



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2**

**“JUANA DE ASBAJE”**

**MÉXICO D.F.**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA N0. 2 JUANA DE ASBAJE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. FRANCISCO SALAS LOPEZ.**

**MÉXICO D.F. AGOSTO 2012.**

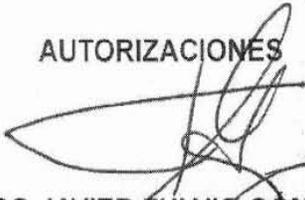
**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. FRANCISCO SALAS LOPEZ.**

**AUTORIZACIONES**

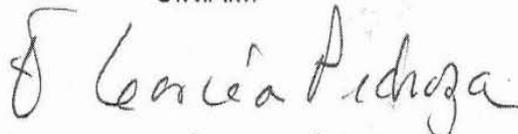


**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**U.N.A.M**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**I.M.S.S.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE  
60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO  
VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE  
LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

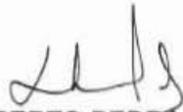
**DR. FRANCISCO SALAS LOPEZ.**

**AUTORIZACIONES**



**DR. VICTOR MANUEL AGUILAR**

**COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACION NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
I.M.S.S.**



**DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ**

**COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACION NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
I.M.S.S.**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

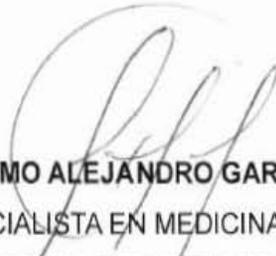
**DR. FRANCISCO SALAS LOPEZ.**

**AUTORIZACIONES**



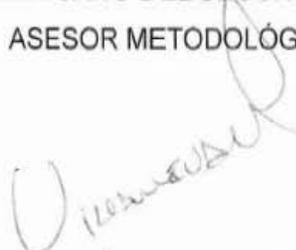
**DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S**



**DR. MÁXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 “ VALLEJO”  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.  
ASESOR METODOLÓGICO.**



**DRA. MÓNICA VILLANUEVA M.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS U.M.F. 2 STA. MA. LA  
RIBERA.**

<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	18
3. Justificación.	19
4. Objetivo General	20
5. Hipótesis.	20
6. Material y método	20
6.1 Población de Estudio y lugar de estudio	20
6.2 Tipo de estudio	20
6.3 Diseño de estudio	20
6.3.1 Criterios: inclusión, exclusión y eliminación	21
7. Tamaño de la Muestra	21
8. Variables	22
9. Aspectos éticos	30
10. Recursos y financiamiento	31
11. Resultados.	33
11.1 Discusión.	39
11.2 Conclusiones.	40
11.3 Recomendaciones	41
12. Referencias bibliográficas	42
13. Anexos	45
13.1 Recolección de datos	45
13.2 Resumen	49
13.3 Cronograma de actividades	50
14.4 Carta de consentimiento informado	51

## INTRODUCCION

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en los últimos años en la medida estándar en ensayos clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad.<sup>1</sup>

Un aspecto central en el desarrollo y utilización de estas medidas es evaluar los niveles de calidad de vida obtenidos en estudios de grupos de pacientes con enfermedades específicas, en comparación con el nivel promedio de estas medidas en la población (país, estado), ajustadas por edad y sexo si bien hay países como Canadá y estados unidos de América, en los cuales se han realizado este tipo de mediciones, hasta donde nuestro conocimiento abarca existe una publicación de estas medidas poblacionales en México.<sup>1</sup>

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)<sup>1</sup>. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población General y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales<sup>2</sup>.

Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos<sup>3</sup>, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.<sup>2</sup>

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud<sup>2</sup>. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento<sup>2</sup>. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.<sup>2</sup>

### Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. La tabla 1 contiene el número de ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas<sup>4-5</sup>. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de Salud».

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)<sup>2</sup>(tabla 1)

Contenido de las escalas SF36 significado de las puntuaciones de 0 a 100.<sup>21</sup>

Dimensión	No. De Ítems	<Peor>puntuación(0)	<Mejor>puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las funciones físicas incluido el bañarse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias relacionadas con la salud	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitación debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia externa y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Lleva a cabo todas las actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debida a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud general es mucho mejor que hace un año

Gac. Sant 2005 19(35) 135-50

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica<sup>3</sup>. El concepto de CVRS abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, tal como son percibidos por el paciente según su propia historia y sus expectativas.<sup>3-21</sup>

### SF-36

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. *Función Física*: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

2. *Rol Físico*: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. *Dolor Corporal*: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. *Salud General*: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. *Función Social*: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol Emocional*: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.<sup>4, 21, 25, 26,29.</sup>

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, satisfacción con la vida, etc., y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Los estudios realizados para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en población adulta mayor, muestran la existencia de factores que permanecen constantes. Se destacan: El soporte social, Aspectos relacionados con la salud, Aspectos sociodemográficos.<sup>5-21.</sup>

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida, Felce y Perry hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así: 1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; (3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta<sup>(4)</sup> y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”<sup>5-21</sup>

Concepto de calidad de vida relacionada con la salud

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Lugones, 2002).<sup>17</sup>

Ferruci (1991): Para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad, terapias de rehabilitación y de apoyo social. (Revista médica herediana 2005, on line).<sup>18</sup>

Kaplan (2002): Define la calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario.<sup>18</sup>

Para Maslow (1954), la calidad de vida de las personas es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades, principalmente las de los niveles primarios o de orden inferior. (Gómez – Vela, 2005, on line).<sup>18</sup>

Autores como Patrick y Erickson la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Dayna (2003) se estudia el impacto de la pérdida de la audición en relación con la calidad de vida.<sup>19</sup>

Schwartzmann L y col,– consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.<sup>21</sup>

El perfil de la calidad de vida relacionada con la salud en sus diferentes dominios se encuentra afectado, en especial el área de las repercusiones físicas, resultados similares a los obtenidos por De los Ríos y colaboradores,<sup>29</sup> donde los pacientes mostraron un deterioro en los dominios físico y psicológico, siendo su principal motivo de queja la alteración en cuanto a sueño, energía y autoestima, este último aspecto fundamental para lograr la aceptación de la enfermedad.<sup>22</sup>

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.<sup>5</sup>

### **Antecedentes generales.**

En México, actualmente existen más de siete millones de adultos mayores, se estima un escenario interesante ya que se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población.<sup>2</sup> La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>3</sup> Los adultos mayores están más expuestos a factores de riesgo y a la adopción de estilos de vida no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.

El estilo de vida se entiende como una conducta relacionada con la salud. Según Pender (1996) <sup>4</sup> es definido como actividades discrecionales con impacto significativo en el estado de salud, que forman parte regular de un patrón diario de vida. En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.<sup>23</sup>

Por lo tanto, el estado de salud, suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida en relación a los hábitos, costumbres, modas y valores que inducen a enfermar o a la progresión de la enfermedad.

En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud se encuentran:

- Consumo de sustancias tóxicas

Tabaco, alcohol y otras drogas.

- Ejercicio físico
- Sueño nocturno
- Conducción de vehículos
- Estrés
- Nutrición
- Higiene personal
- Manipulación de los alimentos
- Actividades de ocio o aficiones
- Relaciones interpersonales
- Comportamiento sexual

Un estudio sobre hábitos alimentarios en personas mayores de 65 años, determinó que en general y sin distinción de sexo, existen deficientes hábitos alimentarios así como un mal estado nutricional que provoca en gran medida la presencia de obesidad.<sup>5</sup> Los hábitos alimentarios deficientes repercuten negativamente en el estado nutricional, de manera directa en la actividad y funcionalidad física, y por ende en la calidad de vida. Algunos resultados sobre el ejercicio como estilo de vida, muestran que las personas de edad avanzada registran elevados índices de inactividad física, lo cual repercute directamente en su salud física y mental. El consumo de tabaco y alcohol por sus demostradas consecuencias negativas en la salud, exige mayor atención en las personas denominadas como mayores, ya que deteriora su calidad de vida. La

participación de las personas de edad avanzada en grupos de socialización para realizar actividades laborales, de ocio y lúdicas, constituye en sí, un factor de prevención para la depresión. El estado de salud del anciano determina la capacidad física y mental para la realización de actividades de la vida diaria, por lo tanto, el profesional de enfermería responsable del cuidado de la salud del adulto mayor debe promover estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida.<sup>8</sup>

La capacidad funcional y la calidad de vida son fácilmente medibles en la atención primaria.<sup>24</sup>

El concepto de calidad de vida toma auge después de la definición de salud propuesta por la OMS en 1945:<sup>5-10</sup>

“La salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad”.

A partir de este concepto adquiere mayor relevancia como se siente el paciente no tanto como cree el médico que debe sentirse, según las medidas habitualmente utilizadas para evaluar resultados en salud<sup>6, 10</sup>

En los últimos 25 años, se ha incrementado el interés por investigar la percepción del estado de salud de las personas en actividades cotidianas, esto mediante encuestas o instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud<sup>7</sup>.

Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toma en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes con referencia al inicio de la enfermedad, y su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo.<sup>7</sup>

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir una forma consistente, el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la del Karnofsky (KPS). Esta es una escala de diez puntos que inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica, se ha aplicado a otras enfermedades. Apareció en 1948, la escala de KPS, ha sido bien aceptada por los Oncólogos, como método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace final.<sup>4-8</sup>

Con la aparición de una cantidad considerable de instrumentos que evalúan la calidad de vida, ha sido necesario que se compruebe la validez y la confiabilidad de dichos instrumentos y con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como evaluación internacional de la calidad de vida (Internacional Quality of life Assessment project, [QOLA]), para traducir adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).<sup>25</sup>

Inicialmente este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de preparación para la población de Estados Unidos de América (EUS).

Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó catorce países industrializados y en la actualidad hay más de cuarenta naciones participantes. Existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado

en Argentina, Colombia, España, Honduras y México. El cuestionario SF-36 ofrece las ventajas de ser amplio, confiable y permite evaluar la enfermedad de interés, las intervenciones terapéuticas y las poblaciones, así como comparar diferentes patologías<sup>7-29</sup>

## **CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían mucho de un grupo de personas a otra, de una entidad a otra.

La percepción del estado de salud por parte de las personas y referida como sensación de bienestar o de sentirse bien es parte del concepto de salud, Badia y Lizán (2005)<sup>16</sup> pero en una concepción más amplia, la calidad de vida recibe influencias de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.<sup>4</sup>

La medicina actual tiene como propósito preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, en este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud, así han surgido en los últimos 20 años diferentes instrumentos que evalúan la calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos.<sup>10-25</sup>

Realizar mediciones en la calidad de vida nos puede proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios, y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria.<sup>24</sup>

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos.<sup>10</sup>

A continuación se enlistan algunos cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida en adultos en los últimos 20 años en el cuadro 2. <sup>10</sup>

Instrumento	Objetivo	Validez	Confiabilidad	Dimensión	Función
The sickness impact profile sip	Validacion confiabilidad	Contenido constructo	Prueba repetida Consistencia interna	Movilidad físico, emocional, social	Predicción evaluación
The dartmouth-COOP	Validacion confiabilidad	Constructo contenido criterio	Prueba repetida consistencia interna	Movilidad físico, social, emocional, apoyo social, dolor	Discriminación evaluación
The McMaster Health index cuestionnaire	Validacion confiabilidad	Contenido constructo	Prueba rápida	Movilidad físico, social, emocional, apoyo social, dolor	Discriminación evaluación
Quality of life index: QL-Index	Validacion confiabilidad descripción	constructo	Consistencia interna	Funcionalidad físico, emocional, social, vitalidad	Discriminación
The nottingham health profile: NHP	validacion	constructo	Consistencia interna	Funcionalidad, físico, emocional, social, apoyo social, dolor	discriminación
The Dartmouth-COOP	Validación confiabilidad	Constructo r contenido criterio	Prueba repetida consistencia interna	Movilidad físico social, emocional, apoyo social, dolor	Discriminación evaluación
The duke Elath profile DUKE	Validacion confiabilidad	Constructo criterio	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad físico, social, emocional, autoestima, dolor	Discriminación predicción
The funcional status index FSI	Validacion confiabilidad	Constructo contenido	Consistencia interna	Funcionalidad, físico, social, emocional	Discriminación evaluación
The Kamofsky	Validacion, confiabilidad, descripción	constructo	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad social, emocional, ansiedad	Discriminación
The health assesment questionnair e HAQ	Validacion, confiabilidad, descripción	constructo	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad físico social, mental, dolor	Discriminación predicción
The sickness impact profile	Validacion confiabilidad	constructo	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad, físico, social, autonomía	Discriminación, predicción evaluación
The Quality of well-being scale	Validacion confiabilidad descripción	contenido	Consistencia interna	Funcionalidad físico, emocional, social, emocional, dolor vitalidad	Discriminación predicción

The MOS-short-from general, health survey	Validacion confiabilidad	criterio	Prueba repetida	Funcionalidad fisico, emocional, social, emocional , dolor vitalidad	Discriminacion
The medical outcomes study shrot-form health survey MOS	Validacion confiabilidad descripcion	constructo	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad fisico ,social, emocional, dolor	discriminacion
Cuestionario criterio calidad de vida	Validación confiabilidad	Constructo r	Consistencia interna	Funcionalidad física, social, emocional, apetito, sueño, fatiga, dolor	discriminación
The McGill Pain	Validación confiabilidad descripción	Constructo r criterio	Prueba repetida	Funcionalidad físico social, emocional, espiritual, apoyo social	Discriminación
The European Research	Validación confiabilidad	criterio	Prueba repetida	Funcionalidad físico, social, emocional fatiga dolor	Discriminación
SF 36	Validación confiabilidad	Constructo r criterio	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad físico, social, emocional, dolor	Discriminación evaluación
The European research questionnaire quality of life	Validacion confiabilidad	constrcuto criterio	Prueba repetida	Funcionalidad físico, social, emocional dolor	Discriminacion evaluacion
The modified health assesment questionnaire	Validacion confiabilidad	Constructo	Consistencia interna	Funcionalidad físico ,social, emocional	Discriminacion
The rand 36 item health survey questionnaire	Validacion confiabilidad	Constructo	Consistencia interna	Funcionalidad físico emocioanl social dolor depresion energia fatiga	Discriminacion prediccion.
The percelved quality of life scale	Validacion confiabilidad	Constructo criterio	Prueba repetida	Funcionalidad físico, social, emocional, autonoma	Discriminacion
The world health organization quality of life	Validacion confiabilidad	Criterio	Prueba repetida consistencia interna	Funcionalidad físico, social, emocional, dolor	discriminacionevaluacion

Fuente: salud pública de México / Vol.44, no.5, septiembre-octubre 2002.

Un instrumento genérico que ha probado su validez y confiabilidad es el cuestionario de salud SF-36 (Short form 36 Health Survey). Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS). El Cuestionario de Salud SF-36 fue originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, siendo traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA, siendo presentado con detalle en la publicación de Alonso y cols.<sup>10-26</sup>

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.<sup>10</sup>

En México se realizó un estudio con este instrumento para analizar los supuestos de confiabilidad y validez de la adaptación para su uso en el país, los cuales se cumplieron en forma satisfactoria.<sup>20</sup>

#### Contenido del SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.<sup>26</sup>

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.<sup>27</sup>

Función física: Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, inclinarse, coger o cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)<sup>27</sup>

Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)

Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)<sup>27</sup>

Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems)

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)<sup>26-27</sup>

Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)

Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)

Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems)<sup>26-27</sup>

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.<sup>11</sup>

Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».<sup>26-29</sup>

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).<sup>26-30</sup>

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.<sup>26</sup>

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas, y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA, demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS). Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son: a) estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general; b) ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales, y c) agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.<sup>26-29</sup>

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.<sup>26-29</sup>

Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países: a) algoritmos de cálculo específicos para cada país, o b) algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana. Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos.<sup>1-4</sup>

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.<sup>26-29</sup>

Los valores de referencia en población mexicana son: función física 89,6, rol físico 88,7, dolor corporal 85,5, percepción de salud general 52,2, vitalidad 70,7, función social 75,1, rol emocional 88,9, salud mental 72,1, componente de escala física 79,0, componente de escala mental 76,7.<sup>12,13</sup>

**Fiabilidad del cuestionario SF-36.** La fiabilidad de un instrumento de medida se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo instrumento en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen. Sin embargo, en todas las medidas existe un valor real y un componente de error aleatorio, o error de medida, que puede ser debido al instrumento, a las condiciones de corrección, al examinador o al propio sujeto. Por tanto, conocer la fiabilidad de un instrumento de medida nos permitirá saber cuál es la magnitud de su imprecisión.<sup>13, 26-29</sup>

La fiabilidad del cuestionario ha quedado comprobado en múltiples estudios, en un trabajo realizado por Jordi Alonso publicado en Gaceta Sanitaria de Marzo 2005, revisa críticamente las propiedades métricas, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento, encontrando que la fiabilidad del cuestionario a partir del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (consistencia interna) en la mayoría de los estudios analizados, el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7) a 0.9.<sup>26-29</sup>

**La validez.** La fiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la correcta adecuación de una prueba. Además de ser fiable, un instrumento de medida debe ser válido, es decir, debe ser capaz de medir lo que dice medir. Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión en español del SF-36 aportan suficiente fiabilidad, validez y sensibilidad, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede

ser utilizada en estudios nacionales e internacionales, por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de calidad de vida relacionada con la salud que goza de mayor vitalidad, desde su aparición en el inicio de la década de los noventa.<sup>26-29</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México, actualmente existen más de siete millones de adultos mayores, se estima un escenario interesante ya que se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población.<sup>2</sup>

La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>3</sup> Los adultos mayores están más expuestos a factores de riesgo y a la adopción de estilos de vida no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.<sup>8</sup>

En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.<sup>8</sup>

Por lo que surge la pregunta.

**¿CUAL ES LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS, ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”?**

## JUSTIFICACIÓN

La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>3</sup> Los adultos mayores están más expuestos a factores de riesgo y a la adopción de estilos de vida no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas.<sup>8</sup>

Con base en lo anteriormente expresado, se hace necesario estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y de los recursos o soportes sociales de esta población del país, lo que permitirá determinar los factores involucrados en el bienestar de este grupo poblacional y orientar las acciones de las autoridades sanitarias hacia la definición de estrategias, el diseño de normas y programas de atención en nuestro país.<sup>5</sup>

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado e identificar factores predictores de la calidad relacionados con la salud en este tipo de pacientes.<sup>5</sup>

Durán L concluye en una de sus investigaciones en México, que la mayor variación de los adultos entre los 65 y 74 años, en relación con su calidad de vida, se concentra en tres dimensiones particularmente: vitalidad, función social y salud mental; y que dos condiciones como el sexo y la edad (mujeres y mayor edad) son variables que se asocian con la calidad de vida.<sup>1</sup>

En este estudio se espera  
Obtener evidencia científica sobre la de calidad de vida de la población de 60 años y más.

Aumento de la cobertura en educación y/ o capacitación en calidad de vida y cuidado de la salud de profesionales, cuidadores y los adultos mayores.

Identificación de las principales redes de apoyo social de los adultos mayores.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de 60 años o mas atendidos en el consultorio 17 turno vespertino de la unidad de medicina familiar no. 2 de imss.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.-Determinar la edad, genero y escolaridad de los pacientes.
- 2.-Conocer la ocupación y estado civil.
- 3.-Evaluar la función física en pacientes de 60 años o mas.
- 4.-Determinar el rol físico de pacientes.
- 5.-Identificar pacientes con dolor corporal.
- 6.-Estimar la salud general en pacientes.
- 7.-Evaluar la función social en pacientes.
- 8.-Valorar el rol emocional en pacientes.
- 9.-Enunciar la salud mental de los pacientes.
- 10.-Describir la transición de salud de los pacientes.

### **HIPÓTESIS**

No requiere por el tipo de estudio.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizara un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal.

#### **UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO:**

Se llevará acabo en un consultorio de la unidad médico familiar número 2 “JUANA DE ASBAJE” del Instituto mexicano del seguro social en el servicio de consulta externa del turno vespertino del 1 de febrero a 01 de agosto de 2012.

#### **SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN**

**POBLACIÓN FUENTE:** Población adulta, hombres y mujeres. De 60 años o más.

**POBLACIÓN ELEGIBLE:** Población adulta, hombres y mujeres mayores de 60 años o mas.

**POBLACIÓN EN ESTUDIO:** Pacientes hombres y mujeres adultos mayores de 60 años p mas atendidos en la consulta externa del consultorio 17 turno vespertino de la unidad de medicina familiar número 2 “JUANA DE ASBAJE” del Instituto mexicano del seguro social, del 1 de febrero a 01 de agosto de 2012.

**TIPO DE MUESTRA:** aleatorio.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### INCLUSIÓN:

- 1.-Que acudan a consulta y deseen participar en el estudio.
- 2.-Que tengan 60 años o más.
- 3.-Pacientes hombres y mujeres.
- 4.-Pacientes que estuvieran bajo tratamiento medico o sin tratamiento.
- 5.-Pacientes que sean derechohabientes de la unidad medico familiar número 2 asignados al consultorio 17 turno vespertino.

### EXCLUSIÓN:

- 1.-pacientes que no quieran participar en el estudio.

### ELIMINACIÓN:

Pacientes que deseen abandonar el estudio.

## **Muestreo**

Se realizará un muestreo por conveniencia.

## **Cálculo del Tamaño de la muestra.**

Se llevará a cabo utilizando la fórmula para proporciones en el que se considerará la mínima diferencia de 20%.

Con alfa de 0.95 beta de 0.20 y nivel de confianza del 95%.

N= 100.

## DEFINICIÓN NOMINAL Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:<sup>18</sup>

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Genero	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Femenino Masculino
Estado civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia.	Soltero Casado Viudez. Divorciado Unión libre
Ocupación	Trabajo o actividad a la que se dedica el paciente.	Hogar Jubilado Empleado Desempleado.
Edad	Número de años cumplidos	01) 60-65 02) 66 a 70 03) 71 a 75 04) 76 a 80
Escolaridad	Grado máximo de estudios de los pacientes.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura.

Función física	Actividades desempeñadas diariamente	Grado en el que la falta de salud por LCFA, limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos	Cualitativa nominal	Si, me limita mucho. Si, me limita un poco. No me limita para nada.
Función social.	Papel que desempeña un individuo en la sociedad.	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la educación del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Cualitativa nominal	Para nada. Ligeramente. Moderadamente. Bastante. Mucho

Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias.	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Dicotómica nominal	Si, me afecta. No me afecta.
Dolor corporal	Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o potencial de tejidos o descrita por el paciente como ocasionada por esa lesión.	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar	Independiente nominal.	Ninguno. Muy poco. Poco. Moderado. Mucho. Muchísimo.
vitalidad	Actividad o eficacia de las funciones vitales.	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y el desánimo.	Cualitativa independiente.	0 a 25 puntos : Mala 26 a 50 puntos : Regular 51 a 75 puntos : Buena 76 a 100 puntos : Excelente
Salud mental	Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Independiente nominal.	0 a 25 puntos : Mala 26 a 50 puntos : Regular 51 a 75 puntos : Buena 76 a 100 puntos : Excelente
Salud general	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Independiente nominal.	0 a 25 puntos : Mala 26 a 50 puntos : Regular 51 a 75 puntos : Buena 76 a 100 puntos : Excelente

Calidad de vida	El concepto de <i>calidad de vida</i> representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades"	Percepción que incluye la combinación de las condiciones de vida, junto a la satisfacción que dicha persona experimenta, y la relación del impacto de la enfermedad en el funcionamiento diario	Cualitativa independiente.	0 a 25 puntos : Mala 26 a 50 puntos : Regular 51 a 75 puntos : Buena 76 a 100 puntos : Excelente
-----------------	--	---	----------------------------	---

METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN: Encuesta.

DIRECCIÓN DE LA CAUSALIDAD: Causa-Efecto.

#### SISTEMA DE TRABAJO

- Selección de área y tema
- Elaboración del protocolo
- Autorización institucional del protocolo
- Elaboración del instrumento de medición
- Selección del universo de trabajo o población en estudio
- Recolección de datos
- Análisis de resultados
- Discusión y conclusión
- Elaboración del documento oficial
- Presentación de resultados

#### DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Encuesta descriptiva modificada del cuestionario para evaluar la calidad de vida SF-36 (The MOS-36-Item Short-Form Health Survey: SF-36)

##### Contenido del SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Función física: Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, inclinarse, coger o cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)

Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)

Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)

Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems)

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)

Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)

Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)

Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems)

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.<sup>11</sup>

#### Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el

promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas, y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA, demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS). Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son: *a)* estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general; *b)* ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales, y *c)* agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países: *a)* algoritmos de cálculo específicos para cada país, o *b)* algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana. Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos.<sup>1-4</sup>

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación estándar en población norteamericana son: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 81 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de salud general 72 (SD 20).<sup>12</sup>

En población general española estos valores son: función física 94,4 (SD 12,8), función social 96 (SD 14,1), limitación rol: problemas físicos 91,1 (SD 26,7), limitación rol: problemas emocionales 90,1 (SD 26), salud mental 77,7 (SD 17,3), vitalidad 69,9 (SD 18,4), dolor 82,3 (SD 24,8), percepción de la salud general 80 (SD 18,8).<sup>12</sup>

Los valores de referencia en población mexicana son: función física 89,6, rol físico 88,7, dolor corporal 85,5, percepción de salud general 52,2, vitalidad

70,7, función social 75,1, rol emocional 88,9, salud mental 72,1, componente de escala física 79,0, componente de escala mental 76,7. <sup>12,13</sup>

*Fiabilidad del cuestionario SF-36.* La fiabilidad de un instrumento de medida se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo instrumento en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen. Sin embargo, en todas las medidas existe un valor real y un componente de error aleatorio, o error de medida, que puede ser debido al instrumento, a las condiciones de corrección, al examinador o al propio sujeto. Por tanto, conocer la fiabilidad de un instrumento de medida nos permitirá saber cuál es la magnitud de su imprecisión. <sup>13</sup>

La fiabilidad del cuestionario ha quedado comprobado en múltiples estudios, en un trabajo realizado por Jordi Alonso publicado en Gaceta Sanitaria de Marzo 2005, revisa críticamente las propiedades métricas, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento, encontrando que la fiabilidad del cuestionario a partir del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (consistencia interna) en la mayoría de los estudios analizados, el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7) <sup>26-29</sup>

*La validez.* La fiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la correcta adecuación de una prueba. Además de ser fiable, un instrumento de medida debe ser válido, es decir, debe ser capaz de medir lo que dice medir. Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión en español del SF-36 aportan suficiente fiabilidad, validez y sensibilidad, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales, por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de calidad de vida relacionada con la salud que goza de mayor vitalidad, desde su aparición en el inicio de la década de los noventa. <sup>1-6</sup>

Rango	Percepción
0 a 25	Mala
26 a 50	Regular
51 a 75	Buena
76 a 100	excelente

## **Descripción del estudio.**

De los pacientes que acudan a consulta al consultorio 17 del turno vespertino en la U.M.F. NO. 2 se les invitará a participar en el estudio, se les hará un interrogatorio dirigido en busca de los datos referentes a las variables de estudio y se aplicará el instrumento de recolección de datos previo consentimiento informado.

## **Análisis Estadístico.**

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud) (tabla 1). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.<sup>2</sup>

Los resultados se procesarán con el Enfoque Rand el cual es simple. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

Los resultados se presentarán con estadística descriptiva se realizará alfa de Cronbach con valores alfa mayores a 0.7 Por otro lado, la escala de puntuación del Cuestionario SF 36 se expresa en rangos de 0 a 100, siendo esta última cifra la óptima percepción sobre la calidad de vida y estado de salud, este instrumento establece la siguiente clasificación:

Rango	Percepción
0 a 25	Mala
26 a 50	Regular
51 a 75	Buena
76 a 100	Excelente

La tabulación de los datos se realizará inicialmente en forma manual, para luego utilizar el programa computacional Microsoft EXCEL 2000. y finalmente se utilizara el programa SPSS 20 para análisis estadístico y realización de gráficos.

**Factibilidad.**

El estudio es factible ya que se cuenta con los pacientes, el personal médico y tutores para la realización del estudio.

## **Factibilidad y Aspectos éticos.**

### Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal, descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987,

Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

## **Recursos**

Recursos materiales:

El estudio requiere de papel, impresiones, un computador personal y “software” para análisis, escritura del protocolo y sus informes, base de datos y gráficos.

Recursos Humanos

Los investigadores

Recursos Financieros

Los propios del investigador

## CRONOGRAMA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA N0. 2 "JUANA DE ASBAJE "DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL." 2011-2012.																				
ACTIVIDAD	Abril- mayo		Junio- julio		Ago. Sep.		Oct. Nov.		Dic. enero		Febrero marzo		Abril mayo		Jun. Jul.		Ago. Sep.		Oct. Nov.	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
Delimitación del tema a estudiar	■	■	■	■	■	■														
Revisión y selección de la bibliografía					■	■	■	■	■	■										
Elaboración del protocolo hasta la presentación ante el CLIS					■	■	■	■	■	■										
Revisión del protocolo realizado por el comité local de investigación									■	■	■	■								
Registro del número de protocolo realizado									■	■	■	■								
Recolección de la información											■	■	■	■	■	■	■	■		
Análisis de resultados											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación final del trabajo realizado																			■	

Responsable: Dr. Máximo A. García Flores  
Investigador Principal

■ Programado

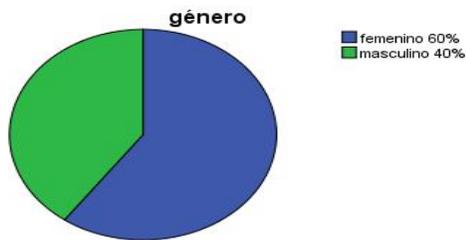
■ Realizado

## RESULTADOS

En México, actualmente existen más de siete millones de adultos mayores, se estima un escenario interesante ya que se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población.<sup>2</sup> La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>3</sup> Los adultos mayores están más expuestos a factores de riesgo y a la adopción de estilos de vida no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas. La medicina actual tiene como propósito preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, en este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Realizar mediciones en la calidad de vida nos puede proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios, y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria.

El estudio reportó que en la muestra de 100 pacientes, el género de los pacientes fue 60% mujeres y 40% hombres, el 36% se dedica al hogar y 33% es jubilado, el 46% es casado, la escolaridad que predomina es primaria con 46%, la edad predominante fue de 60 años. En cuanto a las dimensiones de calidad de vida estudiadas se encontró que la función física fue de 62%, rol físico de 74%, dolor corporal de 71%, salud general de 56%, la vitalidad percibida fue de 63%, rol funcional 79%, el rol emocional de 78%, la salud mental de 72%, la transición de salud fue de 52%.

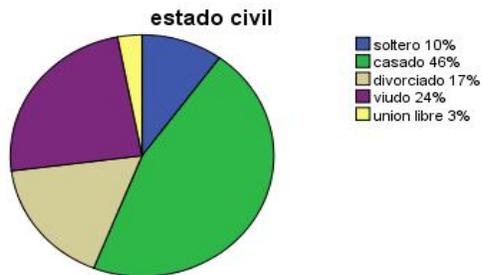
Se agruparon los ítems relacionados con salud física y se observa el 64,32 %, En cuanto a salud mental se calculó a 76.62%. La calidad de vida del consultorio fue de 69.61%. Por lo tanto se considera que la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años del consultorio 17 es buena. Se calculó la  $\alpha$  de Cronbach's de 0.860, la cual superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7 ). Por lo tanto se reafirma la fiabilidad de la utilización del cuestionario SF36 utilizado en el estudio.



Se observo que 60 por ciento de los paciente encuestados predomino el sexo femenino. Contra 40 por ciento del masculino.



Se observa que la ocupación predomina el hogar en 46 por ciento, 33 por ciento son jubilados, 14 por ciento tiene algún empleo y solo 7 por ciento es desempleado.



El 46% de la población es casado, 24% es viudo, 17 % es divorciado, 10% solteros y 3% se encuentra en unión libre.

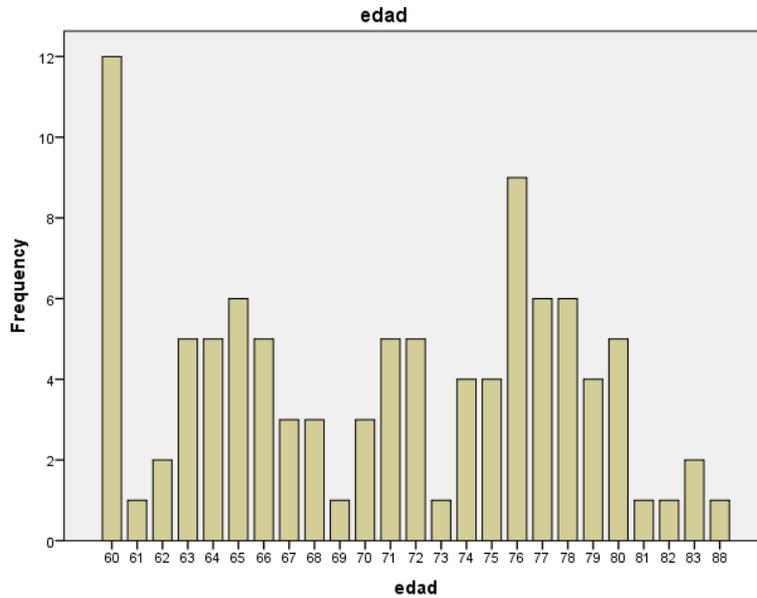


La escolaridad que predomina en los pacientes es primaria con 44%, luego secundaria con 24%, el 13% son analfabetas, solo el 7% cursa la universidad.

**Statistics**

		edad	calidad_de_vida
N	Valid	100	100
	Missing	0	0
Mean		70,75	69,61
Median		71,00	75,00
Mode		60	75
Std. Deviation		7,106	22,360
Minimum		60	12
Maximum		88	98

La edad de los pacientes encuestados que se presenta con mayor frecuencia es de 60 años.

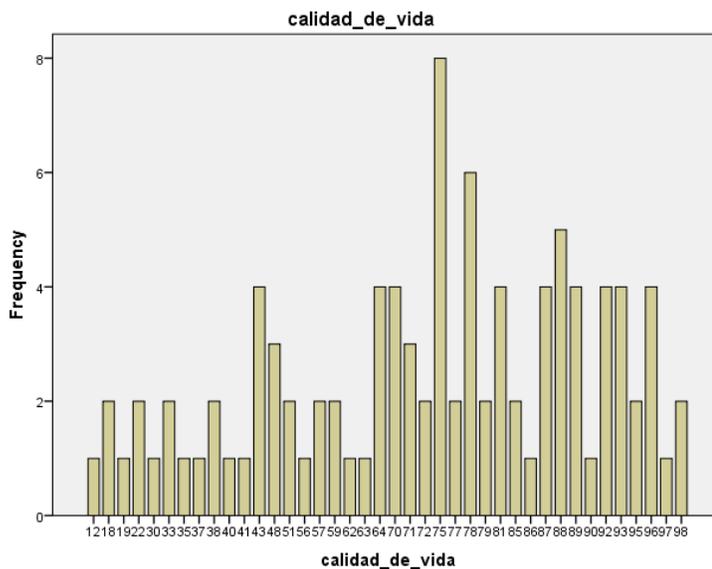


La edad que predomina es de 60 años y en segundo lugar es de 76 años.

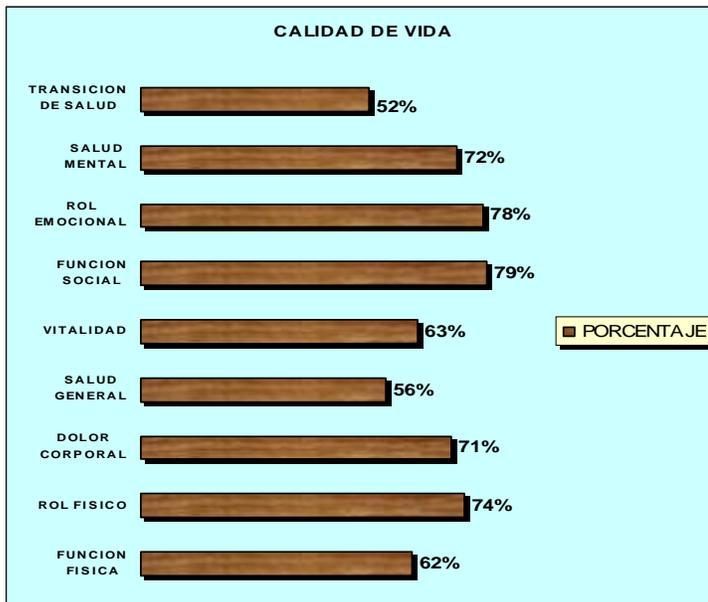
**Statistics**

		edad	calidad_de_vida
N	Valid	100	100
	Missing	0	0
Mean		70,75	69,61

La edad media es de 70,75 años y la calidad de vida que se encuentra es de 69.61 por ciento.



La calidad de vida se encuentra en 75 por ciento.



La percepción de la función física fue de 62 %.

El rol físico percibido en la población fue de 74 %.

La percepción de dolor corporal se presentó en 71 % de la población.

La percepción de la salud general muestra el 56 %.

La percepción de vitalidad muestra que el 63 %.

La función social no se encuentra alterada muestra que el 79%.

El rol emocional se encuentra en 78 %

La salud mental muestra el 72 %.

La percepción de la transición de la salud a un año no cambio se observa en 52%.

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Salud _ física	100	12	96	64,32	22,381
Salud_mental	100	12	100	76,62	23,942
calidad_de_vida	100	12	98	69,61	22,360
Valid N (listwise)	100				

Se agruparon los ítems relacionados con salud física y se observa el 64,32 %.

En cuanto a salud mental se calculo a 76.62%.

La calidad de vida del consultorio fue de 69.61%. Por lo tanto se considera que la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años es buena.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,860	,861	2

Se calculo la alpha de Cronbach`s de 0.860, la cual supero el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7 ). Por lo tanto se reafirma la fiabilidad de la utilización del cuestionario SF36 en el estudio.

## **DISCUSIÓN.**

El objetivo principal del presente estudio fue conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de 60 años o más atendidos en el consultorio 17 turno vespertino de la unidad de medicina familiar no. 2 de Instituto Mexicano del Seguro Social para lo cual se utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario SF 36 que consta de 36 preguntas el cual está validado por la OMS el cual se aplicó a pacientes que acudieron a consulta y cumplieron los criterios de inclusión, en donde se observó que al agrupar los ítems relacionados con salud física se observa el 64,32 %. La que se traduce en buena. En cuanto a salud mental se encuentra a 76.62%. Lo que se traduce a excelente. La percepción de la transición de la salud se observa en 52%. Por lo tanto se concluyó que la calidad de vida del consultorio fue de 69.61%. Por lo tanto se considera que la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años del consultorio 17 es buena.

Con los resultados obtenidos se calculó la  $\alpha$  de Cronbach's de 0.860, la cual superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7 ). Por lo tanto se reafirma la fiabilidad de la utilización del cuestionario SF36 en el estudio.

## **CONCLUSIONES.**

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos llevan a plantear las siguientes conclusiones.

- 1.- Que el género de los pacientes predomina el sexo femenino con 60% y masculino 40%.
- 2.- Que la ocupación de los pacientes 36% se dedica al hogar y 33% es jubilado.
- 3.- Que el 46% es casado, la escolaridad que predomina es primaria con 46%.
- 4.-Que el grupo etáreo predominante fue de 60 años.
- 5.-Que la función física fue de 62%, lo que la califica como buena. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 6.- Que el rol físico de 74%, lo que se califica como buena. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 7.- Que el dolor corporal de 71%, lo que se califica como buena. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 8.- Que la salud general de 56%, lo que se califica como buena. Superior a lo esperado en la población mexicana.
- 9.- Que la vitalidad percibida fue de 63%, lo que se califica como buena. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 10.- Que la función social 79%, calificado como excelente. Superior a lo esperado en la población mexicana.
- 11.- Que el rol emocional de 78%, calificado como excelente. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 12.- Que la salud mental de 72%, calificado como buena. Acorde a los valores de referencia en la población mexicana.
- 13.- Que la transición de salud fue de 52%. Calificada como buena. Acorde a lo esperado en la población mexicana.
- 14.- Que al agrupar los ítems relacionados con salud física se observa el 64,32 %. La que se traduce en buena. Por debajo de los valores de referencia para la población mexicana.
- 15.- Que En cuanto a salud mental se encuentra a 76.62%. Lo que se traduce a excelente. Acorde a lo esperado en la población mexicana.

16.-Por lo tanto se concluyo que la calidad de vida del consultorio fue de 69.61%. Por lo tanto se considera que la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años del consultorio 17 es buena.

#### RECOMENDACIONES.

1.- Al confirmar la fiabilidad del instrumento se puede recomendar su utilización en un estudio con un tamaño de muestra mayor. O aplicarlo a varias unidades de salud.

Para tener un panorama general de la calidad de vida los usuarios en donde la esperanza de vida esperada esta aumento y con ello las enfermedades crónico degenerativas.

2.- El presente estudio habré la posibilidad de dar seguimiento a los pacientes en un momento posterior y conocer si su calidad de vida mejoro así como autoevaluarnos en las acciones de salud implementadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Duran Arenas L, Gallegos Carrillo K, Salinas Escudero G. Hacia una base Normativa en la Medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, mediante el formato cortó 36. *Salud Pública Méx.* 2004; Vol. 46(4): 306-315.
- 2.- Vilaguta G, Ferrera M, Rajmil L. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (2): 135-150.
- 3.- Coronado Gálvez JM, Díaz Vélez C, Apolaya Segura MA. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Méd. Peruana.* 2009; 26(4): 230-238.
- 4.- Tuesca Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* 2005; 21(2): 76-86
- 5.- Botero BE, Merchan P. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia Promoc. Salud* [online]. 2007; 12 (1):11-24.
- 6.- Reyes Morales H, Viadislavona Doubova S, García González JJ. Guía para la evaluación gerontológica integral. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009; 47 (3): 291-306.
- 7.-Reyes Audiffred V, Sotomayor Sánchez SM, González Juárez L. Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2007; 15 (1): 27-31.
- 8.- Lugo LH, García HI, Gómez C, Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2006; 24(2):37-50.
- 9.- Montero Piqueras O, Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez JA. Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. *Gac. Sanit.*2009; 23 (6):526–532
- 10.-Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública Mex* 2002; 44: 349-361.
- 11.-García AM, Leiva F, Martos C. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de familia* 2001; 2: 29-34.
- 12.- Shamah Levy T, Cuevas Nasu L, Mundo Rosas V. Dirección general de epidemiología e instituto nacional de la nutrición: Salvador Zubirán. Encuesta nacional de enfermedades crónicas. Dirección general de epidemiología e instituto nacional de la nutrición: Salvador Zubirán. *Salud pública de México* 2008; 50 (5).

- 13.- Casas J, Repullo Labradora JR, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Medicina clínica Barcelona 2001; 116(29): 789-796.
- 14.- O.E.I. Organización de Estados Iberoamericanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <<http://oei.es/noticias/spip.php?article4215> > [consulta: 13 de Noviembre de 2011].
- 15.- García Roche R, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología .2010; 48(1): 43-52.
- 16.- García Viniegras CR. CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRONICOS. Rev. Haban. Cienc. Méd. 2007; 6 (4).
- 17.- Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados. Ciencia y enfermería 2005; (2): 47-57.
- 18.-Sepúlveda Lohaus C, Cisterna Muñoz AL, Calvo G. MJ. Adulto con Limitación crónica del flujo aéreo que realiza funciones docentes: percepción de su calidad de vida. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina 2006.
- 19.- Dayna S. Dalton, Cruickshanks K, Barbara E.K. The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults. The Gerontologist 2003; 43 (5).
- 20.- Sandoval Jurado L, Ceballos Martínez ZI, Navarrete Novelo C. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (2): 105-109.
- 21.- Romero Márquez RS, Romero Zepeda H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48 (1): 91-102.
- 22.- Romero Márquez RS, Díaz Veja G, Romero Zepeda H. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49 (2): 125-136.
- 23.- Schwartzmann L. calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería IX. 2003;(2): 9-21.
- 24.- Corrales Fernández E, Tardon García A. Estado Funcional y Calidad de Vida en Mayores de setenta años. Psicothema. 2000; 12 (2): 171-175.
- 25.- Charúa Guindic L, Benavides León CJ. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cirugía Cirujanos. 2011; 79 (2): 149-155.

26.- Galán Cuevas S, Alemán de la Torre L, Martínez Martínez JA. Psiconeuroinmunología asociada a la calidad de vida en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual 2012; 2 (1): 9-19.

27.- Schrodera A, Oernboela E, Rasmus W. Outcome measurement in functional somatic syndromes: SF-36 summary scores and some scales were not valid. Journal of Clinical Epidemiology 2012; 65 (1): 30-41.

28.- R. Cossutta, S. Zeni, A. Soldi, P. Colombelli. Valutazione della qualità della vita in pazienti affetti da sclerosi sistémica mediante somministrazione del questionario SF-36. Reumatismo. 2002; 54(2):122-127.

29.- Martínez Hernández LE, Segura Méndez NH. Validación del cuestionario SF-36 en pacientes adultos con asma y rinitis alérgica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48 (5): 531-534.

**ANEXOS**

**INSTRUMENTO DE MEDICION**

**CUESTIONARIO "SF-36" SOBRE EL ESTADO DE SALUD**

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.<sup>7</sup>

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- Edad:

- a) 18-35    b) 36-50    c) 51-65    d) 65-85 y más.

2.-Sexo:

- a) Hombre                      b) Mujer

3.-Escolaridad:

- a) Nula    b) Primaria    c) Secundaria    d) Preparatoria    c) Universidad

4.- ocupación:

- a) Sector primario    b) Sector secundario    c) Sector terciario.

5.- Estado civil:

- a) Soltero    b) Casado    c) Divorciado    d) Viudo    e) Unión libre

6.-Tiempo de evolución de la ENFERMEDAD:

- a) Menos de 1 año    b) 1-5 años    c) 6-10 años    d) 11-15 años    e) 16-20 y mas años.

7).-Complicaciones y tiempo de evolución:

---

1. En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número)

Excelente 1    Muy buena 2    Buena 3    Regular 4    Mala 5

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

.....1                      Mucho    mejor    ahora    que    hace    un    año

.....2                      Algo    mejor    que    hace    un    año

.....3                      Más    o    menos    igual    que    hace    año

.....4                      Algo    peor    ahora    que    hace    un    año

.....5                      Mucho    peor    ahora    que    hace    un    año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

(Marque un solo número por cada

pregunta)

**ACTIVIDADES**

- a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.

Si, me limita mucho 1    Sí, me limita un poco 2    No, no me limita nada 3

- b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- c. Coger o llevar la bolsa de la compra  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- d. Subir varios pisos por la escalera  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- e. Subir un solo piso por la escalera  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- g. Caminar un kilómetro o más  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- h. Caminar varias manzanas  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- i. Caminar una sola manzana  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3
- j. Bañarse o vestirse por Sí mismo  
 Si, me limita mucho 1      Sí, me limita un poco 2      No, no me limita nada 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

Si 1      No 2

¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

Si 1      No 2

a. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades Cotidianas?

Si 1      No 2

b. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, Le costó más de lo normal)?

Si 1      No 2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimidos, o nervioso)?

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?

Si 1      No 2

b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

Si 1      No 2

c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de Costumbre, por algún problema emocional?

Si 1      No 2

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

Nada 1      Un poco 2      Regular 3      Bastante 4      Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?  
No, ninguno 1      Sí, muy poco 2      Sí, un poco 3      Sí, moderado 4

a.  
Sí, mucho 5      Sí, muchísimo 6

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

Nada 1      Un poco 2      Regular 3      Bastante 4      Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...

a. ¿se sintió lleno de vitalidad?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4  
Solo alguna vez5      Nunca6

b. ¿estuvo muy nervioso?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

c. ¿se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

d. ¿se sintió calmado y tranquilo?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

e. ¿Tuvo mucha energía?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

f. ¿se sintió desanimado y triste?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

g. ¿se sintió agotado?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

h. ¿se sintió feliz?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6

i. ¿se sintió cansado?

Siempre1      Casi siempre2      Muchas veces3      Algunas veces4

Solo alguna vez5      Nunca6



## RESUMEN

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA N0. 2 JUANA DE ASBAJE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.

García Flores Máximo Alejandro<sup>(1)</sup> Marmolejo Mendoza Marlene<sup>(2)</sup>, Salas López Francisco<sup>(3)</sup>,  
<sup>1</sup>Investigador Principal, <sup>2</sup>Investigador Asociado, <sup>3</sup>Médico Residente de er año de Medicina Familiar.

**Introducción:** La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida. Los estudios realizados para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en población adulta mayor, muestran la existencia de factores que permiten evaluar la efectividad del manejo de la población atendida.

### **Objetivo:**

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de 60 años o mas atendidos en el consultorio 17 turno vespertino de la unidad de medicina familiar no. 2 de I.M.S.S.

**Material y métodos:** Se realizo un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal.

**Análisis:** Los resultados indican que la salud física es 64,32 % (buena). La salud mental es 76.62%. (Excelente). La transición de la salud es 52% (buena). Se concluyo que la calidad de vida de los pacientes fue de 69.61%. Por lo tanto se considera que la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años del consultorio 17 es buena. Se calculo alpha de Cronbach`s de 0.860 reafirmando la fiabilidad del estudio.

**Palabras claves:** calidad, vida, salud, efectividad, sf36.

**CRONOGRAMA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

<b>“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.” 2011-2012.</b>																				
ACTIVIDAD	Abril- mayo		Junio- julio		Ago. Sep.		Oct. Nov.		Dic. enero		Febrero marzo		Abril mayo		Jun. Jul..		Ago. Sep.		Oct. Nov.	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
Delimitación del tema a estudiar	■	■	■	■	■	■														
Revisión y selección de la bibliografía					■	■	■	■	■	■										
Elaboración del protocolo hasta la presentación ante el CLIS					■	■	■	■	■	■										
Revisión del protocolo realizado por el comité local de investigación									■	■	■	■								
Registro del número de protocolo realizado									■	■	■	■								
Recolección de la información											■	■	■	■	■	■	■	■		
Análisis de resultados											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación final del trabajo realizado																			■	

Responsable: Dr. Máximo A. García Flores  
Investigador Principal

- Programado
- Realizado

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACION CLINICA**

Lugar \_\_\_\_\_

y \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 17 TURNO VESPERTINO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILAR DE LA CLINICA NO. 2 “JUANA DE ASBAJE “DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.”** Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: R-2012—3511-2 El objetivo del estudio es: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de 60 años o mas atendidos en el consultorio 17 turno vespertino de la unidad de medicina familiar no. 2 de imss. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: que se me aplicara un cuestionario estructurado que consiste en 36 preguntas. En el caso que se detecte alguna patología aguda se enviara al servicio médico correspondiente para valoración.

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:** No hay riesgos pues solo se efectúan un cuestionario. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Máximo Alejandro García Flores Mat. 11670975

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 55 47 55 10 al 19 Ext. 21407

Testigos \_\_\_\_\_

Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013