



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1
IMSS AGUASCALIENTES**



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL
FORMATO WHOQOL-OLD EN ADULTOS MAYORES DE
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO 1 DE LA
DELEGACIÓN IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.**

TESIS

PRESENTADA POR

Joana Salcedo Muñoz

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR(ES):

**Dr. Juan Antonio Vidales Olivo
Dra. Estrella Sarahí Maldonado Paredes**

Aguascalientes, Ags. diciembre del 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2019

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 1, AGUSACALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. JOANA MUÑOZ SALCEDO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL FORMATO WHOQOL-OLD EN ADULTOS
MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO.1 DE LA DELEGACIÓN IMSS
AGUASCALIENTES.”**

Número de Registro: **R-2018-101-011** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Joana Muñoz Salcedo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:


DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR ESPECIALISTA EN GERIATRIA Y MEDICINA INTERNA



CORDINADOR DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS. A
DICIEMBRE 2018



DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. JOANA SALCEDO MUÑOZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL FORMATO WHOQOL-OLD EN ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO 1 DE LA DELEGACIÓN IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.”

Número de Registro: **R-2018-101-011** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Joana Salcedo Muñoz asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JOANA SALCEDO MUÑOZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL FORMATO WHOQOL-OLD EN ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO. 1 DE LA DELEGACIÓN IMSS, AGUASCALIENTES, AGS.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.


DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios por la vida y la oportunidad de permitirme concluir esta etapa.

Agradezco a mi familia, a mis padres por siempre estar a mi lado brindando su apoyo en cada área de mi vida, por siempre confiar en mí. Agradezco a mis hermanos por apoyarme en los momentos de debilidad y angustia brindándome siempre una palabra reconfortante.

Quiero agradecer al IMSS sede Aguascalientes por darme la oportunidad de llevar a cabo mi especialidad como médico familiar en esta sede. A los maestros académicos y de las rotaciones por sus enseñanzas y por darnos la oportunidad de aprender lo mejor de cada uno de ellos, de igual forma a nuestros jefes clínicos y de enseñanza porque siempre estuvieron a nuestro lado guiándonos y apoyándonos en cada uno de nuestros servicios.

Agradecida con mis amigos de Aguascalientes que me brindaron apoyo, compañía y cariño, por ofrecerme una linda estancia en esta bella ciudad.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS.....	i
CUADROS.....	i
ACRÓNIMOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO	1
I.A Antecedentes científicos	2
I.A.I Antecedentes científicos que hablen sobre la percepción de la calidad de vida	2
II. MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES	7
II.A Calidad de vida	7
II.A.I Enfoques de calidad de vida	8
II.A.II Indicadores de calidad de vida.....	8
II.A.III Calidad de vida relacionada con la salud	10
II.A.IV Variables que influyen en la calidad de vida de personas mayores.	11
II.A.V Variables universales aceptadas que se relacionan con la calidad de vida en las personas mayores.	12
II.A.VI Calidad de vida de los adultor mayores en méxico	13
II.B Componentes de calidad de vida relacionado en el adulto mayor.....	13
II.B.I Privación sensorial en el adulto mayor	13
II.B.II Participación social y relación con los demás	14
II.B.III Muerte: el final de la vida.....	15
II.B.IV Satisfaccion con la vida.....	16
II.B.V Dependencia.....	16
II.B.VI Vida en pareja e intimidad.....	17
III. MODELOS TEORICOS DE CALIDAD DE VIDA	18
III.A Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida	18
III.B Modelo ecológico de lawton	19
III.C Modelos comportamentales.....	20
III.E Modelo de desempeño de rol	21
III.F Modelo de la homeostasis de la calidad de vida.....	21

III.G Modelo de la optimización selectiva con compensación.	21
IV. ENVEJECIMIENTO	22
IV.A Perfil de salud en las personas mayores.....	23
IV.B Enfoques del adulto mayor.....	23
V. MARCO METODOLÓGICO	24
V.A Validez	24
V.B Validez de contenido	25
V.C Validez aparente	25
V.D Validez de constructo	25
V.E Analisis factorial exploratorio y confirmatorio	26
V.F Validez convergente-discriminante.....	26
V.G Validez de criterio	27
V.H Fiabilidad.....	27
VI. MARCO CONCEPTUAL	28
VII. JUSTIFICACIÓN	30
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
VIII.A Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	31
VIII.B Panorama del estado de salud.....	33
VIII.C Panorama del sistema de atención en salud	34
VIII.C.I Ley de los derechos de las personas adultas mayores:.....	35
VIII.C.II Ley para la protección especial de los adultos mayores del estado de aguascalientes	35
VIII.C.III Guía de practica clinica, valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. IMSS 491-11.....	35
VIII.C.IV La legislación en favor de las personas mayores en america latina y el caribe.	35
VIII.C.V Norma oficial mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en riesgo y vulnerabilidad.	36
VIII.C.VI Ley de los derechos de las personas adultas mayores.	36
VIII.D Descripción de la naturaleza del problema:	36
VIII.E Descripción de la distribución del problema	39
VIII.F Descripción de la gravedad del problema	40

VIII.G Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema	41
VIII.H Argumentos convincentes	42
VIII.I Estudios relacionados con el problema de estudio.....	42
VIII.J Información que se espera obtener.	43
VIII.K Lista de los conceptos indispensables.	44
IX. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	44
X. OBJETIVOS	44
X.A. Objetivo general	44
X.B Objetivos específicos	45
X.B.I.....	45
X.B.II.....	45
X.B.III.....	45
X.B.IV.....	45
X.B.V.....	45
X.B.VI.....	45
X.B.VII.....	45
X.B.VIII.....	46
X.B.IX.....	46
XI. MATERIAL Y MÉTODOS	46
XI.A Diseño de estudio.....	46
XI.A.I Universo de trabajo	46
XI.A.II Población en estudio.....	46
XI.A.III Unidad de observación	46
XI.A.IV Unidad de análisis	46
XI.B Criterios de selección	47
XI.B.I Criterios de inclusión:.....	47
XI.B.II Criterio de no inclusión:.....	47
XI.B.III Criterio de eliminación:.....	47
XI.C Tipo de muestreo	47
XI.C.I Tamaño de la muestra	47
XI.C.III Unidad muestral.....	48
XII. DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	48

XII.A Variable dependiente:	48
XII.A.I Calidad de vida:	48
XII.A.II Dimensiones del instrumento WHOQOL-OLD.	48
XII.B Variable independiente:.....	50
XII.B.I Adulto mayor:	50
XIII. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	50
XIV. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
XVI. LOGISTICA	53
XVI.A Procesamiento y análisis de datos.....	56
XV.A.I Diagnóstico de datos.	56
XVII. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA	58
XVII.A Experiencia de grupo.	58
XVII.B Tiempo a desarrollarse.	58
XVIII. RESULTADOS	58
XVIII.I Primera fase: validación del instrumento WHOQOL-OLD.....	58
XVIII.I.A Validación aparente	58
XVIII.I.B Adecuación del instrumento	59
XVIII.II Validación de constructo	60
XVIII.III Validez de criterio	63
XVIII.IV Confiabilidad	64
XVIII.II Resultados segunda fase:.....	65
XVIII.II.A Análisis univariar	65
XIX. DISCUSIÓN.....	84
XX. CONCLUSIÓN	88
XXI. LIMITACIONES.....	89
XXII. RECOMENDACIONES	90
XXIII. BIBLIOGRAFÍA.....	91
XXIV. ASPECTOS ETICOS.....	96
XXV. FINANCIAMIENTO Y RECURSOS.....	97
XXVI. FACTIBILIDAD	97
XXVII. ANEXOS	98
1) ANEXO A. Cronograma del proyecto.....	98

2) ANEXO B. Carta de consentimiento informado.	99
3) ANEXO C. Variables operacionales.....	100
4) ANEXO D. Cuestionario de datos sociodemográficos y de morbilidad	107
5) ANEXO E. Cuestionario WHOQOL-OLD Versión 33	112
6) ANEXO F. Instrumento final de segunda fase.....	112
7) ANEXO G. Cuestionario WHOQOL-OLD Versión 20	113
8) ANEXO F. Manual operacional.....	116



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio del WHOQOL-OLD Versión 33..... 60

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio con selección de mayor puntaje..... 61

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio con selección de dimensiones del Whoqol-Old versión 33..... 62

Tabla 4. Cuadro total explicado de la varianza de cada una de las dimensiones..... 63

Tabla 5. Cuadro de la correlación de Sperman Whoqol-Old versión 20..... 63

Tabla 6. Consistencia interna de cada una de las dimensiones del Whoqol-Old versión 20..... 64

Tabla 7. Frecuencia relativa de enfermedades..... 72

Tabla 8. Cuestionario Whoqol-old versión 20..... 76

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Calidad de vida relacionada con la salud. 19

Gráfico 1. Frecuencia relativa de distribución por sexo..... 66

Gráfico 2. Frecuencia relativa de distribución según estado civil..... 67

Gráfico 3. Frecuencia relativa de distribución según Convivencia..... 68

Gráfico 4. Frecuencia relativa de distribución según nivel de instrucción.... 69

Gráfico 5. Frecuencia relativa de distribución según actividad laboral..... 70

Gráfico 6. Frecuencia relativa de distribución según la religion..... 71

Gráfico 7. Frecuencia relativa de distribución según la enfermedad..... 72

Gráfico 8. Distribución de enfermedades..... 73

Gráfico 9. Histograma de puntuaciones obtenidas en el cuestionario Whoqol-Old versión 20..... 74

Gráfico 10. Puntuación media obtenida en dimensiones consideradas en Whoqol-old versión 20..... 75

Gráfico 11. Puntuación media obtenida en la dimensión de funcionamiento sensorial..... 77

Gráfico 12. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 1: Funcionamiento Sensorial..... 77

Gráfico 13. Puntuación media obtenida en la dimensión 2 de Autonomía... 78

Gráfico 14. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 2: Autonomía.....	79
Gráfico 15. Puntuación media obtenida en la dimensión 3 de Participación Social.....	80
Gráfico 16. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 3: Participación Social.....	80
Gráfico 17. Puntuación media obtenida en la dimensión 4: Intimidad.....	81
Gráfico 18. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 4 Intimidad.....	82
Gráfico 19. Puntuación media obtenida en la dimensión 5: Muerte.....	83
Gráfico 20. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 5 Muerte.....	83



ACRÓNIMOS

HAS Hipertensión arterial sistemático

UMF Unidad de Medicina Familiar

OMS Organización Mundial de la Salud

CURS Calidad de vida relacionada con la salud

INAPAM Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores

SPS Síndrome de Privación Sensorial

AM Adulto mayor

DM2 Diabetes Mellitus 2

EVC Evento vascular cerebral

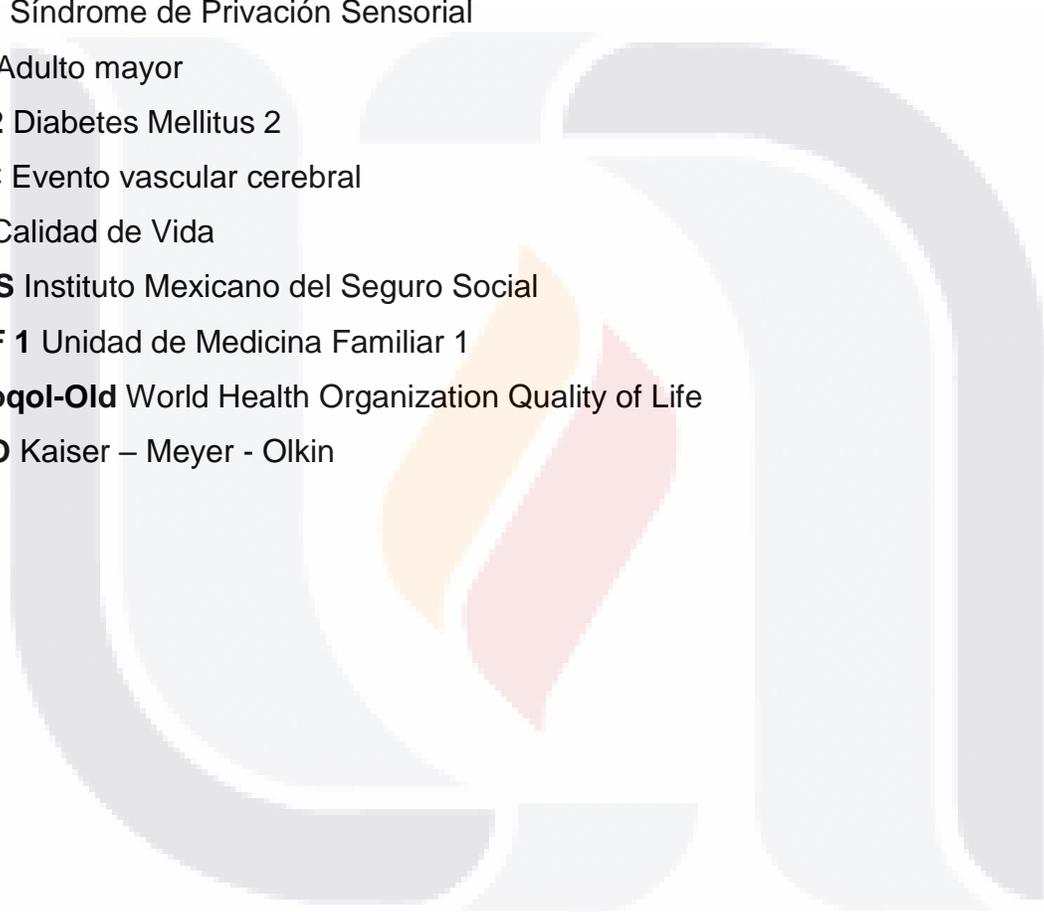
CV Calidad de Vida

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF 1 Unidad de Medicina Familiar 1

Whoqol-Old World Health Organization Quality of Life

KMO Kaiser – Meyer - Olkin



RESUMEN

Antecedentes: La calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de sí mismo en su contexto a través de su cultura y sistemas de valores que se relacionan con sus metas, expectativas, intereses y estándares de vida. Valorar y medir la calidad de vida en el adulto mayor es importante por ser un indicador de bienestar general y de salud, nos permite conocer sus condiciones poblacionales, económicas y de discapacidad. Además, nos permitirá mejorar la relación médico paciente y tener una evaluación integral identificando las áreas afectadas del paciente geriátrico para mejorar su asistencia. **Objetivo:** Determinar la percepción de la calidad de vida mediante el formato Whoqol-old en los pacientes adultos mayores usuarios de la consulta externa de la UMF No. 1 del IMSS, Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, en pacientes mayores de 60 años de edad en 372 usuarios de la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS Aguascalientes. **Resultados:** Se realiza un análisis factorial exploratorio al instrumento WHOQOL-OLD versión 33; obteniendo la versión WHOQOL-OLD 20 con un alfa de Cronbach fue de 0.831. La puntuación más alta fue para la dimensión muerte con una media de 16.35 puntos, la dimensión con puntaje más bajo fue para intimidad con una media de 10.77%. **Conclusiones:** El instrumento WHOQOL-Old versión 20, cuenta con adecuada fiabilidad estadística, para valorar la calidad de vida del adulto mayor, es importante señalar que el instrumento puede ser utilizado como tamizaje para detectar las dimensiones con mayor afectación.

ABSTRACT

Background: The quality of life is the perception that the individual has of himself in his context through his culture and value systems that are related to his goals, expectations, interests and standards of life. To value and measure the quality of life in the elderly is important because it is an indicator of general wellbeing and health, it allows us to know their population, economic and disability conditions. In addition, it will allow us to improve the patient's medical relationship and have a comprehensive evaluation identifying the affected areas of the geriatric patient to improve their assistance. **Objective:** To determine the perception of the quality of life through the Whoqol-old format in elderly patients who are users of the outpatient clinic of the UMF No. 1 of the IMSS, Aguascalientes. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive study in patients over 60 years of age in 372 users of the outpatient clinic of the UMF No.1 of the IMSS Aguascalientes. **Results:** An exploratory factor analysis was performed on the instrument WHOQOL-OLD version 33; obtaining the version WHOQOL-OLD 20 with an alpha of Cronbach was 0.831. The highest score was for the death dimension with an average of 16.35 points, the dimension with the lowest score was for intimacy with an average of 10.77%. **Conclusions:** The instrument WHOQOL-Old version 20, has adequate statistical reliability, to assess the quality of life of the elderly, it is important to note that the instrument can be used as a screening to detect the most affected dimensions.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales, siendo un concepto muy subjetivo pero que trata de abarcar todas las áreas del adulto mayor. Se reconoce la importancia de la calidad de vida por ser uno de los indicadores de bienestar general y de salud por lo que se ha promovido su medición. En la actualidad existen varios cuestionarios que miden la calidad de vida, pero son pocos los específicos para el adulto mayor, en 2002 nace el proyecto World Health Organization Quality of Life Old (WHOQOL-OLD) creado por la Organización Mundial de la Salud; es un instrumento específico para medir la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y es importante realizar su validación transcultural.

En Aguascalientes y todo el país la población de adultos mayores va en crecimiento y el tema de calidad de vida toma más fuerza surgiendo la necesidad de conocer sus dimensiones con mayor afectación.

II. MARCO TEÓRICO

Se realizó una búsqueda sistematizada en la base de datos con revisión de artículos indizados en MEDLINE, (PUBMED, EBSCO, CONRYCIT), se seleccionaron artículos con información sobre modelos de Calidad de vida e instrumentos con fiabilidad, validez y sensibilidad para la medición de la misma. Las palabras claves: percepción, *Calidad de vida*, *formato Whoqol-old*, *adulto mayor*, *quality of Life*, *aged*. Todos estos estudios nos dan aportaciones en los cuales mencionan la importancia de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.

II.A ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

II.A.I ANTECEDENTES CIENTÍFICOS QUE HABLEN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

De Souza y cols. (2016) realizaron un estudio en Brasil “calidad de vida de los ancianos, una estrategia de salud familiar”, con el objetivo evaluar la calidad de vida de una población de adultos mayores. Se aplicaron 3 cuestionarios: socio-demográfico, WHOQOL-Bref y WHOQOL-Old. Es un estudio transversal con participación de 100 personas mayores de 60 años. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo por medio de frecuencias simples, se analizó los dominios mediante el SPSS. Resultados el 69% son del sexo femenino, la edad promedio de 69 años, el 56% no tenían cónyuge y el 46% vivían solos. Fue frecuente la baja escolaridad, el 51% eran jubilados se observó alta prevalencia en HAS (57%) y el 90% de los ancianos no participaban en actividades de ocio ni actividades físicas. En esta población se aplicó el Whoqol-bref con mejor promedio en el dominio físico (11.9), seguido del dominio ambiental (11.2) y con más bajo promedio el dominio general (2.8). El Whoqol-old obtuvo el mayor promedio para funcionamiento sensorial con (13.6) seguido del dominio muerte y morir (12.4) y el dominio autonomía y participación social fue el más bajo con (10.8).^[1]

Mezadri y cols. (2016) realizaron un estudio “Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la Estrategia de Salud Familiar en Brasil”. El objetivo fue evaluar la calidad de vida y la actividad física de personas de la tercera edad. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y para medir la calidad de vida los instrumentos Whoqol-bref y Whoqol-old. Se aplicó la prueba no paramétrica D de Kolmogórov-Smirnov y para la actividad física estadística descriptiva. Fue un estudio transversal, de tipo exploratorio y de naturaleza cuantitativa. La población de estudio fue compuesta por 99 individuos mayores o igual a 60 años, 67.7% del sexo femenino, casados 52,5% y con primaria incompleta 72,7%. En este estudio, las personas evaluaron su salud como buena o muy buena el 41.4%, ni mala ni buena 36.4% y 22,0% muy mala o débil. Del Whoqol-bref, el mayor resultado fue

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para el valor “físico” ($73,3\pm 13,7$) y el menor fue para el “medio ambiente” ($66,8\pm 16,6$). Se observa una predominancia de individuos activos/muy activos (70,7%). Whoqol-*old* se observó que el resultado mayor fue para el dominio “muerte y morir” ($78,7\pm 21,1$) seguido de actividades presentes, pasadas y futuras (66.8) y el dominio más bajo para “intimidación” ($60,8\pm 31,8$). Como conclusión, al comparar la relación entre calidad de vida y la práctica de actividad física, se encontró asociación entre el dominio físico y el nivel de actividad física. [2]

Santos y cols. (2015) realizaron el estudio en Brasil “calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud”, su objetivo fue valorar la calidad de vida de esta población. Fue un estudio descriptivo, con un cuestionario socio demográfico, Whoqol-bref y WHOQOL-Old, los datos fueron analizados por software Stata versión 11.0, así como medidas descriptivas. El estudio se realizó en 26 adultos que se encuentran inscritos en una UMF en el programa de promoción a la salud. Como resultados la edad media fue de 71 años, con mayor participación de mujeres, 17 mayores perciben retiro, la mayoría tienen vivienda propia y viven solos. En el WHOQOL-BREF, el dominio más alto fueron las “relaciones sociales” con una media de (75,3) y el dominio más bajo el “medio ambiente” con 60.2. En relación al WHOQOL-OLD la faceta con mayor media fue “participación social” (72.4), seguido de “habilidades sensoriales” (70), actividades pasadas, presentes y futuras (69.7) así como el puntaje más bajo el de muerte y morir (56.7). Como conclusión se observa que las mujeres se preocupan más por la salud y adopción de hábitos de vida saludable, las puntuaciones por medios de los instrumentos fueron más alto en esta población por participar en grupos de promoción y esto favorece la calidad de vida de los mayores. [3]

Hernández y cols. (2016) realizaron un estudio “salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana de Perú”, tuvo como objetivo valorar la calidad de vida relacionada con la salud de la población. Estudio transversal del 2014-2016 y se aplicó un cuestionario sociodemográfico con análisis de chi cuadrada y se aplicaron los instrumentos Whoqol-bref y Whoqol-old mediante rangos de Wilcoxon

se utilizó el programa STATA11.0. Como resultados se encuestaron a 447 adultos mayores, 240 del área urbana y 207 del área rural. Se aplicó el Whoqol-bref en zona rural, el dominio físico fue el más alto (63.9) y relaciones sociales más bajo (49.1), en el área urbana el área más alta el dominio psicológico (57.1) y el más bajo relaciones sociales (50.1). En relación al Whoqol-old en el área rural con dominio más alto “muerte y el morir” (71.3) seguido de “habilidades sensoriales” (64.1) y como dominio más bajo “actividades del pasado, presente y futuro” (56.2), en la zona urbana el dominio más alto “muerte y morir” (77.1), seguido de “intimidad” (67.1) y el dominio más bajo “participación social” (47.9). Conclusión, el área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada, siendo el área rural la que obtuvo mayor calidad de vida para la mayoría de las dimensiones. [4]

Estrada y cols. (2011) Realizaron un estudio llamado “calidad de vida de los adultos mayores de Medellín” con el objetivo de explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos. Es un estudio descriptivo y transversal donde se entrevistaron a 276 ancianos de 39 centros de bienestar del anciano, utilizaron como medio de evaluación el WHOQOL-OLD, así como la valoración de depresión nutrición y aspectos sociodemográficos y sociales. La información se analizó mediante un análisis lineal. Como resultados se obtuvieron el 59.4% eran de sexo femenino, la edad promedio 79.2 años, con estudios de nivel primaria el 51.1%, el 93.1% estaba afiliado. La puntuación media de calidad de vida (WHOQOL-Old) de los adultos fue de 57.1+-12.6, para todas las dimensiones de la calidad de vida se hallaron puntuaciones por encima de 52 puntos, siendo la más baja “intimidad y autonomía 52.2 y 52.8” y la más alta la dimensión de “muerte y morir” 69.4, seguida de “capacidad sensorial” 60.8. Como conclusión la calidad de vida en la tercera involucra muchas variables y uno importante es el déficit en su salud, en este estudio las mujeres tuvieron puntajes más bajos en calidad de vida, también se observó que las personas con mayor sintomatología depresiva contaban con menor puntaje en la calidad de vida. [5]

Yukari y cols. (2011) Se realizó un estudio “actividades con mayor influencia en la calidad de vida de los adultos mayores en Japón”, el propósito del estudio fue valorar la calidad de vida y la influencia de actividades cotidianas en adultos mayores japoneses. Estudio transversal con análisis descriptivo y pruebas ANOVA, con un cuestionario sociodemográfico y la aplicación del cuestionario Whoqol-bref y Whoqol-old, la muestra estuvo compuesta por 465 personas de 60 años y más, en relación a las actividades se observó que la mayoría leían y escribían (68.7%), veían televisión y escuchaban música (67.4%), tareas del hogar (51. %) y las actividades de arte fue la más baja (0.9%). En relación al Whoqol-bref el dominio más alto fue el físico con una media de 3.79, seguido del psicológico 3.59 y como más baja el dominio social con 3.35. EL Whoqol-old tuvo las capacidades sensoriales como dominio más alto con una media de 4.03, seguido de autonomía 3.64 y como faceta más baja fue la intimidad con 3.01. Conclusión se observó que los pacientes con mayor calidad de vida son paciente con mayor actividad social y recreativa, son pacientes más activos. ^[6]

Bilgill y cols. (2014) Realizaron un estudio “la calidad de vida de los adultos mayores en Turquía”, el propósito fue examinar los factores que afectan la calidad de vida de los ancianos en Turquía, la muestra fue compuesta por 300 adultos mayores de 60 años se aplicó el instrumento Whoqol-old y un cuestionario sociodemográfico, con el análisis de las diferencias (ANOVA). Resultados el 29.3% eran parcialmente dependiente de las tareas domésticas, el 12.7% actividades fuera del hogar y el 14.3% eran parcialmente capaces de dispensar su medicación. El Whoqol-old tuvo el dominio más alto “muerte y morir” (14.74) seguido de “autonomía” (13.73) y el dominio más bajo “habilidades sensoriales” (10.78). Como conclusión según este estudio se observó que el estado civil tiene un papel fundamental para el apoyo y mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en dominios como autonomía y actividades presentes, pasadas y futuras mientras que las solteras se eleva el dominio sensorial e intimidad por sus condiciones. ^[7]

Lepplégle y cols. (2013) Realizaron un estudio “un nuevo instrumento para medir la calidad de vida de las personas adultas: versión francesa del Whoqol-old”. La muestra fue de 281 personas mayores de 60 años con una media de 74 años, en 3 centros (Paris, Nancy y Ginebra), para valorar la adaptabilidad de la escala. Resultados el 69% eran mujeres y el 94% dijo que estaban en buen estado de salud. Concluyeron que en promedio la capacidad sensorial fue más alta con 15.54, seguida de autonomía 14.48, actividades presenta, pasadas y futuras 14.24, actividad sensorial 14.01, muerte y final de la vida 14.32 e intimidad 10.26. La correlación de las preguntas varia del 85-100%, en términos de correlación convergente con un promedio de 0.36-0.64. El coeficiente alfa de Cronbach dio valores satisfactorios (0.72-0.83) para cada dimensión. En conclusión, el Whoqol-old es un instrumento útil para investigación en servicio de salud, en investigación clínica y estudios epidemiológicos con buenas propiedades psicométricas.^[8]

Acosta y cols. (2013) Realizaron un estudio “confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-Old) en adultos mayores mexicanos”, el objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas del instrumento Whoqol-old en adultos mayores del sur de Sonora, se encuestó a 794 adultos mayores de 60 años, y se aplicó una hoja de datos sociodemográficos, el Whoqol-old en español y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se realizaron algunas modificaciones en la redacción de las preguntas “capacidad sensorial” y se utilizó apoyo gráfico en todos los reactivos para reforzar la comprensión de las opciones de respuesta del cuestionario. Resultados en el análisis factorial a partir del método de componentes principales, se obtuvo seis factores que explican 65% de la varianza total. 1.- dimensión intimidad .87 2.- dimensión de muerte y agonía .89 3.- dimensión de participación/aislamiento .74 4.- dimensión capacidad sensorial .80 5.- dimensión de autonomía .67 6.- dimensión de Actividades pasadas, presentes y futuras .57 Finalmente, la consistencia interna para el total de los reactivos fue de .84. La validez divergente y convergente del Whoqol-old se evidenció con altas correlaciones significativas entre los puntajes de calidad de vida con puntajes de depresión y bienestar subjetivo. Como conclusión el Whoqol-old proporciona un

puntaje global de calidad de vida para los adultos mayores y cuenta con una amplia validez, los clínicos pueden utilizarlo para entender mejor el bienestar general de sus pacientes^[9]

III. MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

III.A CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida es, ante todo, un constructo social, hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.^[10]

Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la “Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales los factores ambientales y sus creencias personales”.^[11,12]

La calidad de vida se concibe en dos enfoques principales desde la percepción del individuo como:

- a) La parte objetiva: entendida como la satisfacción y sentido de bienestar y salud, basada en la posesión de bienes materiales (el estado funcional del sujeto)^[12].

- b) La parte subjetiva: que se refiere a como la gente percibe su vida desde el punto de vista emocional, considerando factores como, seguridad social, relaciones familiares, ideales, metas y objetivos en la vida ^[13].

III.A.I ENFOQUES DE CALIDAD DE VIDA

Existen diferentes enfoques teóricos en el proceso de medición de la calidad de vida, mencionándose a continuación. ^[10]

Enfoque biologista	Centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones de una determinada comunidad.
Enfoque ecologista	Desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considerando las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
Enfoque economicista	En función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos grupos o comunidades.
Enfoque sociologista	Conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman un a comunidad, valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.
Enfoque psicosocial	Valoración sobre sus emociones y sentimientos. Considerando los modos de afrontamiento, los rangos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como la socio-ambientales.

III.A.II INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA.

El término calidad de vida nos hace pensar aspectos esenciales de la existencia humana. Se ha tomado la valoración de la satisfacción personal con aspectos de la propia vida como una medida de la calidad de vida. ^[14]

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

DIMENSIONES	INDICADORES
1.- Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
2.- Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
3.-Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4.- Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
5.- Desarrollo Personal	Educación, competencias personales, desempeño
6.- Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda.
7.- Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones.
8.- Derechos	Derechos humanos, derechos legales.

La preocupación por la salud física es el componente más destacable de la calidad de vida en las personas mayores, debido a que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud, se analizan los recursos de apoyo social existente, las redes de apoyo y el papel de la familia y de los proveedores de servicios, entre mayores sean estos se reflejara una mejor calidad de vida^[14]

III.A.III CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Shumacker y Naughton (1995) “CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar, siendo sus dimensiones más significativas: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”. [10]

Calidad de vida relacionada con la salud física	Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo.
Calidad de vida relacionada con la salud social	Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
Calidad de vida relacionada con la salud percibida	Generalmente representa el análogo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
Calidad de vida relacionada con la salud psicológica	Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tiene un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

La medición de la **CVRS** se ha centrado en la determinación de los aspectos físicos y la pérdida de la salud con un efecto inmediato sobre la percepción del estado de salud personal y su calidad de vida del adulto mayor. ^[10] La vida de las personas mayores está llena de cambios, enfermedades y pérdidas, sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. ^[14]

La calidad de vida en la tercera edad es definida como la "percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y de los valores en que vive, muy relacionado con sus objetivos, expectativas e intereses, según lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)". ^[1]

III.A.IV VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES.

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales: como la habilidad para cuidar de uno mismo, la situación financiera, tener una pensión o renta, las relaciones sociales, familia y amigos, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales. ^[14]

El funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida, influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen. ^[14]

III.A.V VARIABLES UNIVERSALES ACEPTADAS QUE SE RELACIONAN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES.

<p>La salud, medida objetiva y subjetiva, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.</p>	<p>Las enfermedades producen síntomas molestos y disconfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno. Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.</p>
<p>Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.</p>	<p>Una vivienda y un entorno adecuado, tienen una influencia positiva en la calidad de vida. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.</p>
<p>Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.</p>	<p>La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esa tenga.</p>

La percepción de calidad de vida que tienen los mayores y el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia, Wolkenstein y Butler (1992) concluyeron que la calidad de vida es un concepto significativo para la población mayor sana y que ellos esperaban que los médicos contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Por ello, los médicos y otros profesionales al cuidado de esta población deben estar atentos al desarrollo de una evaluación psicosocial comprensiva y no sólo a un análisis del bienestar físico. ^[14]

III.A.VI CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

En México se han desarrollado políticas públicas para la atención de las personas adultas mayores y se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), para brindar atención y servicios gerontológicos conforme a lo dispuesto en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2012). ^[11,15]

Los factores físicos, psicológicos y socioeconómicos interactúan de manera compleja para influir en la salud y el estado funcional de la población geriátrica. Es necesario el esfuerzo coordinado de varios profesionales que funcionen como equipo interdisciplinario (Oblitas, 2007). El INAPAM (2012), cuenta con un equipo multi-disciplinario integrado por: Personal médico, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, geriatras, técnicos en rehabilitación, voluntariado y familia. Sus principales funciones son: realizar la planeación de objetivos y su evaluación para lograr un cambio de actitud en la persona adulta mayor, incidiendo en su entorno social y familiar. ^[15]

III.B COMPONENTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO EN EL ADULTO MAYOR

III.B.I PRIVACIÓN SENSORIAL EN EL ADULTO MAYOR

Se entiende por Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor (SPS) a: “la afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida. ^[16]

En varias situaciones el déficit auditivo, visual, del olfato y del gusto se correlacionan directa e indirectamente con otros síndromes geriátricos, por lo que su identificación se complica, lo que deriva en el sub diagnóstico y retraso en el tratamiento, afectando la integridad y calidad de vida del AM y condicionando diferentes grados

de dependencia funcional. Es por eso que la comprensión, así como la búsqueda intencionada de los problemas mediante tamizajes oportunos evita el progreso de dichas condiciones físicas, así como favorece una mejor calidad de vida en los AM.

[12]

Déficit auditivo como síndrome de privación sensorial: su prevalencia es del 90% en personas de 80 años o más. Los factores que se asocian a la pérdida son sexo masculino, edad avanzada, HAS, DM2, EVC, tabaquismo, exposición a ruido ocupacional, cirugía auditiva y exposición a ototóxicos. El principal problema que experimentan los AM con el déficit auditivo es la comunicación. Suele percibirse como un estigma social o asumirse como parte normal del envejecimiento, lo que conlleva a no buscar atención oportuna, que genera discapacidad y limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicológica y cognoscitiva. [12]

Déficit visual como síndrome de privación sensorial: el factor más importante es la edad, la prevalencia se duplica al comparar el grupo de 70-79 años con el grupo de 80 y más, sexo femenino tiene mayor riesgo. Es importante tomar en cuenta las complicaciones y consecuencias que están asociadas al déficit visual, como son: dependencia funcional, depresión, aislamiento social, incremento de riesgo de lesiones, caídas, morbilidad, discapacidad, inicia o perpetúa el deterioro psicosocial, dificultad para rehabilitación y aumenta los costos en salud. [17]

III.B.II PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RELACIÓN CON LOS DEMÁS

Las relaciones sociales constituyen el centro de la actividad social del AM, se describen como una red de contactos y relaciones sociales del individuo. El apoyo social es el conjunto de ayudas emocionales, económicas y herramientas proporcionadas al anciano por parte de otras personas para su beneficio. [18]

El apoyo que recibe el adulto mayor a través de la red social tiene dos componentes: redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias relacionadas con la

tesis tesis tesis tesis tesis

familia, que constituye la principal fuente de apoyo y la antepuesta por ellos siendo la elegida en primera instancia. Las redes secundarias incluyen los amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios. ^[18]

La participación en organizaciones comunitarias, le permiten al AM a usar y aprovechar adecuadamente su tiempo libre, lo que contribuye al mismo tiempo a potenciar su CV. Además, la actividad comunitaria resulta un eje importante en la determinación de los roles que el AM debe desempeñar; esta forma de integración permite al AM contactarse con otros AM y compartir desarrollando sus propias potencialidades a partir de este importante contacto. ^[18]

III.B.III MUERTE: EL FINAL DE LA VIDA

La idea de la muerte a lo largo de la vida es abrupta para la mente, siendo rechazada durante años sin querer ocuparse de ella, de tal modo que solo llega por la experiencia de los otros y cuando se experimenta personalmente, nadie puede transmitir cómo son las vivencias de esa lección. Aunque el morir es un proceso individual, es también un suceso que afecta a aquellos que se relacionan con quien ha muerto y adquiere, una dimensión social. ^[12,15]

La vejez está considerada como la etapa del ciclo de vida que empieza alrededor de los 60 años y que finaliza con la muerte. Para los adultos mayores la muerte es una realidad cercana, pues en muchos casos las personas cercanas en su vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades degenerativas, lo que da lugar a que se establezca un proceso de vivencia y asimilación de la muerte. ^[12]

La ciencia define la muerte como “el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y cerebrales” (Tomás-sábado, 2006) ^[12]. Los adultos mayores adoptan una orientación activa hacia la muerte, fruto de la mayor

aceptación por su edad, el hecho de morir es natural, tanto la muerte de los demás como la muerte propia y/o de seres queridos. Es por eso que socialmente, tal como se aprenden diferentes roles a lo largo del ciclo vital, se debe aprender a afrontar las situaciones que nos causan mayor temor e impotencia, es allí donde la muerte ocupa un lugar primordial. ^[12]

III.B.IV SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La satisfacción con la vida, según Bravo (2000) considera que envejecer no implica una declinación progresiva y debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. ^[15]

Resulta paradójico que un excelente nivel socioeconómico resulte en un alargamiento de la esperanza de vida, así una adecuada nutrición alimentaria. Los lazos afectivos activos con su familia permiten que vivan más años que quienes carecen de red socio-familiar. Se observa que el índice de mortalidad es mayor entre los viudos durante los seis primeros meses de duelo, disminuyendo luego. Otro punto a tener en cuenta es el menor prestigio que tiene el anciano por causa de la modernización, ello se debe a cambios en los valores, educación, estructura nuclear de la familia y vivienda más pequeña (Rodríguez, 2006) ^[12].

III.B.V DEPENDENCIA

La dependencia es la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Implica además la pérdida de la autonomía y deja el cuidado propio a otras personas o instituciones. Aunque la condición de dependencia puede darse en cualquier etapa de la vida, hay factores que hacen a los AM más susceptibles, pues la vejez viene acompañada de condiciones que deterioran la salud y que pueden en algunos casos llevar con

rapidez a la muerte. Los AM se enfrentan a la multi-morbilidad, la cronicidad de estas, discapacidad temporal y permanente, fragilidad, pérdida de las capacidades funcionales físicas y psicológicas, todas ellas vinculadas, de menor a mayor medida, a la dependencia. ^[18]

III.B.VI VIDA EN PAREJA E INTIMIDAD

La relación marital es la relación más importante en la vida del AM. La satisfacción con el matrimonio alcanza su menor nivel en la mediana edad para luego aumentar después en la vejez, en donde la satisfacción marital se percibe con mayor intensidad que en otros grupos de edad. En una visión general, la percepción del matrimonio en los últimos años es positiva, aunque se vea afectada en cierta medida en función del tiempo con problemas de salud lo cual implica directamente la posibilidad de muerte de uno de los cónyuges. ^[12]

En contraste para ambos sexos, el sufrir una ruptura del matrimonio genera una etapa de duelo que puede generar depresión del AM lo que se traduce en un deterioro importante de su CV. ^[10]. En consecuencia, el AM que enviudase sufre además de la aflicción de la pérdida, la privación; es decir, soledad, falta de compañía, pérdida de satisfacción sexual. ^[12]

Los factores que condicionan la sexualidad en los AM son varios. Tanto hombres como mujeres experimentan cambios morfo funcionales a nivel endócrino metabólico y morfológicos, los cuales en sí mismos no justifican una brusca interrupción de la actividad sexual, sino que la adaptación a estos cambios puede traducirse en un enriquecimiento de la vivencia sexual de la pareja. Bajo esta tónica, se da importancia al interés y deseo de tener cercanía con el ser querido donde importa ser abrazados, acariciados, sentir el placer del contacto corporal y la resolución de la actividad sexual. ^[12]

IV. MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA

IV.A MODELO DE PROCESO DINÁMICO DE LA CALIDAD DE VIDA

EL modelo para nuestro estudio es el modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros (Angermeyer y Kilian, 2000). ^[19]

En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. La investigación sobre calidad de vida encuentra que la mayoría de las personas posee una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas (por lo menos a largo plazo) incluso ante circunstancias ambientales constantemente cambiantes. ^[19]

Según los autores del modelo, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal. El marco más habitual de investigación ha sido intentar explicar cuáles son las variables más relacionadas, y en qué grado, con el componente de bienestar psicológico de la calidad de vida. ^[19]

Este modelo defiende que la calidad de vida no depende solo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también de la conducta que el sujeto despliega para vivir una vida de calidad. Da importancia a que el sujeto tome conciencia de lo

que hace y cómo lo hace, por lo que la calidad de la experiencia propia pasa a ser objeto de análisis. [19]

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental se apoya en hacer las cosas que tenemos que hacer, las que queremos y podemos hacer. La salud, las creencias positivas o existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser, o son, importantes, aunque no determinantes para una vida de calidad. Los adultos mayores afrontan razonablemente bien el proceso de envejecimiento, siendo conscientes de sus pérdidas y disminuciones. A pesar de ello, siguen siendo eficaces en el mantenimiento de su propio autocontrol y de una visión positiva de si autoconcepto y desarrollo personal. [19]

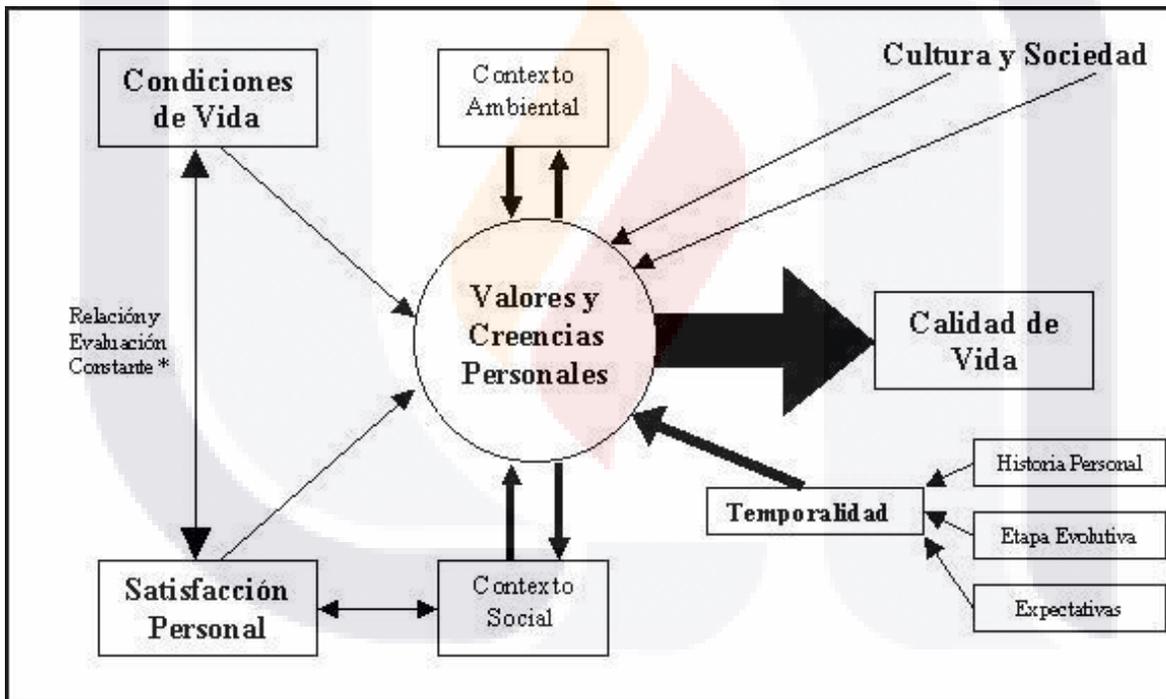


Figura 1. Calidad de vida relacionada con la salud.

IV.B MODELO ECOLÓGICO DE LAWTON

Explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental.

Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socio normativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global. [19]

IV.C MODELOS COMPORTAMENTALES

La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000), defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida. La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental pasa a ser: hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. [19]

IV.D MODELOS DE BIENESTAR

El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos. Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes. A partir de investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas (Angermeyer y Kilian, 2000). [19]

IV.E MODELO DE DESEMPEÑO DE ROL

El modelo de desempeño de rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982) de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. El ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales y sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. ^[19]

IV.F MODELO DE LA HOMEOSTASIS DE LA CALIDAD DE VIDA

Propuesto por Cummins (2000). Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno. Tiene dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de personalidad que actúan estableciendo la valencia del esquema cognitivo. Dicho sistema se propone que está formado por tres procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo. ^[19]

IV.G MODELO DE LA OPTIMIZACIÓN SELECTIVA CON COMPENSACIÓN.

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación.

La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida. [19]

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez. Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal. Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos. [19]

V. ENVEJECIMIENTO

En este siglo se ha producido un incremento en la esperanza de vida y alargamiento del ciclo vital, fundamentalmente unido a proceso de desgaste corporal y a un incremento en la prevalencia de ciertas enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. [16,17] El proceso de envejecimiento se asocia a cambios físicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor, el enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico debe ser diferente a otras poblaciones. [12]

De acuerdo a las pérdidas asociadas al envejecimiento, están moduladas por 3 vías: 1) la fisiológica 2) el estilo de vida y 3) los factores de riesgo a los que ha sido expuesto el individuo. El envejecimiento es un proceso universal, que ocurre en todos los seres vivos, no obstante, es dinámico, único y heterogéneo, propio de cada individuo. La vejez es un momento de nuevas preguntas y nuevas posibilidades, de afianzar o rechazar creencias y valores. [11,12]

V.A PERFIL DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Anciano sano: no tiene enfermedades objetivables, es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud. ^[10]

Anciano Enfermo: No tiene demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud, ha presentado una enfermedad aguda que lo lleve a consulta médica o un ingreso único a hospital. ^[10]

Anciano Frágil: Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas, pero en el desarrollo de tareas instrumentales necesitar ayuda. Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos por sus enfermedades de base, conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y en sí mismo. ^[10]

Paciente geriátrico: cuenta con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental. ^[10]

V.B ENFOQUES DEL ADULTO MAYOR.

Enfoque biológico: El envejecimiento aquí se define como un proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte. El organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez, la adolescencia, la madurez, la vejez y la muerte. ^[18]

Envejecimiento primario: se enfoca en la herencia, cambios inevitables que, se da con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre las personas.

Envejecimiento secundario: se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por los traumas, caídas o enfermedades. ^[18]

Enfoque socioeconómico y demográfico: La disminución y pérdida de autonomía personal influye significativamente en la toma de decisiones, durante la vejez se puede presentar una disminución en el apoyo socio-familiar, pérdida de estatus laboral y económico lo que genera aislamiento social, menor capacidad y disposición de recursos para adaptarse a las circunstancias. ^[11,18]

Enfoque sociocultural: cada sociedad tiene un comportamiento diferente según su cultura y sus desarrollos particulares en relación a la organización jerárquica. Los cambios sociales en esta etapa se deben al grado de productividad, tanto en lo individual como en la comunidad, esto proporciona al individuo la posibilidad de transformar y establecer nuevas relaciones sociales. ^[11,18]

Enfoque familiar: Muchos adultos mayores viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminado y poco útil o en muchos casos solos y se agrava por la feminización de la viudez. ^[18]

Enfoque psicológico: la experiencia y los logros alcanzados por una persona en esta etapa cumple el proceso de desarrollo humano y calidad de vida para la satisfacción del individuo. ^[18] El modo de actuar, pensar, sentir e interpretar la realidad constituyen condiciones psicológicas relacionadas con la salud, la participación social y la seguridad en la vejez. ^[11]

VI. MARCO METODOLÓGICO

VI.A VALIDEZ

La validación es un proceso continuo, que incluye procedimientos diferentes para comprobar si el cuestionario mide realmente lo que dice medir. Dicho de otro modo, tiene que ver con el tipo de conclusiones o inferencias que pueden realizarse a partir de las puntuaciones obtenidas en el test. ^[20].

VI.B VALIDEZ DE CONTENIDO

Esta técnica analiza a través de un panel de expertos un conjunto de ítems que forman el instrumento, para valorar la congruencia entre los diversos ítems y los objetivos. Busca valorar el grado en que un ítem sirve para evaluar el objetivo al que corresponde, así como la congruencia teórica de los ítems. Determina en que grado una medida representa a cada elemento de un constructo. ^[20].

VI.C VALIDEZ APARENTE

Se refiere al grado en que un test da la impresión a los pacientes en estudio de que mide lo que se pretende medir. Es decir que los ítems del instrumento midan lo que se pretende evaluar, para esto se llevaran a cabo mediante un grupo focal, donde el número de participantes estará determinado en base a la saturación del ítem, esto es que se entienda en todas las personas que participen en el grupo. ^[20].

VI.D VALIDEZ DE CONSTRUCTO

La validez de constructo incluye la planificación y ejecución de determinados estudios de investigación orientados a comprobar empíricamente que un test mide realmente el constructo o rasgo que pretendemos. A través del análisis factorial, es una técnica estadística multivariante que sirve para estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre varias variables, cuenta con los siguientes objetivos:

- 1) Determinar el número de dimensiones o factores que mide un test y descubrir cuál es el significado de cada una. ^[20].
- 2) Obtener la puntuación de cada ítem en cada dimensión. Para descubrir su significado y darles sentido es necesario fijarse en las variables que saturan de forma elevada en cada dimensión. ^[20].

VI.E ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO Y CONFIRMATORIO

Análisis factorial exploratorio el investigador no tiene una idea exacta de cuantos factores subyacen a las relaciones entre variables ni tampoco de qué variables tienen un peso alto en cada factor. Se usa para tratar de descubrir la estructura interna de un número relativamente grande de variables, reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores. [20].

El análisis factorial confirmatorio, el investigador plantea *hipótesis definidas a priori* sobre cuál es el número de factores y cómo pesan las variables en ellos. A medida que se acumulan estudios dentro de un campo de conocimiento, los investigadores prefieren utilizar técnicas confirmatorias frente a exploratorias.

Determinan el número de factores obtenidos y sus cargas, basados en una teoría previa antes de obtener los resultados. [20].

La principal diferencia entre el modelo de análisis factorial exploratorio y el modelo de análisis factorial confirmatorio es que en el último se han fijado algunos pesos al valor *cero*. De esta manera, la solución factorial obtenida en el análisis factorial confirmatorio es *única* y la solución que obtenemos es la que debemos interpretar. [20].

VI.F VALIDEZ CONVERGENTE-DISCRIMINANTE

Se evalúa mediante las matrices multirrasgo-multimétodo. Validez convergente. Si dos test miden un mismo rasgo, la correlación entre ellos debe ser alta. Validez discriminante. Si dos test miden rasgos diferentes, las correlaciones entre ellos debe ser baja, o al menos menor que con otro test que mida el mismo rasgo. [20].

VI.G VALIDEZ DE CRITERIO

La validez de criterio se establece al comparar el instrumento con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Se refiere al grado de eficacia con que se puede predecir o pronosticar una variable de interés (criterio) a partir de las puntuaciones de un test, correlaciona el rendimiento de cada ítem. Es conveniente que un ítem se relacione estrechamente con un criterio externo. Este criterio debe ser una medida fiable del rendimiento que se quiere pronosticas con el test. ^[20].

VI.H FIABILIDAD

Es la capacidad de un instrumento para dar resultados similares, cuando es utilizado por distintos investigadores o por el mismo investigados en los mismos sujetos repetidamente y se evalúan tres aspectos:

1.- la consistencia interna: valora si los ítems que conforman un cuestionario tienen niveles adecuados de correlación entre ellos, las elevadas correlaciones entre ítem, entre ítem y factor, ítem y escala, le confiere al instrumento lo que se denomina homogeneidad y se refiere a que las distintas partes que componen el instrumento estén midiendo lo mismo. ^[20,21].

2.- reproducibilidad (fiabilidad test-retest): mantiene un resultado similar en diferentes momentos, se debe aplicar al cuestionario por lo menos dos veces, en diferentes momentos, en situaciones de estabilidad del fenómeno que se está midiendo. ^[20].

3.- reproducibilidad inter-evaluador: (fiabilidad inter-evaluador). Los resultados de la medición deberían ser similares cuando el instrumento es aplicado por diferentes evaluadores en el mismo momento, ante el mismo paciente. ^[22].

VII. MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida: A pesar de la gran diversidad de definiciones, propuestas por los autores que a través del tiempo han estudiado la calidad de vida en el paciente geriátrico, en este trabajo utilizaremos la definición por parte de la OMS donde la calidad de vida es: “ La manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales los factores ambientales y sus creencias personales”. [11,13] De manera operacional la calidad de vida está directamente relacionada con la percepción que tiene el individuo en relación a lo que ha vivido y en lo que planea para un futuro.

Adulto mayor: Para nuestro estudio tomaremos en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera como adulto mayor a quienes tienen la edad mayor o igual 60 años en nuestro país. [15]

Adulto de la tercera edad: El Instituto Nacional de Apoyo a los Adultos Mayores en México, ubica al adulto de la Tercera edad a los 60 años y le denomina como Adulto Mayor. [15]

Anciano: “La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como anciano a la población de 60 años y más. [17]

Envejecimiento exitoso: requiere de actitudes que ayudan al individuo a adaptarse a los cambios propios de esta etapa de la vida, conlleva un buen nivel socioeconómico, condiciones físicas y mentales adecuadas, ausencia de enfermedades crónico degenerativas y participación en actividades físicas y sociales. [11]

El envejecimiento activo: es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como objeto mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, depende de hábitos, del entorno físico y social, determinantes de cultura y género, de servicios sociales y sistemas sanitarios, así como determinantes económicos. ^[11]

Validación: La validación es un proceso continuo, que incluye procedimientos diferentes para comprobar si el cuestionario mide realmente lo que dice medir. ^[42].

En este caso la validación que se desea realizar es del instrumento Whoqol-old, para conocer sus propiedades psicométricas aplicadas a la población de Aguascalientes. ^[20]

Formato WHOQOL-Old: Es un instrumento internacionalmente empleado en la evaluación de la calidad de vida (CV) enfocado principalmente en la población Adulto Mayor ^[23,24] Es una serie de preguntas con un formato original el cual nos da como conclusión final un número que preguntas positivas con la cual podemos clasificar la calidad de vida del adulto mayor.

Habilidad Sensorial: es la capacidad que tiene el individuo de poder percibir la pérdida de alguno de sus 5 sentidos y poder describirlas, reconociendo si existe limitaciones o no para su vida diaria. ^[11,13]

Autonomía: Es la capacidad que tiene el individuo de tomar sus propias decisiones y de hacer las cosas que se quiere, consiente de las consecuencias de los actos y decisiones y poder expresarlas con claridad. ^[23]

Actividades pasadas, presentes y futuras: es el grado de satisfacción que tiene el paciente geriátrico en relación a lo que ha vivido y espera continuar viviendo de tal forma que lo pueda describir. ^[23]

Participación social: es el proceso en el que un individuo siente que está realizando actividades continuas en su comunidad sintiéndose útil y activo. [23]

Muerte y morir: pensamiento del individuo acerca de su destino final incluyendo el temor de sentir dolor o sufrir por este momento. [23]

Intimidad: es la parte biológica del individuo donde puede desarrollar sus emociones, así como la capacidad de dar y recibir amor a sus parejas. [23]

VIII. JUSTIFICACIÓN

El adulto mayor representa el 30 al 50% de las consultas diarias en las unidades de primer nivel de atención de medicina familiar, muchos de ellos con enfermedades crónicas, emocionales y psicológicas, que generan discapacidad, siendo uno de los problemas sociales que reclaman mayor atención, ya que se enfrentan a cambios de funciones y condiciones que propician en la mayoría bajo apoyo familiar y sanitario dando como resultado una percepción baja de su calidad de vida.

En Aguascalientes el proceso de envejecimiento poblacional se ha hecho evidente, con un gran incremento en la población del adulto mayor, con el aumento de la esperanza de vida, los años añadidos debieran ser años de calidad, por ello los médicos y profesionales de la salud buscamos una atención integral de nuestro paciente, partiendo del concepto de la OMS: “la calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida”, por lo que es necesario usar evaluaciones subjetivas pero recogidas desde el paciente para cumplir con una valoración integral, e identificar las principales problemáticas en este grupo poblacional.

El propósito de los programas del adulto mayor es mejorar la calidad de vida, pero la valoración geriátrica integral no cuenta con una herramienta que valore la

percepción de la calidad de vida en el anciano, esto es importante ya que forma parte de los indicadores de salud. Wolkenstein y Butler en 1992, encontraron que el concepto de calidad de vida es significativo para la población de adultos mayores, así como la contribución del médico para mejorar su calidad de vida.^[6] Motivo por el cual, consideramos que la valoración geriátrica debería contener un instrumento que nos dé a conocer la calidad de vida y las diferentes dimensiones afectadas para poder realizar acciones e intervenir en mejorar el nivel de calidad de vida.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IX.A CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se calculó en el 2017 que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del 3 por ciento. En relación con las personas que superan los 80 años, se calcula que se triplicará en poco más de 30 años. Se espera que la población de personas mayores de 80 años crezca incluso más rápido que el resto de los adultos mayores.^[24] Se que para el 2030 el número de personas de 60 años o más, crecerá un 56%, de 901 millones a 1.4 billones; y para 2050, la población global de adultos mayores está proyectada para alcanzar los 2.1 billones. Se proyecta que el crecimiento más rápido será en América latina y el Caribe con un incremento de 71%, seguidos de Asia con 66%, África 64%, Oceanía 47%, Norte América 41% y Europa 23%.^[25]

En México, en 2017 habitan 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 ciento son hombres, de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población. El instituto destacó que la población adulta tiene una esperanza de vida de 75.3 años para 2017, por lo que el peso relativo de los adultos mayores adquiere una mayor relevancia en la estructura por edad.^[25]

En el estado de Aguascalientes se registra una población total de 1,312,544 habitantes, el 48.8% son hombre y 51.2% son mujeres. Cuenta con 119,691 personas de 60 años de edad o más, representando el 9% de la población, la población económicamente activa es de 32,795 (27.4%), lo cual corresponde al 43.5% a varones y 13.5% a mujeres; de estos 3 de cada 10 son pensionados. En cuanto a su posición en el trabajo, predominan los asalariados y uno de cada diez es empleador. ^[25]

Uno de cada cuatro hogares vive con un adulto mayor de 60 años; es más común su presencia en los hogares nucleares, en proporción de 6 a 4 del hombre respecto a la mujer, jugando el rol de jefes de hogar y en algunos de familiar allegado. En cuanto al estado civil predomina el casamiento y la viudez en los hombres por más tiempo, en las mujeres predomina la viudez o la soltería. ^[26]

Respecto a la escolaridad, se cuenta con un índice de analfabetismo del 16%, con primaria ya se completa o incompleta 58.9% lo que nos asegura lectura y escritura y dos de cada diez adultos mayores en Aguascalientes tienen estudios de educación media superior o superior, esto es el 19.6% teniendo mayor cobertura de este nivel los hombres que las mujeres. ^[26]

En cuanto a la derechohabienta a los servicios de salud en el estado se tiene una población senescente mejor cubierta que la nacional, particularmente en el caso del IMSS donde seis de cada diez se encuentran inscrito con un total del 58.2%, el resto son cubiertos por el ISSSTE con 11.7%, seguro popular 28.7% y otras instituciones privadas. ^[16,27]

En la Delegación IMSS Aguascalientes se tienen registrados a 243,083 derechohabientes con edades de 60 años y más, de los cuales 19,857 son pensionados. Constituye aproximadamente el 13% de la población adscrita a cada

médico familiar. El 61% de la población trabajadora está afiliada al IMSS en sus diversas modalidades; el 5% de éstos corresponden a adultos mayores. [26]

La Unidad de Medicina Familiar No. 1 cuenta con una población adscrita a médico familiar de 117,928 hasta el mes de junio de 2017; de los cuales el 16.41% son adultos mayores de 60 años, es decir 19,360 del total de población adscrita, con predominio del género femenino en un 56%, con respecto al sexo masculino con un 44%. [28]

IX.B PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

El término calidad (Quality) es relativamente reciente y surge en un marco de rápidos y continuos cambios sociales, tuvo su origen en la década de los años 50, el concepto fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. [28] En los años 90, tras los esfuerzos procedentes de grupos y organizaciones con el fin de provocar un cambio en el sistema, surgió la necesidad de crear 12 *principios básicos de calidad de vida y en la década del siglo XXI*, se produce un acuerdo en relación a cuatro directrices: 1) Reconocer la multidimensionalidad de la calidad de vida. 2) Desarrollar indicadores para las respectivas dimensiones/áreas de calidad de vida. 3) Evaluar los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida. 4) Centrarse en los predictores de resultados de calidad". [29]

Organismos oficiales, como la OMS o la OCDE, proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen, como son las diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal. [56]. La calidad de vida es conformada por aspectos objetivos y subjetivos, tiene un enfoque integral, evaluador y valorativo, capaz de abarcar muchos fenómenos, por

lo que la definición de calidad de vida está sujeta a cambios y modificaciones, según el tiempo, la cultura y las personas. ^[30,31]

IX.C PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD

De acuerdo al artículo 1º, párrafo quinto, la edad es uno de los motivos por los cuales se prohíbe discriminar a las personas en el territorio nacional. Las personas adultas mayores, como todas las personas en el territorio nacional, tienen reconocidos los derechos humanos previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano. ^[32]

En la **Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**, convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena (Austria) se llevaron a cabo avances significativos en la visión que debe asumirse para afrontar el problema del envejecimiento, y en torno a la promoción y observancia de los derechos de las personas adultas mayores. Se alienta a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad de las personas adultas mayores, con la finalidad de tener una mejor calidad de vida. ^[33]

En la **Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**, en 2002 se instituyó un plan de acción internacional que promueve el desarrollo de una sociedad para todas las edades y a eliminar todas las formas de discriminación por motivos de edad. En México, los compromisos internacionales descritos se retoman en el artículo 4o de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. El 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

^[33]

IX.C.I LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES:

Su última reforma DOF 22-11-2016 “se crea la ley de los derechos de las personas adultas mayores”, para la protección del adulto mayor, valorando sus derechos, los deberes del estado, la sociedad y la familia, incluyendo los programas y las obligaciones de las instituciones públicas con el adulto mayor sin dejar de lado las sanciones por incumplimiento, con la finalidad de tener una vida digna. [34]

IX.C.II LEY PARA LA PROTECCIÓN ESPECIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

La presente ley es de orden público e interés social, establecer las bases normativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores del Estado de Aguascalientes, sin ningún tipo de discriminación, atención, bienestar y desarrollo de las personas de sesenta y más años, para lograr su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural. [35]

IX.C.III GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA, VALORACIÓN GERONTO-GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO. IMSS 491-11.

Elaborada por el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. La valoración geriátrica integral es un instrumento de evaluación multidimensional, que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno para el mejoramiento de su calidad de vida. [36]

IX.C.IV LA LEGISLACIÓN EN FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.

Es un documento tiene como objetivo principal dar a conocer el conjunto de normas en favor de las personas mayores, plasmadas tanto en el derecho internacional

como interno de los países de América Latina y el Caribe, apoyado y evaluado por el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). [37]

IX.C.V NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en riesgo y vulnerabilidad.

Establece las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores públicos, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. [38]

IX.C.VI LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es un documento estratégico para la programación, desarrollo, operación, seguimiento y evaluación de las labores de promoción de los derechos de las personas adultas mayores, encausadas a garantizar una mejor calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social. [15]

IX.D DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA:

La Calidad de Vida Percibida por las personas, se ha convertido en un referente de las sociedades postindustriales. La relación tan directa que se establece entre la Calidad de Vida y la totalidad de los ámbitos vitales, hace que su presencia pueda vincularse con la sensación de bienestar, salud y felicidad, o, por el contrario, con la insatisfacción o la falta de garantías para tener una vida plena y saludable. [39]

Se reconoce la importancia de la calidad de vida por ser uno de los principales indicadores de bienestar general y de salud por lo que se ha promovido su medición.

Los adultos mayores son una población en crecimiento con cambios estructurales en el ámbito familiar, social y económico, con enfermedades crónico degenerativas y mayor riesgo a discapacidad por lo que conocer y valorar la calidad de vida en esta población nos permite mejorar la relación médico paciente y tener una evaluación integral identificando áreas afectadas para mejorar la asistencia del paciente geriátrico. (Lucas 2007). [39]

Sabemos que calidad de vida es: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida”, por lo que es necesario usar evaluaciones subjetivas pero recogidas desde el paciente para mejorar el modelo de atención en salud en las instituciones. En la actualidad, existen cuestionarios de amplio reconocimiento que nos miden la calidad de vida, pero ninguno específico para el adulto mayor, en el 2000 nace el proyecto Whoqol-Old que es una escala internacional específica para valorar la calidad de vida en ancianos conociendo sus esferas con mayor afectación [40].

La bibliografía cuenta con estudios de confiabilidad y validez del Cuestionario de calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en varios países del mundo con las siguientes referencias, en 15 centros del mundo obteniendo el total de los ítems con una consistencia interna de $a = .89$ (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005). [41] La versión española con un resultado de consistencia interna de $a = .84$ aceptable y similar a lo informado en otros países (Lucas, Laidlaw y Power en 2011) [41]. En Chile se obtuvo una consistencia interna de $a = .80$ con el instrumento de 24 ítems (Urzúa & Navarrete, 2011) [42]. En China obtuvieron una consistencia interna de $a = 0.892$ con 6 factores concluyendo que el instrumento era apto para esa población (Liu et al., 2013) [43].

Sin embargo en nuestro país Acosta y cols. (2013) En Sonora encontraron una consistencia interna de $a = 0.84$, cabe resaltar que un reactivo que originalmente pertenece a la dimensión de actividades pasadas presentes y futuras se ubicó en este análisis junto con los reactivos de la dimensión participación, el cambio de una

pregunta a otra dimensión nos lleva a modificaciones en la validez aparente y la correlación entre ítems lo que podría comprometer la precisión de todo el instrumento, además la confiabilidad se reporta baja para dos de los seis factores.

[9] En contraste con Hernández y cols. (2015) En Toluca, México obtuvieron la confiabilidad en consistencia interna fue de $\alpha=0.862$, sin embargo, los reactivos 1,2,10 y 17 no cubrían con el criterio de correlación -0.30 y al ser eliminados aumentaron el $\alpha=.892$, hay que destacar que la estructura factorial del instrumento no concuerda con los factores teóricos originales del instrumento que planteó la OMS (2006), ni con el resto de las validaciones realizadas en los otros países. [44]

También se encuentra discrepancia en los resultados de los estudios, Souza y cols. [1] (2016, Brasil) identificaron en su estudio que el dominio con mayor puntaje fue el de “actividades sensoriales” y el más bajo el de “participación social” sin embargo, Santos y cols. [3] (2015, Brasil) encontraron que el dominio más alto fue para “participación social” y el más bajo para “muerte y morir” con discrepancia en los resultados. Estrada y cols. [5] (2011, Colombia) donde tuvieron como dimensión más alta para “muerte y morir” y las más baja para “intimidad” mismos resultados lo confirmaron Mezadri y cols. [2] (2016 en Perú), resultado similar fue para Hernández y cols. [4] Donde el dominio más alto fue el de “muerte y morir”, sin embargo, el dominio más bajo fue el de “participación social”, teniendo similitud solo en la primera dimensión.

Para Yukary y cols [6] (2011 en Japón) realizaron un estudio donde se encontró que la dimensión más alta fue la de “capacidades sensoriales” y la más baja para “intimidad”, resultados similares fueron para Lepage y col. [8] en Francia en el año 2013, pero para Bilgill y cols. [7] en el año 2014 en Turquía se reportaron resultados completamente diferentes con puntaje más alto para “muerte y morir” y el más bajo “habilidades sensoriales”. Concluyendo posterior a la revisión de los antecedentes que no existen resultados definitivos, ya que cada sociedad tiene características y variables únicas que nos arrojarán resultados diferentes.

Por lo anterior es importante que el WHOQOL-OLD se valide en distintas poblaciones para identificar qué sucede con la calidad de vida de los adultos mayores de manera transcultural, se considera pertinente continuar con más estudios ya que la literatura registra un vacío notable de estudios en México. González y Guadarrama (2013) mencionan que la calidad de vida está marcada por el tiempo, condiciones sociales y políticas del contexto donde se desenvuelven los individuos, por ello obtener la estructura factorial de la calidad de vida a través del WHOQOL-OLD, permitirá contar con elementos de medición que a su vez arrojen un diagnóstico sobre los aspectos que pudieran mejorarse en la Calidad de vida. [44,45]

IX.E DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

México ha sido testigo de un aumento sustancial en la proporción de población en edades avanzadas, con incremento de la esperanza de vida, lo que ha generado una amplia gama de desafíos económicos y sociales, que van desde atender las crecientes demandas sanitarias hasta garantizar condiciones de calidad de vida digna. [46]

En términos de seguridad social, resulta preocupante el crecimiento acelerado de la población, las condiciones del mercado laboral son bajas con desbalance en los accesos a servicios de salud y de pensiones, lo cual repercute directamente en las condiciones de salud y en su calidad de vida. [37] Es necesario contar con valoraciones sobre el conocimiento de la calidad de vida del adulto mayor, para establecer las dimensiones afectadas y conocer el comportamiento de la sociedad, así como la búsqueda de estrategias de apoyo.

Existe la necesidad de realizar este estudio con el fin de determinar la calidad de vida del adulto mayor, así como realizar la adaptación y validación del instrumento en Aguascalientes, dadas las diferentes características poblacionales.

IX.F DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informático (INEGI) se predice para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor, por lo que es importante optimizar los recursos sociales que pueden favorecer al bienestar a dicha población para la integración y participación social de los adultos mayores.^[47]

En el año 2004 observamos que las generaciones de 60 y más años exhiben una alta proporción (35.1%) como trabajadores agropecuarios, el porcentaje es elevado para las distintas ocupaciones para el grupo de edad acompañado de actividades domésticas y de ambulante las proporciones más altas actualmente.^[47]

Las generaciones que tiene 80-84 años de edad, manifiestan un analfabetismo de 41.3% en mujeres y 31.3% en hombres y en el grupo de 70-74 años de edad desciende a 37.7 y 25.5%, en el grupo de 60-64 años las cifras son de 2937 y 19% según el sexo. (INEGI 2001). La escolaridad obtenida por el grupo de 60 y más da cuenta que el 70% de ese grupo carece de instrucción y solo el 3.7% corresponde a la enseñanza media superior. En cuanto a la remuneración percibida lo que recibe una persona situada en nivel básico es de 10 pesos por hora trabajada, lo cual los lleva a trabajar más horas. En relación a vivienda los adultos mayores suelen poseer viviendas más modestas, ya que la vivienda responde al factor edad.^[47]

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es la institución con la mayor cobertura en materia de salud y seguridad social, sin embargo, la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la población de 60 y más años demanda un gasto considerable y que con frecuencia no es posible cubrir. El INEGI reportó en el año 2004 que la población de 60 años y más no derechohabiente alcanzaba el 49.4%, y para adultos mayores con alto índice de marginación sin seguridad social fue del 92.43%.^[33] De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México (2010), el 27.9% de las personas mayores de 60 años han sentido alguna vez que sus derechos no han sido respetados por su edad, 40.3% describe como sus

problemas principales los económicos, 37.3% la enfermedad, el acceso a servicios de salud y medicamentos, y 25.9% los laborales. Todos estos, medios imprescindibles para llevar a cabo una vida digna. [29]

Cada vez tenemos más ancianos en el país y muchos de ellos con un bajo nivel educativo, carecen de seguridad social y viven o han vivido en condiciones de pobreza, exclusión social y con problemas de salud, por lo que cobra especial relevancia atender de forma urgente y oportuna su calidad de vida para conocer las características demográficas de la población en estas edades, las dimensiones más afectadas y los cambios acaecidos en el perfil de su mortalidad.

IX.G ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

Existe un desconocimiento acerca de la medición de la calidad de vida, de las variables y dimensiones afectadas. Existe poca **enseñanza y capacitación** acerca de los instrumentos que nos dan a conocer la percepción de la calidad de vida, así como un **desconocimiento**, de las áreas afectadas del adulto mayor mediante un instrumento específico.

Otro problema es que le damos poca importancia a la calidad de vida del adulto mayor vista desde la perspectiva de cada uno de ellos, normalmente usamos una interpretación en relación a lo que el médico valora, pero no es suficiente la interpretación del médico se requiere conocer lo que realmente opina el anciano en relación a la calidad de vida que ha tenido que está viviendo y que está proyectando tener.

Además de haber encontrado un área de oportunidad en la literatura, porque los estudios realizados en nuestro país sobre el instrumento Whoqol-old pierde la originalidad de instrumento, así que realizaremos la adaptación y validación correspondiente en nuestra población.

IX.H ARGUMENTOS CONVINCENTES

Existe un vacío a nivel mundial y nacional sobre estudios que valoren la calidad de vida en el adulto mayor, en el primer nivel de atención se realiza la valoración geriátrica integral del anciano, pero hasta el momento no se ha integrado la valoración de la calidad de vida, esto tendría gran trascendencia para conocer las dimensiones afectadas y trazar un plan para el tratamiento y seguimiento del adulto mayor.

Para tener el conocimiento de la calidad de vida se requiere utilizar instrumentos y escalas estandarizadas, con adecuada confiabilidad que permitan medir de forma objetiva, válida y reproducible la percepción en la calidad de vida. El no medir la calidad de vida y dejar de tomar en cuenta la opinión del adulto mayor sería un retroceso a nivel cultural y académico, ya que nos despersonalizaríamos de la verdadera atención y del fin último de la medicina, que es mejorar “la calidad de vida del paciente”.

También es necesario la adaptación del WHOQOL-Old en la población Aguascalientenses, por ser un instrumento transcultural y que hasta el momento se han reportado adecuadas propiedades psicométricas en otros países del mundo.

IX.I ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DE ESTUDIO

Se ha observado la importancia de conocer la calidad de vida a nivel mundial, sobre todo en este grupo de población por su crecimiento y se han encontrados diferentes resultados en cada una de las dimensiones valoradas, esto se puede explicar por sus diferentes características sociodemográficas y poblacionales de cada país y estado. En este estudio tomaremos mayor importancia a los estudios realizados en México por ser el país donde vivimos y por qué la población en estudio será con mexicanos, además de conocer las características de adaptación y validación del instrumento en la población geriátrica de Aguascalientes.

En México existen dos grandes estudios sobre la confiabilidad y validación del Whoqol-old en adultos mayores, el primero realizado por **Acosta y col.** (2013), aplicaron el cuestionario a 749 adultos mayores donde se analizaron las propiedades psicométricas y se realizaron algunas modificaciones en los reactivos, se utilizó apoyo gráfico para reforzar la comprensión en las preguntas y las opciones de respuesta. Como resultado se encontraron puntuaciones ligeramente más altas de los hombres en relación a las mujeres. La consistencia interna del instrumento es aceptable y la dimensión más alta fue la de muerte y agonía y la más baja fue la dimensión de autonomía.^[9]

El segundo estudio fue el realizado por **Hernández y cols.** (2015) en Toluca, Estado de México, con la participación de 120 adultos mayores institucionalizados. Se realizó la traducción del instrumento con la adaptación lingüística, la confiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach tomando los 24 reactivos fue de .862, sin embargo, los reactivos 1,2,3,17 no cubrían el criterio y fueron eliminados, debemos tomar en cuenta que este estudio se realizó en una población institucionalizada con diferentes características a la población en general y que el número de participantes fue menor, así como no conservar la originalidad del instrumento. El área con mayor puntaje fue la de muerte y agonía, siendo el más bajo intimidad.^[44]

Pudimos observar en relación a la búsqueda sobre estudios de calidad de vida, que tenemos un vacío en el conocimiento de la calidad de vida del adulto geriátrico, así como son pocos los estudios que se desarrollan en relación al tema, estos antecedentes son de apoyo para continuar con estudios transculturales y aplicarlo a la población en estudio y determinar la calidad de vida del anciano en la UMF No.1.

IX.J INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER.

Se reconoce la importancia de la calidad de vida, ya que es uno de los principales indicadores de bienestar general y de salud por lo que se ha promovido su medición.

La reducción en los niveles de la mortalidad es uno de los logros sociales más importantes en México y la población geriátrica necesita valoraciones continuas en relación a la calidad de vida y en este estudio esperamos determinar la calidad de vida e identificar las dimensiones con mayor afectación del anciano, así como adaptar y validar el instrumento Whoqol-old en la población.

IX.K LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES.

Calidad de vida: “manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales los factores ambientales y sus creencias personales” OMS. [11,13]

Adulto mayor: la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera como adulto mayor a quienes tienen la edad mayor o igual 60 años en nuestro país. [15]

X. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida del adulto mayor mediante el formato WHOQOL-OLD que asisten a la consulta externa de la UMF No?1 del IMSS, Aguascalientes, Ags?

XI. OBJETIVOS

XI.A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la calidad de vida mediante el formato WHOQOL-OLD en los adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS Aguascalientes.

XI.B OBJETIVOS ESPECÍFICOS

XI.B.I

Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.II

Valorar la adaptación transcultural del instrumento Whoqol-old en los adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No. 1 del IMSS.

XI.B.III

Determinar la validez (aparente, constructo, criterio) y confiabilidad del instrumento Whoqol-old en los adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No. 1 del IMSS.

XI.B.IV

Identificar el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida en los pacientes adultos mayores de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.V

Identificar la autonomía en los pacientes adultos mayores de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.VI

Identificar la satisfacción en las actividades pasadas y la esperanza para las actividades presentes y futuras en los pacientes adultos mayores de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.VII

Identificar la participación social en los pacientes adultos mayores de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.VIII

Identificar la percepción ante la muerte y morir en los pacientes adultos mayores de la UMF No.1 del IMSS.

XI.B.IX

Identificar las relaciones personales e intimidad en los pacientes adultos mayores de la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS**XII.A DISEÑO DE ESTUDIO**

Se realizará un estudio descriptivo transversal.

XII.A.I UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los adultos mayores de 60 años que acudan a la consulta externa de la UMF-1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Aguascalientes, Ags. México.

XII.A.II POBLACIÓN EN ESTUDIO

Hombres y mujeres adultos mayores de 60 años usuarios de la consulta externa de la UMF-1, IMSS en la delegación Aguascalientes, Ags.

XII.A.III UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Paciente adulto mayor de 60 años usuario de la consulta externa de la UMF-1, IMSS delegación Aguascalientes, Ags.

XII.A.IV UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente adulto mayor de 60 años usuario de la consulta externa de la UMF-1, IMSS delegación Aguascalientes, Ags.

XII.B CRITERIOS DE SELECCIÓN

XII.B.I CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores de 60 años usuarios de turno matutino y vespertino de la consulta externa de la UMF-1, IMSS delegación Aguascalientes, Ags.

XII.B.II CRITERIO DE NO INCLUSIÓN:

- Adultos mayores que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes adultos mayores que padezcan cáncer, alteraciones mentales mayores, o cualquier condición de salud que limiten el contestar la encuesta.

XII.B.III CRITERIO DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes mayores de 60 años que no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada.
- Pacientes adultos mayores que hayan cambiado de unidad de adscripción o que hayan sido dados de baja.

XII.C TIPO DE MUESTREO

Muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual se llevará a cabo tomando como base de datos el listado con el número de afiliación de todos los pacientes usuarios en la consulta externa de la UMF No.1, delegación Aguascalientes.

XII.C.I TAMAÑO DE LA MUESTRA

XII.C.I.A VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

La cantidad de pacientes adultos mayores, será en base a los ítems que se obtendrán del instrumento Whoqol-old versión original, por cada ítem obtenido, se anexará 5 pacientes basados en el criterio de Nunnally (1987), que propone como número mínimo; ($N=5k$, donde k es el número de ítems.)^[48]

En este caso contamos con 33 ítems y bajo este criterio se obtendrán 165 pacientes adultos mayores.

XII.C.I.B TAMAÑO MUESTRAL DE LA POBLACIÓN:

La población de adultos mayores de la UMF no.1 es de 19,360 el promedio de población adscrita por consultorio es de 484 adultos mayores.

La población usuaria del adulto mayores hasta mayo 2018 es de 11,729 con un promedio de 293 adultos mayores por consultorio.

Con la aplicación de la formula dio un tamaño de muestra de 372 pacientes.

Fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

En donde

N=Total de la población

Z= 1.96² (si la seguridad es del 95%)

p=proporción esperada (en este caso 5%=0.05%)

q=1-p(en este caso 1-0.05=0.95)

d=precisión (en este caso deseamos un 3%)

XII.C.III UNIDAD MUESTRAL

Pacientes adultos mayores de 60 años adscritos de la consulta externa de la UMF No.1, IMSS delegación Aguascalientes.

XIII. DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

XIII.A VARIABLE DEPENDIENTE:

XIII.A.I CALIDAD DE VIDA: Es la percepción que un individuo en relación al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar del mismo y a la realización de sus potenciales en la vida social.

XIII.A.II DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO WHOQOL-OLD.

Capacidad sensorial: es la percepción que tiene el adulto mayor en relación a problemas con la vista, oído, gusto, olfato y tacto.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Escala ordinal (Likert) Ítems 1 y 2: nada, un poco, lo normal, bastante, extremadamente con puntaje que va de lo positivo a lo negativo del 5-1. Ítem 12: nada, un poco, moderadamente, bastante y totalmente con puntajes que van de lo negativo a lo positivo del 1-5. Ítem 20, con respuestas como muy mal, mal, ni bien ni mal, bien y muy bien. Que va de lo negativo a lo positivo 1-5.

Autonomía: facultad del adulto mayor para obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.

Escala ordinal (Likert) Ítems 3, 4 Y 5: nada, un poco, moderadamente, bastante y extremadamente. Ítems 13 y 17 nada, un poco, moderadamente, bastante y totalmente, con puntaje del 1-5 con valores negativos a positivos. Ítem 26 con respuestas como nunca, raramente, medianamente, frecuentemente y siempre, con puntajes del 1-5 con respuestas de lo negativo a lo positivo.

Actividades pasadas presentes y futuras: son las acciones o sucesos que tiene lugar en un momento dado por un individuo.

Ítems 14,15 y 16 nada, un poco, moderadamente, bastante y totalmente. Ítem 20 muy insatisfecho, insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho. Ítem 24 muy descontento, descontento, ni contento ni descontento, contento y muy contento, con puntaje del 1-5 con valores negativos a positivos.

Participación social: es la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de sus recursos y acciones que tienen un impacto en el desarrollo de su comunidad.

Ítem 6 con respuestas como nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente con puntajes del 5 al 1 con respuestas que van de lo positivo a lo negativo.

Ítem 18, nada, un poco, moderado, bastante y totalmente. Ítem 19, 21, 22, 23 con respuestas muy insatisfecho, insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho.

Muerte y agonía: es el estado que experimenta un ser vivo antes de la muerte considerando a la muerte como la última fase de la vida.

Ítem 7,8,9,10 y 11 con respuestas como nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente con puntajes del 1 al 5 con respuestas que van de lo negativo a lo positivo.

Intimidad: Relación muy estrecha y de gran confianza hacia una pareja, que comprende sentimiento, emociones y pensamientos profundos.

Ítem 28 y 29 con respuestas como nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente. Ítem 30 y 33 con respuestas como nada, un poco, lo normal, bastante y totalmente. Ítem 31 y 32 con respuestas como muy insatisfecho, insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho. Con puntajes del 1 al 5 con respuestas que van de lo negativo a lo positivo.

XIII.B VARIABLE INDEPENDIENTE:

XIII.B.I ADULTO MAYOR:

será comprendido como todo aquel individuo que se encuentre en la sociedad con una edad mayor a los 60 años.

XIV. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La universidad coordinadora de Edimburgo fue la encargada de reunir las directrices comunes para el desarrollo del instrumento junto con la participación del WHOQOL para la preparación, desarrollo y validación del instrumento. El proyecto Whoqol-Old (World Health Organization Quality of Life- Old) inició con una cooperación científica de varios centros, se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD a partir del cuestionario WHOQOL-100 por considerarse como la mejor medida genérica de calidad de vida existente en ese momento, a lo cual se le agregaron 2 dimensiones que fueron habilidades sensoriales y muerte/ agonía lo que lo hacía ideal para adaptarlo a las personas mayores. Se construyó la primera versión del instrumento

con un total de 33 ítems con 6 dimensiones. 1) Habilidad sensorial cuenta con 4 ítems, 2) Autonomía con 6 ítems, 3) Actividades presentes/pasadas y futuras con 5 ítems, 4) Participación social con 6 ítems, 5) muerte y agonía cuenta con 5 ítems e 6) Intimidad cuenta con 7 ítems). Con respuestas de escala de Likert de 5 opciones. [49,50]

Sin embargo continuaron los estudios pilotos en diversas regiones como Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros que dieron como resultado la culminación del instrumento transcultural con una versión final más acortada que consta de 24 preguntas, en escala Likert de 5 opciones de respuesta y con las mismas 6 dimensiones la cual cuenta con 4 elementos cada una, todos los elementos del instrumento pueden combinarse para producir una puntuación general para la calidad de vida en los adultos mayores (WHOQoL Group, 2006). [49,51]

Las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). [52].

Valores de consistencia interna, mediante el Alpha de Cronbach en la versión de 24 preguntas:

Dimensión 1	Capacidad sensorial	a= 0.84
Dimensión 2	Autonomía	a= 0.72
Dimensión 3	Actividades pasadas, presentes y futuras	a= 0.74
Dimensión 4	Participación y aislamiento	a= 0.79
Dimensión 5	Intimidad	a= 0.88
Dimensión 6	Muerte y agonía	a= 0.84

Obteniendo el total de los ítems una consistencia interna de a = .89 (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005). [52,50]

XV. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó el instrumento WHOQOL-OLD a la Organización mundial de la Salud (OMS) y con apoyo de los autores Acosta y cols. con previo consentimiento y solicitud para realizar la adaptación del instrumento en la población de Aguascalientes, la cual fue entregada en una versión española. Este instrumento cuenta con 33 ítems el cual abarca 6 dimensiones (habilidad sensorial/ autonomía/ actividades presentes, pasadas y futuras/, Participación social/ muerte y agonía e Intimidad).

Ya contando con el instrumento WHOQOL-Old en su versión de 33 preguntas se realizará una prueba piloto tomando en cuenta el criterio de Nunalli, con la finalidad de adaptar transculturalmente a la población de estudio para verificar que se entiendan los ítems y se tenga claridad en la escala de respuestas.

La información se obtendrá del censo nominal del año 2017-2018 de pacientes adultos mayores de 60 años hombres y mujeres de ambos turnos adscritos en la UMF-1 de manera aleatoria, cuya fuente de datos son proporcionados por ARIMAC. Se llevara a cabo en dos fases; en la primera se abordará al paciente afuera de la consulta externa, una vez que decida participar y firme la carta de consentimiento informado, se llevará al paciente a un consultorio anexo, para mayor privacidad, donde se le explicará en qué consiste la encuesta, una vez que se tenga la certeza de que el encuestado entienda el proceso, se aplicará el cuestionario versión 33 preguntas para la validación y adaptación del instrumento, se vaciará todo en una base de Excel y con el apoyo del programa SPSS 21 tendremos un instrumento final.

En la segunda fase, contará de dos apartados; el Primer apartado constará de 8 preguntas que integran información de datos sociodemográficos y de morbilidad, el segundo apartado constará de las preguntas salientes del cuestionario original, el cual será aplicado a la población muestra de la UMF-1, secundario a la explicación del propósito del estudio y ya contando con el consentimiento informado firmado, se

procederá a realizar la entrevista en un área anexada a consultorio para que sea de forma personal y privada. Posterior a la obtención de la información, se procedió a realizar una base de datos con ayuda del programa Excel en donde se importó la información de cada rubro que se creó, que incluía; nombre de la variable, etiqueta de la variable, tipo de variable (numérica o alfa numérica) para su análisis e interpretación de resultados con ayuda del programa SPSS 21.

XVI. LOGÍSTICA

Una vez que el comité de investigación local en la plataforma de SIRELCIS autorice el protocolo, el estudio se llevara a cabo en 2 fases; la primera para la adaptación y la validación del instrumento WHOQOL-Old versión original y la segunda fase consta de la aplicación del cuestionario versión final a adultos mayores de 60 años en la UMF-1

PRIMERA FASE: Se realizara la aplicación del cuestionario versión original a la población muestra de la UMF 1 donde se informará a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar el objetivo de nuestro estudio y se les pedirá de manera atenta el permiso para llevar a cabo el levantamiento de encuestas, dirigidas a los pacientes adultos mayores de 60 años, solicitándole nos autorice un área que se encuentra anexada a consultorio para realizar entrevistas cara a cara y de forma confidencial en el turno matutino y vespertino por el tesista. Se diseñó un manual operacional con el fin de que el encuestador dominara el tema y pudiera despejar las dudas que pudieran existir durante las entrevistas a los pacientes adultos mayores de 60 años que acudieron a la consulta externa. Al abordar al usuario se le explicará que fue seleccionado de forma aleatoria, para la realización de un estudio de investigación, para fines educativos con un respaldo por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social y Comité de Investigación de la misma institución; explicándoles los propósitos del estudio, así como el procedimientos al que serán sujeto, una vez que acepte ser parte de este proyecto y que se le explique la encuesta, se le dará a leer la carta de consentimiento informado, en donde se les garantice el anonimato y la confidencialidad en la información que se obtenga, una vez firmada la carta, se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aplicara la entrevista. Posteriormente con la información obtenida, será utilizada para el proceso de validación y la adaptación del instrumento

Para la adaptación y validación del instrumento se llevará a cabo mediante estos procedimientos.

Validez aparente:

Se seleccionará un grupo focal conformado por pacientes adultos mayores de 60 años, hombres y mujeres de ambos turnos seleccionados de manera aleatoria, tratando que sea homogénea la muestra, se les invitará y se explicará el propósito del estudio, el cual es analizar los elemento de cada uno de los ítems del instrumento WHOQOL-Old de calidad de vida versión original y tratar de que sean concretos, entendibles, claros, que estén orientadas y que vayan desde lo general a lo específico. Después de la autorización y firma de la carta de consentimiento informado por el paciente y dos testigos, se dará a conocer cada uno de los ítems del instrumento, palabra por palabra, para realizar las modificaciones pertinentes hasta ser entendibles por cada uno de los participantes (saturar el ítem) y llegar a un consenso. Esto con el fin de que la versión española pueda adaptarse a nuestra población de estudio.

Validez de constructo.

Se realizará mediante el análisis factorial exploratorio de componentes principales, llevándose a cabo las siguientes etapas:

- a) Calculo y examen de la matriz de correlaciones.
- b) Aplicación del método de componentes principales.
- c) Rotación de los factores.
- d) interpretación de los factores.

Validez de criterio:

Se identificará de manera fiable la dimensión dentro del cuestionario propuesto y se tomará como criterio la dimensión que explique mayor varianza. En este análisis se tomará en cuenta el criterio concurrente.

Confiabilidad:

Con ayuda del programa SPSS versión 21 se calculará el coeficiente alfa de Cronbach.

El cálculo del alfa de Cronbach se realizará mediante la siguiente formula:

$$\text{Alfa de Cronbach} = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{sT^2} \right\}$$

K= número de ítems

S_i= varianza del ítem

sT= varianza total de la escala.

Con esto se concluye la primera etapa que es la adaptación y la validación del instrumento, dando como resultado una versión final del Whoqol-old, el cual se aplicará a la población muestra en la UMF-1.

SEGUNDA FASE: En esta fase se obtendrá la versión final del WHOQOL-OLD secundario al procedimiento de validación, donde se solicitará autorización a la UMF-1 para realizar la aplicación del cuestionario a la población muestra, que se obtendrá del listado de todos los pacientes adultos mayores que acuden a recibir Atención Médica a la UMF 1. Se otorgará información sobre la importancia de realizar el estudio, además se brindará capacitación para el correcto llenado del instrumento para evitar errores en la recolección de datos. Se solicitará apoyo a Asistentes del área médica para el envío de los pacientes que fueron incluidos en el estudio, la entrevista se realizará en un área anexada a consultorio para ser de forma confidencial, a los cuales previamente se les solicitará su autorización mediante carta de consentimiento informado, ya firmado iniciaremos las preguntas del cuestionario.

XVI.A PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

XVI.A.I Diagnóstico de datos.

Se analizará la distribución de las variables mediante la asimetría que nos permite observar los datos distribuyen de forma uniforme alrededor de la media, buscando así una curva simétrica y la curtosis que identifica si existe una concentración de los valores normales, el rango que se utilizará será de ± 2 siendo una distribución paramétrica se tomará a la media como medida de tendencia central y como medida de dispersión la desviación estándar.

Para la validación del instrumento se realizará lo siguiente:

La validez aparente se analizará a partir de la información obtenida del grupo focal (adultos mayores de 60 años). El cual se realizará un listado de las palabras de cada uno de los ítems no entendibles aportados por cada uno de los pacientes y se realizara los cambios pertinentes y se volverá a reunir las veces necesarias, con la finalidad de que todos los pacientes puedan entender cada uno de los ítems del instrumento.

Para la validez de constructo es indispensable que los ítems estén correlacionados para que puedan existir factores, para ello se calculará la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), siguiendo la recomendación de Tabachinck y fidell, se eliminarán de los análisis los reactivos con una medida de adecuación muestral para cada variable < 0.3 . Se aplicará la prueba de esfericidad de Bartlett para probar si la matriz de correlación observada es distinta a la matriz identidad, lo que significaría que existen reactivos con una correlación distinta de cero.

Se analizará el análisis factorial mediante el método de componentes principales con rotación varimax. El número de factores se determinará mediante la operacionalización y la validez de contenido, respetando los siguientes criterios psicométricos (57):

- 1.- Mínimo tres ítems por dimensión

2.- El número de valores propios igual o mayor a 0.4

3.- El porcentaje de varianza explicado por los factores (mayor del 10%)

Se eliminará del análisis los reactivos en una comunalidad de menos de 0.5. la solución obtenida se rotará para simplificar la interpretación de los factores. Se consideran significativas las cargas factoriales igual o mayores de 0.4. Los reactivos asociados con más de un factor se eliminarán del análisis. Para evaluar el ajuste del modelo final se examinará la matriz de correlación residual.

La validación de criterio se realizará con una correlación entre las dimensiones de cada dominio, de acuerdo a la distribución, se usará Spearman que explique la dimensión con mayor varianza, esperando un grado de correlación moderado-elevado (mayor de 0.4) y bajo o nula (0.3).

La confiabilidad se evaluará entre los dominios y dimensiones con el cálculo del alfa de Cronbach. En donde se tomará como punto de criterio un valor igual o mayor al 0.70.

Para caracterizar las condiciones sociodemográficas en los pacientes adultos mayores, para las variables cuantitativas como la edad, enfermedades crónico degenerativas se analizará con estadística descriptiva (media, desviación estándar) y para las variables cualitativas como sexo, estado civil, ocupación, escolaridad con uso de frecuencias y porcentajes.

Para la segunda fase se utilizará estadística descriptiva, dependiendo la distribución de los datos que se obtengan. Se utilizarán frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Si los datos tienen un comportamiento paramétrico, se utilizarán como medidas de tendencia central la media y la desviación estándar como medida de dispersión. En el caso de que el comportamiento de los datos sea no paramétrico, se utilizará la mediana como medida de tendencia central y los rangos intercuartílicos como medidas de dispersión. Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21.

Interpretación del instrumento: por su naturaleza la calificación teórica máxima y mínima dependerá del número final de ítems a conservar en el instrumento, resultando en un múltiplo que va del 1 al 5 según la escala de Likert empleada, de este resultado se realizará una transformación lineal a fin de contar con una escala ordinal del 0-100, sabiendo que niveles cercanos al cero nos dan una calidad de vida baja y los cercanos al 100 una calidad de vida alta, sin contar con puntos de corte para graduar calidad de vida, estableciendo este mismo mecanismo para la evaluación en cada una de las facetas. También se hará uso del programa estadístico SPSS versión 21. [52].

XVII. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Se trabajará con los propios del tesista y en el área anexada a los consultorios como en sala de espera de la UMF No.1, IMSS Aguascalientes.

XVII.A EXPERIENCIA DE GRUPO.

La del asesor principal como la del asesor metodológico, con el apoyo de varios trabajos de investigación y la propia como residente de Medicina Familiar.

XVII.B TIEMPO A DESARROLLARSE.

1 año.

XVIII. RESULTADOS

XVIII.I PRIMERA FASE: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL-OLD.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas con el instrumento Whoqol-old versión 33.

XVIII.I.A VALIDACIÓN APARENTE

Mediante muestreo aleatorio simple, se realizó la selección de un grupo focal conformado por 165 adultos mayores hombres y mujeres de ambos turnos que cumplieron criterios de inclusión, a quienes se les solicitó su participación en la prueba piloto, se entregó el cuestionario informado (Apéndice A), la versión en español oficial del Whoqol-old 33.

Posteriormente mediante entrevistas abiertas, se solicitó información respecto al entendimiento de las preguntas que fueran claras y bien orientadas a la dimensión a valorar y recomendaciones en la formulación de las mismas, se tomaron apuntes siguiendo la guía de entrevistas para paciente. Se realizaron las modificaciones pertinentes en algunos de los ítems para realizar la adaptación del instrumento a nuestra población en estudio.

XVIII.I.A.I ADECUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se tomaron en cuenta las recomendaciones de los pacientes y se rediseñaron las preguntas del instrumento para un mejor entendimiento por nuestra población, respetando el concepto y objetivo de las mismas.

Se observó en los ítems 1,2,8,9,10 y 11 tenía una respuesta la cual se prestaba a confusión **“lo normal”** siendo esta la respuesta central en la escala de Likert, ya que al mencionársela a los pacientes la elegían inmediatamente creyendo que esa era la mejor opción, sabiendo que lo normal es una respuesta subjetiva y que se presta a sesgo al momento de contestar, por lo que creemos conveniente cambiar la respuesta de lo normal a moderadamente y en los ítems 3 y 4 cambió la respuesta de lo normal a medianamente y en los ítems 27,28,29,y 30 cambia la respuesta a moderado.

En el ítem 25 la pregunta hace referencia a la función sensorial y la pregunta toma la palabra puntuar, la cual no era bien entendida por el adulto mayor, por lo que se

decidió modificar la palabra a calificar, teniendo mejor comprensión al realizar la pregunta.

XVIII.I.B VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO XVIII.I.B.I ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Se realizó un análisis factorial exploratorio inicial de componentes principales con rotación de varimax para 33 ítems de la versión Whoqol-old, se extrajeron 6 dimensiones. Sin embargo, al momento de hacer el análisis en relación a la teoría se perdió la dimensión 6 por no cumplir con la coherencia entre ítems y la dimensión a valorar, el punto de corte fue eigevalues mayor a 0.4 y que las dimensiones representaran más del 10% de la varianza (tabla 1). Se calculó la medida de adecuación muestral mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), siendo del .681 para nuestro cuestionario, lo que indica la relevancia del análisis factorial, así mismo la prueba de esfericidad de Bartlett que cuenta con un valor estadístico dada por la χ^2 y un nivel crítico ($p=.000$) menor que 0.05 siendo significativo nuestro estudio.

	Matriz de componente rotado ^a							Matriz de componente rotado ^a					
	Componente							Componente					
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
VAR00001	.033	.098	.133	.796	.064	-.041	VAR00001				.796		
VAR00002	-.103	.084	.139	.839	.108	.086	VAR00002				.839		
VAR00003	-.071	-.031	.670	.099	.085	.129	VAR00003			.670			
VAR00004	.081	.048	.607	.082	.067	-.045	VAR00004			.607			
VAR00005	.002	-.047	.455	.026	-.025	.508	VAR00005			.455			.508
VAR00006	.069	.013	-.024	.429	.102	.568	VAR00006				.429		.568
VAR00007	.092	.081	-.258	.020	.393	.626	VAR00007					.393	.626
VAR00008	-.072	.023	.055	.001	.874	.141	VAR00008						.874
VAR00009	.009	.169	.002	.071	.871	.073	VAR00009						.871
VAR00010	.000	.102	.096	.211	.800	.028	VAR00010						.800
VAR00011	-.019	.067	.059	.113	.663	-.029	VAR00011						.663
VAR00012	-.071	.105	.226	.735	.183	.281	VAR00012				.735		
VAR00013	-.112	.447	.407	.064	-.099	.364	VAR00013		.447	.407			.364
VAR00014	.159	.341	.554	.111	-.066	.280	VAR00014		.341	.554			
VAR00015	.160	.290	.490	-.028	.072	.095	VAR00015			.490			
VAR00016	.248	.181	.613	-.047	.036	-.190	VAR00016			.613			
VAR00017	.153	.295	.533	.225	.039	-.142	VAR00017			.533			
VAR00018	.074	.403	.271	.100	-.044	.364	VAR00018		.403				.364
VAR00019	.125	.658	.224	-.117	.211	.004	VAR00019			.658			
VAR00020	.018	.622	.096	.022	.351	-.086	VAR00020		.622				.351
VAR00021	.041	.742	.115	.157	.144	.088	VAR00021		.742				
VAR00022	-.026	.810	.092	.169	.008	.025	VAR00022		.810				
VAR00023	.184	.673	.094	.175	-.033	-.018	VAR00023		.673				
VAR00024	.233	.398	.399	.219	.046	.077	VAR00024		.398	.399			
VAR00025	.222	.146	.268	.544	.083	.123	VAR00025				.544		
VAR00026	.156	.268	.536	.288	.010	-.007	VAR00026			.536			
VAR00027	.833	.101	.200	.034	.018	.082	VAR00027	.833					
VAR00028	.839	.146	.113	-.053	.025	.035	VAR00028	.839					
VAR00029	.867	.013	.162	.034	-.087	-.034	VAR00029	.867					
VAR00030	.859	-.011	.217	-.032	-.055	.054	VAR00030	.859					
VAR00031	.561	.143	-.167	.532	.035	-.013	VAR00031				.532		
VAR00032	.549	.173	-.156	.536	.106	-.082	VAR00032				.536		
VAR00033	.802	.046	.048	.083	-.025	.027	VAR00033	.802					

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio del Whoqol-Old versión 33 en 165 paciente entrevistados en la UMF No.1 en el mes de octubre del 2018.

El análisis factorial cumplió con los criterios psicométricos ya que mostraba valores menores de 0.4 y se eliminaron los valores de carga bajos sustentados en que la varianza de cada factor y la total aumentaba al mantener los valores altos, también se eliminaron los factores con carga existente sobre otros factores, los ítems restantes se agruparon en cuatro factores principales, explicando el 88% de la varianza total. El dominio 1 presentó coeficientes de carga que van desde -0.71 hasta .867, el resultado final conservó los ítems 1,2,12 y 25. En el dominio 2 se conservaron los elementos 3,4,17 y 26 con un coeficiente de carga que va desde -.047 hasta .810 El dominio 3 perdió su estructura de sus ítems por duplicidad en varias dimensiones y por no tener congruencia entre ellos. En el dominio 4 tuvieron un coeficiente de carga que iba desde -.117 hasta .839 conservando los valores más altos se mantuvo los ítems 19, 21,22 y 23. En el dominio 5 se conservaron los ítems 8,9,10 y 11. En el dominio 6 se mantuvo los ítems 27,28,29 y 30 de su estructura original, con indices de cargas muy similares a los anteriores desde -.190 hasta .874.

	Componente						Matriz de	Componente					
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
VAR00001				.796			VAR00001				.796		
VAR00002				.839			VAR00002				.839		
VAR00003			.670				VAR00012				.735		
VAR00004			.607				VAR00025				.544		
VAR00005			.455			.508	VAR00003			.670			
VAR00006				.429		.508	VAR00004			.607			
VAR00007					.393	.626							
VAR00008					.874								
VAR00009					.871								
VAR00010					.800								
VAR00011					.663		VAR00017			.533			
VAR00012				.735									
VAR00013		.447	.407			.364	VAR00026			.536			
VAR00014		.341	.554										
VAR00015			.490										
VAR00016			.613										
VAR00017			.533				VAR00008					.874	
VAR00018		.403				.364	VAR00009					.871	
VAR00019		.658					VAR00010					.800	
VAR00020		.622			.351		VAR00011					.663	
VAR00021		.742											
VAR00022		.810											
VAR00023		.673					VAR00019		.658				
VAR00024		.398	.398										
VAR00025				.544			VAR00021		.742				
VAR00026			.536				VAR00022		.810				
VAR00027	.833						VAR00023		.673				
VAR00028	.839						VAR00027	.833					
VAR00029	.867						VAR00028	.839					
VAR00030	.859						VAR00029	.867					
VAR00031	.561			.532			VAR00030	.859					
VAR00032	.549			.536									
VAR00033	.802												

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio con selección de mayor puntaje del Whoqol-Old versión 33 en 165 paciente entrevistados en la UMF No.1 en el mes de octubre del 2018.

XVIII.I.B.II ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

En el análisis factorial confirmatorio, (tabla 3) se realizó una muestra 5n (n=165), los ítems se agruparon en 5 dimensiones con 4 factores cada una, todas cumpliendo con una varianza explicada mayor del 10% por dimensión, para habilidades sensoriales con una varianza total del 39.3%, para la autonomía una varianza del 21%, en participación social se encontró una varianza del 14.7%, en el área de intimidad 13.6% y finalmente para muerte y morir fue del 10%, por lo que se consideran dimensiones estables.

Matriz de componente rotado*						
	Componente					
	1	2	3	4	5	6
VAR00001				.798	dimensión 1	
VAR00002				.839	dimensión 1	
VAR00012				.735	dimensión 1	
VAR00025				.544	dimensión 1	
VAR00003			.870	dimension 2		
VAR00004			.607	dimension 2		
VAR00015			.490			
VAR00016			.613			
VAR00017			.533	dimension2		
VAR00026			.536	dimension 2		
VAR00008					dimension 5	.874
VAR00009					dimension 5	.871
VAR00010					dimension 5	.800
VAR00011					dimension 5	.863
VAR00019		.658	dimension 3			
VAR00020		.622				
VAR00021		.742	dimension 3			
VAR00022		.810	dimension 3			
VAR00023		.873	dimension 3			
VAR00027	.833	dimension 4				
VAR00028	.839	dimension 4				
VAR00029	.867	dimension 4				
VAR00030	.859	dimension 4				
VAR00033	.802					

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio con selección de dimensiones del Whoqol-Old versión 33 en 165 paciente entrevistados en la UMF No.1 en el mes de octubre del 2018.

Tabla 4 Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1.966	39.317	39.317
2	1.066	21.327	60.644
3	.739	14.774	75.418
4	.684	13.673	89.092
5	.545	10.908	100.000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 4. Cuadro total explicado de la varianza de cada una de las dimensiones.

XVIII.I.C VALIDEZ DE CRITERIO

Se realizó la correlación de Sperman para valorar las 5 dimensiones que valora el instrumento whoqol-old 20 para calidad de vida, la correlación de Sperman obtuvo valores bajos a moderados en general entre sus dimensiones (extremos: 0.186 – 0.386).

Correlaciones

		FUNCIONAMIENTO_SENSORIAL	AUTONOMIA	PARTICIPACION_SOCIAL	INTIMIDAD	MUERTE
FUNCIONAMIENTO_SENSORIAL	Coefficiente de correlación	1	.290**	.262**	.186**	0.067
	Sig. (bilateral)	.	0	0	0	0.2
	N	372	372	372	372	372
AUTONOMIA	Coefficiente de correlación	.290**	1	.386**	.233**	0.085
	Sig. (bilateral)	0	.	0	0	0.1
	N	372	372	372	372	372
Rho de Spearman PARTICIPACION_SOCIAL	Coefficiente de correlación	.262**	.386**	1	.126*	.109*
	Sig. (bilateral)	0	0	.	0.015	0.035
	N	372	372	372	372	372
INTIMIDAD	Coefficiente de correlación	.186**	.233**	.126*	1	0.044
	Sig. (bilateral)	0	0	0.015	.	0.4
	N	372	372	372	372	372
MUERTE	Coefficiente de correlación	0.067	0.085	.109*	0.044	1
	Sig. (bilateral)	0.2	0.1	0.035	0.4	.
	N	372	372	372	372	372

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 5. Cuadro de la correlación de Sperman Whoqol-Old versión 20 en 165 paciente entrevistados en la UMF No.1 en el mes de octubre del 2018.

XVIII.I.D CONFIABILIDAD

La consistencia interna de una escala es una aproximación a la validación del constructo y consiste en la cuantificación de la correlación que existe entre los ítems que la componen. Valores de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90 indican una buena consistencia interna. Valores más cercanos a 1 indican mejor fiabilidad.

La consistencia interna se valoró mediante el alfa de Cronbach, donde se observan valores por dimensión por arriba de 0.7 y una escala general de 0.831 con 20 ítems en total, lo que indica que el test utilizado es de adecuada fiabilidad estadística. La dimensión con puntaje más alta fue la de intimidad .923, seguida del dominio de muerte con un α de .848, funcionamiento sensorial con un α de .838, participación social con un α de .787 y finalmente el área de autonomía con mayor afectación con un α de .667.

General		Actividad sensorial		Autonomía	
Estadísticos de fiabilidad		Estadísticos de fiabilidad		Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos	Alfa de Cronbach	N de elementos	Alfa de Cronbach	N de elementos
.831	20	.838	4	.667	4

Participación social		Intimidad		Muerte	
Estadísticos de fiabilidad		Estadísticos de fiabilidad		Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos	Alfa de Cronbach	N de elementos	Alfa de Cronbach	N de elementos
.787	4	.923	4	.848	4

Tabla 6. Consistencia interna de cada una de las dimensiones del Whoqol-Old versión 20 en 165 paciente entrevistados en la UMF No.1 en el mes de octubre del 2018.

XVIII.II RESULTADOS SEGUNDA FASE:

Se estudiaron 372 paciente de la UMF No.1 del IMSS, los pacientes encuestados respondieron dos cuestionarios: el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de calidad de vida en el adulto mayor de la Organización Mundial de la Salud en su versión española y adaptado al español.

Se realizó la aplicación y ejecución del instrumento directamente por la investigadora y por parte de dos personas capacitadas, mediante la lectura exhaustiva del manual de uso e interpretación del instrumento WHOQOL-Old, la aplicación fue en un área tranquila y cómoda para el paciente, en el periodo comprendido del mes de octubre del 2018.

Los datos recolectados se organizaron en una matriz en el programa Excel 2016, posteriormente se trasladaron al programa estadístico SPSS v21.0. Se realizó el análisis estadístico descriptivo. Para el análisis univariar, en las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tenencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), en las variables cualitativas se describió las frecuencias absolutas y relativas.

XVIII.II.A ANÁLISIS UNIVARIABLE

XVIII.II.A.I VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

SEXO

Del total de pacientes adultos mayores estudiados, 256 pacientes (68.8%) fueron mujeres y 116 (31.2%) fueron hombres.

EDAD

La media de edad de los pacientes estudiados fue de 67.41 ± 6.57 años, con un rango comprendido de edad entre 60 y 92 años. Con una media de percentila 25, de 62 años y la percentila 75, de 71 años

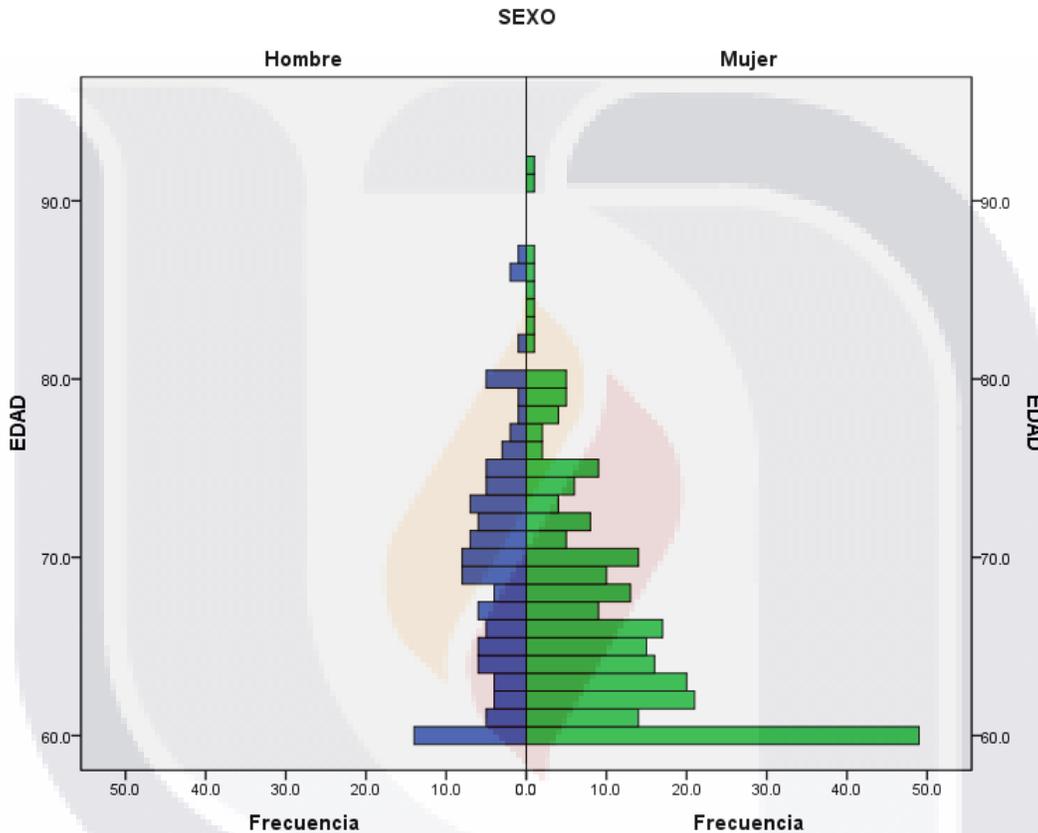


Gráfico 1. Frecuencia relativa de distribución por sexo de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

ESTADO CIVIL

Del total de pacientes estudiados el estado civil de: 213 (57.3%) fue casado, 82 (22%) fue viudos, 43 (11.6%) eran solteros, 19 (5.1%) eran divorciados, 8 (2.2%) eran separados y 7 (1.9%) estaban en unión libre.

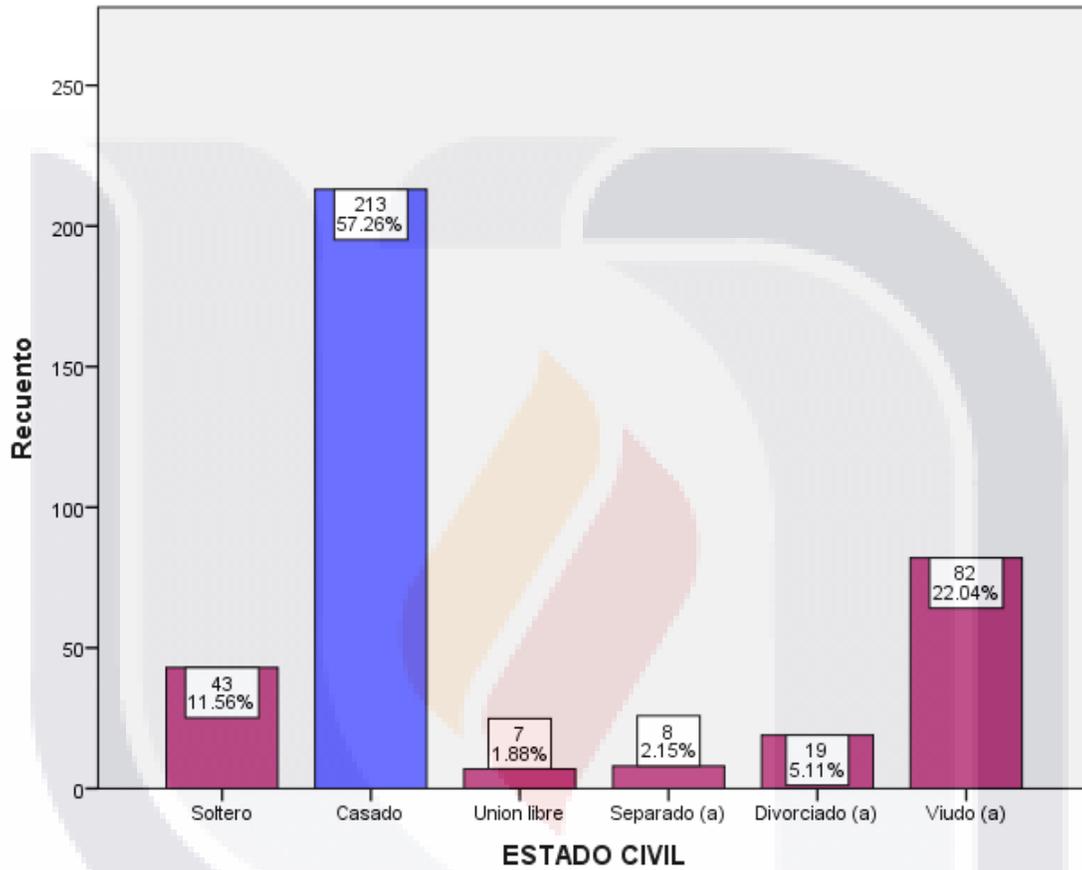


Gráfico 2. Frecuencia relativa de distribución según estado civil de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

CONVIVENCIA

Del total de pacientes estudiados, 134 pacientes (36%) vivían con su pareja, 95 pacientes (25.5%) vivían con su pareja y alguno de sus hijos, 85 pacientes (22.8%) vivían con alguno de sus hijos, 34 pacientes (9.1%) vivían solos, 20 pacientes (5.4%) vivían con alguno otros familiar y solo 4 pacientes (1.1%) vivían con un cuidador.

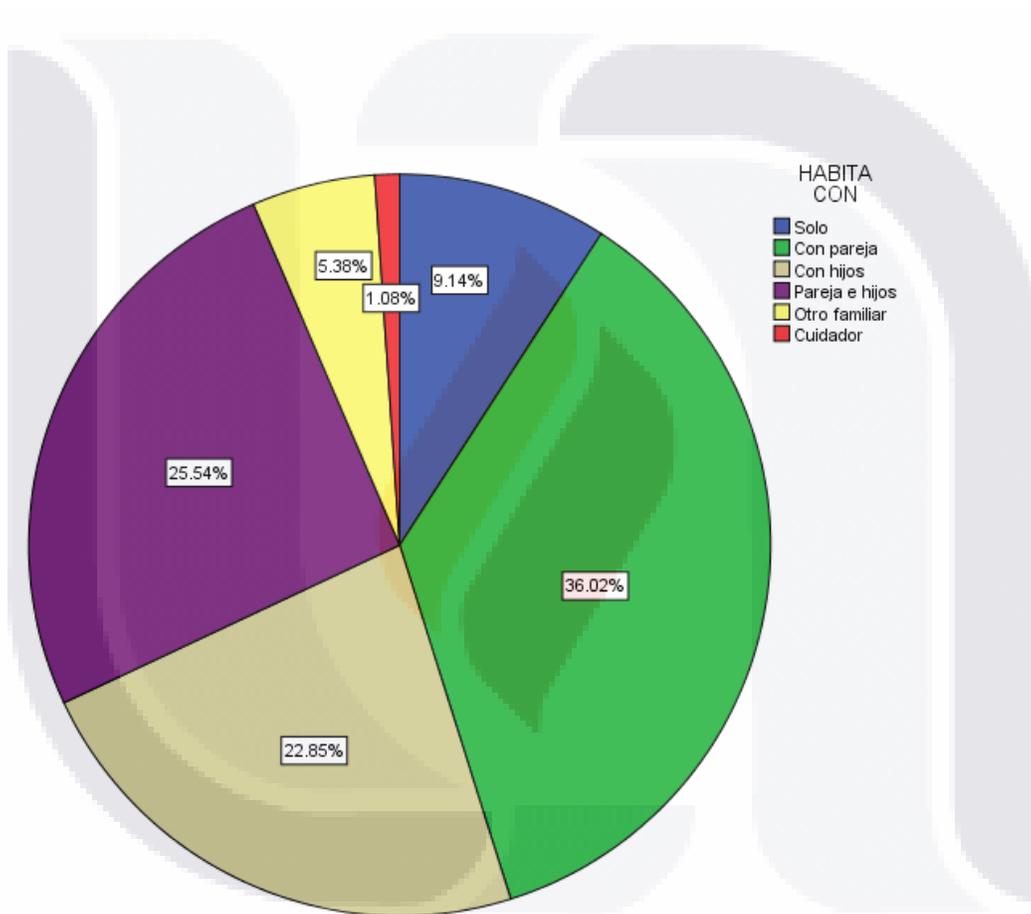


Gráfico 3. Frecuencia relativa de distribución según convivencia de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

La escolaridad que sobresalió en nuestra población fue la de primaria en 168 pacientes (46%), 98 pacientes (26.3) contaban con escuela superior, 63 pacientes (16.9%) tenían la secundaria, 43 pacientes (11.6%) no contaban con ningún nivel de educación.

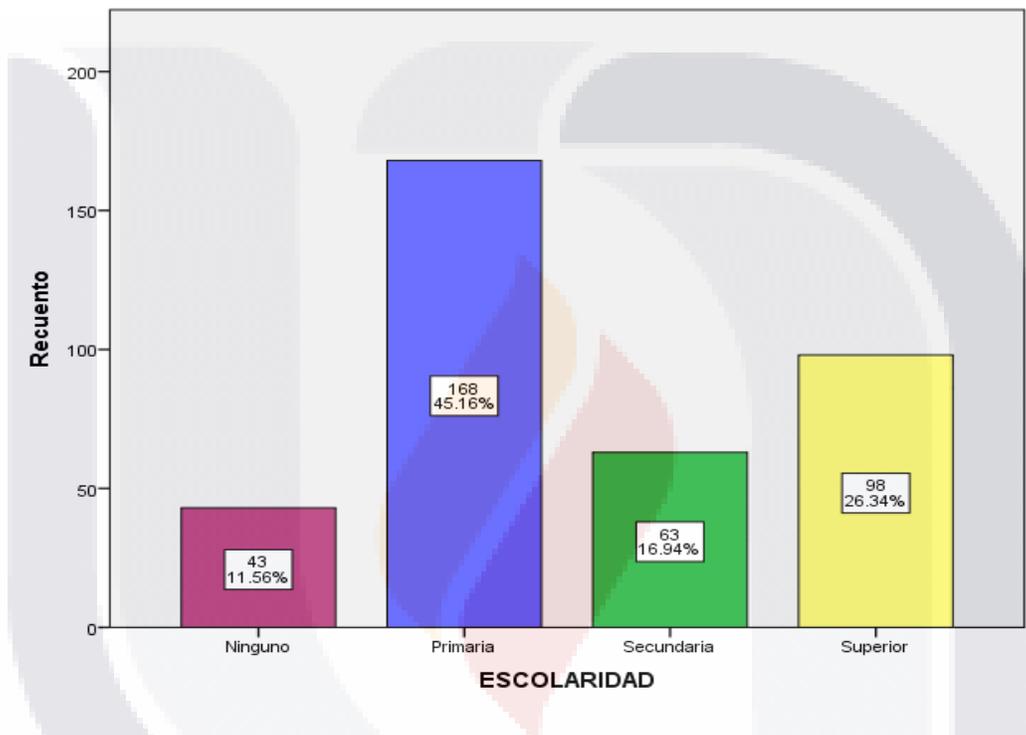


Gráfico 4. Frecuencia relativa de distribución según nivel de instrucción de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

ACTIVIDAD LABORAL

En relación a sus actividades laborales, 295 pacientes (79.3%) eran personas inactivas laboralmente, no recibían ningún tipo de salario y 77 pacientes (20.7%) aún se encontraban trabajando en algún área donde recibían remuneración económica, las mujeres sobresalieron por contar con mayor actividad laboral.

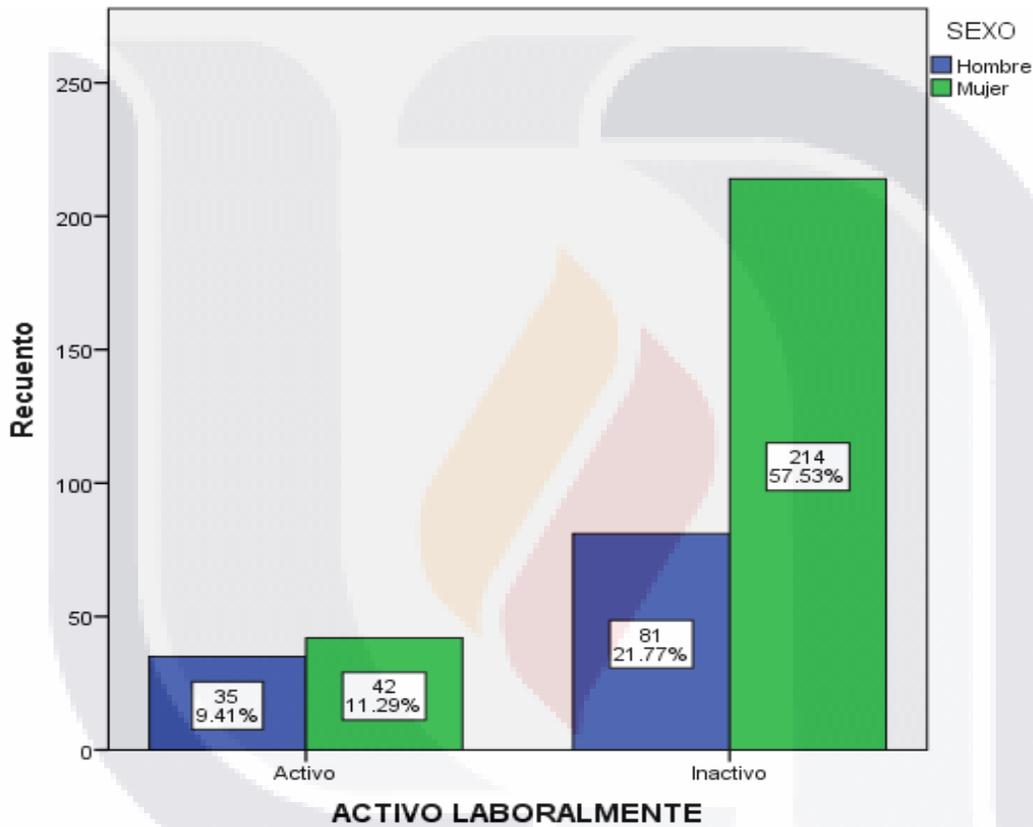


Gráfico 5. Frecuencia relativa de distribución según actividad laboral de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

RELIGIÓN

Del total de pacientes estudiados, 343 pacientes (92.2%) su religión era la católica y 29 pacientes (7.8%) tenían alguna otra religión.

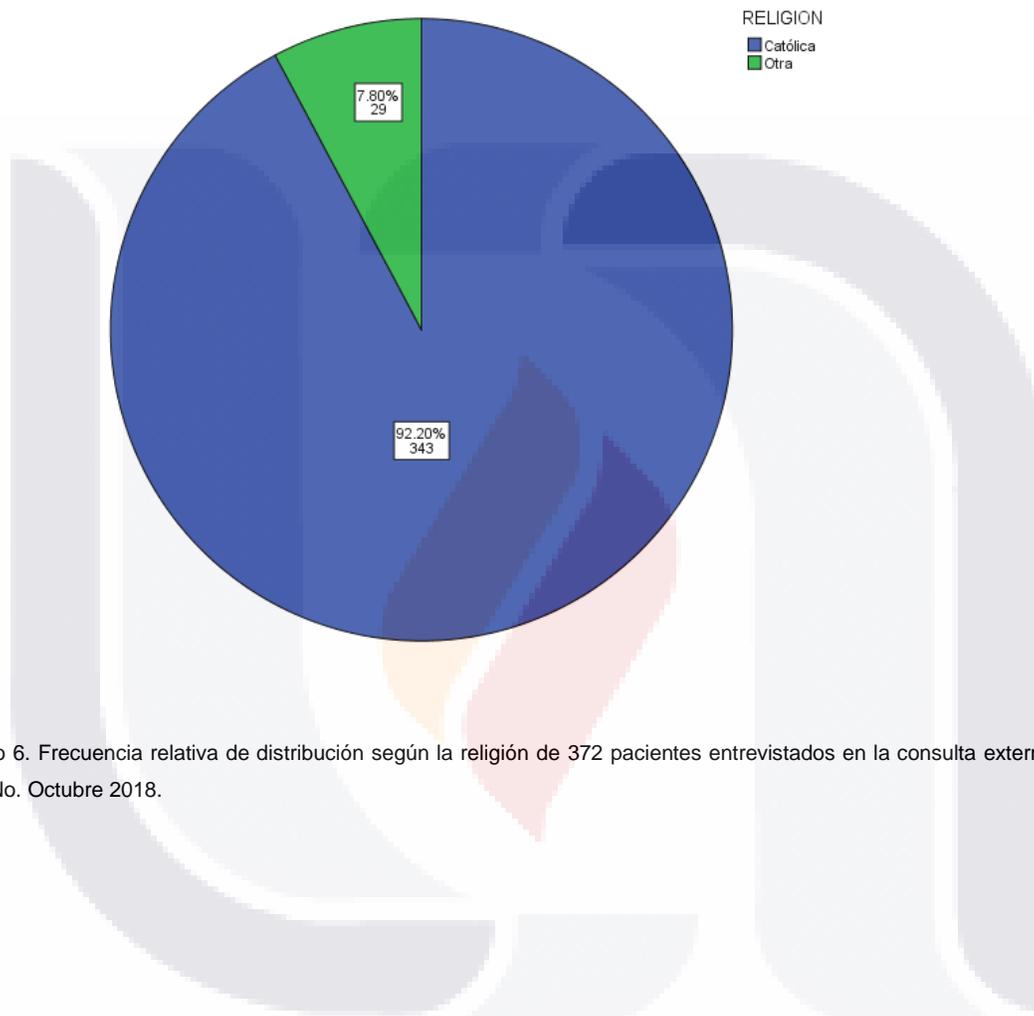


Gráfico 6. Frecuencia relativa de distribución según la religión de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

XVIII.II.A.II VARIABLES DE MORBILIDAD

En relación a las diversas patologías que padece el adulto mayor se encontró que 322 pacientes (86.6%) padecían alguna enfermedad crónico-degenerativa y se referían como enfermos y tan solo 50 paciente (13.4%) se refirieron sanos o con padecimientos menores por lo cual se clasificaron como sanos.

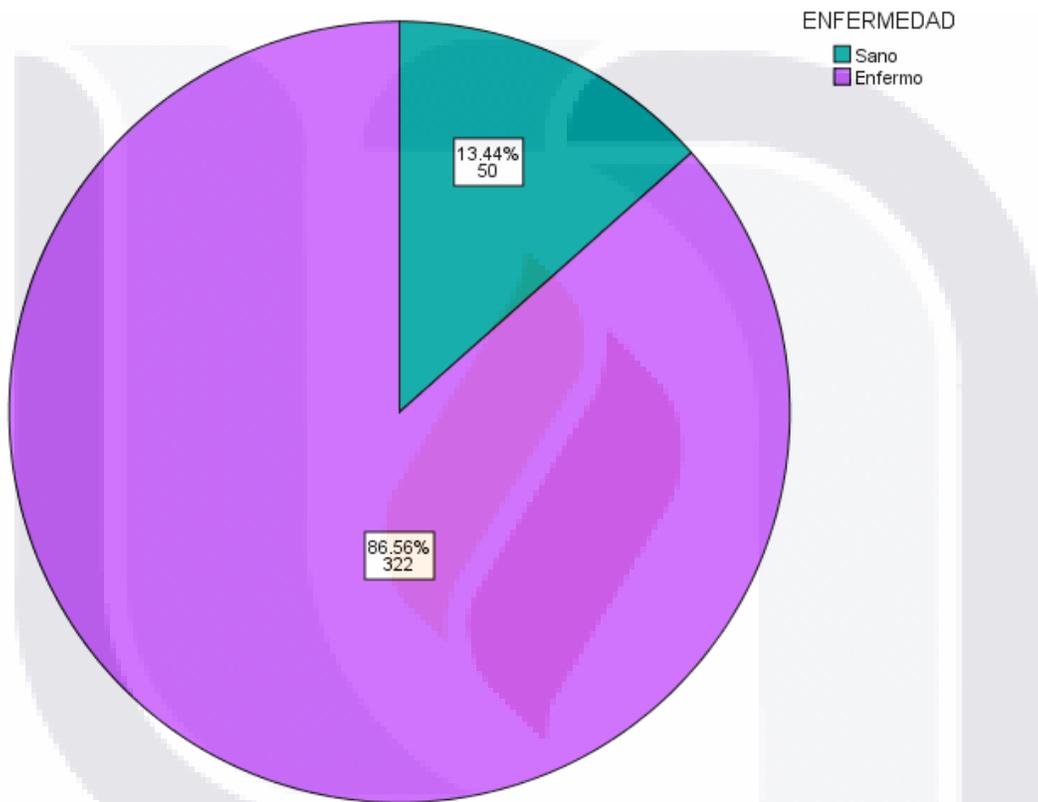


Gráfico 7. Frecuencia relativa de distribución según la enfermedad de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No. Octubre 2018.

ENFERMEDAD		DM	HAS	IRC	TIROIDES	NEOPLASIAS	OTRAS	
		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	
Válidos	Sano	13.4	55.1	39.5	95.7	86.0	97.6	83.3
	Enfermo	86.6	44.9	60.5	4.3	14.0	2.4	16.7
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 7. Frecuencia relativa de enfermedades de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

Las enfermedades mayormente reportadas por los adultos mayores entrevistados fueron: 167 pacientes (443.9%) de la población tenía el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, 225 pacientes (60.5%) contaban con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, 52 pacientes (14%) se conocían con enfermedades tiroideas, 16 pacientes (4.3%) con Insuficiencia Renal Crónica, 9 pacientes (2.4%) habían tenido o estaba presentado algún tipo de neoplasia y finalmente 62 pacientes (16.7%) presentaban alguna otra patología como dislipidemias, artrosis degenerativa, lesiones oftalmológicas etc.

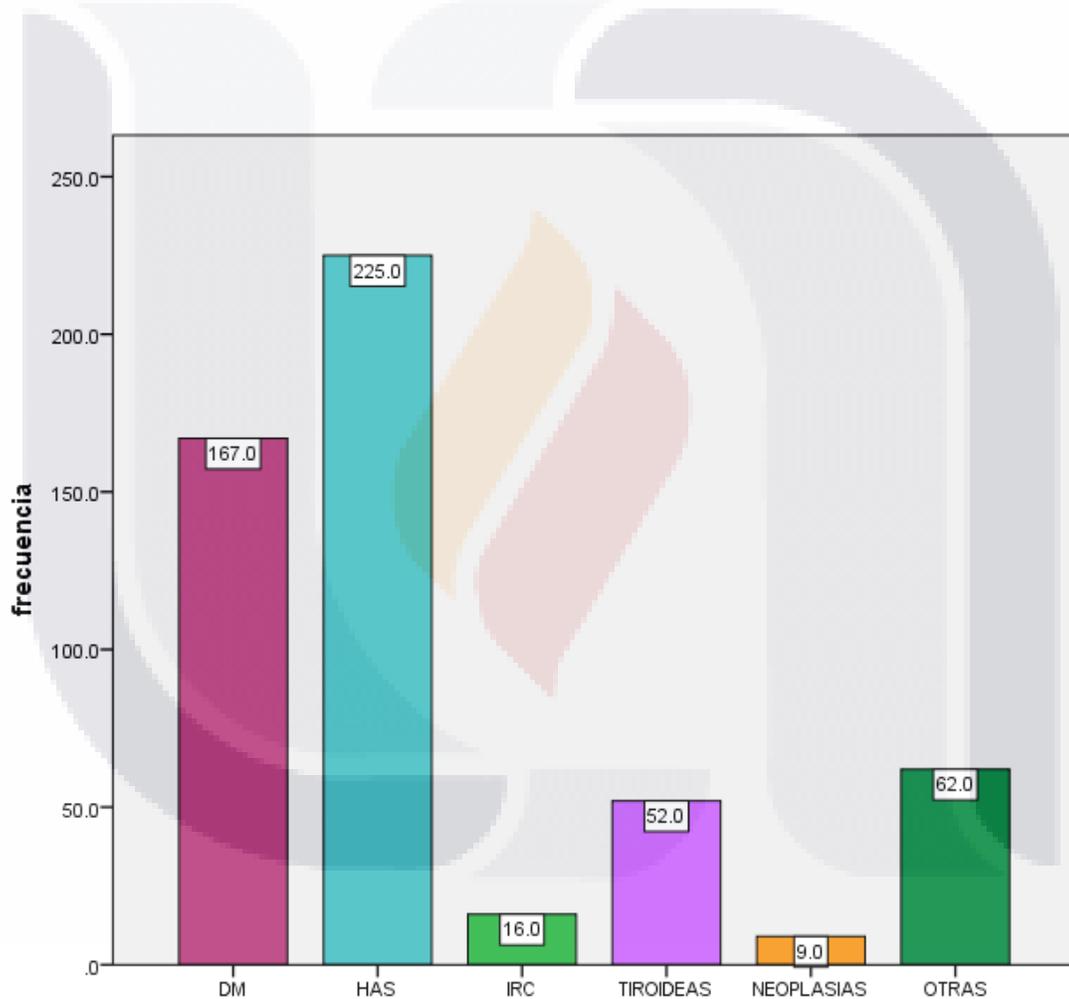


Gráfico 8. Distribución de enfermedades de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

XVIII.II.A.III VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.

La recolección de los datos se realizó en base al cuestionario de calidad de vida en adultos mayores de la OMS (Whoqol-Old).

PUNTAJE GLOBAL DE CALIDAD DE VIDA

La puntuación en el cuestionario whoqol-Old versión 20, se encuentra entre 20 y 120. Valores menores se relacionan con menor calidad de vida y valores mayores se relacionan con mayor calidad de vida. La puntuación media en la población estudiada fue de 72.96 ± 10.09 puntos. La puntuación mínima fue de 45 puntos y la máxima fue de 98 puntos.

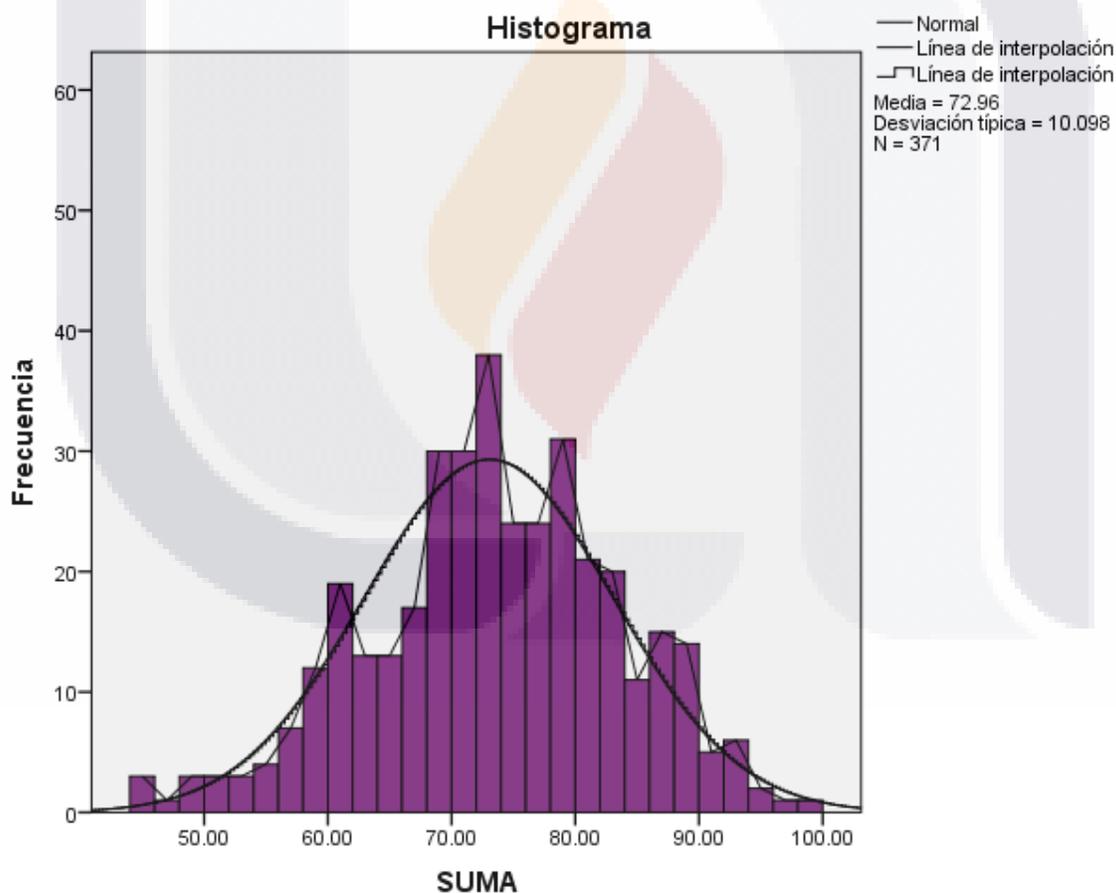


Gráfico 9. Histograma de puntuaciones obtenidas en el cuestionario Whoqol-Old versión 20 en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-OLD Versión 20

Cada dimensión del cuestionario WHOQOL-Old puede tener una puntuación entre 4 a 20 puntos. La puntuación media de las dimensiones en la población estudiada fue de 14.58 puntos. La puntuación media más baja fue de 10.77% para intimidad y la más alta fue de 16.71% para funcionamiento sensorial, autonomía tuvo un 13.87%, participación social 15.22 y muerte con un 16.35%.

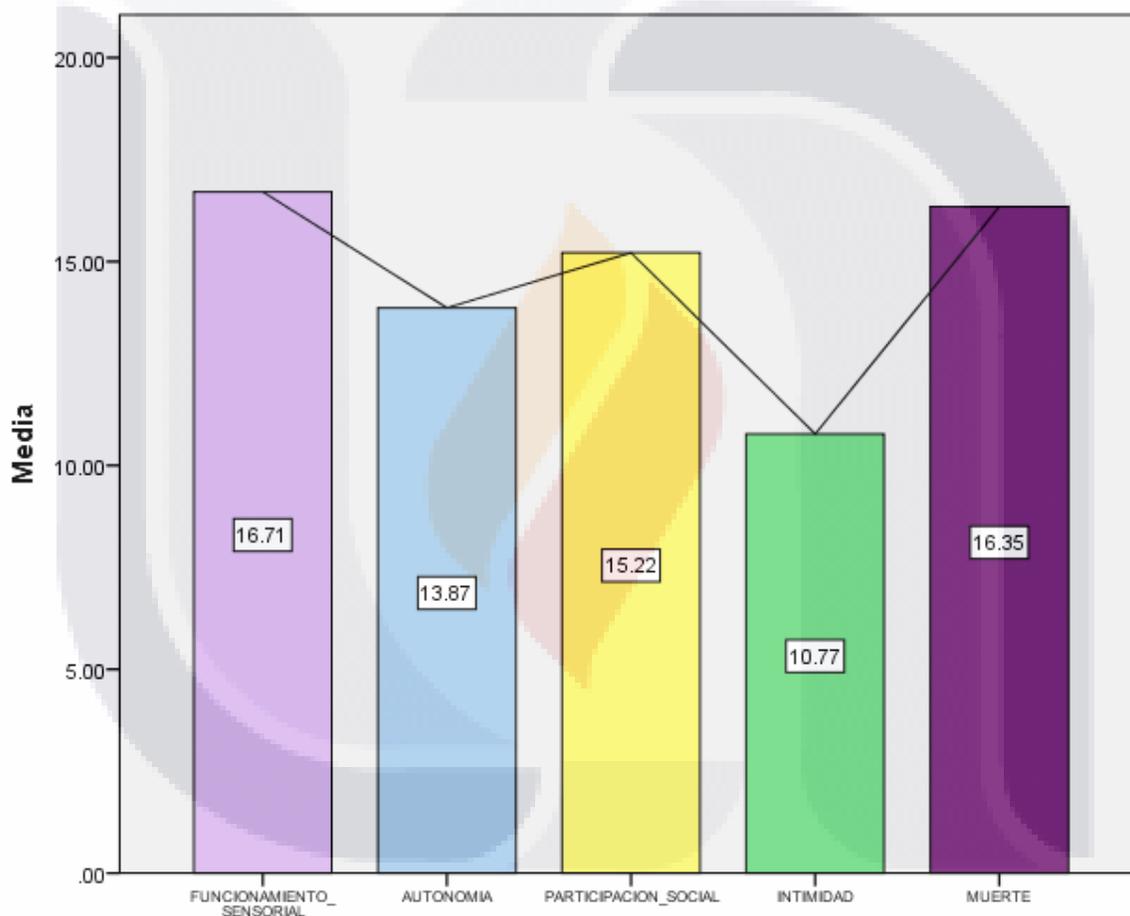


Gráfico 10. Puntuación media obtenida en dimensiones consideradas en Whoqol-old versión 20 en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJES DE LAS DIMENSIONES RESPECTO A CATEGORÍAS DE CALIDAD DE VIDA

Frecuencias absolutas de puntuación en las dimensiones de calidad de vida de Whoqol-Old.

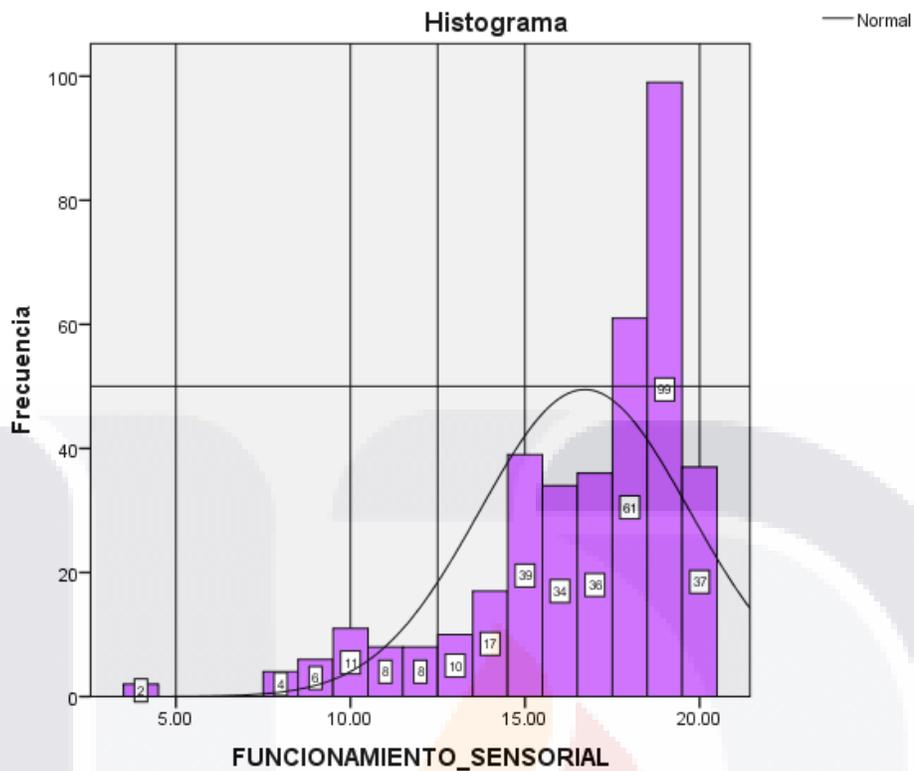
Dimensiones	Total	Porcentajes	Media	Desv.tipico	Varianza
Funcionamiento sensoria	372	100%	16.70	2.99	8.9
Autonomía	372	100%	13.86	3.22	10.4
Participación social	372	100%	15.21	3.22	5.5
Intimidad	372	100%	10.77	2.36	24.8
Muerte	372	100%	16.34	4.98	13.2

Tabla 8. Cuestionario Whoqol-old versión 20 aplicado a 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

DIMENSIÓN 1: FUNCIONAMIENTO SENSORIAL.

Mediante la aplicación del Whoqol-old versión 20, la dimensión de funcionamiento sensorial tuvo un puntaje que iba desde 4 hasta 20 puntos, con un rango de 16 puntos y una media de 16.70 ± 2.99 , un intervalo de confianza para la media al 95% de 16.40 y para la recortada al 5% 16.97, con una varianza de 8.98. Para el percentil 25 fue de 15 puntos y para el percentil 75 fue de 19 puntos.

Para la población valorada se encontró que la mayoría de los pacientes adultos mayores percibían un adecuado funcionamiento sensorial, teniendo una mejor percepción de calidad de vida.



Nota al pie

Gráfico 11. Puntuación media obtenida en la dimensión de funcionamiento sensorial de 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

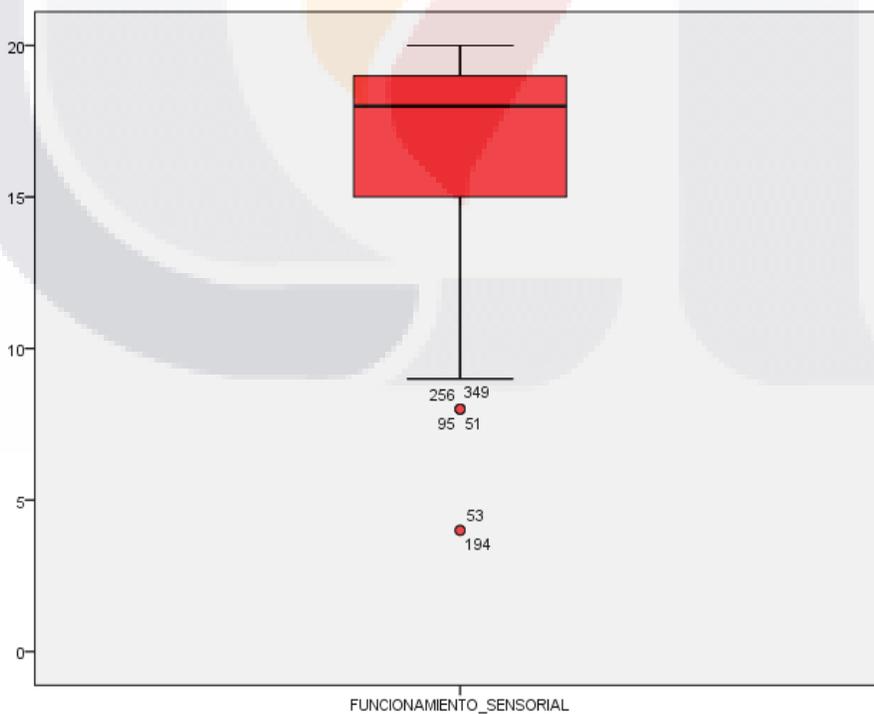


Gráfico 12. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 1: Funcionamiento Sensorial: Cuestionario del Informante sobre calidad de vida.

DIMENSIÓN 2: AUTONOMÍA

Esta dimensión tiene un puntaje que va desde 4 hasta 20 puntos, con un rango de 16 puntos y una media de 13.87 ± 3.22 , un intervalo de confianza para la media al 95% de 13.53 y para la recortada al 5% 13.88, con una varianza de 10.40. Para el percentil 25 fue de 11.5 puntos y para el percentil 75 fue de 16 puntos.

Para la población valorada se encontró que la mayoría de los pacientes adultos mayores se encontraban entre la media.

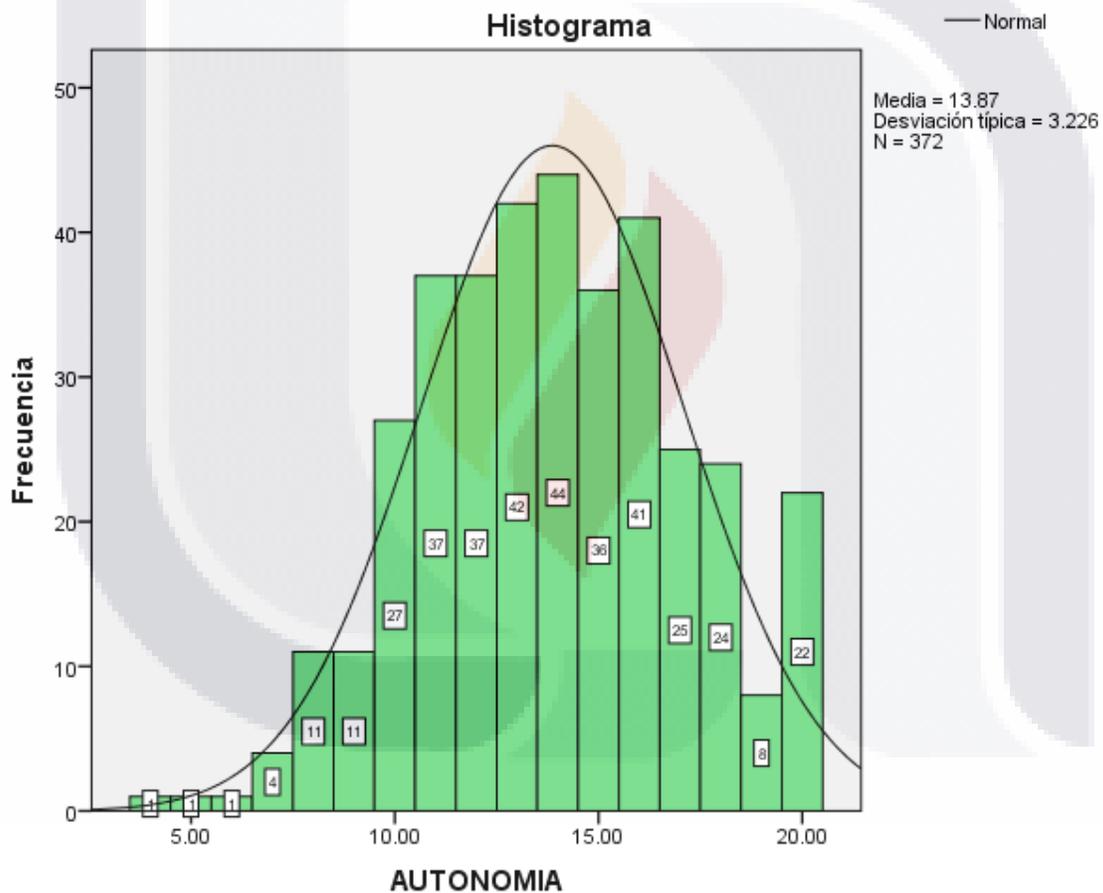


Gráfico 13. Puntuación media obtenida en la dimensión 2 de Autonomía en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

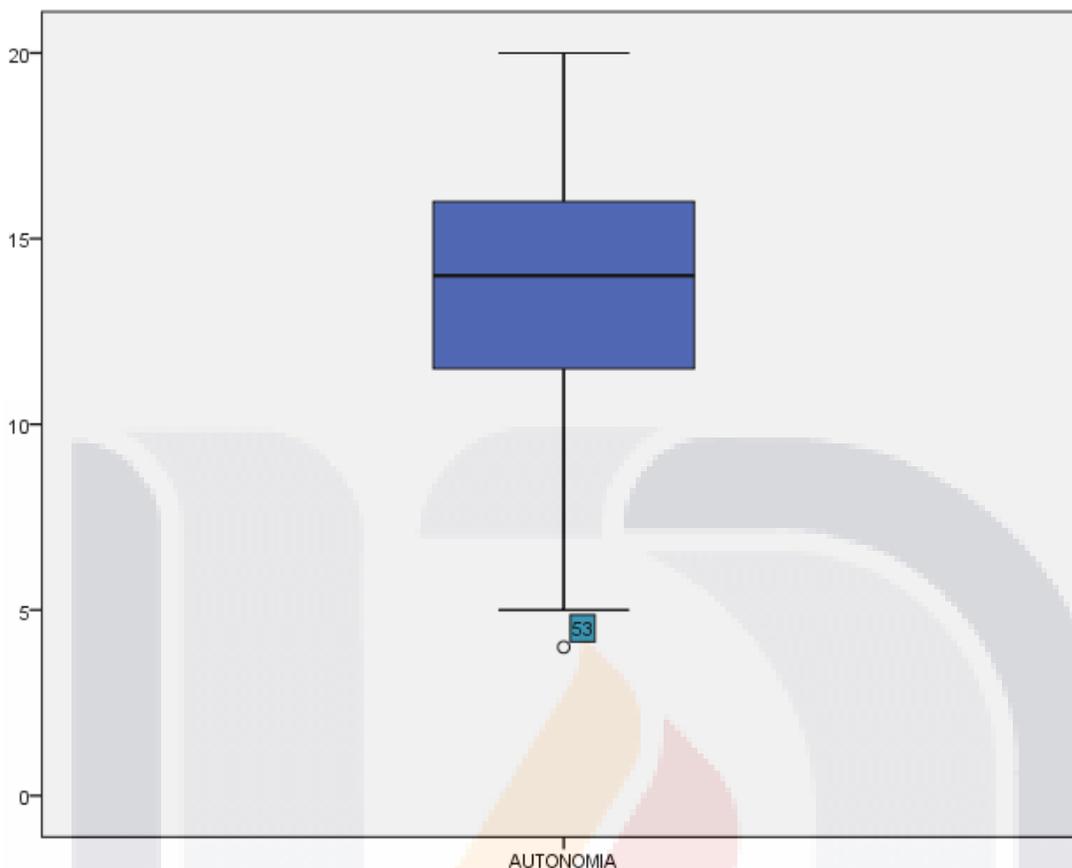


Gráfico 14. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 2: Autonomía: Cuestionario del Informante sobre calidad de vida

DIMENSIÓN 3: PARTICIPACIÓN SOCIAL

Esta dimensión tiene un puntaje que va desde 4 puntos como mínimo hasta 20 puntos como máximo, con un rango de 14 puntos y una media de 15.21 ± 2.37 , un intervalo de confianza para la media al 95% de 14.97 y para la recortada al 5% 15.26, con una varianza de 5.59. Para el percentil 25 fue de 14 puntos y para el percentil 75 fue de 16 puntos.

En esta dimensión podemos observar que la distribución de respuesta de la población se encontró con mayor porcentaje hacia los extremos y con un puntaje mayor que sobresale a la media.

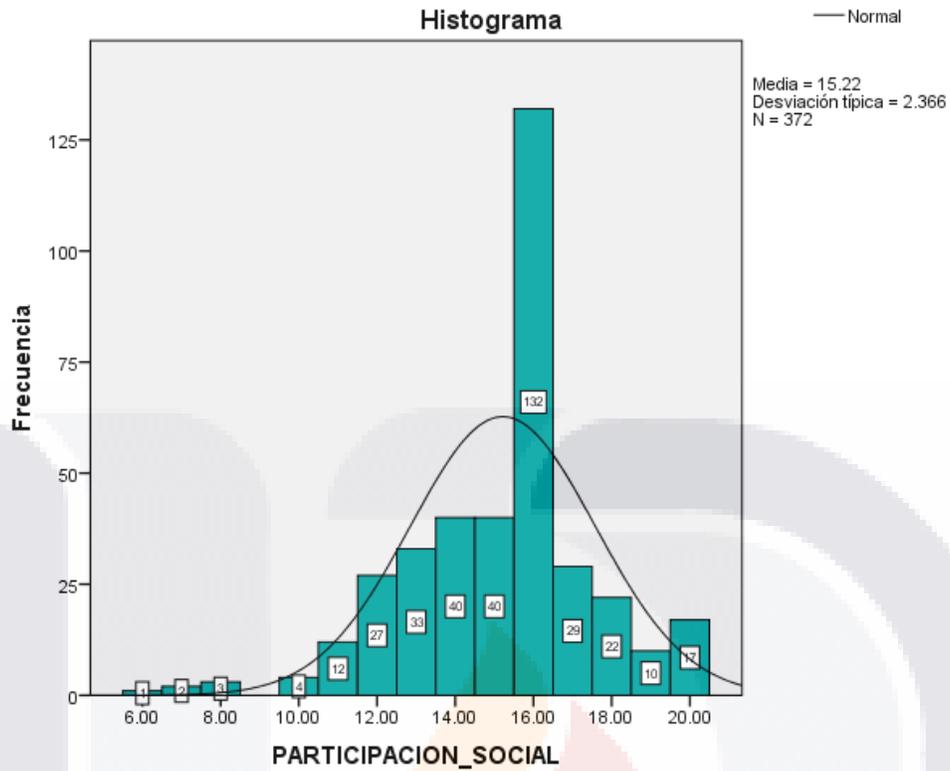


Gráfico 15. Puntuación media obtenida en la dimensión 3 de Participación Social en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

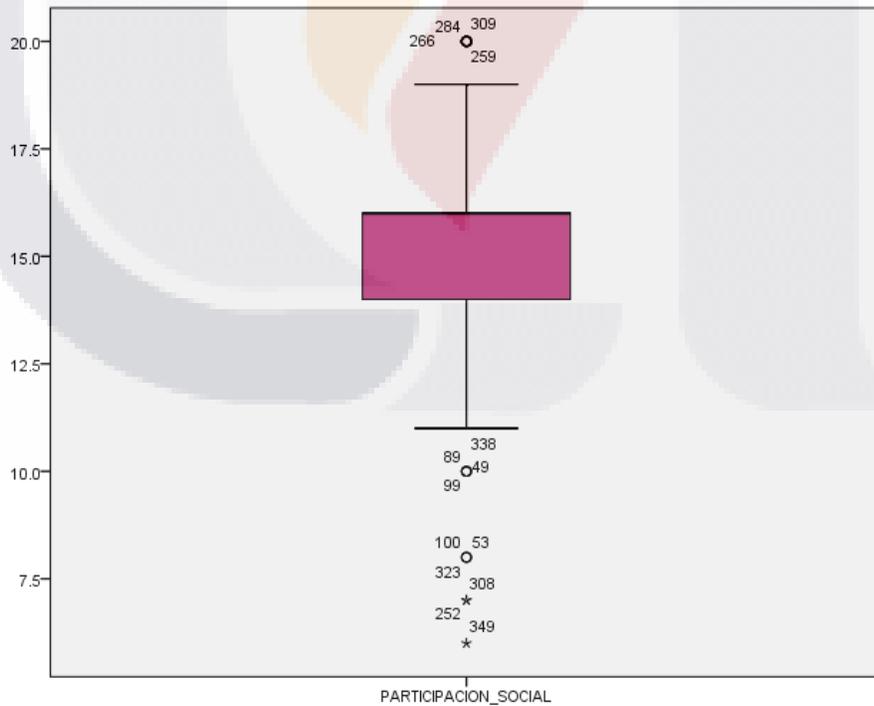


Gráfico 16. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 3: Participación Social: Cuestionario del Informante sobre calidad de vida

DIMENSIÓN 4: INTIMIDAD

Esta dimensión tiene un puntaje que va desde 4 puntos como mínimo hasta 20 puntos como máximo, con un rango de 16 puntos y una media de 10.77 ± 4.98 , un intervalo de confianza para la media al 95% de 11.27 y para la recortada al 5% 10.63, con una varianza de 24.83. El percentil 25 fue de 4 puntos y para el percentil 75 fue de 14 puntos.

En esta dimensión se observa que la mayoría de los pacientes se encontraron con respuestas bajas, ya que se disminuyó su nivel de intimidad con su pareja.

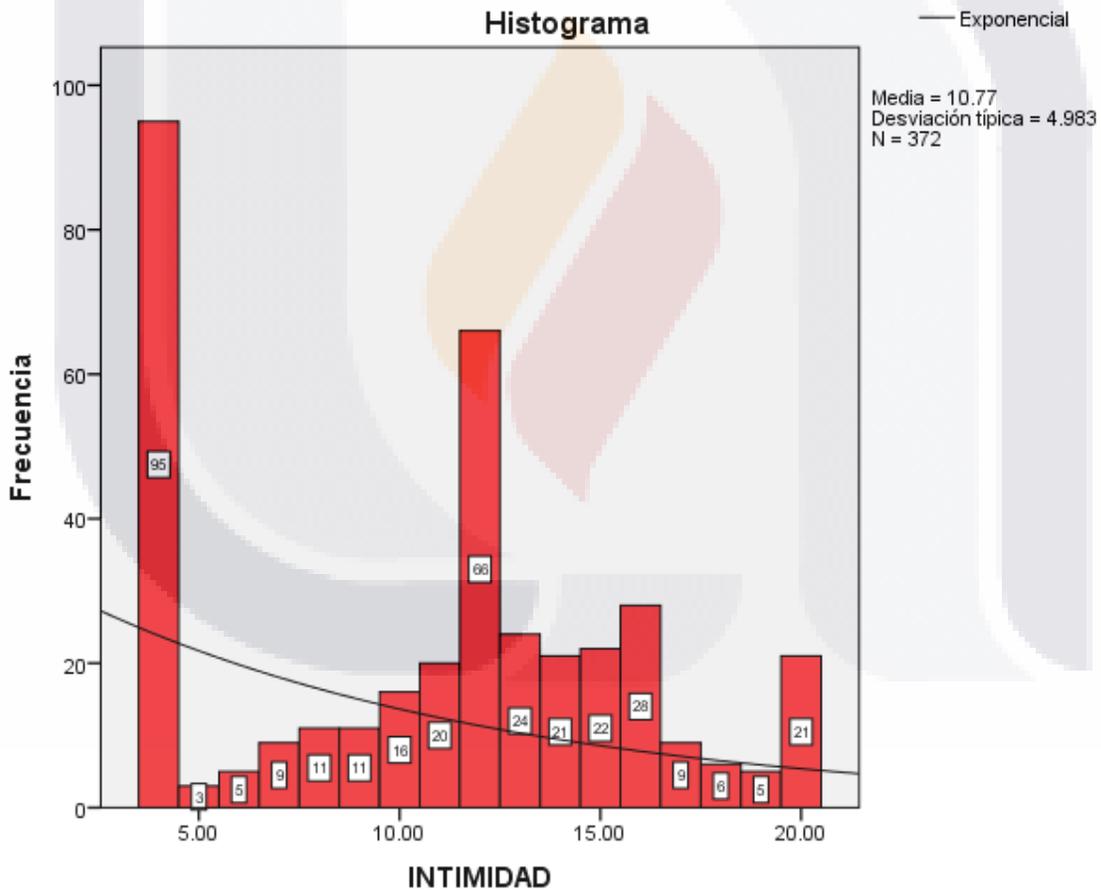


Gráfico 17. Puntuación media obtenida en la dimensión 4: Intimidad en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.

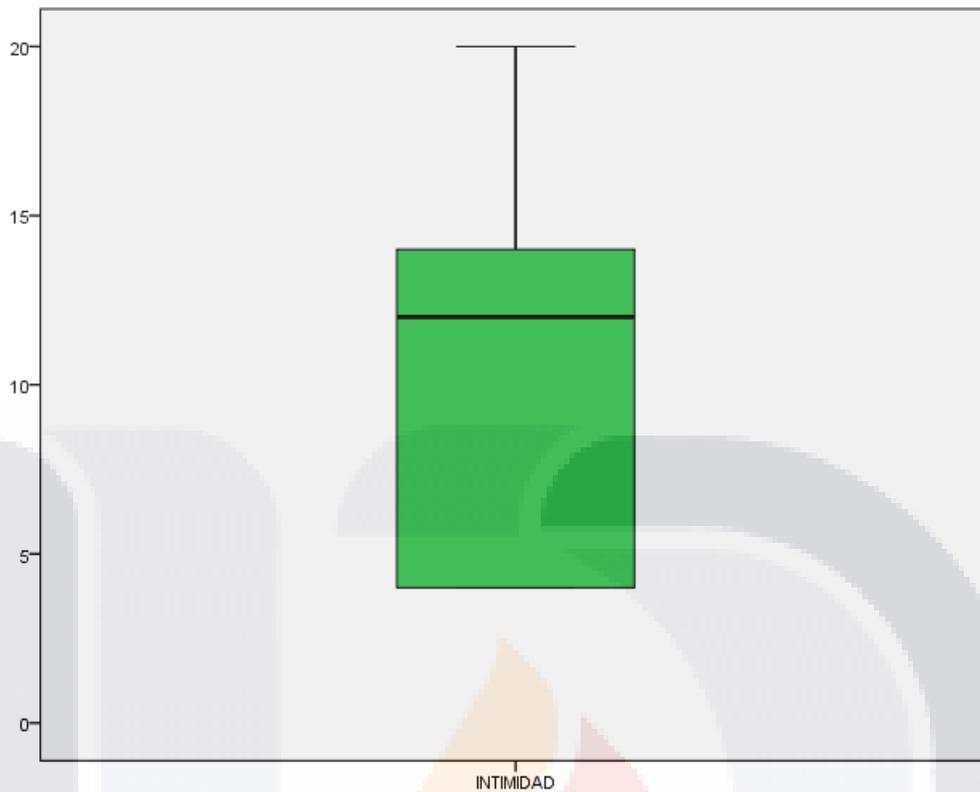


Gráfico 18. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 4 Intimidad: Cuestionario del Informante sobre calidad de vida

DIMENSIÓN 5: MUERTE

Esta dimensión tiene un puntaje que va desde 4 puntos como mínimo hasta 20 puntos como máximo, con un rango de 16 puntos y una media de 16.34 ± 3.64 , un intervalo de confianza para la media al 95% de 15.97 y para la recortada al 5% 16.65, con una varianza de 13.28. El percentil 25 fue de 14 puntos y para el percentil 75 fue de 20 puntos.

En esta dimensión se observa que la mayoría de los adultos mayores tenían respuestas altas en relación a la muerte, ya que era poco su temor hacia este tema.

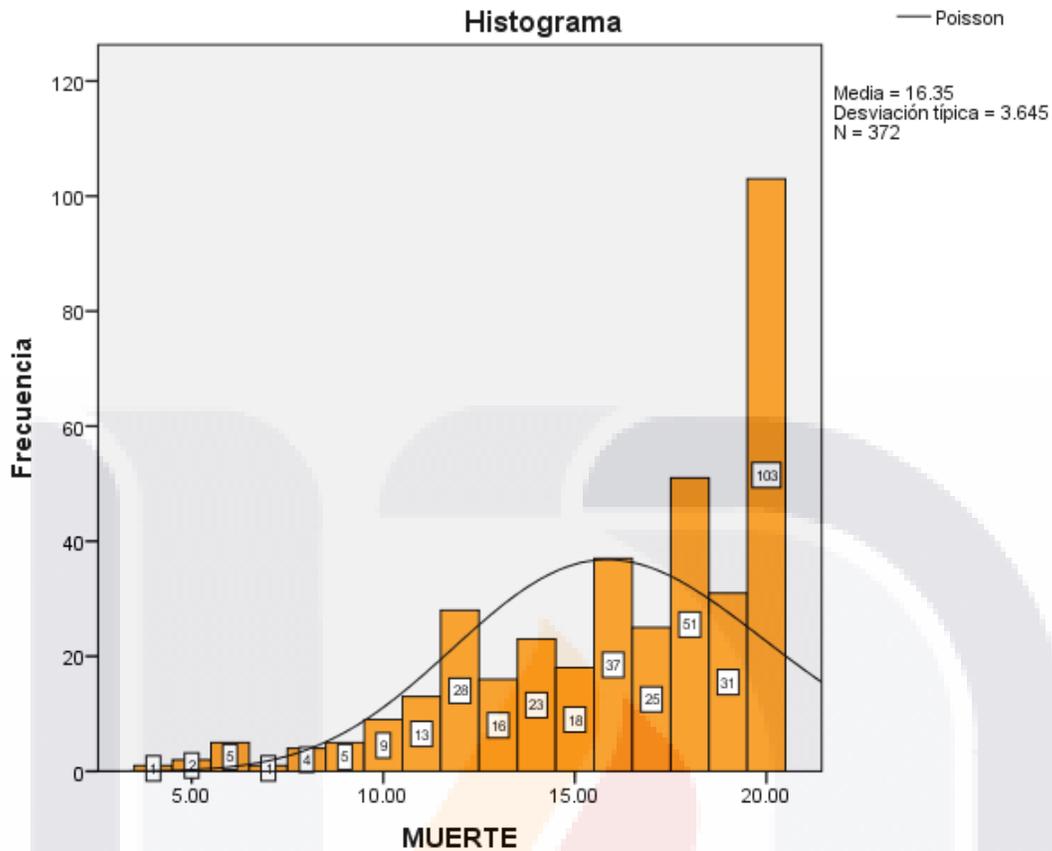


Gráfico 19. Puntuación media obtenida en la dimensión 5: Muerte en 372 pacientes entrevistados en la consulta externa de la UMF No.1 octubre 2018.



Gráfico 20. Gráfico de cajas del puntaje de la dimensión 5 Muerte: Cuestionario del Informante sobre calidad de vida

XIX. DISCUSIÓN

La evaluación de calidad de vida en el adulto mayor ha tomado un lugar importante en el área de investigación en los últimos años, principalmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, esto se debe a que el incremento de la esperanza de vida ha conducido a un envejecimiento poblacional, con el crecimiento del número de adultos mayores, se vuelve necesario promover políticas de salud y de bienestar general que garanticen una calidad de vida buena y digna para este grupo poblacional.

El concepto de calidad de vida está determinado por varios factores y abarca múltiples esferas lo que lo vuelve complejo y de gran debate en el mundo, se pueden tomar diversos factores objetivos y relacionarlos con calidad de vida, pero la expresión esencial de este constructo se aprecia en el orden subjetivo, es decir lo percibido por el individuo.

Con estos antecedentes se estudió la calidad de vida relacionada con el envejecimiento de 372 adultos mayores pacientes de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, partiendo del instrumento WHOQOL-Old de la OMS y con la aplicación del instrumento WHOQOL-Old versión 20, la muestra fue seleccionada aleatoriamente, y presentó las siguientes características sociodemográficas: la media de edad fue de 67.417 ± 6.57 años, (min: 60 años; máx. 92 años). Prevalció el grupo de edad de 62-71 años, el sexo femenino (68.8%), casados (57.3%), que conviven con sus parejas (36%), con pareja e hijos (22.8%), instrucción primaria (45.2%), inactivos laboralmente (79.3%) creyentes de la católica (92.2%). Los adultos mayores con enfermedades crónicas (86.6%), las enfermedades mayormente reportadas fueron: Diabetes mellitus (44.9%), Hipertensión Arterial Sistémica (60.5%), Insuficiencia Renal Crónica (4.3%), patología tiroidea (14%), neoplasias (2.4%) y finalmente otro tipo de patología (16.7%).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las características sociodemográficas se relacionan con investigaciones previas realizadas en adultos mayores, donde ha predominado también el sexo femenino, De Souza S.G, Iwanow C.T et al 2016, Mezadri T, Peter L.G et al 2016, casi en todos nuestros antecedentes se evidencia una prevalencia mayor de género femenino al hablar de longevidad Yukari Priscila, Ito Emi. (2012).

En relación a la convivencia que tiene el adulto mayor, se determinó que en su mayoría todavía vivían con su esposa y alguno de sus hijos en relación a Mezadri T, Peter L.G et al,2016; a diferencia de otros estudios que los adultos mayores vivían solos o eran viudos De Souza S.G, Iwanow C.T 2016; Santos, L.F, Oliveira L.M et al, 2015 mencionan que las puntuaciones son más altas en la población que participa en algún grupo de promoción y favorece la calidad de vida de los mayores independientemente de su estado civil. Bilgili N., Arpacı F. 2014 “el estado civil tiene un papel fundamental para el apoyo y mejoramiento de la calidad de vida”.

También es importante señalar que el nivel de instrucción en nuestro estudio, así como en la mayoría de nuestros antecedentes reportados, concuerdan en que tenían un nivel académico bajo. De igual forma es importante señala que el nivel de calidad de vida está muy ligado a las enfermedades crónico-degenerativas que padece el paciente y con la actividad física. Mezadri T, Peter L.G et al 2016 concluye que existe asociación entre el dominio físico y el nivel de actividad física. Estrada A., Cardona D et al, 2011 menciona “la calidad de vida en la tercera involucra muchas variables y uno importante es el déficit en su salud.”

Como se mencionó el instrumento utilizado en la presente investigación fue el WHOQOL-Old que consta de 20 preguntas y evalúa 5 dominios, se buscó conocer las propiedades psicométricas del instrumento luego de la adaptación al castellano hablado en México y con la disminución de 4 reactivos mencionados (desaparece dimensión de actividades pasadas, presentes y futuras), para esto se evaluó la consistencia interna de instrumento con la técnica estadística alfa de Cronbach,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuyo resultado fue un coeficiente α de Cronbach de 0,831; lo que indica que el test utilizado es de adecuada fiabilidad estadística.

Estudios de validación del instrumento Whoqol-Old muestran los siguiente hallazgos: en la población española; Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. 2011, obtuvieron un α de Cronbach 0,801, en la población chilena; Urzúa A, 2012 y Cuadra-Peralta A., Medina C.E.F., Salazar G.K.J. 2016, obtuvieron un α de Cronbach de 0,837 y 0,823 respectivamente, en la población mexicana; Acosta-Quiroz et al 2013, Hernández-Navor, J.C., et al. 2015, obtuvieron un α de Cronbach de 0,84 y 0,862 respectivamente. Los valores del coeficiente α de Cronbach en los estudios mencionados es aceptable y de adecuada fiabilidad estadística, muy similares al valor que se obtuvo en el presente estudio, pero es importante señalar que tuvimos la pérdida de una dimensión y por lo tanto de reactivos en nuestro instrumento, Hernández-Navor, J.C., et al. 2015 menciona que: “el instrumento se comporta de manera más confiable con menos elementos”, lo que sucedió en nuestra población.

Al analizar el instrumento Whoqol-Old se encontró una puntuación media de 72.96 \pm 10.09 puntos sobre 100 puntos (mínimo 45 puntos; máximo 98 puntos), con valores similares a los reportados para Hernández-Navor, J.C., et al 2015, considerando que su estudio fue en pacientes institucionalizados y nuestro estudio fue para la población en general, por lo que nosotros tuvimos puntajes menores para calidad de vida en nuestra población en comparación con Acosta-Quiroz et al 2013. Nosotros consideramos dos categorías en los resultados, lo que fue mayor calidad de vida con puntajes cercanos a 100 y baja calidad de vida con puntajes cercanos al 0, con apego a los resultados reportados por Power, Quirenn, Schmidt & The WHOQOL-OLD Group, 2005.

Respecto a las dimensiones de calidad de vida evaluadas por el WHOQOL-Old, se obtuvo la puntuación más alta para la dimensión muerte con una media de 16.35 puntos, la dimensión con puntaje más bajo fue para intimidad con una media de

10.77%. El orden de las dimensiones mejor percibidas fue: conformidad con la muerte, funcionamiento sensorial, participación social, autonomía y finalmente la dimensión de intimidad.

En concordancia con otros estudios se obtuvieron las puntuaciones más bajas en la dimensión de intimidad o rol emocional. (Mezadri T, Peter L.G, et al 2016; Hernández H.J, Chávez, M.S, Nilton Y.C. 2016; Estrada A., Cardona D. et al 2011), algunos otros antecedentes concordaron con nuestros resultados en que la dimensión más alta era la percepción en relación a la muerte, pero con resultados diferentes a la dimensión baja como son: Acosta-Quiroz C.O, et al, 2013; Bilgili N., Arpacı F, et, al, 2014 . Y algunos otros estudios reportaron resultados similares al nuestro con respecto a la dimensión con menor puntaje Intimidad (Leplege A, Guillaume P, et al, 2013; Yukari Priscila, Ito Emi. 2012;) I Tavares DMS, et al, 2015 y Hernández H.J, Chávez, M.S, Nilton Y.C. 2016 señala que la dimensión de intimidad además de ser la peor puntuada es significativamente menor en el área urbana comparada con la rural.

Resultados totalmente opuestos a los nuestros está, el de Santos, L.F, Oliveira L.M, et al 2015, habría que señalar que este estudio fue en una población muy pequeña y sobre todo en un grupo dirigido, ya que tenían un programa de promoción a la salud, a lo cual se asocia el resultado.

XX. CONCLUSIÓN

El instrumento utilizado en la presente investigación WHOQOL-Old adaptado, menos 1 dimensión de 4 reactivos (Actividades pasadas, presentes y futuras), es válido por su adecuada fiabilidad estadística, para investigar calidad de vida relaciona con la vejez en adultos mayores de nuestra población.

El instrumento Whoqol-Old puede ser útil como instrumento de tamizaje, para conocer y detectar las dimensiones con mayor debilidad para poder intervenir en ellas.

El 72% de los adultos mayores de la consulta externa de la UMF No.1 en aspectos relacionados al envejecimiento percibe su calidad de vida como buena calidad y el resto como baja calidad de vida.

Existe una relación importante entre la edad y la calidad de vida, pero que el efecto de la edad sobre CV puede minimizarse si se mejoran las circunstancias sociales, psicológicas y de salud del adulto mayor.

Los adultos mayores que viven con sus parejas o con su pareja e hijos tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, con sus hijos o con otro familiar.

La escolaridad baja sigue con puntajes altos en nuestro estudio, lo que nos proporciona disminución en su calidad de vida.

Los adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No.1 tienen una mejor percepción de calidad de vida en las dimensiones de conformidad con la muerte, funcionamiento sensorial, participación social y menor percepción de calidad de vida en las dimensiones de autonomía e intimidad.

XXI. LIMITACIONES

En primer lugar, respecto a la muestra se buscó uniformidad; por lo que intencionalmente no se incluyó a la población adulta mayor institucionalizada, existen datos en estudios comparativos de que la población adulta mayor institucionalizada presenta una menor calidad de vida en comparación a la no institucionalizada, inicialmente la intención era poder tener misma población de hombre como de mujeres, pero se imposibilitó ya que la asistencia a la consulta externa de medicina familiar fue mayormente por el sexo femenino. Tampoco se incluyó a personas con trastornos cognitivos severos; por la imposibilidad de responder la encuesta ni personas con demencia por su dificultad al poder responder las preguntas, como se menciona en la metodología los instrumentos fueron aplicados por los investigadores a los adultos mayores por lo que la discapacidad auditiva severa-completa fue un limitante.

Respecto a la búsqueda de evidencia científica, en México existen pocos estudios sobre calidad de vida en aspectos propios del envejecimiento y con menor bibliografía estudios donde se utilice el instrumento Whoqol-Old, en nuestro país contamos con dos estudios de validación del instrumento lo cuales no han sido determinantes por sus grandes diferencias, lo que provoca que las comparaciones se realicen con estudios en poblaciones latinoamericanas y europeas, con las que no se tiene las mismas condiciones sociodemográficas, sistemas o intervención en salud.

Se requiere más estudios sobre el instrumento Whoqol-Old y valorar su uso no solo para calidad de vida, sino investigar su uso como tamizaje para detectar áreas de afectación del adulto mayor, mide lo que quiere medir cada dimensión, pero su correlación entre ítem es baja.

XXII. RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación planteamos las siguientes recomendaciones:

Recomendamos que la valoración subjetiva de calidad de vida se incluya dentro del protocolo de estudio integral del adulto mayor; con una herramienta normalizada por los organismos de salud pública para uso en la práctica clínica diaria, es decir que forme parte de la valoración geriátrica integral, para que además de las variables sociodemográficas, se pueda relacionar de mejor manera la calidad de vida con funcionalidad, trastornos del estado de ánimo, dependencia, morbilidad y otros indicadores objetivos en salud en el adulto mayor.

Recomendamos la confirmación de diagnósticos y comorbilidades en base a historias clínicas de cada paciente para obtener una información más fiable en estas variables sociodemográficas.

En futuros estudios recomendamos la correlación con otras variables sociodemográficas como situación económica, relaciones familiares, localidad urbana/rural, entre otras.

Recomendamos también, la investigación subjetiva de calidad de vida en el adulto mayor de manera periódica, para dar seguimiento a intervenciones en salud.

Recomendamos la investigación y validación del instrumento WHOQOL-Old en diferentes regiones y poblaciones del país, así como utilización del instrumento como tamizaje en las dimensiones afectadas.

XXIII. BIBLIOGRAFÍA

[1] De Souza S.G, Iwanow C.T “Calidad de Vida de ancianos en la estrategia de salud familiar” Revista familia, Ciclos de vida. (2016) INSS: 2018-8413 DOI:10.18554/refacs.v4i3.1774

[2] Mezadri T, Peter L.G, VALLE DE Lacerda L.L, Caleffi F, Reis F. M. “Calidad de vida y actividad física en personal de la tercera edad con apoyo de la estrategia Salud familiar en Itají, SC, Brasil”. Rev. Bras Ativ Fisi Saude 2016;21 (1)45-54 DOI:10.12820/rbafs.v21n1p45-54.

[3] Santos, L.F, Oliveira L.M, Almeida C, Barbosa M.A, Nunes D, Brasil V.V. “Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud”. Rev de enfermería octubre 2015. ISSN 1695-6141.

[4] Hernández H.J, Chávez, M.S, Nilton Y.C. “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú”. Escuela de medicina Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública 2016.

[5] Estrada A., Cardona D., Segura A.M, Chavarriaga L.M, Ordoñez J., Osorio J.J. “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín” Artículo Original, Biomédica 2011;31:492-502.

[6] Yukari Priscila, Ito Emi. (2012) “Activities with higher Influence on Quality of life in older adults in Japan” Universidad DE Kyoto Facultad de Medicina, unidad de ciencias de la salud humana, Sakito-ku, Kioto, Japón. Y departamento de terapia ocupacional de la facultad de ciencias de la salud.

[7] Bilgili N., Arpaci F., “Calidad de vida de los adultos mayores en Turquía” ELSEVIER, Archivos de gerontología y geriatría 59 (2014) 415-421.

[8] Lepage A, Guillaume P, Ecosse E, Hervy M.P, Ankri J. Von Steinbuchel N. “un nuevo instrumento para medir la calidad de vida en las personas mayores: la versión francesa del Whoqol-old” Medicina Interna Diario 34 (2013) 78-84 Elsevier Masson France.

[9] Acosta-Quiroz C.O., Vales-García J.J, Echeverría-Castro S.B, Serrano-Encinas D.M, Garcia-Flores R. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mexicanos. Psicología y Salud, Vol.23, Núm.2:241-250 Julio-diciembre de 2013.

[10] Fernández Julio, J. Departamento de Antropología Social. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Universidad de Valencia 2009.

[11] Garcia F. "Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca" Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. México Julio del 2014.

[12] Sanabria Hernández, María Sheila (2016). Calidad de vida e instrumentos de medición. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación, Sección de Ciencias de la Información.

[13] Herrera C.C, Mora S.J. "Percepción de calidad de vida Mediante el cuestionario Whoqol-Old en adultos mayores". Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina (2016.)

[14] Verdugo Alonso, Miguel A.; Gómez Sánchez, Laura E.; Arias Martínez, Benito (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Publicaciones del INICO. Primera Edición, Salamanca España.

[15] Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) "Ley de los derechos de las personas adultas mayores" (2016)
<https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>.

[16]www.marista.edu.mx/documents/download/36/transicion-demograficademexico

[17]<http://www.marista.edu.mx/documents/download/36/envejecimiento-de-la-poblacion-mundial>

[18] Rodríguez Daza, Karen. Vejez y envejecimiento. Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2010. P 42, Documento de investigación:12

[19] Yanguas Lezaun, José Javier. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Primera edición 2006. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid España.

[20] Urzúa M, A., Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factorial de las versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena. Revista Médica de Chile, 141, 28-33.

[21] Urzúa Ma. A. Navarrete M. "calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL- OLD en población chilena" Línea de Investigación Salud y Calidad de vida, Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile. Rev Med Chile 2013; 141:28-33.

[22] Liu, R., Wu, S., Hao, Y., Gu, J., Fang, J., Caí, N., Zhang, J (2013). The Chinese Version of The World Health Organization Quality of Life Instruments-Older Adults

Module (WHOQOL-OLD): Psychometric Evaluation. Health And Quality Of Life Outcomes, 11,1-8.

[23] Urzúa Ma. A. Navarrete M. "calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL- OLD en población chilena" Línea de Investigación Salud y Calidad de vida, Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile. Rev Med Chile 2013; 141:28-33.

[24] "Condiciones sociodemográficas de los adultos mayores en México" <https://www.economista.com.mx/finanzaspersonales/Condiciones-sociodemograficas-de-los-adultos-mayores-en-Mexico-20170905-0134.html>

[25] Envejecimiento [Internet]. ONU, 2017. Available from: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

[26] <http://www.lja.mx/2017/06/adultos-mayores-en-aguascalientes-apunte/>

[27] http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/transparencia/transparenciasolicitudes/solicitudes/archivos/00002900_06062008_resc.pdf

[28] Martínez Campos J, Calderón Limón R. Nivel de conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas, una estrategia educativa promotora de la participación basada en el aprendizaje educativo. [Postgrado.]. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2009.

[29] Garcia F. "Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca" Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. México Julio del 2014.

[30] Sanabria Hernández, María Sheila (2016). Calidad de vida e instrumentos de medición. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación, Sección de Ciencias de la Información.

[31] Fernández Julio, J. Departamento de Antropología Social. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Universidad de Valencia 2009.

[32] Rodríguez, Nancy; García T., Margarita (2005). La noción de la calidad de vida desde diversas perspectivas. Revista de Investigación, núm. 57, pp 57-68.

[33] <https://mayoresdehoy.com/2012/11/25/cuales-son-las-leyes-y-normas-que-aplican-para-los-adultos-mayores-en-México/>

[34] Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Ley publica en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002, última reforma DOF 22-11-2016. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>

[35] Ley para la protección especial de los adultos mayores del estado de Aguascalientes.

<http://www.aguascalientes.gob.mx/Transparencia/Puntos/Obligaciones/Formatos/SANJOSE/1.MARCONORMATIVO-1482014-144518.pdf>

[36] Guía de Práctica Clínica para la Valoración-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio México: Secretaría de Salud, 2011. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

[37] Villareal Martínez, Mónica. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas. CEPAL – Serie Población y desarrollo. Santiago de Chile. <http://www.cepal.org>

[38] Robles Ma, Miralles R. Llorach I. Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población Diana. Tratado de Geriatría para residentes.

[39] Población adscrita a médico familiar por grupos de edad y sexo UMF1, Aguascalientes. Junio 2017. Unidad de Educación, Investigación y políticas en Salud. Coordinación de Planeación en Salud. Fuente: Dirección de incorporación y Recaudación.

[40] Lucas, R. (2007). Perspectiva internacional de calidad de vida en las personas mayores. Proyecto WHOQOL-OLD. Vertex, 18 (72), 130-137.

[41] Organización Mundial de la Salud. WHOQOL, Calidad de vida. “Medición de la calidad de vida”. Instrumentos de calidad de vida de la Organización mundial de la salud (WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF). División de salud mental. Programa de Salud Mental.

[42] Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. Aging y mental Health, 15 (5), 595-604.

[43] Abad FJ, Garrido J, Olea J, Posada V. Introducción a la psicometría teoría clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al ítem. 2004; (febrero): 150.

[44] Argibay JC. Técnicas Psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad. Subjetividad y Procesos Cognitivos. 2006; 15-33.

[45] Cronbach L. Coefficient Alpha and the internal structure of tests, Psychometric. 1951; 16:297-334.

[46] Hawthorne G., Davidson N., Quinn K., McCrates F, Winkle I., Lucas R, Molzahn A., “Problemas en la realización de la investigación transcultural: implementación de un protocolo internacional acordado por el grupo WHOQOL para la realización de

grupos focales, provocando la calidad de vida de los adultos mayores”, *Calidad de vida de Investigación* (2006): 15. 1257-1270 DOI 10.1207/sf 1136-006-0062-4 Springer.

[47] Flores V. Ma, Veda L, María G, González Pérez G. “Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia”. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Primera edición, 2011.

[48] June C. Nunnally. *Psychometric theory*. Publ McGraw-Hill. 1987;310.

[49] Organización Mundial de la Salud. WHOQOL, Calidad de vida. “Medición de la calidad de vida”. Instrumentos de calidad de vida de la Organización mundial de la salud (WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF). División de salud mental. Programa de Salud Mental.

[50] Urzúa Ma. A. Navarrete M. “calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL- OLD en población chilena” Línea de Investigación Salud y Calidad de vida, Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile. *Rev Med Chile* 2013; 141:28-33.

[51] Hawthorne G., Davidson N., Quinn K., McCrater F, Winkle I., Lucas R, Molzahn A., “Problemas en la realización de la investigación transcultural: implementación de un protocolo internacional acordado por el grupo WHOQOL para la realización de grupos focales, provocando la calidad de vida de los adultos mayores”, *Calidad de vida de Investigación* (2006): 15. 1257-1270 DOI 10.1207/sf 1136-006-0062-4 Springer.

[52] Power, Quinn, Schmidt & The WHOQOL-OLD Group, 2005. *The WHOQOL-OLD module-manual*, World Health Organization, European Office (Copenhagen) mayo 2006. University of Edinburgh.

XXIV. ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación vigente en los Estados Unidos Mexicanos desde el año 984.

De acuerdo a lo establecido en dicho reglamento, en su Título Segundo, referente a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en su Capítulo Primero, Artículo No. 17, Inciso I, la presente investigación se considera:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Además y para protección médico – paciente se considera la aplicación de las recomendaciones estipuladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”, la cual es adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. En el noveno principio básico, refiere que, en toda investigación en personas, cada participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear; el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. Se agrega la carta de consentimiento informado.

XXV. FINANCIAMIENTO Y RECURSOS.

- Recursos humanos
 - Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar (tesista), investigador principal, investigador metodológico y bibliotecaria del HGZ No.1.
- Recursos tecnológicos
 - Laptop con Microsoft Office 2016.
 - Base de datos de Conricyt (EBCO, PUBMED)
- Recursos materiales
 - Vehículo propio, computadora, memoria USB, impresora e Insumos.

Categoría	Costo Unitario (\$)	Cantidad	Costo Total (\$)
Computadora	5,000	1	7,000
Tabla de apoyo	60	10	600
Lápices	5	20	100
Sacapuntas	5	2	10
Hojas	100	3	300
Memoria USB	200	2	400
Fotocopias	0.50	330	165
Engrapadora	100	1	100
Grapas	30	2 (caja)	60
Cartucho de Tinta	500	2	1,000
Total (\$)		9,900	

XXVI. FACTIBILIDAD

Nuestro estudio de investigación es factible debido a que consiste en determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Siendo factible debido a que cumple con el propósito de utilización inmediata y la ejecución de una propuesta. Se encuentra dentro de los términos legales y es posible de realizar en nuestro entorno social. Existe una necesidad política por las repercusiones del envejecimiento en el adulto mayor, no dañará el medio ambiente y dará el beneficio social en nuestra población de estudio.

XXVII. ANEXOS

1) ANEXO A. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Actividades	MARZO- ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO-NOV 2017	DIC 2017-	JUNIO-JULIO 2018	JULIO 2018	JULIO – AGOSTO 2018	SEPT-OCT	NOV-DIC 2018
1.- Elección del tema	X										
2.- Acopio de información	X										
3.- Revisión de literatura		X									
4.- Diseño de protocolo			X								
5.- Planteamiento del problema				X							
6.- Identificación de antecedentes					X	x					
7.- Justificación							x				
8.- Envío del protocolo al comité local							X	X			
9.- Revisión y modificación del protocolo								X	x		
10.- Registro del protocolo										X	
11.- Aprobación del protocolo										X	
12.- Trabajo de campo										X	
13.- Captura y tabulación de datos										X	
14.- Análisis de resultados										X	
15.- Autorización											X
16.- Elaboración de informe final											X
17.- Discusión de resultados											X

2) ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:		"Percepción de la calidad de vida mediante el formato Whoqol-old en adultos mayores de la consulta externa de la UMF No.1 de la delegación IMSS Aguascalientes."	
Patrocinador externo (si aplica): *		No aplica	
Lugar y fecha:		UMF No1 Aguascalientes, Ags. 2018.	
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:		Con el aumento de la esperanza de vida, los años añadidos debieran ser años de calidad, por se valora en nuestro estudio el nivel de la calidad de vida del adulto mayor, ya que el nivel de vida alcanzado no es estático, es modificable e intervenirle.	
Procedimientos:		Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado como instrumento de evaluación el Whoqol-old.	
Posibles riesgos y molestias:		No existen riesgos potenciales. Debido a que solamente se contestara la encuesta. La cual tomara 10 minutos en responderla.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias para las áreas más afectadas de nuestra población en relación a las dimensiones sobre calidad de vida.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
Participación o retiro:		Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.	
Privacidad y confidencialidad:		El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
En caso de colección de material biológico (si aplica)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		No autorizo que se tome la muestra Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):			
Beneficios al término del estudio:		Conocer el nivel de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la consulta externa de la unidad de medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:		José Antonio Olivas adscrito al Hospital de zona No.1 IMSS, lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 1, dirección: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista, número telefónico: correo electrónico	
Colaboradores:		Joana Salcedo Muñoz, Médico Residente de 3° año de Medicina Familiar, adscrita a Hospital General de Zona No.1, lugar de trabajo: Hospital General de Zona No.1, dirección José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista, número telefónico: 4921230386, correo electrónico: choise_17@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1		_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.			
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.			
Clave: 2810-009-013			

3) ANEXO C. VARIABLES OPERACIONALES

I. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARTE 1

Objetivo	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicador	Tipo de Variable	Ítems	Índices
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad: Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	1. ¿Qué edad tiene?	1) 60 a 69 años 2) 70 a 79 años 3) 80 a 89 años 4) 90 y más años
			Sexo: Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Condición biológica	Cualitativa	2. ¿Cuál es su sexo?	1) Masculino 2) Femenino
			Estado civil: Condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país	Condición de pareja del paciente al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	3. ¿Cuál es su estado civil?	1) Soltero/a 2) Casado/a 3) Unión libre 4) Separado/a 5) Divorciado/a 6) Viudo/a
			Escolaridad: Grado de estudio que la población de 5 y más años de edad aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del Sistema Educativo Nacional	Grado de estudios realizados	Cualitativa Nominal	4. ¿Qué escolaridad tiene?	1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior
			Estado laboral: cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.	Ocupación que desempeña al momento de la entrevista	Cualitativa Nominal	5. ¿se encuentra actualmente realizando alguna actividad con remuneración económica?	1) Activa 2) Inactiva

			Convivencia Es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros).	Con quien vive al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	6. ¿con quién vive?	1) Solo/a 2) Con pareja 3) Con hijos 4) Pareja e hijos 5) Con otro familiar 6) Cuidador
			Religión Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Religión a la que pertenece en este momento	Cualitativa Nominal	7. ¿Cuál es la religión que practica?	1) católica 2) otra

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE MORBILIDAD

Objetivo	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicador	Tipo de Variable	Ítems	Índices
Características de morbilidad	Enfermedades o Alteraciones del organismo o de alguna de sus partes debidas a una causa interna o externa	Características de patología con las que cuenta un individuo.	Enfermedades crónico-degenerativas Enfermedad o Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debidas a una causa interna o externa.	Enfermedades que tiene el paciente al momento de la entrevista	Cualitativa nominal	8. ¿Qué enfermedades tiene?	1) Hipertensión 2) Renales 3) Endocrinológica 4) Oncológicas 5) Otras. ¿Cuáles

II. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO PARTE 2

Objetivo	Definición de la variable	Dimensión	Concepto	Ítem	Tipo de escala, variable y medición	Indicador
Determinar la percepción de la calidad de vida mediante el Whoqol-old en los pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa de la UMF No. 1 del IMSS Aguascalientes, Ags.	<p>PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA</p> <p>Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales los factores ambientales y sus creencias personales [11,13]</p>	Habilidad Sensorial	Capacidad sensorial que afecta la vida diaria y el funcionamiento general del individuo en su ambiente.	<p>1) ¿En qué medida las alteraciones de sus sentidos (por ejemplo, la audición, visión, gusto, olfato, feto) afectan su vida diaria?</p> <p>2) ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto afectan su capacidad para participar en actividades?</p> <p>12) ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?</p> <p>25) ¿Cómo puntuaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Cualitativa ordinal /</p>	<p>5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente</p> <p>5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente</p> <p>5) Nada 4) un poco 3) moderadamente 2) bastante 1) totalmente</p> <p>1) Muy mal 2) mal 3) ni mal ni bien 4) bien 5) muy bien</p>

	WHOQOL-OLD		<p>Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros. Capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere, consiente de las consecuencias de los actos y decisiones.</p>	<p>3) ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?</p> <p>4) ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?</p> <p>5) ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?</p> <p>13) ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?</p> <p>17) ¿En qué medida siente que sale tanto como desearía?</p> <p>26) ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted?</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Cualitativa ordinal /</p>	<p>1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante 5) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante 5) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante 5) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3)moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3)moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Nunca 2) Raramente 3) Mediadamente 4) Frecuentemente 5) Siempre</p>
		Actividades pasadas, presentes y futuras	<p>Grado de satisfacción con los logros pasados y futuros y con el reconocimiento de lo realizado.</p>	<p>14) ¿En qué medida está satisfecho/a con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?</p> <p>15) ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Cualitativa ordinal /</p>	<p>1) Nada 2) un poco 3)moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3)moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p>

				<p>16) ¿tiene suficientes oportunidades para hablar de su pasado?</p> <p>20) ¿En qué grado está satisfecho/a con lo que ha logrado en la vida?</p> <p>24) ¿En qué grado está contento/a con las cosas que es capaz de tener ilusión?</p>		<p>1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Muy descontento 2) descontento 3) ni descontento ni contento 4) contento 5) muy contento</p>
		Participación social	<p>Proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades</p>	<p>6) ¿En qué medida se siente aislado/a de la gente de le rodea?</p> <p>18) ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas a hacer cada día?</p> <p>19) ¿En qué gado está satisfecho/a con su contribución a la sociedad?</p> <p>21) ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?</p>	Escala de likert	<p>5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho</p>

				<p>22) ¿En qué grado está satisfecho/a con su nivel de actividad?</p> <p>23) ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con oportunidades para participar en actividades de la comunidad?</p>		<p>3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p>
		Muerte y el morir	<p>Efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un ser vivo; y con ello el fin de la vida.</p>	<p>7) ¿En qué medida está preocupado/a sobre la muerte de las personas más allegadas?</p> <p>8) ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?</p> <p>9) ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?</p> <p>10) ¿En qué grado está asustado/a de morir?</p> <p>11) ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Cualitativa ordinal /</p>	<p>5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente</p>
		Intimidad	<p>Es la preservación del sujeto y sus actos del resto de seres humanos, pero también se refiere a</p>	<p>27) ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos?</p>	<p>Escala de Likert</p>	<p>1) Nada 2) un poco 3) moderado 4) bastante 5) totalmente</p>

		<p>la característica de un lugar que invita a este estado del ser humano. La intimidad puede ser entendida como un aspecto de la seguridad. También aplica a todo lo referente a la sexualidad.</p>	<p>28) ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?</p> <p>29) ¿En qué medida experimenta amor en su vida?</p> <p>30) ¿En qué medida tiene oportunidades para amar</p> <p>31) ¿Está satisfecho/a con sus oportunidades de contacto físico y relaciones íntimas?</p> <p>32) ¿En qué grado está satisfecho/a con el nivel de intimidad en su vida?</p> <p>33) ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado(a)?</p>	<p>Cualitativa / ordinal</p>	<p>1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante 5) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante 5) extremadamente</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) moderado 4) bastante 5) totalmente</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho 4) satisfecho 5) muy satisfecho</p> <p>1) Nada 2) un poco 3) moderado 4) bastante 5) totalmente</p>
--	--	---	--	------------------------------	---

4) ANEXO D. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE MORBILIDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer el perfil sociodemográfico y la percepción de bienestar de los pacientes, que asisten a la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS Aguascalientes.

La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de los investigadores; le solicitamos que lea con atención cada pregunta y conteste con sinceridad. ¡Agradecemos su participación!

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿Cuál es su sexo? 1.- Hombre _____ 2.- Mujer _____
3. ¿Cuál es su estado civil?
 - 1.- Soltero/a _____
 - 2.- Casado/a _____
 - 3.- Unión libre _____
 - 4.- Separado/a _____
 - 5.- Divorciado/a _____
 - 6.- Viudo/a _____
4. ¿Qué escolaridad tiene? (marque el último que haya completado)
 - 1.- Ninguno _____
 - 2.- Primaria _____
 - 3.- Secundaria _____
 - 4.- Superior _____
5. ¿se encuentra actualmente realizando alguna actividad con remuneración económica?
 - 1.- Activa _____
 - 2.- Inactiva _____
6. ¿Con quién vive?
 - 1.-Solo _____
 - 2.-Con pareja _____
 - 3.-Con hijos _____
 - 4.-Pareja e hijos _____
 - 5.- Otro familiar _____
 - 6.-Cuidador _____
7. ¿Cuál es su religión que práctica?
 - 1.- católica _____
 - 2.- otra _____
8. ¿Qué enfermedades tiene?
 - 1) Diabetes _____
 - 2) Hipertensión _____
 - 3) Renales _____
 - 4) Endocrinológicas _____
 - 5) oncológicas _____
 - 6) Otras. ¿Cuáles?

5) ANEXO E. CUESTIONARIO WHOQOL-OLD VERSIÓN 33

NOMBRE:.....

INSTRUCCIÓN: Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como adulto mayor y como miembro de la sociedad.

Por favor, responda a las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una “x” en la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Por favor, conteste todas las preguntas.

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, por ejemplo, libertad de elegir y sentimientos de control en su vida:

1.- ¿En qué medida las alteraciones de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

2.- ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto afectan su capacidad para participar en actividades?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

3.- ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4.- ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5.- ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6.- ¿En qué medida se siente asilado/a de la gente que le rodea?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

7.- ¿En qué medida está preocupado/a sobre la muerte de las personas más allegadas?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8.- ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

9.- ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

10.- ¿En qué grado está asustado/a de morir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

11.- ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso:

12.- ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

13.- ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14.- ¿En qué medida está satisfecho/a con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15.- ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

16.- ¿Tiene suficientes oportunidades para hablar de su pasado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

17.- ¿En qué medida siente que sale tanto como desearía?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

18.- ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas a hacer cada día?

Nada	Un poco	moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a qué tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

19.- ¿En qué grado está satisfecho/a con su contribución a la sociedad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21.- ¿En qué grado está satisfecho/a de la manera en que utiliza su tiempo?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22.- ¿En qué grado está satisfecho/a con su nivel de actividad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23.- ¿En qué grado está satisfecho/a con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24.- ¿En qué grado está contento (a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?

Muy descontento	Descontento	Ni descontento (a) Ni contento (a)	Contento	Muy contento
1	2	3	4	5

25.- ¿Cómo puntuaría su funcionamiento sensorial ¿por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto?

Muy mal	Mal	Ni mal ni bien	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia con que usted ha experimentado ciertos hechos, por favor, considere esta pregunta como en participar en actividades que tienen sentido para usted.

26.- ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero (a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

27.- ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

28.- ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

29.- ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

30.- ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

31.- ¿Está satisfecho/a con sus oportunidades de contacto físico y relaciones íntimas?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

32.- ¿En qué grado está satisfecho con el nivel de intimidad en su vida?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

33.- ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado(a)?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

6) ANEXO F. INSTRUMENTO FINAL DE LA SEGUNDA FASE

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE MORBILIDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer el perfil sociodemográfico y la percepción de bienestar de los pacientes, que asisten a la consulta externa de la UMF No.1 del IMSS Aguascalientes.

La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de los investigadores; le solicitamos que lea con atención cada pregunta y conteste con sinceridad. ¡Agradecemos su participación!

NOMBRE: _____

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿Cuál es su sexo? 1.- Hombre _____ 2.- Mujer _____
3. ¿Cuál es su estado civil?

1.- Soltero/a _____	2.- Casado/a _____	3.- Unión libre _____
4.- Separado/a _____	5.- Divorciado/a _____	6.- Viudo/a _____
4. ¿Qué escolaridad tiene? (marque el último que haya completado)

1.- Ninguno _____	2.- Primaria _____	3.- Secundaria _____
4.- Superior _____		
5. ¿se encuentra actualmente realizando alguna actividad con remuneración económica?

1.- Activa _____	2.- Inactiva _____
------------------	--------------------
6. ¿Con quién vive?

1.-Solo _____	2.-Con pareja _____	3.-Con hijos _____
4.-Pareja e hijos _____	5.- Otro familiar _____	6.-Cuidador _____
7. ¿Cuál es su religión que practica?

1.- católica _____	2.- otra _____
--------------------	----------------
8. ¿Qué enfermedades tiene?

1) Diabetes _____	2) Hipertensión _____	3) Renales _____
4) Endocrinológicas _____	5) oncológicas _____	6) Otras. ¿Cuáles?

7). ANEXO G. CUESTIONARIO WHOQOL-OLD VERSIÓN 20

INSTRUCCIÓN: Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como adulto mayor y como miembro de la sociedad.

Por favor, responda a las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Por favor, conteste todas las preguntas.

DIMENSIÓN 1 CAPACIDAD SENSORIAL. Las siguientes preguntas son en relación a la capacidad sensorial y abarca 4 puntos como los problemas, la pérdida, la relación y la función de sus funciones sensoriales con su vida personal y social.

1.- ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) afectan su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

2.- ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

12.- ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

25.- ¿Cómo **calificaría** su funcionamiento sensorial ¿por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto?

Muy mal	Mal	Ni mal ni bien	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 2: AUTONOMÍA. Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en relación a su autonomía y abarca 4 puntos como son la libertad para sus decisiones, el control, el respeto y su capacidad para realizar las cosas.

3.- ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

Nada	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4.- ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

Nada	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

17.- ¿En qué medida siente que sale tanto como desearía?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

26.- ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 3 PARTICIPACIÓN SOCIAL. Las siguientes preguntas hacen referencia a la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad. Tomando en cuenta el tiempo y la satisfacción para sus actividades.

19.- ¿En qué grado está satisfecho(a) con su contribución a la sociedad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21.- ¿En qué grado está satisfecho (a) de la manera en que utiliza su tiempo?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22.- ¿En qué grado está satisfecho (a) con su nivel de actividad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23.- ¿En qué grado está satisfecho (a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 4 INTIMIDAD. Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero (a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

27.- ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

28.- ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

29.- ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

30.- ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 5 MUERTE. Las siguientes preguntas hacen referencia con inquietudes, preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir

8.- ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

9.- ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

10.- ¿En qué grado está asustado(a) de morir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

11.- ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

8) ANEXO H. MANUAL OPERACIONAL

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL FORMATO WHOQOL-OLD EN ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF No.1 DEL IMSS DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Un cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los resultados y establecer una retroalimentación informativa.

1.- Posteriormente a la autorización del presente protocolo por parte del comité local de investigación, se solicitará permiso a la directora de la Unidad de Medicina Familiar No.1 para llevar a cabo la investigación en los pacientes adultos que se encuentren en sala de espera de la consulta externa de la unidad.

2.- El cuestionario será autoadministrado y en algunos casos será aplicado por el tesisista bajo previa autorización mediante la firma de la carta de consentimiento informado.

3.- Se explicará el motivo del cuestionario y se estará atento con el paciente para las dudas en las preguntas y respuestas, para tener menor margen de error y sesgo.

4.- El cuestionario consta de 24 ítems que evalúa 6 dimensiones: “capacidades sensoriales”, “autonomía”, “actividades pasadas, presentes y futuras”, “participación social”, “muerte y morir” e “intimidad” la cual nos evalúa la calidad de vida del adulto mayor. Como respuesta tiene una escala de Likert. Además, se describirá las características sociodemográficas.

SECCIÓN I VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: en esta sección se abordan los datos personales del encuestado.

INSTRUCCIONES: En la siguiente sección favor de seleccionar la opción que corresponda de acuerdo a sus datos personales. La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de los investigadores.

1.- Se le pregunta al paciente la edad que tiene y se registra en años. Se realiza la siguiente codificación: 1) de 60-69 años, 2) de 70-79 años, 3) de 80-89 años y 4) mayor de 90 años

Ejemplo: 1. ¿Qué **edad** tiene? __70 años

2.-Se le pregunta al paciente sobre su género y se contesta colocando una x sobre la línea a seleccionar. La codificación es: 1) hombre, 2) mujer.

Ejemplo: 2.- ¿Cuál es su **sexo**? 1.- Hombre __X__ 2.- Mujer _____

3.- Se le pregunta al paciente sobre su estado civil, contestando con una x sobre la línea de la opción a seleccionar. Y se codifica de la siguiente manera (soltero 1, casado 2, unión libre 3, separado 4, divorciado 5 y viudo 6.)

Ejemplo: 3.- Marque su **estado civil**:

- 1) Soltero/a _____ 2) Casado/a _____ 4) Unión libre _____
 4) Separado/a _____ 5) Divorciado/a _____ 6) Viudo/a ___ **X** _____

4.- Se le pregunta al paciente sobre su nivel de escolaridad, marcando con una x sobre la línea de la respuesta seleccionada. Con la siguiente codificación ninguno 1, primaria completa o incompleta 2, secundaria completa o incompleta 3, nivel superior completo o incompleto 4.

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción? (marque el último que haya completado)

- 1) Ninguno _____ 2) Primaria ___ **X** _____ 3) Secundaria _____
 4) Superior _____

5.- Se le pregunta al paciente, si actualmente se encuentra realizando alguna actividad, por la cual reciba alguna remuneración económica, marcando con una x sobre la línea seleccionada. Activa se refiere a que se encuentra realizando alguna actividad y la codificación es 1, inactiva se refiere a que el paciente no tiene ninguna actividad en la cual se le pague y se codifica con un 2.

5. ¿Se encuentra actualmente realizando alguna actividad con remuneración económica?

- 1) Activa ___ **X** _____ 2) Inactiva _____

6.- Se le pregunta al paciente con quien vive y se selecciona con una x en la opción seleccionada. Y se codifica de la siguiente forma solo 1, con pareja 2, con hijos 3, con pareja e hijos 4, otro familiar 5 y cuidador 6.

6. ¿Con quién vive?

- 1) Solo _____ 2) Con pareja _____ 3) Con hijos _____
 4) Pareja e hijos _____ 5) Otro familiar _____ 6) Cuidador ___ **X** _____

7.- se le pregunta al paciente sobre su religión (pensamiento mágico-religioso al cual pertenece), siendo la religión católica la más común. Se codifica de la siguiente manera católica 1 y otra 2.

7. ¿Cuál es su religión que practica?

- 1) católica ___ **X** _____ 2) otra _____

8.- Se le pregunta al paciente sobre que enfermedades tiene y se coloca una x en relación a la respuesta seleccionada, con la siguiente codificación: 1 diabetes, 2 hipertensión, 3 renales, 4 endocrinológicas, 5 oncológicas, 6 otras.

8. ¿Qué enfermedades tiene?

- 1) Diabetes ___ **X** _____ 2) Hipertensión ___ **X** ___ 3) Renales _____
 4) Endocrinológicas _____ 5) oncológicas _____ 6) Otras. ¿Cuáles?

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL INSTRUMENTO WHOQOL-OLD

SECCIÓN II “CAPACIDADES SENSORIALES”. Evalúa el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida. [25].

Responder las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas, marque con una x la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Las siguientes preguntas son en relación a la capacidad sensorial y abarca 4 puntos como los problemas, la pérdida, la relación y la función de sus funciones sensoriales con su vida personal y social.

Se hace hincapié que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible. La codificación de cada pregunta se encuentra antes de la respuesta, por ejemplo: 1= nada, 5= extremadamente etc.

1.- Se le pregunta al paciente sobre los problemas que ha experimentado funcionalmente con su vista, oído, gusto, olfato y tacto y el grado de afectación en su vida diaria ¿En qué medida las deficiencias de los sentidos (por ejemplo, la audición, la vista, el gusto, el olfato y el tacto) afectan su vida diaria? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco **X** 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente

2.- Se le pregunta al paciente sobre la pérdida de algunas funciones sensoriales y si la pérdida le afecta para realizar sus tareas diarias. ¿En qué medida la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, el olfato o el tacto afectan su capacidad para participar en actividades? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco **X** 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente

3.- Se le pregunta al paciente ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto), afectan su capacidad para relacionarse con los demás? Hace referencia a la convivencia con las personas. **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco 3) moderadamente **X** 2) bastante 1) totalmente

4.- Se le pregunta al paciente ¿Cómo calificaría el funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto)? aquí la respuesta en relación a su desempeño para realizar sus actividades y el grado de afectación. **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy mal 2) mal 3) ni mal ni bien **X** 4) bien 5) muy bien

SECCIÓN III “AUTONOMÍA”. Se refiere a la independencia en la vejez y por lo tanto describe la capacidad de poder vivir de forma autónoma y tomar decisiones propias. [25]

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en relación a su autonomía y abarca 4 puntos como son la libertad para sus decisiones, el control, el respeto y su capacidad para realizar las cosas.

5.- Se le pregunta al paciente en relación a su libertad como principio de autonomía, para sus actividades diarias o si existe la posibilidad de que le limiten su capacidad de decisión ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante **X** 5) extremadamente

6.- Se le pregunta al paciente sobre el control que tiene de su vida en relación a las actividades futuras, si todavía tiene la capacidad para programar sus actividades diarias ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) lo normal **X** 4) bastante 5) extremadamente

7.- Se le pregunta al paciente sobre el respeto hacia su libertad que recibe de las demás personas y sobre todo de las más allegadas al adulto mayor ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) lo normal **X** 4) bastante 5) extremadamente

8.- Se le pregunta al paciente en relación a su capacidad de hacer las cosas que le gustan que, aunque con limitaciones las siga realizando ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante **X** 5) totalmente

9.- Se le pregunta al paciente en relación a sus deseos de salir, el tiempo que sea y ha donde quiera ¿En qué medida siente que sale tanto cómo desearía? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante **X** 5) totalmente

10.- Se le pregunta al paciente en relación a su participación en actividades que sean interesantes para él, que incluso él las elija o sugiera ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nunca 2) raramente 3) medianamente 4) frecuentemente **X** 5) siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SECCIÓN IV “ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS”. Describe la satisfacción sobre los logros en la vida y en la esperanza de continuar realizando u obteniendo cosas con interés. ^[25]

Las siguientes preguntas hacen referencia a la satisfacción que ha tenidos con sus actividades a lo largo de su vida y a lo que desea obtener en un futuro.

11.- Se le pregunta al paciente en relación a las oportunidades que se le presentan aun con su edad y características actuales y su satisfacción con los resultados. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante **X** 5) totalmente

12.- Se le pregunta al paciente acerca de lo que siente sobre merecer, si considera que la vida le ha retribuido en todos los aspectos lo que considera que merece ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco **X** 3) moderadamente 4) bastante 5) totalmente

13.- Se le pregunta al paciente sobre el punto Conseguir, con lo que realizó en su vida y obtuvo después de sus esfuerzos, hace referencia a la satisfacción que tiene por sus logros a lo largo de la vida. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con lo que ha logrado en la vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho **X** 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho

14.- Se le pregunta al paciente sobre la ilusión, que son los pensamientos positivos acerca de cosas que desea obtener o las cosas que aún le causan motivación y felicidad futura. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy descontento 2) descontento **X** 3) ni descontento ni contento
4) contento 5) muy contento

15.- Se le pregunta al paciente acerca de las oportunidades que tiene de expresar las cosas que ha vivido, sentido y experimentado con las personas cercanas y que no se le limite en la expresión de sus relatos ¿tiene suficientes oportunidades para hablar de su pasado? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco **X** 3) moderadamente 4) bastante 5) totalmente

SECCIÓN IV “Participación Social”.

Delinea la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad. ^[25] Tomando en cuenta el tiempo y la satisfacción para sus actividades.

16.- Se le pregunta al paciente sobre las actividades que tiene al día y si aún son suficientes para su edad y capacidad para mantenerse ocupada todo el día. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) moderadamente 4) bastante 5) totalmente **X**

17.- Se le pregunta al paciente sobre lo contento que está con la distribución de su tiempo en sus actividades o si siente que no son suficientes y está insatisfecho ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**

18.- Se le pregunta al paciente sobre lo contento que esta con el número de actividades diarias para su edad y condiciones del paciente ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**

19.- Se le pregunta al paciente sobre las oportunidades que tiene de participar en actividades sociales y sobre los sentimientos positivos que obtiene al hacerlas ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**

20.- Se le pregunta al paciente sobre las satisfacciones que poder tener actividades que puedan ayudar a la sociedad y participar activamente ¿En qué grado está satisfecho/a con su contribución a la sociedad? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**

21.- Se le pregunta al paciente sobre las oportunidades que tiene de platicar, convivir y salir con las personas y sobre los sentimientos positivos que obtiene al hacerlas ¿En qué medida se siente aislado/a de la gente que le rodea? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante 5) extremadamente **X**

SECCIÓN V “MUERTE Y MORIR”.

Está relacionada con inquietudes, preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir ^[25]

22.- Se le pregunta al paciente sobre su preocupación por la muerte y en cómo se presentará este suceso en la persona ¿Cuánto le está preocupado(a) la manera en que va a morir? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco **X** 3) lo normal 2) bastante 1) extremadamente

23.- Se le pregunta al paciente sobre su miedo por la muerte y su poca capacidad de control sobre esta ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco 3) lo normal **X** 2) bastante 1) extremadamente

24.- Se le pregunta al paciente sobre su miedo al morir, si le ocasiona temor ¿En qué grado está asustado(a) de morir? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante **X** 1) extremadamente

25.- Se le pregunta al paciente sobre el miedo a tener dolor en el trayecto de su muerte o una muerte con sufrimiento ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante **X** 1) extremadamente

26.- Se le pregunta al paciente sobre la preocupación que tiene de que algún ser querido o cercano fallezca de forma diaria o constante el pensamiento del temor ¿En qué medida está preocupado/a sobre la muerte de las personas más allegadas? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

5) Nada 4) un poco 3) lo normal 2) bastante **X** 1) extremadamente

SECCIÓN VI “LA INTIMIDAD”. Evalúa el poder tener relaciones personales e íntimas. ^[25]

27.- Se le pregunta al paciente sobre si siente compañía en su vida por su pareja y si desempeña aún el rol de compañero de vida ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante **X** 5) extremadamente

28.- Se le pregunta al paciente sobre los lasos de sentimientos con respecto al amor con una pareja y si aún lo experimenta en su vida diaria ¿En qué medida experimenta amor en su vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

1) Nada 2) un poco 3) lo normal **X** 4) bastante 5) extremadamente

29.- Se le pregunta al paciente sobre las oportunidades que tiene de amar o de obtener una nueva pareja en un futuro ¿En qué medida tiene oportunidades para amar? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

- 1) Nada 2) un poco **X** 3) lo normal 4) bastante 5) totalmente

30.- Se le pregunta al paciente sobre sus oportunidades de ser amado por una pareja o por su esposo ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado(a)? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

- 1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante **X** 5) totalmente

31.- Se le pregunta al paciente sobre sus oportunidades de compartir sus pensamientos más íntimos con su pareja ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

- 1) Nada 2) un poco 3) lo normal 4) bastante **X** 5) totalmente

32.- Se le pregunta al paciente sobre su satisfacción de contacto físico y relaciones íntimas con su pareja o esposo ¿Está satisfecho/a con sus oportunidades de contacto físico y relaciones íntimas? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

- 1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**

33.- Se le pregunta al paciente sobre su satisfacción del nivel de intimidad en su vida aún con sus condiciones para su edad ¿En qué grado está satisfecho/a con el nivel de intimidad en su vida? **La respuesta correcta se seleccionará con una X y se codifica de la siguiente forma.**

- 1) Muy insatisfecho 2) insatisfecho 3) ni insatisfecho ni satisfecho
4) satisfecho 5) muy satisfecho **X**