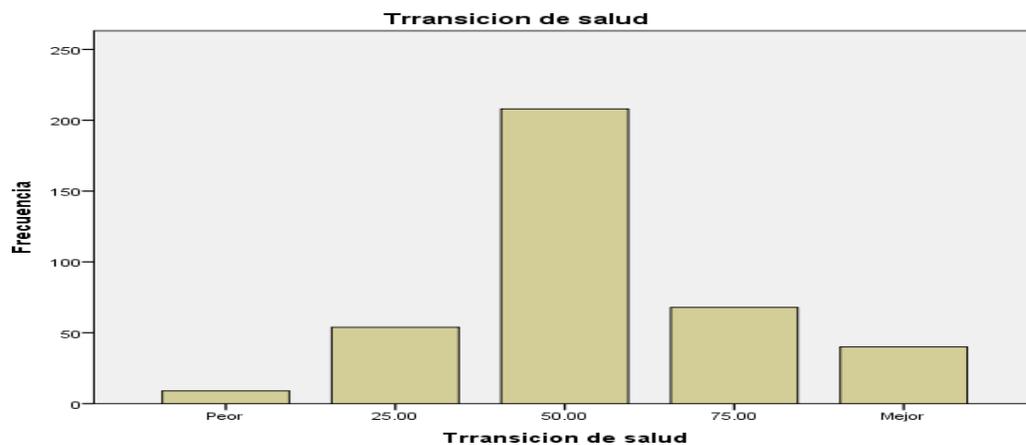
Fuente: Cuestionario SF 36

En la grafica anterior se observa el porcentaje de el ITEM percepción de salud de los pacientes encuestados.

TRANSICION DE SALUD

Transición de salud				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	9	2.4	2.4	2.4
25.00	54	14.2	14.2	16.6
50.00	208	54.9	54.9	71.5
75.00	68	17.9	17.9	89.4
Mejor	40	10.6	10.6	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario SF 36



Fuente: Cuestionario SF 36

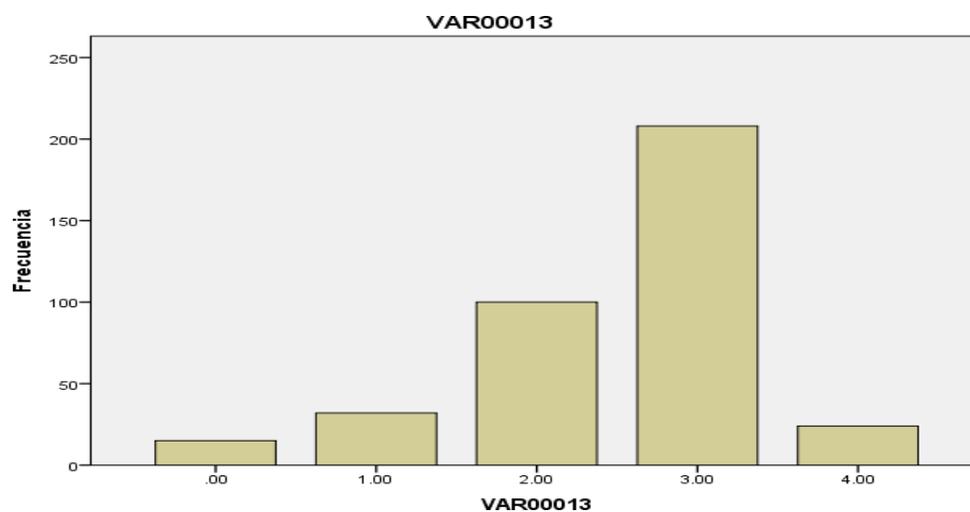
En la tabla y graficas anteriores se observa la frecuencia y el porcentaje de el ITEM transición de salud de los pacientes encuestados.

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
.00	15	4.0	4.0	4.0
1.00	32	8.4	8.4	12.4
2.00	100	26.4	26.4	38.8
3.00	208	54.9	54.9	93.7
4.00	24	6.3	6.3	100.0
Total	379	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta de calidad de vida.

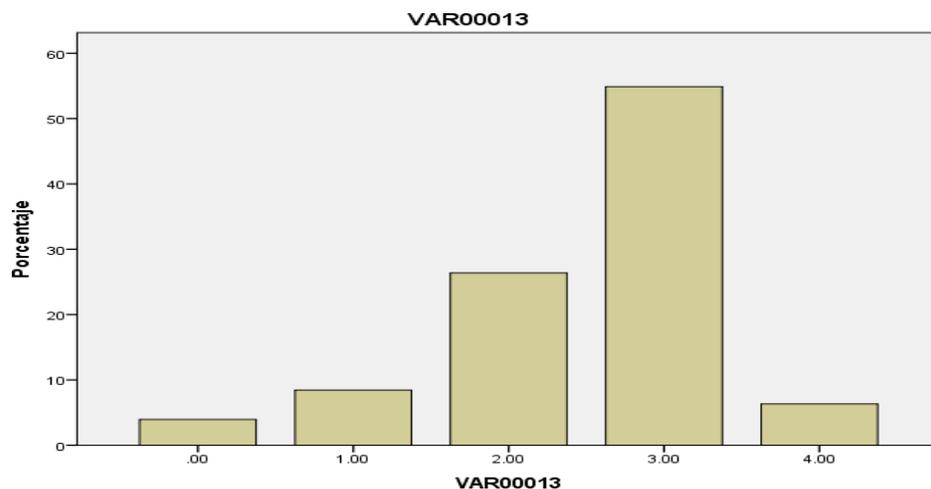
Gráficos de Numero de Hospitalizaciones:



Fuente: Encuesta de calidad de vida.

En la tabla anterior se observa la frecuencia y el porcentaje de el numero de hospitalizaciones de los pacientes encuestados.

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES



Fuente: Encuesta de calidad de vida.

En la grafica anterior se observa el porcentaje de el numero de hospitalizaciones de los pacientes encuestados.

Medidas de tendencia central en la evaluación de la calidad de vida en el adulto mayor

		Estadísticos									
		Función física	Bienestar	Salud física	Emocional	Dolor corporal	Vitalidad	Social	Mental	Percepción de salud	Transición de salud
N	Válidos	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		68.694	41.354	69.942	75.873	74.137	68.944	77.686	75.419	37.269	55.013
Mediana		80.000	37.500	100.00	100.00	90.000	75.000	100.00	80.000	25.000	50.000
Moda		0	0	00	00	0	0	00	0	0	0
Desv. típ.		30.388	13.528	42.373	42.123	28.569	26.596	31.099	23.175	22.149	22.373
Percentil 0		01	78	01	02	37	03	56	45	60	98
Percentil 100		100.00	87.500	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
		00	0	00	00	00	00	00	00	00	00

Nuestros ítems mejor calificados fueron el social y el emocional. Siendo los más bajos percepción de salud y bienestar.

TABLAS DE CONTINGENCIA

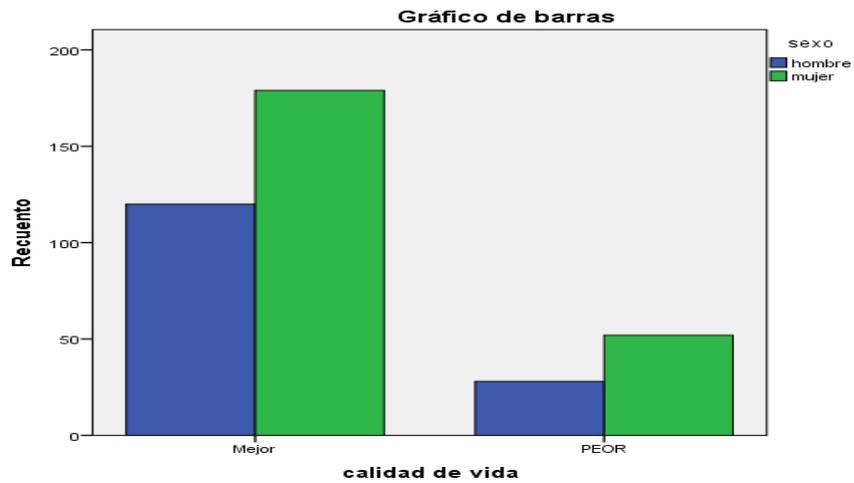
CALIDAD DE VIDA ACORDE AL SEXO

Tabla de contingencia calidad de vida * sexo

Recuento

		sexo		Total
		hombre	mujer	
calidad de vida	Mejor	120	179	299
	PEOR	28	52	80
Total		148	231	379

Fuente: Encuesta calidad de vida



Fuente: Encuesta calidad de vida.

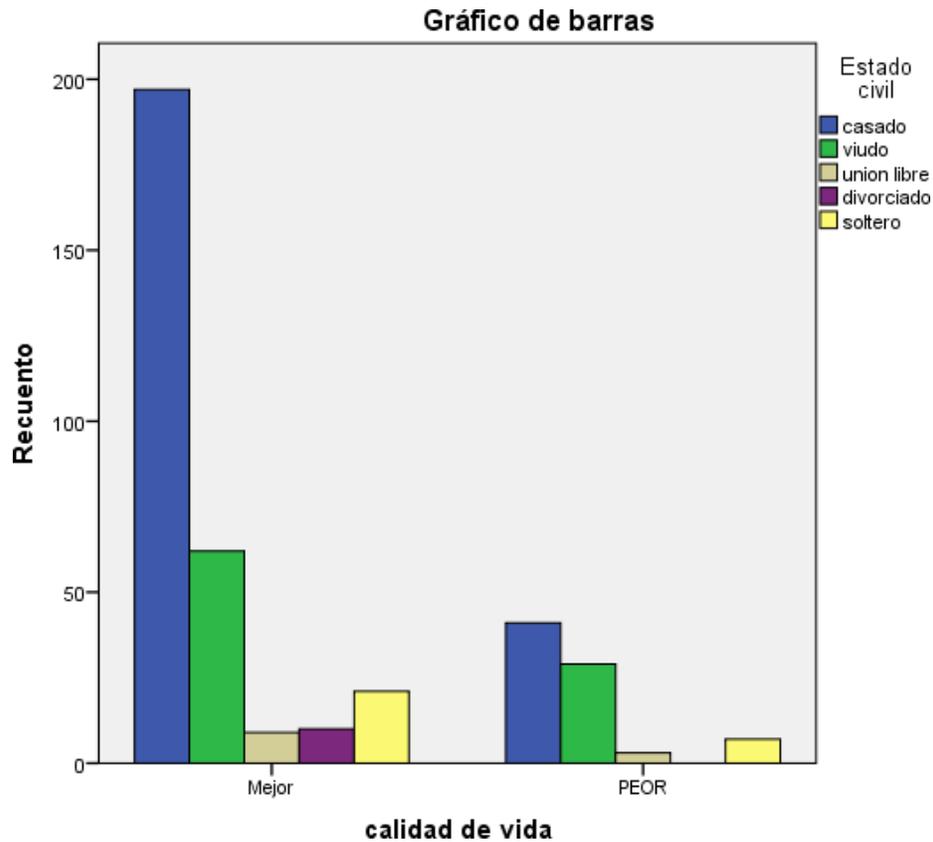
En las siguientes tablas de contingencia se muestra la calidad de vida acorde al sexo.

CALIDAD DE VIDA ACORDE AL ESTADO CIVIL

Tabla de contingencia calidad de vida * Estado civil

Recuento		Estado civil					Total
		casado	viudo	unión libre	divorciado	soltero	
calidad de vida	Mejor	197	62	9	10	21	299
	PEOR	41	29	3	0	7	80
Total		238	91	12	10	28	379

Fuente: Encuesta calidad de vida



Fuente: Encuesta calidad de vida

En las siguientes tablas de contingencia se muestra la calidad de vida acorde al estado civil.

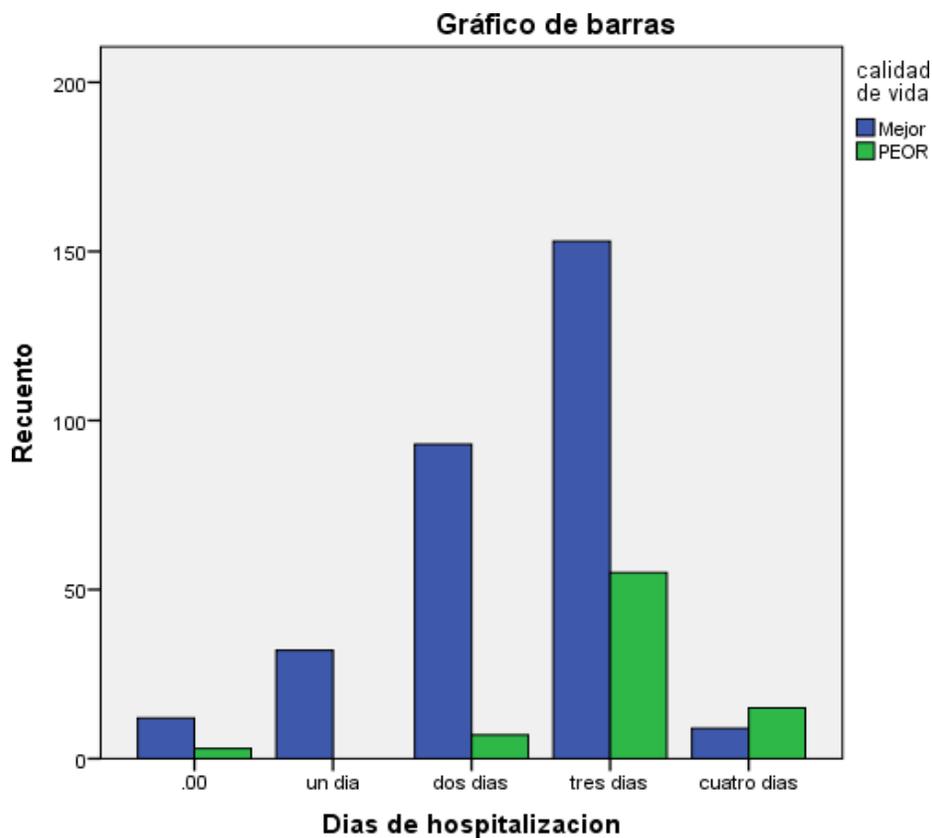
CALIDAD DE VIDA ACORDE A LOS DIAS DE HOSPITALIZACION

Tabla de contingencia Días de hospitalización * calidad de vida

Recuento

		calidad de vida		Total
		Mejor	PEOR	
Días de hospitalización	.00	12	3	15
	un día	32	0	32
	dos días	93	7	100
	tres días	153	55	208
	cuatro días	9	15	24
Total		299	80	379

Fuente: Encuesta calidad de vida



Fuente: Encuesta calidad de vida

En las siguientes tablas de contingencia se muestra la calidad de vida acorde a los días de hospitalización.

DISCUSIÓN

Después de aplicar las encuestas a una población de 379 adultos mayores adscritos a la unidad de Medicina familiar No. 1 y realizar el análisis de los resultados se obtuvo lo siguiente:

Los ítems mejor calificados fueron el social con una media de 77.68, y el emocional con una media de 75.87 . Esto se puede explicar ya que la mayoría de las personas encuestadas cuentan con redes de apoyo familiar. Lo cual se ve reflejado en su percepción de rol social y emocional. Además de encontrar que el sexo predominante en las encuestas realizadas fue el sexo femenino. Reflejado de igual forma en la literatura internacional siendo estas quienes mas demandan los servicios de salud.

En general la calidad de vida del adulto mayor en la unidad de Medicina Familiar No. 1, es buena, debido a que viven en un entorno urbano lo cual favorece la accesibilidad a los servicios de salud . Mismo que concuerda con la literatura nacional e internacional donde se menciona que la calidad de vida se ve relacionada además con el área geográfica donde estos viven, siendo mejor en el área urbana donde se cuenta con la proximidad de los servicios de salud. Situación de todos los encuestados. En Latinoamérica se ha encontrado una adecuada salud mental de los adultos mayores que acuden a sitios de atención primaria de la salud mismos que cuentan con un equipo multidisciplinario orientado a tratar familias, enfocándose principalmente en su entorno y sus principales problemas de salud. Situación que nos hace reflexionar acerca de la importancia de los mismos ; sobre todo del área preventiva y la cobertura universal siendo Brasil un pionero al igual que China de este tipo de programas. Implantándose dentro de las nuevas metas de salud de la OMS que tienen un enfoque esencialmente preventivo, en donde nuestro modelo institucional de salud es uno de los principales generadores de atención primaria a nivel nacional y por lo tanto es fundamental la generación de información pertinente en temas prioritarios como lo es el adulto mayor y mejor aún conocer su calidad de vida. Lo cual nos da un panorama básico para brindar una mejor atención con calidad y calidez a todos los derechohabientes.

Cabe mencionar que los ítems peor calificados fueron bienestar con una media de 41.3 y percepción de salud con una media de 37.2. Debido principalmente a que el adulto mayor se ve inmerso en una gama de patologías propias de la edad motivo por el cual ellos perciben su salud de un modo distinto y cabe mencionar desfavorable en ocasiones.patologias. Sin embargo el resultado final arroja que su percepción general es adecuada rebasando esta el percentil 50. En la literarua se hace mencion sobre todo en la poblacion alemana los items mas afectados son salud fisica y cognitiva esto explicado por el proceso natural de deterioro, pero ademas debido a la edad promedio de encuestados que radicaba en los 70 años.

La mejor calidad de vida se vio reflejada en las muejres si bien por que son la mayoria de las encuestadas encontrandose un total de 299 pacientes de sexo mujer, donde se aprecia que cursan con una mejor calidad de vida que el sexo masculino.

Lo que se expreso graficamente. No asi, en la literatura internacional como las mujeres asiaticas y de latinoamerica, donde se veia mas deteriorada al ser esta el cuidador primario.

En cuanto al estado civil los casados cuentan con una mejor calidad de vida, esto tal vez debido a las redes de apoyo establecidas a traves del vinculo familiar y/o de pareja. Al igual que en la poblacion canadiense donde se hace enfasis que al contar con redes de apoyo ,es mejor la calidad de vida. Y donde se vio mas afectada la calidad de vida en los pacientes divorciados. Evidentemente por lo antes mencionado.

Los dias de hospitalizacion no fueron relevantes acorde a nuestra encuesta ya que la mejor calidad de vida se presento aun con 3 dias de hospitalizacion no econtrando relacion proporcional con hospitalizaciones previas. Por lo que hacemos reiterativo el hecho de que el contar con servicios de salud y redes de apoyo es sumamente importante para la percepcion de salud de los adultos mayores.

CONCLUSIÓN

La Calidad de Vida (CV) , es la percepción del entorno de la persona, siendo ésta adecuada o no, sin embargo esta definición abarca un constructo sociocultural más importante, ya que no solo se enfoca en el medio en que se desenvuelve la persona sino también en las redes de apoyo que ésta tenga, la salud mental y biológica y el grado de independecia que está presente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "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, sus expectativas, sus normas, y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independecia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La calidad de vida del adulto mayor en el HGZMF 1 de Pachuca Hidalgo se considera buena de acuerdo a los parámetros acorde al cuestionario SF 36, ya que se encuentra con una media de 65.18. Tal vez esto sea el resultado de las políticas de salud actuales, en donde se brinda accesibilidad a los servicios de salud, tratando de solventar las demandas de una población en crecimiento y que requiere de nuestros conocimientos epidemiológicos, clínicos y por sobre todo de su percepción de calidad de vida.

En el caso particular de los adultos mayores de Pachuca Hidalgo, específicamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, los ítems mejor calificados fueron el emocional y el social. Todo esto debido a las redes de apoyo con las que cuentan, siendo los peores calificados bienestar y percepción de salud . Debido a la comorbilidad asociada a estos pacientes.

Los pacientes con mejor calidad de vida fueron los casados y con peor calidad de vida los divorciados. Retomando lo mencionado a mayor redes de apoyo mejor calidad de vida lo cual es acorde a la literatura internacional tomando como referencia, Alemania, Canadá y América latina.

Los adultos mayores son una gran población adscrita a nuestra unidad y por lo tanto una de las que mas servicios requiere, es por mucho una de las poblaciones mas demandantes de nuestro que hacer diario y de conocimientos actualizados ; constituyen una entidad independiente y debiesen ser tratados como individuos y no como una persona carente de opiniones , sexualidad y trastornos emocionales, la edad adulta mayor debiese ser una etapa en donde a pesar de no ser parte de la población económicamente activa se es parte fundamental de la sociedad participando de manera activa. En base a la bibliografía actual sabemos que la pirámide poblacional eventualmente se invertirá haciéndonos formar parte de esta gran población. Por lo que en esta tesis se pretende introducir al lector en el conocimiento básico del adulto mayor y que se conozca la calidad de vida de los mismos siendo esta parte importante de todos como sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento activo: un marco político. Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2002;37:74-105. Disponible en:
<https://bbpgal.xunta.es/images/BBPGAL/Envejecimiento%20activo%20marco%20politico%20-%20OMS.pdf>.
2. Woo J, Chan R, Leung J, Wong M. Relative Contributions of Geographic, Socioeconomic and Lifestyle Factors to Quality of Life, Frailty, and Mortality in Elderly. PlosONE [Internet]. 2010 Abril 12 [citado 2014 Mayo 20];5(1): e8775. Disponible en :
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0008775>.
3. Laudisio A, Marzetti E, Antonica L, et al. Metabolic syndrome and quality of life in the elderly: age and gender differences; Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2013 Junio [citado 2014 Mayo 22]; 61(6):963-968. doi:10.1111/jgs.12256. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154197/>.
4. Carvalho V, Rossato S, Fuchs F, et al. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: across-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 2014 julio 17]; 13:605. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-605.pdf>
5. Barentsen et al. Severity not type is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: A population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care; Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2012 [citado 2014 julio 20];2012, 10:153. Disponible en:
<http://www.hqlo.com/content/10/1/153>
6. Vicchio, et al. Coronary artery bypass grafting associated to aortic valve replacement in the elderly: survival and quality of life. Journal of

- Cardiothoracic Surgery [Internet]. 2012 [citado 2014 Julio 23] 2012, 7:13doi: 10.1186/1749-8090-7-13. Disponible en:
<http://www.cardiothoracicsurgery.org/content/7/1/13>.
7. Lampert R. Quality of Life and End-Of-Life Issues for Older Patients with Implanted Cardiac Rhythm, Devices; MD Clin Geriatr Med [Internet]. 2012 [citado 2014 julio 23] 28 693–702, 0749-0690/12; 2012. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23101578>
 8. BAUMANN R., PÜTZ C., RÖHRIG B., et al. Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. European Journal of Cancer Care [Internet]. 2009 [citado 2014 Julio 23] 18, 457–465. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19473377>
 9. Estrada A., Cardona D., Segura A., et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica [Internet]. 2011 [citado 2014 julio 24] 2011:31:492-502. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a04>
 10. Diagnostico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y mas . SEDESOL; [Internet]. Agosto 2010 [citado 2014 julio 24].
 11. Flores M., Troyo R., Vega M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México.; Procesos Psicológicos y Sociales. UVM. ISSN [Internet] 2010 [citado 2014 julio 25]. Vol. 6 Año 2010 No. 1 y 2.
<http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
 12. Stiles M., Walsh K., Care of the Elderly Patient; Textbook of family medicine. [Internet] 8th edition. E.U. Elsevier. Saunders Ltd. 2011. Actualizado en 2011; [citado el 25 de julio del 2014]. Disponible en :
http://ubrt.files.wordpress.com/2011/10/textbook_of_family_medicine___8th_edition.pdf.
 13. Sewitch M., Yaffe M., McCusker J., et al. Helping family doctors detect vulnerable caregivers after emergency departments visit for an elderly

relative: Results of a longitudinal study; BMC Family Practice [Internet] 2006 [citado 2014 julio 25] 2006; 7: 46. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2296-7-46>

14. Giuliani A., Mattei A., Santilli F., et al. Well-Being and Perceived Quality of Life in Elderly People; Displaced After the Earthquake in L'Aquila, Italy; J Community Health [Internet] 2014 [citado 2014 julio 25] 2014 39:531–537. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs10900-013-9793-7>
15. Detección y Manejo del maltrato en el adulto mayor. Guías de práctica clínica . CENETEC [Internet] Actualizado en 2013; [citado el 25 de julio del 2014]. Disponible en : http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GP_C_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
16. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guías de practica clínica CENETEC [Internet] Actualizado en 2011; [citado el 25 de julio del 2014]. Disponible en : http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
17. Resumen de evidencias y recomendaciones. Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención Guías de práctica clínica. CENETEC [Internet] Actualizado en 2008; [citado el 25 de julio del 2014]. Disponible en : http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf
18. Liu et al. Health-related quality of life and long-term care needs among elderly individuals living alone: a cross-sectional study in rural areas of Shaanxi Province, China; BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 2014 julio 26]. 2013, 13:313. doi:10.1186/1471-2458-13-313. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/313>
19. Kong M., Camacho F., Feldman S., et al. Correlates of patient satisfaction with physician visit: Differences between elderly and non-elderly survey

- respondents, Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2007 [citado 2014 julio 26]. Nov. 2007, 5:62. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-5-62>
20. Wicke et al. Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. BMC Family Practice [Internet]. 2014 [citado 2014 julio 26]. 2014, 15:62. doi:10.1186/1471-2296-15-62. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/62>
21. Reijula J., Rosendahl T., Reijula K. , et al. A new method to assess perceived well being among elderly people a feasibility study. BMC Geriatrics [Internet]. 2009 [citado 2014 julio 26]. 2009, 9:55. doi:10.1186/1471-2318-9-55. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/55>
22. Olsson N., et al. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2011 [citado 2014 julio 27]. 2011, 9: 95. doi:10.1186/1477-7525-9-95. Disponible en:
<http://www.hqlo.com/content/9/1/95>
23. Heejin K., Jae Woong S., Bayasgalan G., et al. Life satisfaction and mortality in elderly people: The Kangwha Cohort Study; BMC Public Health [Internet]. 2012 [citado 2014 julio 28]. 2012, 12: 54. doi:10.1186/1471-2458-12-54. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/54>.
24. Nazanin M., Dadd T., Pan A., Yu Z., et al. Sleep quality in middle-aged and elderly Chinese: distribution, associated factors and associations with cardio-metabolic risk factors; BMC Public Health [Internet]. 2009 [citado 2014 julio 28]. 2009 Published: 9 May 2009. 2009, 9:130. doi:10.1186/1471-2458-9-130. Disponible en :
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/130>.
25. INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), Estadísticas.[Internet]. 2010 [citado 2014 julio 28]. Disponible en:
<http://www.inegi.gob.mx>. Censo poblacional 2010.

26. http://poblacion.hidalgo.gob.mx/swf/piramide/Piramides_Poblacionales.swf.
27. Pirámide poblacional por tipo de derechohabiente. IMSS clínica I . Unidad de Medicina Familiar.
28. Dinámica demográfica; proyecciones de población 2010-2030. [Internet]. 2010 [citado 2014 julio 29]. Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/13_Cuadernillo_Hidalgo.pdf.
29. Durán L., Gallegos K., Salinas G., et al. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. Salud pública Méx [Internet]. 2004 [citado 2014 julio 28].v.46 n.4 : 306-315. Cuernavaca jul. /ago. 2004. Disponible en:
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000081>
30. Vilagui G., Ferrer M., Rajmil L., et al. El cuestionario SF-36 español; una década de experiencia y nuevos desarrollos; Gaieta Gac. Sanit [Internet]. 2005 [citado 2014 julio 28].2005; (19); 135-50. Disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci_arttext
31. Arostegui I., Nuñez V., Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36. Estadística española. [Internet]. 2008 [citado 2014 julio 28].Vol. 50, Núm. 167, 2008, págs. 147 a 192. Disponible en :
<http://www.google.com.mx>
32. <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>.
33. Carrasco M., Martínez G. Foradori A., et al, Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. A novel methodfortargeting and characterizinghealthyolderpeople. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 [citado 2014 julio 28] v.138 n.9 Santiago sep. 2010. RevMed Chile 2010; 138: 1077-1083. Disponible en :
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000900001> version=html.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Anexo 1

ACTIVIDAD	JULIO- DICIEMBRE 2013	ENERO- JUNIO 2014	JULIO – DICIEMBRE 2014	ENERO – JUNIO 2015
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN				
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA				
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO				
CORRECCIÓN DEL PROTOCOLO				
REGISTRO DEL PROTOCOLO				
ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO				
REALIZACIÓN DE ENCUESTAS				
ANÁLISIS DE RESULTADOS				
DISCUSIÓN DE RESULTADOS				
CONCLUSIONES				
PRESENTACIÓN DE TESIS				

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario SF 36 versión corta

Nombre:

Numero de afiliación:

Estado civil:

Fecha:

Firma:

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente**
- Muy buena**
- Buena**
- Regular**
- Mala**

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año**
- Algo mejor ahora que hace un año**
- Más o menos igual que hace un año**
- Algo peor ahora que hace un año**
- Mucho peor ahora que hace un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL. (Maque con una x).

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1: Si, me limita mucho	2: Me limita poco	3: No, me limita

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1: Si, me limita mucho	2: Me limita poco	3: No, me limita

--	--	--

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

	Si	No
13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Nada**
- Un poco**
- Bastante**
- Regular**
- Mucho**

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

- No, ninguno**
- Sí, muy poco**
- Sí, un poco**
- Sí, moderado**
- Sí, mucho**
- Sí, muchísimo**

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Mucho**

- Nada**
- Un poco**
- Regular**
- Bastante**

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED. MARQUE EL CUADRO SEGÚN LE CONVENGA:

- 1 Siempre**
- 2 Casi siempre**
- 3 Muchas veces**
- 4 Algunas veces**
- 5 Sólo alguna vez**
- 6 Nunca**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1	2	3	4	5	6

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

1	2	3	4	5	6

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

34. Estoy tan sano como cualquiera.

35. Creo que mi salud va a empeorar.

36. Mi salud es excelente.

1	2	3	4	5

ESCALA DE CALIFICACION SF 36

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	Excelente = 100 Muy buena = 75 Buena = 50 Regular = 25 Mala = 0
2	Mucho mejor = 100 Algo mejor = 75 Mas o menos igual = 50 Algo peor = 25 Mucho peor = 0
3 a la 12	Si, me limita mucho = 0 Si, me limita un poco = 50 No, me limita nada = 100
13 a la 19	Si = 0 No = 100
20	Nada = 100 Un Poco = 75 Regular = 50 Bstante = 25 Mucho = 0
21	No, ninguno = 100 Si, muy poco = 80 Si, un poco = 60 Si, moderado = 40 Si, mucho = 20 Si, muchisimo = 0
22	Nada = 100 Un poco = 75 Regular = 50 Bastante = 25 Mucho = 0
23, 26, 27, 30	Siempre = 100 Casi siempre = 80 Muchas veces = 60 Algunas veces = 40 Solo alguna vez = 20 Nunca = 0
24,25,28, 29, 31, 32	Siempre = 0

	Casi siempre = 20 Muchas veces = 40 Algunas veces = 60 Solo alguna vez = 80 Nunca = 100
33, 35	Totalmente cierta = 0 Bastante cierta = 25 No lo se = 50 Bastante falsa = 75 Totalmente falsa = 100
34, 36	Totalmente cierta = 100 Bastante cierta = 75 No lo se = 50 Bastante falsa = 25 Totalmente falsa = 0

Para su evaluación se ha propuesto:

El Rand Group estableció una graduación de las respuestas por cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tiene el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Las características de las puntuaciones son las siguientes.

- A) Los temas las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuando mayores sean mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100 de peor a mejor salud. De acuerdo con la escala obtenida se obtienen los promedios y desviaciones estándar de cada dimensión.

Se codifican las respuestas y se recodifican nuevamente para establecer con escala numérica y facilitar el vaciar la información una vez obtenido el valor numérico se suman las respuestas por dimensiones y evaluamos los parámetros con escala de 100 a 0.

100= Mejor calidad.

0= Peor calidad.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio: Calidad de vida del adulto mayor en la UMF Núm. 1 de Pachuca Hidalgo, durante el periodo de Julio a Diciembre del 2014

Lugar y fecha: Pachuca de Soto, Hgo., a _____ del mes de _____ de _____.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Complementar la información necesaria para conocer la calidad de vida de los adultos mayores en la unidad de Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS y a su vez darnos un panorama de la misma a nivel y el objetivo es crear estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor

Procedimientos: Se aplicará un cuestionario en el que proporcionará datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, Y responder a preguntas específicas sobre calidad de vida mediante un cuestionario ya aceptado internacionalmente .

Posibles riesgos y molestias: El presente estudio genera cierta molestia ala persona de estudio ya que interroga aspectos de la vida personal del mismo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Buscar estrategias para mejorar calidad de vida en el adulto mayor.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al concluir la investigación tendrá derecho de conocer los resultados y los podrá preguntar al investigador responsable .

Participación o retiro: Su participación es voluntaria, y no afectará la atención medica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Privacidad y confidencialidad: La información que usted proporciona será manejada de forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Alicia Ceja Aladro Teléfono: 771 220 78 44

Colaboradores: Dra. Iris Gabriela Piña López Teléfono 01 775 9740075

Comisión de ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4to. Piso bloque B de la unidad de congresos, colonia doctores. México DF., CP 06720, teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, correo electrónico: comisión Ética imss.gob.mx.

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Iris Gabriela Piña López Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma