



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR/ UMAA No. 52
GUADALAJARA, JALISCO

**“LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 56 DEL IMSS DE
ACATLÁN DE JUAREZ, JALISCO”**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VERÓNICA GÓMEZ VEGA
ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“LA SATISFACION PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR EN LA UMF NO. 56 DEL IMSS DE
ACATLAN DE JUAREZ, JALISCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

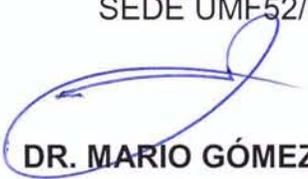
PRESENTA:

DRA. VERONICA GOMEZ VEGA
MÉDICO RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES.

AUTORIZACIONES:



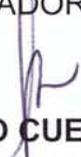
DR. VICTOR HUGO MENDOZA ROSALES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE UMF52/UNAM



DR. MARIO GÓMEZ DE LEÓN.
INVESTIGADOR PRINCIPAL



DRA. VERONICA VAZQUEZ GONZALEZ
INVESTIGADOR ASOCIADO



DR. ALBERTO CUEVAS MENDOZA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF 52 DEL IMSS

**“LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 56 DEL IMSS DE
ACATLÁN DE JUAREZ, JALISCO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

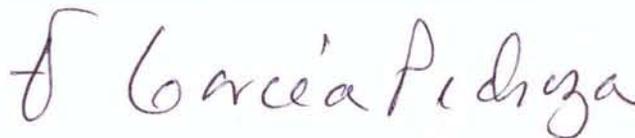
PRESENTE

DRA. VERÓNICA GÓMEZ VEGA

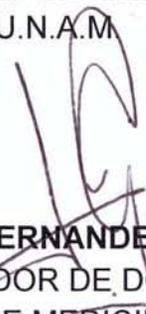
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“SATISFACCIÓN PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR EN LA UMF NO. 56 DEL IMSS DE
ACATLÁN DE JUÁREZ, JALISCO”**

**SABER ENVEJECER ES LA MAYOR DE LAS SABIDURÍAS Y UNO DE LOS
MÁS DIFÍCILES CAPÍTULOOS DEL GRAN ARTE DE VIVIR.**

Anónimo

DEDICATORIA:

A Dios le dedico este trabajo y todos mis esfuerzos, por estar siempre cerca de mí. Por darme la oportunidad de existir, por contar con salud, ya que los logros siempre los compartimos juntos.

A mis padres con amor, que siempre han confiado en mí esfuerzo.

AGRADECIMIENTOS:

Con profunda admiración y respeto, a la Dra. María del Refugio Vázquez González por el apoyo entusiasta que brindo al presente trabajo, por su buena disposición, paciencia y por haberme permitido ser su alumna y después su amiga.

A la Dra. Verónica Vázquez González, por sus innumerables horas invertidas en la labor de la investigación, por corregir y preparar el manuscrito final; aprecio profundamente su paciencia y sus valiosas sugerencias.

Al Dr. Mario Gómez De León, por ser siempre un excelente amigo por confiar en mí y en la importancia de este proyecto.

Al Dr. Eduardo Orozco Partida, Director de la UMF 56, Jefe y buen amigo; gracias por su apoyo incondicional a estos años de preparación.

A todos ellos, mi más sincero agradecimiento. No habría podido llegar a la meta sin ustedes.

A la máxima casa de estudios, la honorable Universidad Nacional Autónoma de México.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por esta invaluable oportunidad brindada para mi preparación, por todos los recursos empleados en el campo de la enseñanza y la investigación.

A mi familia, a quienes admiro profundamente por haberme brindado todo su amor, confianza, dedicación, cuidados y enseñanza, y que han forjado en mí un espíritu de lucha.

A todas aquellas personas que de alguna manera han contribuido para mi formación.

Mil gracias; a todos ellos mi eterna gratitud.

INDICE.

TITULO	2
INDICE	5
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	6
RESUMEN	7
MARCO TEORICO	8
PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO	8
ENVEJECIMIENTO	9
SATISFACION PERSONAL O BIENESTAR SUBJETIVO	10
CALIDAD DE VIDA	14
LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACION	22
HIPOTESIS	24
OBJETIVOS	25
MATERIAL Y METODOS	26
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
VARIABLES DEL ESTUDIO	27
DEFINICION DE LAS VARIABLES	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	28
PROCEDIMIENTO	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	29
CRONOGRAMA	30
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	31
ASPECTOS ÉTICOS	32
RESULTADOS	33
DISCUSION	42
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	49
ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	49
ANEXO 2 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS	50
ANEXO 3 CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE FILADELFIA	51
ANEXO 4 CUESTIONARIO SF-12 v 2	52
ANEXO 5 DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN	54

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TESISTA

Dra. Verónica Gómez Vega Médico Cirujano y Partero.

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 56
Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estatal Jalisco.

Matricula:99144913

e-mail: drvero_libra@hotmail.com

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Mario Gómez De León.

Médico Internista y Geriatra.

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Adscrito del Hospital General Zona no. 89

Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estatal Jalisco

Matricula:8469598

marioxleongom@hotmail.com

Tel celular: 333 843 5551

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dra. Verónica Vázquez González.

Médico Familiar; Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 5

Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estatal Jalisco.

Matricula 99145834

dra.verynmf@gmail.com

Tel. 373 23030 cel. 331 691 8249

RESUMEN

La satisfacción personal es la satisfacción con la vida, es un estado subjetivo que incluye la percepción, opiniones y expectativas personales; mientras que la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Objetivo: Determinar la satisfacción personal y calidad de vida del adulto mayor.

Material y Métodos: se realizó un estudio Transversal Descriptivo a 167 adultos mayores a los cuales se les aplicó 2 escalas: Escala de Filadelfia y escala SF-12 en su versión 2. El Análisis estadístico y procesamiento de datos se realizó en el software SPSS versión 10, utilizándose estadística descriptiva y estadística no paramétrica para relacionar las variables dependientes expresando los resultados en porcentajes.

Resultados: Se encuestaron 167 adultos mayores, con una media de edad de 71.29 años. Con relación a la Satisfacción Personal, predominó el nivel regular (63.5 %), y en relación a la Calidad de Vida, también predominó el nivel regular (47.3 %); de este aspecto, la dimensión mayormente afectada fue el índice de salud física (52 %). se demostró relación positiva entre edad y Calidad de Vida así como en edad y dimensión de Calidad de Vida afectada.

Conclusiones: la calidad de vida de los adultos mayores está mayormente afectada en la dimensión del índice de salud física.

MARCO TEORICO

PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO

En los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la tercera edad. Este interés se debe principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados, lo que obliga a una preocupación por la calidad de vida en estas personas y su satisfacción personal¹.

En México la esperanza de vida al nacer se ha incrementado; según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1930 era de 34 años, para el 2005 aumento a más 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada^{2,3,4}.

De acuerdo con las proyecciones de población CONAPO, en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico. Lo cual representaran el 21% de la población^{2,3,4}.

Por tanto el envejecimiento poblacional conlleva una creciente demanda de servicios y atenciones que son propias de las necesidades que generan los adultos mayores, las que se enmarcan en áreas diversas como la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación. ¹ Debiendo México prepararse para ser un país cada vez más viejo⁵⁻⁶.

Así mismo es importante aceptar otros hallazgos de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez con el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad¹.

A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercer edad, y al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos⁴⁻⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a las personas de la tercera edad en:

- a. 60 a 74 años consideradas de edad avanzada
- b. 75 a 90 años viejas o ancianas,
- c. y las que sobrepasa a los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos⁴⁻⁵.

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno universal; un proceso de la vida irreversible y por el momento inevitable, que se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de concluir el desarrollo entre los 20 y 30 años de edad. A partir de entonces, los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos considerados como una declinación gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales y también aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades, mostrando una reducción en la energía física^{6,7,8} tornan al individuo más vulnerable al medio y mermando su capacidad de adaptación a los retos de la vida⁵, haciendo cada vez más difícil mantener la integridad personal^{7,8}.

Esto es al producto de cuatro factores interrelacionados:

- a. El envejecimiento biológico normal,
- b. Las enfermedades,
- c. Las pérdidas de las aptitudes y
- d. Los cambios sociales que suceden durante ese periodo de la vida.

El envejecimiento no se detiene y es totalmente individual y con ello queda asociado una imagen negativa del ser humano y una gran discriminación: feo, sin dientes, asexuado, incontinente, senil, confuso y desvalido, son algunas de las características que nos denota el estereotipo de vejez. Este pensamiento orilla a muchos a renunciar a una buena vida en la edad avanzada^{1,5}.

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad de vida está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital^{9,10}. Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento^{7,8,11}.

La manera en que se evalúa el envejecimiento depende del grado en que uno mismo está satisfecho con su personalidad, ancianos bien adaptados y felices permanecen de ese modo, aquellos que no lo están permanecerán infelices e insatisfechos^{1,12,13}.

Para disfrutar una vejez satisfecha y plena es necesario estar razonablemente sano, bien adaptado y encontrar un estilo de vida^{9,11,12}.

Así, la salud auto reportada, que entraña claramente un concepto psicológico y es un excelente predictor de la salud física del individuo y aún de su morbimortalidad, está fuertemente asociada a otras condiciones psicológicas como la satisfacción en la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, las actividades de la vida diaria, la depresión y aún el funcionamiento intelectual^{1,13}.

Debido a la reducción de la mortalidad global, los adultos mayores viven más años, pero frecuentemente en condiciones de morbilidad crónica; una de estas condiciones es la artritis que padecen 58% de ellos, sin aparecer en las estadísticas

como causa de muerte, siendo altamente significativa para el adulto mayor, porque afecta la movilidad y la capacidad funcional, además del dolor que le inflige. La incontinencia urinaria tampoco es mortal teniendo una prevalencia de 27% en mujeres mayores a 65 años, siendo la tercera condición crónica más común después de la hipertensión y de la artritis, pudiendo afectar profundamente la Calidad de Vida¹⁴.

SATISFACION PERSONAL O BIENESTAR SUBJETIVO

La vejez es el periodo de vida en donde se presenta con frecuencia crisis profundas, resultado del enfrentamiento con múltiples pérdidas e incrementando el impacto emocional conforme la persona envejece, lo cual exige adaptación a las esferas intelectual, social, afectiva y emocional.⁸ Para algunos adultos mayores las pérdidas les determinan una incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general^{1,15}. Actualmente se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos de la gerontología moderna, entre los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez; el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad¹.

La **Satisfacción Personal o bienestar subjetivo** es definido como el grado de complacencia, o de contento /felicidad, que manifiestan los adultos mayores en términos de acuerdo o desacuerdo sobre su situación de vida, expresado como satisfecho o no satisfecho¹³.

Por tanto el postulado hedonista (línea filosófica) hace referencia no simplemente a la vida feliz “per se” sino a los “procesos del vivir” con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que no evita el dolor, sino todo lo contrario le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse¹⁶.

La psicología positiva es un esfuerzo por mostrar que es necesario considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los periodos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y madurez del individuo, por lo cual consideran necesario recurrir en esos momentos al buen humor, simplicidad, empatía, optimismo, creatividad y sabiduría, favoreciendo a los aspectos resilientes o factores positivos de la personalidad de sujeto o del grupo. Reconociendo que muchas de estas cualidades son aprendibles (o susceptibles de ser aprendidas), y favorecen la salud física y mental¹⁶.

De acuerdo a algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción personal con la vida en la vejez es el principal criterio de un envejecimiento exitoso.¹

Por lo que es importante centrar la atención a algunos otros fenómenos sobresalientes que pueden cambiar la percepción subjetiva del bienestar por un momento determinado:

- a. La menopausia en las mujeres.
- b. El síndrome del nido vacío.
- c. La jubilación obligatoria.
- d. La pérdida de productividad y utilidad así como de la imagen corporal.
- e. La pérdida de salud por presencia de enfermedades.
- f. La preocupación por el tiempo restante de vida.
- g. La preocupación de la invalidez.
- h. La dependencia.
- i. alteraciones en la autoridad e integridad (la importancia de lo que uno ha sido de lo que uno es).

Lo cual conlleva a problemas en la satisfacción personal, ya que uno de los mayores miedos de envejecer es perder el poder, la independencia y capacidad para tomar decisiones (que es lo que mantiene la salud mental y física de los ancianos: miedo a la muerte y el morir)^{1, 13, 16}.

El contexto social y situación de vida que rodea al adulto mayor juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar y, por tanto, es indispensable considerar los siguientes factores importantes en la evaluación médica del paciente:

- ✓ **Factores Sociales:** interrelaciones.
- ✓ **Factores Sociodemográficas:** estado civil, edad y escolaridad.
- ✓ **Factores Económicos y Ambientales:** relacionado con la jubilación y la satisfacción de otras necesidades básicas.
- ✓ **Factores de Salud:** presencia de enfermedades crónico-degenerativas, independencia física y/o limitación funcional.
- ✓ **Factor familiar:** desde el apoyo social, hasta el cumplimiento y aceptación de los nuevos roles^{1,4,5,8,15,16}.

Algunos autores como Mroczek y Kolarz (1998), señalan la importancia de algunos factores sociodemográficos contextuales y de personalidad en la relación edad-bienestar. En particular, estos autores encuentran que se presentan mejores índices de bienestar en los adultos mayores casados y extrovertidos, en detrimento de los solteros e introvertidos, no encontrándose relaciones lineales en el caso de las mujeres^{1,15}.

La Satisfacción Personal o Bienestar Subjetivo de acuerdo al planteamiento de Ryff (1989) se integra en las siguientes dimensiones:

- ❖ **Autoaceptación:** Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
- ❖ **Relaciones positivas con los demás:** La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.
- ❖ **Autonomía:** Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.
- ❖ **Dominio del ambiente:** La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.
- ❖ **Propósito en la vida:** Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.
- ❖ **Crecimiento personal:** El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona^{1,16,17,18}.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de “desuso” y a la falta de actividad. Encontrando algo básico por el investigador Kerschner (1987), se refería a “la oportunidad de seguir siendo independiente y útil para la sociedad y su familia”. De ahí la importancia de que el anciano continúe a lado de su familia y con la mayor actividad posible. Por lo que diversas teorías han tratado de explicar el fenómeno del envejecimiento y han considerado la actividad y la satisfacción personal como parte importante de dicho fenómeno. Una de ellas, (teoría de la actividad) supone la existencia de una relación positiva entre la actividad y la satisfacción de vida, asociados a su vez con la pérdida del rol⁹.

Un ejemplo de pérdida de rol es la jubilación la cual debería considerarse una recompensa bien merecida por los esfuerzos realizados y los servicios prestados a la comunidad; en los países en desarrollo se considera sinónimo de vejez e inutilidad, que conlleva a un aislamiento social que aunado a las pérdidas funcionales que acompañan al envejecimiento, repercuten negativamente en la satisfacción personal y por lo tanto, se traduce en mayor necesidad de servicios de salud, asistencia, seguridad y protección social, con impacto importante en la economía de las naciones¹³.

Un estudio de tipo transversal comparativo realizado en México en adultos jubilados de más de 60 años a los cuales se les aplicó la escala de Filadelfia (Satisfacción Personal) y en relación a su resultado se clasificó como alto y bajo para luego evaluar el apoyo social, teniendo como resultado en el grupo de Satisfacción Personal alta un 80%, y un 50% en el grupo de Satisfacción Personal baja. Teniendo una relación positiva hasta 3 veces más quien contaba con familia, amigos o integrado a un grupo social¹³. Sin encontrar diferencias significativas en otras variables sociodemográficas. Considerando que el rol laboral lo cambian por el rol del hogar y el social¹³.

Por lo tanto la satisfacción personal es definida como un “juicio global positivo respecto a la vida propia”. Ésta se ha medido a través de **LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE FILADELFIA**, versión modificada y traducida al castellano por Montorio, construida por Lawton en 1972 en el centro Geriátrico de Filadelfia. Se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracteriza por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar^{13, 18,19}.

La calidad de vida tiene un componente subjetivo que obliga a valorarla de manera independiente dentro de la Valoración Geriátrica (cuádruple valoración: biomédica, funcional, mental y social).

Es entendida en el adulto mayor como salud general, ausencia de discapacidad buen estado de ánimo, ausencia de ansiedad, buena comunicación, buen grado de autorrealización y de autovaloración, bienestar emocional, espiritual y social. Por lo que será evaluada por **LA ESCALA MORAL DEL CENTRO GERIATRICO DE FILADELFIA** es recomendada por grupo de expertos de la BRITISH GERIATRIC SOCIETY y EL AMERICAN NATIONAL INSTITUTE OF AGING. Mide el grado subjetivo de satisfacción del anciano con su situación actual y en tres factores: actitud hacia el propio envejecimiento, instalación con la soledad, ansiedad o inquietud. Consta de 16 reactivos que mide el grado subjetivo de satisfacción o bienestar del anciano con su situación actual en tres sentidos o dimensiones:

- 1-. Actitud hacia el propio envejecimiento,
- 2-. Insatisfacción con la soledad,
- 3-. Ansiedad o inquietud^{13, 18}.

Puntos de nivel de satisfacción

12- 16 = alto.

6-11 = regular.

Menor a 5 = bajo.

• UTILIDAD

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente y de investigación. Detecta las primeras señales de deterioro del anciano^{13,18}.

• LIMITACIONES

Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización o las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro^{13,18}.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de acuerdo a la OMS se ha entendido como “el grado de satisfacción o insatisfacción que siente las personas con varios aspectos de la vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales”. Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones. Por lo tanto, es un tema multidimensional en el que se integran buen funcionamiento físico, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud^{2,10,11,20}.

Las transformaciones continuas de las sociedades obligan a modificar los conceptos tradicionales de salud, envejecimiento y calidad de vida. La calidad de vida en la vejez depende del contexto o de las circunstancias en las que vive el adulto mayor. Ya que para el adulto mayor es importante mantener la calidad de vida, su independencia y autosuficiencia^{4,5,10}. No obstante, hay un acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva; lo que la persona valora de ella misma a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceras) porque lo fundamental es la percepción propia²¹.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social^{13,15}.

Entre las investigaciones gerontológicas son bastantes las que se centran en los factores que afectan a la calidad de vida, en la medida en que ésta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio. Muchas de estas

investigaciones comparten la idea de que es igual de relevante mantener un estado de salud física como disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social^{8,10,21,22}.

Los investigadores con orientación clínica están de acuerdo en que la variable salud es la que mayor peso tiene en la percepción de bienestar de los adultos mayores y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos^{9,11,20,21}.

La variable que involucra la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderá de la siguiente forma:

1. **Autonomía:** Capacidad funcional, que se refiere a si puede o no realizar actividades básicas e instrumentales.
2. **El soporte social:** que se refiere a las estrategias (prestar ayuda colaboración) que permiten relacionarse con los demás.
3. **Salud Mental;** el cual involucra el grado de armonía psico-emocional (felicidad y autoestima) y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad de este para la realización de dichas actividades.

Las condiciones que parecen determinar la calidad de vida son:

1. **Salud** (disfrutar de buena salud),
2. **Aptitudes funcionales** (ser capaz de cuidar de uno mismo),
3. **Condiciones económicas** (tener una buena pensión o ingreso),
4. **Relaciones sociales** (mantener relaciones con la familia y amigos),
5. **Actividad** (estar activo),
6. **Servicios sociales y de salud,**
7. **Calidad en casa y en el contexto próximo** (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad),
8. **Satisfacción de vida** (sentirse satisfecho con la vida) y
9. **Oportunidades culturales y educaciones** (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas)^{11,14,21}.

El propósito fundamental de la medición de la calidad de vida en el adulto mayor consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida de los factores relacionados a la percepción de la calidad de vida^{14,23}.

La calidad de vida en términos de salud puede ser mostrada en la autoevaluación de la misma. Un estudio realizado en Estados Unidos (U.S. NCHS 1999) frente a la pregunta global sobre el estado de salud, que puede ser respondida como: excelente, muy buena, buena, regular o mala; los adultos mayores que respondieron regular o mala aumentan con la edad. Es decir el 25% de los adultos mayores entre 65 a 74 años informan que su salud es regular o mala, en comparación con 35% de aquellos con 85 años y más. Sin embargo, la cifra total ha disminuido un poco (2-4%) en los últimos 20 años¹⁴.

Otros estudios realizados en Perú y Cuba donde reportan un elevado número de viudos y solteros hasta un 52.5% que alcanzan resultados favorables entre categorías altas y media. En el estudio realizado en Cuba en los adultos mayores institucionalizados en una casa de descanso se observó un nivel categorizado alto en el 58.8% y media en 17.5%¹⁸

El grupo de los adultos mayores es donde se concentran las pérdidas cualitativas más que cuantitativas en el estado de salud, pues al encontrar factores asociados con la calidad de vida y satisfacción personal en este grupo de individuos es más factible encontrar resultados efectivos.¹

En un estudio realizado en adultos mayores de más de 60 años en la ciudad de Morelos, México, se entrevistó a 495 adultos mayores, a los que se les aplicó la encuesta SF-36 que mide la calidad de vida, analizando cuatro dimensiones: funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de la salud. Encontrando un riesgo alto en ser mujer para tener mal funcionamiento físico, mala percepción general de salud o tener algún problema de tipo emocional¹.

En las últimas décadas se han diseñado múltiples instrumentos para medir calidad de vida, los cuales se han clasificado en genéricos y específicos con diferentes grados de sensibilidad. Los específicos fueron diseñados para enfermedades específicas como asma o la insuficiencia cardíaca, con cáncer. Los instrumentos genéricos cuentan con un desarrollo más completo y son más robustos, tanto desde el punto de vista de su base conceptual como por sus propiedades métricas. Entre los instrumentos genéricos más utilizados deben citarse el **sickness impact profile**, el **nottingham health profile**, el **oars multidimensional funcional assessment questionnaire**, la **quality of well-being scala**, y el sf-12; este último, el único validado y con una adecuada confiabilidad en la población mexicana¹⁹.

El cuestionario SF-36 fue desarrollado a principios de los 90 en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los Resultados Médicos, (Medical Outcomes Study Mos). Es una escala genérica que proporciona un 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. 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. Algunas de estas razones impulsaron la adaptación para su uso en España con la versión reducida de 12 ítems llamada SF-12 el cual se ha convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio²⁴.

El cuestionario **SF-12** Es un instrumento que proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como

para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario con mejoras para facilitar la auto administración. La versión 2 fue Diseñada en Estado Unidos en el 2002 con el objetivo principal de permitir obtener puntuaciones de las 8 dimensiones de SF-36. Ya valido en población mexicana la SF-36, consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones^{24,25}.

DIMENSION	SIGNIFICADO
FUNCIÓN FÍSICA	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
ROL FÍSICO	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
DOLOR CORPORAL	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
SALUD GENERAL	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
VITALIDAD	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desanimo.
FUNCION SOCIAL	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
ROL EMOCIONAL	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.
SALUD MENTAL	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Como se puntualiza la escala: a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Y se obtiene un promedio de las puntuaciones de cada dimensión^{24,25}.

La satisfacción personal es la satisfacción con la vida y está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por valoraciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas los adultos mayores ¹⁴. Así, para determinar la calidad de vida se requieren referentes de contraste, diversos modos de vida, aspiraciones, ideales e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población. La calidad de vida es una construcción histórica y cultural de valores, sujeta a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la satisfacción personal relacionada a la calidad de vida de los adultos mayores.

Entre dichas investigaciones se encontró que Cardona (2007) cuyo objetivo fue el de Objetivo Determinar la satisfacción personal como el principal componente de la calidad de vida de los hombres y las mujeres de 20 a 64 años de la ciudad de Medellín en el año 2005. Donde utilizó dos muestras: 659 hombres y 683 mujeres. Los aspectos analizados fueron valorados por encima de 75 %, los que mayor satisfacción generan son las habilidades y capacidades, y las menores la situación económica y la seguridad social. No se presentaron diferencias significativas según sexo en la satisfacción personal con los diferentes aspectos de la vida. Conclusiones El aporte al conocimiento es evidenciar la necesidad de incorporarlo subjetivo, la opinión, la percepción y la valoración que de su propia vida tenga cada persona, como un componente fundamental en la valoración individual de la calidad de vida. ²⁶

En el estudio llevado a término por Fernández-Ballesteros (1997), se encuentra que las personas de más edad, con respecto de las más jóvenes presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida, así como consideran que, a medida que se van teniendo más años, se vive peor. El que la satisfacción con la vida disminuya con la edad puede ser explicado a partir de diferentes aspectos. Acudiendo a la definición presentada con anterioridad sobre satisfacción, cabría mencionar que la satisfacción y los juicios sobre la misma elaborados por las personas pueden ser entendidos en base a tres aspectos, la calidad de vida, la cual se espera que sea más baja en las personas de más edad, en la medida en que presentan una salud peor; las expectativas y aspiraciones, mayores entre los más jóvenes; y los logros obtenidos ²⁷.

LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

No obstante que desde hace muchos años se había previsto el giro en la estructura social de la población y sus repercusiones sobre la vida cotidiana y el perfil de la salud de la población mexicana, quedando el envejecimiento como una

nueva experiencia para las familias, la sociedad y las instituciones de seguridad social y de salud¹⁴, hoy estamos acompañados de nuestros padres y abuelos que en las décadas pasadas y el grueso de los integrantes son jóvenes y adultos en lugar de niños. Este fenómeno de remplazo demográfico tiene múltiples significados para la familia pues mientras se disfruta de una mayor seguridad e integridad familiar, el incremento en esperanza vida de los adultos mayores impone demandas de cuidado y/o atención médica impactan sobre diversos aspectos de la dinámica familiar, como son su organización, sus necesidades, las responsabilidades, grado de dependencia económica y asistencia social¹⁴.

La familia es la principal fuente de apoyo psicosocial, por lo cual los conocimientos de la estructura familiar serán herramientas de gran valor para comprender mejor las necesidades del anciano, el contexto en el cual la enfermedad se va presentando, los factores que la favorecerán o disminuirá la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada uno de los miembros que lo rodean^{5,6,25}.

Se dispone de diversos tipos de familia variando de una sociedad, cultura y economía a otra, pero para fines de operacionalización, las familias fueron clasificadas de la manera siguiente:

- a.** nuclear,
- b.** extensa,
- c.** compuesta
- d.** monoparental
- e.** sin familia.²⁵

Algunos estudios han reportado que la familia permite mejorar las condiciones de vida, observándose mayor satisfacción de vida en los hombres casados que en los solteros, considerándose a la familia como un sistema abierto, permitiendo la interacción y desarrollo para cada uno de los miembros^{25,26}.

Así pues la familia provee al adulto mayor de recursos que van desde la capacidad de afrontar o adaptarse a una pérdida, hasta la manera de asimilar nuevas ganancias que a lo largo del desarrollo se van dando y generando una verdadera transformación y crecimiento positivo. Dando así una satisfacción de vida^{5,22,26}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la transición demográfica con inversión de la pirámide poblacional¹ ha incrementado la esperanza de vida de sus habitantes, siendo esto el resultado de factores económicos y sociales, encontrándose reforzados por los resultados de los programas institucionales preventivos y otras acciones de salud^{4,13,14}. Estas políticas en salud, tiene como objetivo no solo el incremento en años de vida, sino incrementar la vida saludable; manifestación de la satisfacción personal y la calidad de vida¹⁵.

Al continuar el decaimiento propio del envejecimiento, la persona encuentra limitaciones para ejecutar las actividades de la vida diaria que requieren alguna instrumentación como: manejo hogar, caminatas fuera de casa, uso del transporte público, preparación de alimentos, manejo del dinero o uso de aparatos electrónicos; para finalmente llegar a la incapacidad funcional, en la que ya no se es autosuficiente para comer, vestirse, bañarse, tomar decisiones propias etc., lo que le convierte en un ser dependiente e insatisfecho personalmente²⁷.

Interesa destacar especialmente la idea de que existe una inseparable vinculación entre el moderno concepto científico de calidad de vida, la satisfacción personal y la experiencia personal vivida por los adultos mayores. En este sentido, dicho concepto se refiere y debe referirse a las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se hallan inmersos²⁸.

La calidad de vida está en función tanto de factores o elementos físicos, como de elementos psicológicos y sociales que configuran la vida de las personas. En resumen, se trata de un macro concepto que integra diferentes vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad y el estado de salud físico, psíquico y social²⁹.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, el envejecimiento de la población representa un desafío mayúsculo para la esencia de su misión como institución de seguridad social y de atención médica en relación a los principios de universalidad, justicia e igualdad¹⁵. una persona es considerada anciano a partir de los 60 años, proceso en el que se experimentan fisiológicamente una declinación en las funciones orgánicas y cognitivas; siendo este proceso diferente en cada individuo, requiriendo cada adulto mayor una atención médica integral así como la planeación de programas de acción que favorezcan su continuo desarrollo para alcanzar una mejora en la calidad de vida^{5, 7, 21}.

A medida que la sociedad toma conciencia sobre el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un resultado natural del ciclo de la vida y no

como una enfermedad, se percibe la necesidad de favorecer una nueva cultura: la del envejecimiento exitoso, donde la satisfacción personal permite actuar como un mecanismo flexible a los cambios de la vejez y continuar con el desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y sociales logrando así una buena calidad de vida. La cual conlleva a movimientos: físico, mental, emocional, espiritual y social. Dando un sentido positivo al proceso salud-enfermedad^{1, 13,15, 26}.

Lo que fundamenta la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 56 DEL IMSS DE ACATLAN DE JUAREZ, JALISCO?

JUSTIFICACION

Magnitud: En el mundo contemporáneo los países se enfrentan a un cambio vertiginoso en su estructura poblacional, debido a un fenómeno llamado transición demográfica, proceso en el que se ve inmersa la población de un país que pasa de un perfil demográfico con determinadas características a uno diferente²⁷.

Trascendencia: El proceso de transición demográfica en México, ha traído como consecuencia el envejecimiento poblacional, señalándose que el aumento de la población en edades avanzadas significará una mayor demanda de servicios, principalmente de salud, pues se requerirá atención médica especializada para atender enfermedades crónico-degenerativas. Este panorama traerá consigo nuevos desafíos públicos a los gobiernos, mismos que deberán generar estrategias de política pública que atiendan de manera eficaz, coherente y racional los problemas de salud en México²⁸.

Con relación al crecimiento de la población y a la inversión de la pirámide poblacional, actualmente en México llega a 9.3% y se espera que en 2050 sea de 21.5 por ciento de adultos mayores del total de la población, la esperanza de vida es de 73.1 para el hombre y 77.6 para la mujer²⁹. Esto es debido, en parte, a los avances de la medicina y la salud pública. Sin embargo, el objetivo de la medicina debe ir más allá de conseguir un aumento de la longevidad en las personas y debe proporcionar, además, un incremento en su satisfacción y calidad de vida³⁰.

Para ello es necesario facilitar que estas personas, cada día más mayores, sean a la vez autónomas y puedan vivir de manera satisfactoria.

Vulnerabilidad: Puesto que este aumento en la longevidad de las personas supone un serio problema en el ámbito sociosanitario y predice un aumento del presupuesto destinado a este fenómeno, se debe promover la calidad de vida como la mejor medida preventiva de enfermedades como las cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, músculo esqueléticos, motriz, entre otros que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y por ende la satisfacción personal del mismo. La prioridad de la salud pública y los compromisos sociales con los adultos mayores debe comprender acciones orientadas a evitar la discapacidad prematura en la vejez, así como a prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas en este grupo de edad.

Factibilidad: El reto primordial del envejecimiento poblacional adquiere importancia porque en esta etapa se hace prioritario evaluar la calidad de vida y la satisfacción personal, puesto que el aumento de dependencia y el incremento de enfermedades crónicas en particular hacen más vulnerable a la población de este grupo de edad.

Viabilidad: El contar con instrumentos clínicos y de investigación que evalúen la calidad de vida (**FS-12 v2**) y la satisfacción personal (**Cuestionario de Satisfacción de Filadelfia**), permite al médico familiar enfrentar los desafíos previamente planteados de manera ordenada, lo que hace viable el presente estudio; además de contar con una población de derechohabientes disponibles, que han sido encuestados por el investigador, contándose con la experiencia de un Médico Internista con sub especialidad en Geriátrica y un Médico Familiar, los cuales, cuentan con experiencia en el área de investigación.

Para el médico familiar, la evaluación integral del anciano debe comprender características de su estilo de vida, los riesgos que ha estado expuesto durante su vida, características de su entorno físico y socio-familiar, expresando sus experiencias y expectativas sobre su vida. Ya que para el Adulto mayor es importante mantener la calidad de vida, su independencia y autosuficiencia expresada en su satisfacción personal.

HIPOTESIS

NO REQUIERE POR TRATARSE DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción personal y calidad de vida del adulto mayor de la UMF No. 56 del IMSS de Acatlán Juárez, Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas del adulto mayor.
2. Determinar la tipología familiar del adulto mayor de acuerdo a la conformación de la familia.
3. Establecer la relación entre los niveles de satisfacción personal con el género y edad.
4. Relacionar los estados de calidad de vida con el género y edad.
5. Relacionar los niveles de satisfacción personal con los estados de calidad de vida del adulto mayor.

MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del IMSS, ubicada en Acatlán de Juárez, Jalisco, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013, incluyéndose a derechohabientes mayores de 60 años, de ambos turnos, mediante muestreo por conveniencia y que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, hasta completar el tamaño de muestra correspondiente a un total de 167 adultos mayores, a quienes los investigadores aplicaron un cuestionario de recolección de datos para obtener las variables sociodemográficas y 2 escalas previamente validadas en población mexicana: **A)** Escala de Filadelfia que mide la Satisfacción Personal de Vida. Y **B)** escala SF-12 en su versión 2, diseñada para medir la Calidad de Vida del adulto mayor.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la herramienta estadística statcalc.exe considerándose los siguientes aspectos: Universo de estudio de 1130 adultos mayores adscritos a la UMF 56; la frecuencia del factor esperado en alteraciones en satisfacción personal y calidad de vida se consideró un 20%, con un intervalo de confianza de 95% y poder de 80%; obteniéndose como tamaño de muestra 167 pacientes seleccionados mediante muestreo por conveniencia (pacientes que se encontraron disponibles al momento del estudio) hasta completar el tamaño de muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 60 años.
- Derechohabientes del IMSS.
- De ambos géneros.
- Que hayan acudido al servicio de consulta externa de la UMF 56.
- Que hayan aceptado participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedad psíquica, deterioro o enfermedad crónica que afecten los procesos psíquicos.
- Pacientes menores de 60 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE

ADULTO MAYOR
TIPOLOGÍA FAMILIAR

VARIABLE DEPENDIENTE

SATISFACCION PERSONAL.
CALIDAD DE VIDA.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. Genero.
2. Edad.
3. Estado civil.
4. Escolaridad.
5. Ocupación.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

SATISFACCIÓN: Es el grado de gozo que manifiesta un individuo de acuerdo a su estado de ánimo.

CALIDAD DE VIDA: Es la percepción que cada individuo tiene de su salud y satisfacción de necesidades psicológicas y/o emocionales de acuerdo a su posición con la vida dentro de su contexto sociocultural.

GENERO: Como masculino y femenino.

EDAD: Con base a los años cumplidos clasificado por rangos.

ESTADO CIVIL: En relación a la convivencia con la pareja o la familia: Casado, soltero, viudo, divorciado, separado.

ESCOLARIDAD: En base al grado de estudios escolares y académicos obtenidos.

OCUPACIÓN: Se define como la actividad laboral o que el individuo desempeña de manera regular: Ama de Casa, Obrero, Empleado, Técnico, Profesionista, Desempleado, Pensionado o Jubilado.

TIPO DE FAMILIA: De acuerdo a su conformación la familiar se clasifica en:

- ✓
- ✓ **Nuclear:** Formada por los cónyuges con o sin hijos.
- ✓ **Familia Extensa:** Convivencia de 2 o más generaciones en el mismo hogar (hermanos, cónyuges con sus hijos y/ o padres o los hijos casados)
- ✓ **Sin familia:** Persona que vive sola, sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Satisfacción personal	Dependiente	Cualitativa ordinal	Alto (12-16) Regular (6-11) Bajo (<5)
Calidad de vida	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Alto (100) Regular (50) Bajo(25)
Genero	Demográficas	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Edad	Demográficas	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años
Estado civil	Demográficas	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Unión libre
Escolaridad	Demográficas	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Sabe leer y escribir • Primaria • Secundaria • Técnica • Bachillerato • Licenciatura
Ocupación	Demográficas	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Obrero • Empleado • Profesionista • Desempleado • Ama de casa • Pensionado • Jubilado • Campesino
Tipología familiar	Independiente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extensa • Sin familia

PROCEDIMIENTO.

El presente estudio fue realizado en las instalaciones de la UMF No. 56, en Acatlán de Juárez, con adultos mayores que acudieron a la consulta externa de ambos turnos, previa autorización de la institución de salud.

Se identificaron los horarios de consulta externa para invitar al adulto mayor a participar en el estudio, explicándole el objetivo de la investigación, así mismo se le pidió firmar un consentimiento informado, a aquellos que aceptaron participar

hasta lograr un total de 167 pacientes requeridos para la muestra representativa. El investigador realizó una entrevista para la recolección de datos. Se les aplicó mediante técnica dirigida la Escala Satisfacción Personal de Filadelfia y la Escala SF- 12 versión 2. La recolección de datos fue realizada del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013. El estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación 1304 del IMSS.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Este fue realizado en el paquete estadístico SPSS versión 10, utilizándose estadística descriptiva para las variables sociodemográficas expresadas en gráficas, porcentajes, y medidas de tendencia central; estadística no paramétrica como lo es la tabla de contingencia para relacionar las variables dependientes satisfacción personal con calidad de vida, y satisfacción personal con género y edad; calidad de vida con género y edad, expresando los resultados en porcentajes.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TIEMPO Mes/año							
	NOVIEMBRE 2012	DICIEMBRE 2012	ENERO 2013	FEBRERO 2013	MARZO 2013	ABRIL 2013	MAYO 2013	JUNIO 2013
Planeación	XX							
Diseño		XX						
Revisión Por tutor			XX					
Revisión por asesor metodológico				XX				
Autorización del Comité Local de Investigación					XX			
Ejecución Recolección de datos						XX		
Análisis de Datos y procesamiento de la información						XX		
Presentación								XX

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

- 1 Investigador (Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS).
- 2 Asesores (1 Clínico y 1 metodológicos).
- 167 pacientes.

Recursos materiales

- Hojas de anotaciones (anexos)
- Lápices, borrador, marcadores.
- Equipo de cómputo.
- Sala de espera.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación está de acuerdo con las normas éticas, y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y la Declaración de Helsinki de la AMM en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Además la declaración escrita de que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

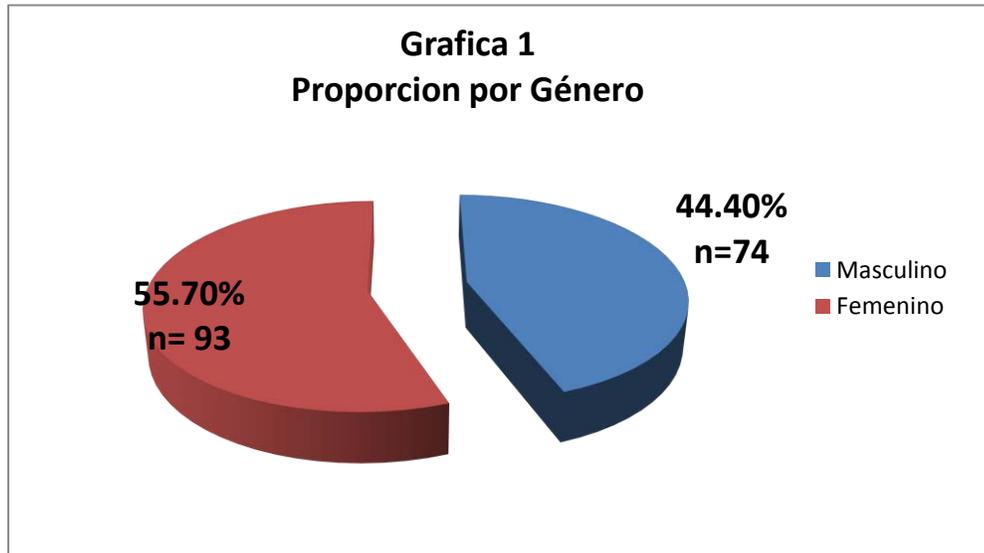
Los aspectos éticos de la presente investigación se consideran como “investigación con riesgo mínimo”, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud. Cumpliendo con los estatutos de los artículos 13, 14 y 17, fracciones I, II, III, IV, V, VII Y VIII del título segundo sobre seguridad de la salud, que corresponde a los aspectos éticos de investigación en seres humanos. Así mismo en el artículo 23 de la Ley General de salud, se establece que se mantiene el anonimato de las personas encuestadas, así como la discreción en el manejo de la información. Este estudio no está en contra de los principios del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sin embargo, a los participantes se les solicitó la firma del consentimiento informado de acuerdo al caso, llenándose este y se garantizó la participación voluntaria y la confidencialidad de los datos recolectados en las encuestas correspondientes.

Los aspectos éticos incluyen la información oportuna a la institución de todas las actividades a realizar, mostrando los objetivos a cumplir. Se respetará el derecho de participación. En su realización tampoco se encontró ningún tipo de conflicto de interés.

RESULTADOS

Se encuestaron a 167 adultos mayores que acudieron la consulta externa de ambos turnos de la UMF 56 Acatlán de Juárez, Jalisco. El 55.7% (n=93) de la muestra correspondió al género femenino y el 44.4% (n=74) al género masculino.

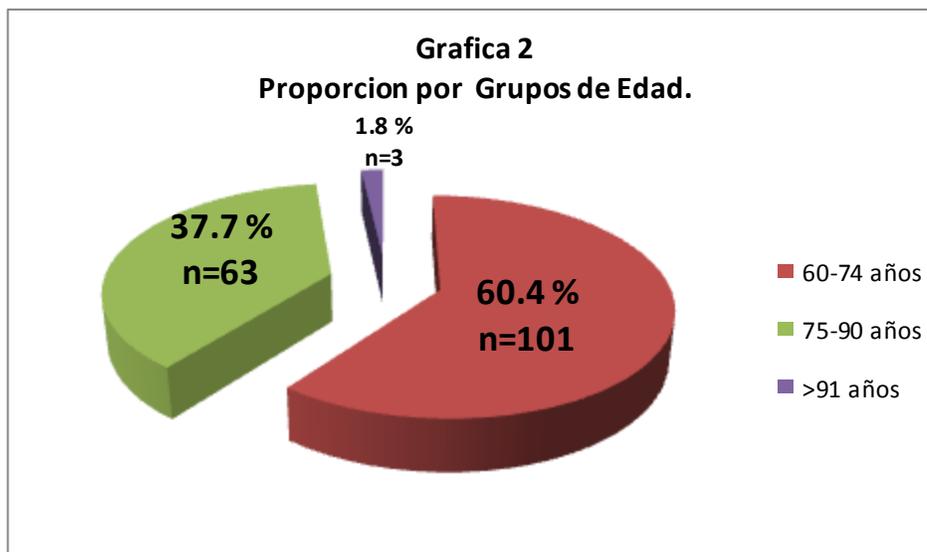
GRÁFICA 1



Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

La media de edad fue 71.29 años, con una mediana 71 años, la moda fue de 72 años; el mayor porcentaje se registró en el grupo de edad de 60 a 74 años, con (60.4 %), seguido del grupo de edad de 75 a 90 años con un porcentaje de 37.7% (n=63), y el grupo de edad de más de 90 años registro un porcentaje de 1.8% (n=3).

GRÁFICA 2



Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Con relación al estado civil de la muestra de los adultos mayores, el 62.3% (n=104) fueron casados, el 3.6% (n=6) fueron soltero, el 21 % fueron viudos (n=35), 5.4 % fueron divorciados, y un 7.8% (n=13) estuvo en unión libre; en la muestra no se registraron adultos mayores separados.

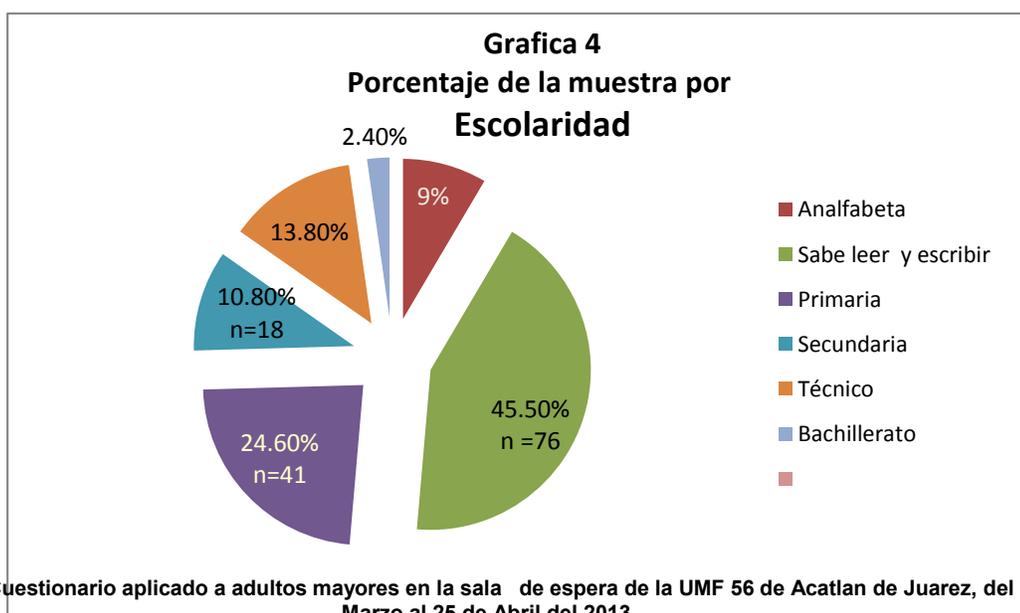
GRÁFICA 3



Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Del total de la muestra, el 45.5% (n=76) sabía leer y escribir, seguido de la primaria con el 24.6% (n=41), el 10.8 % (n=18) contaban con secundaria, el 7.8 % (n=13) contaba con estudios a nivel técnicos.

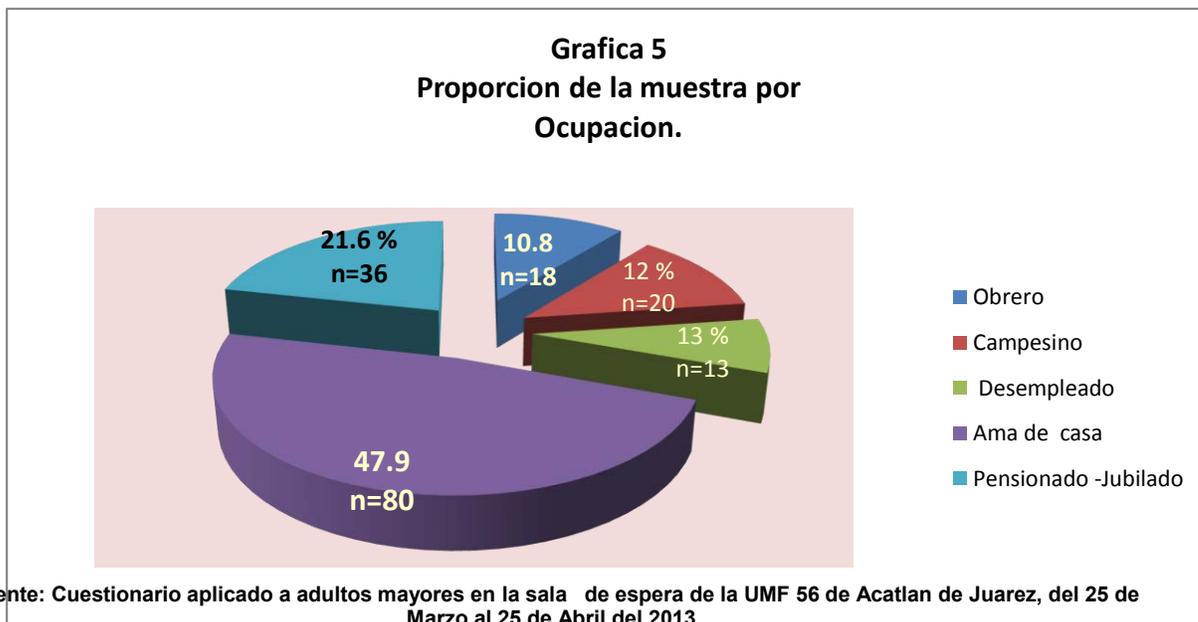
GRÁFICA 4



Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

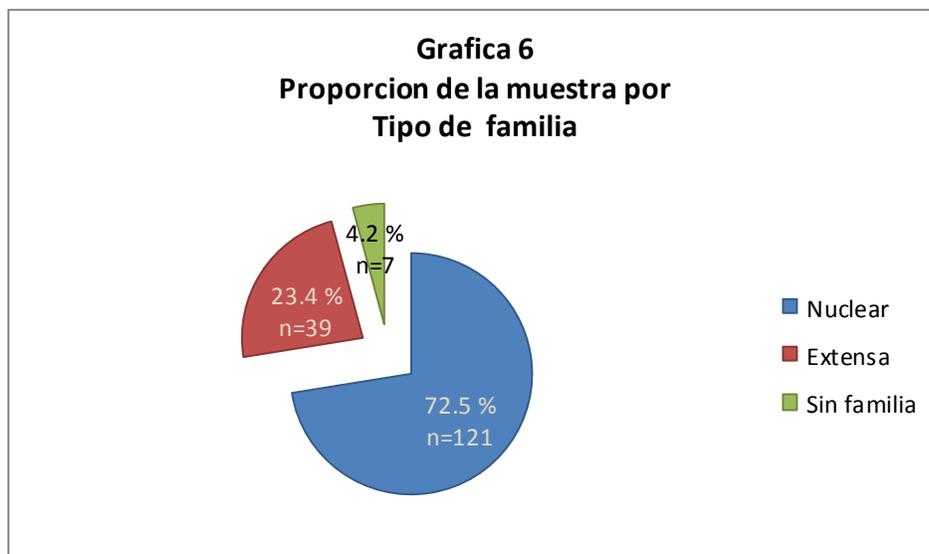
Con relacion a la ocupacion, El 47.9% (n=80) correspondio a ama de casa, el 21.6 % (n=36) fueron pensionados o jubilados, ocupando el ultimo lugar los desempleados con un 13% (n=7).

GRÁFICA 5



Con relacion a la clasificacion de la tipologia familiar, la familia nuclear registro un 72.5% (n=121), seguido familia extensa con un 23.4% (n=39) y finalmente, los ancianos sin familia registraron una frecuencia de 4.2% (n=7).

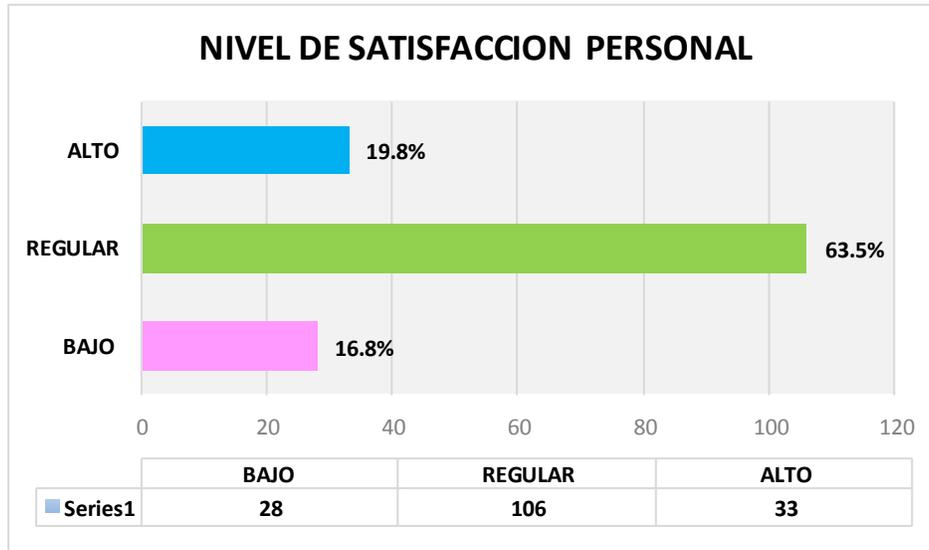
GRÁFICA 6



Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

El nivel de Satisfacción Personal fue percibida en su mayor frecuencia el **nivel regular** con 63.5 % (n=106), seguido del **nivel alto** con 19.8% (n=33) y de menor frecuencia el **nivel bajo** en un 16.8% (n=28).

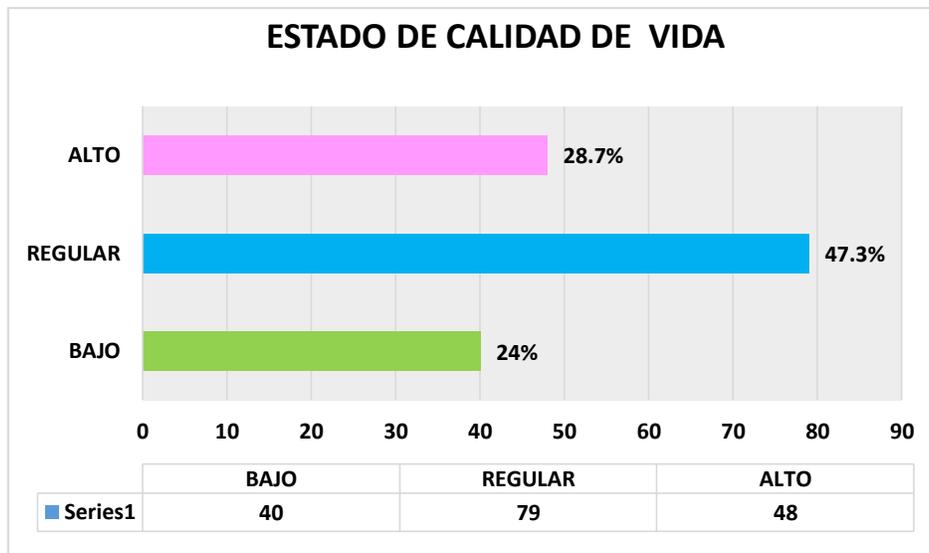
GRÁFICA 7



Fuente: Escala de Satisfacción Personal Filadelfia, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

La Calidad de Vida en su **estado regular** represento el de mayor frecuencia con un 47.3% (n=79), seguido del **estado alto** en un 28.7% (n=48), y el de menor frecuencia el **estado bajo** en un 24% (n=40).

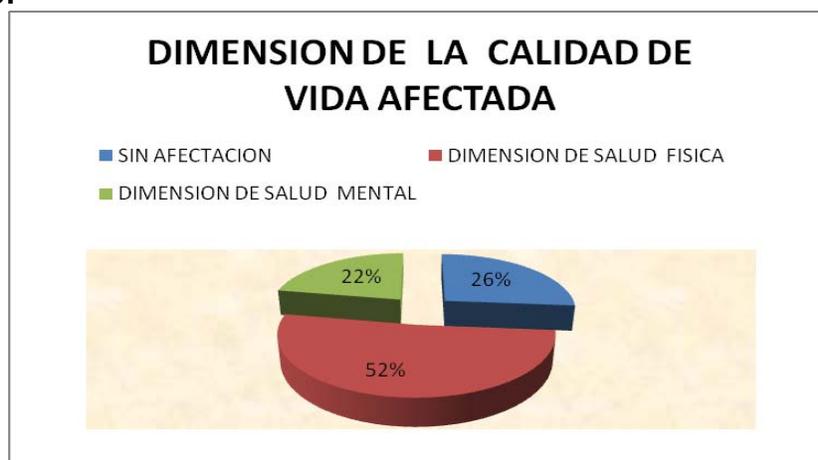
GRÁFICA 8.



Fuente: Escala SF-12 version-2, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

La dimensión de la calidad de vida de mayor afectación fue el **índice de salud física** con 52% (n=86), mientras que el **índice en la salud mental** con 22% (n=37) y el 26% (n=44) expreso no tener afectación en alguna dimensión de su calidad de vida.

GRAFICA 9.



Fuente: Escala SF-12 version-2, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al establecer la relación de las variables **Nivel de satisfacción personal con Estado de calidad de vida**, el resultado mostró una significancia estadística de 0.005, siendo significativo y estableciendo la relación entre las dos variables comprobado mediante la prueba estadística χ^2 dando como resultado .005

TABLA 1: NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL ESTADO DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

ESTADO DE CALIDAD DE VIDA			NIVEL DE SATISFACCION PERSONAL		Chi ²
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
ALTO	44	26	31	18	.005
REGULAR	81	49	108	62	
BAJO	42	25	28	17	
Total	167	100%	167	100%	Moda Nivel Regular

Fuente: Escala de Satisfaccion Personal Filadelfia y Escala SF-12 version-2, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al establecer la relación entre el nivel de satisfacción personal con la edad del adulto mayor, se observó que **el nivel de satisfacción personal regular** registra un mayor porcentaje en el grupo de edad de 75 a 90 años con 37.8% (n=63). **El nivel bajo** se observó con mayor porcentaje en el grupo de más de 90 con 0% (n=0). Mediante la tabla de contingencia realizada en el programa estadístico SPSS 10, $\chi^2 = .760$

TABLA 2:
NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL RANGO DE EDAD DEL ADULTO MAYOR

	EDAD						Total
	60 A 74 AÑOS		75 A 90 AÑOS		MAS 90 AÑOS		
NIVEL SATISFACCION PERSONAL	No.	%	No.	%	No.	%	No. %
BAJO	16	9.7%	12	7.13%	0	0%	28 16.8%
REGULAR	63	37.8%	42	25.15%	1	0.54%	106 63.5%
ALTO	22	13.2%	9	5.34%	2	1.13%	33 19.8%
Total	101	60.7%	63	37.63%	3	1.67%	167 100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos con la Escala de Filadelfia, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al relacionar el estado de calidad de vida con el grupo de edad del adulto mayor, se puede observar que el **Estado de calidad de vida alto** se registra un mayor porcentaje en el grupo de edad 75 a 90 años con 16.78% (n=28). **El estado regular** se observó con mayor porcentaje en el grupo de 60 a 74 años con 31.2% (n=52). **El estado bajo** se observó con mayor porcentaje en el grupo de más de 90 0% (n=0). Mediante la tabla de contingencia realizada en el programa estadístico SPSS 10, $\chi^2 = .003$

TABLA 3: ESTADO DE CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LA EDAD DEL ADULTO MAYOR

	EDAD						Total
	60 A 74 AÑOS		75 A 90 AÑOS		MAS 90 AÑOS		
ESTADO DE CALIDAD DE VIDA	No.	%	No.	%	No.	%	No. %
BAJO	31	18.6%	9	5.4%	0	0%	40 24%
REGULAR	52	31.2%	26	15.6%	1	0.53%	79 47.33%
ALTO	18	10.79%	28	16.78%	2	1.10%	48 28.7%
Total	101	60.59%	63	37.78%	3	1.63%	167 100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos con Escala SF-12 version-2, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al relacionar el nivel de satisfacción personal con el género del adulto mayor, se identificó que en el **nivel regular** el mayor porcentaje predominó en el género femenino con 63.5% (n=106). **En el nivel bajo** el porcentaje mayor predominó en el género masculino con 7.15% (n=12). Mediante la tabla de contingencia realizada en el programa estadístico SPSS 10, χ^2 .472

TABLA 4: NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A GÉNERO DEL ADULTO MAYOR

		GÉNERO				Total	
		MASCULINO		FEMENINO			
		No.	%	No.	%	No.	%
SATISFACCIÓN PERSONAL	BAJO	12	7.15%	16	9.54%	28	16.69%
	REGULAR	47	28.15%	59	63.55%	106	63.55%
	ALTO	15	8.95%	18	10.8%	33	19.75%
Total		74	44.25%	93	55.74%	167	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos con la Escala de Filadelfia, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al analizar el estado de calidad de vida con el género del adulto mayor se identificó lo siguiente: el porcentaje con mayor predominio fue en el género femenino con 26.5% (n=44) **En el estado regular**. **En el estado bajo** el porcentaje mayor predominó en el género masculino con 11.4% (n=19). Mediante la tabla de contingencia realizada en el programa estadístico SPSS 10, χ^2 .760

TABLA 5: ESTADO DE CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A GÉNERO DEL ADULTO MAYOR

		GÉNERO				Total	
		MASCULINO		FEMENINO			
		No.	%	No.	%	No.	%
CALIDAD DE VIDA	BAJO	19	11.4%	21	12.7%	40	24.1%
	REGULAR	35	20.4%	44	26.5%	79	46.9%
	ALTO	20	12.2%	28	16.8%	48	29%
Total		74	44%	93	56%	167	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos con Escala SF-12 version-2, aplicado a adultos mayores en la sala de espera de la UMF 56 de Acatlan de Juarez, del 25 de Marzo al 25 de Abril del 2013.

Al contrastar las variables **Género** y **Nivel de Calidad de Vida** mediante la tabla de contingencia realizada en el programa estadístico SPSS 10, el resultado de Chi cuadrado fue de .570, lo que fue estadísticamente no significativo, permitiendo afirmar que estas variables no están relacionadas.

En la relación de las variables **Género** y **Satisfacción Personal**, el resultado de Chi cuadrado fue de .472, siendo estadísticamente no significativa y estableciendo la falta de relación entre estas dos variables, con resultados similares en la relación **Género** y **Dimensión de Calidad de Vida**, según lo muestra la tabla siguiente.

TABLA DE CONTINGENCIA 1

GENERO	CALIDAD DE VIDA			TOTAL	Chi Cuadrada	
	ALTO	REGULAR	BAJO			
	MASCULINO	20	35	19	74	.570
	FEMENINO	28	44	21	93	
	TOTAL	48	79	40	167	
	SATISFACCION DE PERSONAL			TOTAL		
	ALTO	REGULAR	BAJO			
	MASCULINO	15	47	12	74	.472
	FEMENINO	18	59	16	93	
	TOTAL	33	106	28	167	
DIMENSION DE CALIDAD DE VIDA AFECTADA			TOTAL			
SIN AFECTACION	INDICE DE SALUD FISICA	INDICE DE SALUD MENTAL				
MASCULINO	17	42	15	74	.471	
FEMENINO	27	44	22	93		
TOTAL	44	86	37	167		

Fuente: Instrumento de recolección de datos con Escala SF-12 versión-2 y Escala de Filadelfia

Como lo muestra la tabla de contingencia No. 2, al establecer la relación entre edad con la calidad de vida, mediante la tabla de contingencia, el resultado de chi cuadrado mostró una significancia estadística de 0.003 con un grado libertad (gl) de 4, siendo estadísticamente significativo y estableciendo la relación entre las dos variables.

Al establecer la relación de la edad con la Satisfacción Personal, el chi cuadrado mostro una significancia estadística de .760, siendo estadísticamente no significativa y estableciendo la falta de relación entre estas dos variables.

Al establecer la relación de la variable Edad con la Dimensión de la calidad de vida afectada, el chi cuadrado mostro una significancia estadística de 0.005, siendo estadísticamente significativo y estableciendo la relación entre las dos variable.

TABLA DE CONTINGENCIA 2

EDAD	CALIDAD DE VIDA			TOTAL	Chi Cuadrada	
	ALTO	REGULAR	BAJO			
	60 A 74	18	52	31	101	.003
	75 A 90	28	26	9	63	
	MAS 90	2	1	0	3	
	TOTAL	44	81	42	167	
	SATISFACCION DE PERSONAL			TOTAL		
	ALTO	REGULAR	BAJO			
	60 A 74	22	63	16	101	.760
	75 A 90	9	42	12	63	
MAS 90	2	1	0	3		
TOTAL	31	108	28	167		
DIMENSION DE CALIDAD DE VIDA AFECTADA			TOTAL			
SIN AFECTACION	INDICE DE SALUD FISICA	INDICE DE SALUD MENTAL				
60 A 74	18	57	26	101	.005	
75 A 90	25	29	9	63		
MAS 90	0	2	1	3		
TOTAL	43	88	37	167		

Fuente: Instrumentos de recoleccion de datos con Escala SF-12 version-2 y Escala de Filadelfia

DISCUSION

En el presente estudio, se encontró que más de la mitad de la muestra fue del sexo femenino (55 %); lo que concuerda con lo publicado por La Organización Panamericana de la Salud (OPS), que reporta que en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica, la población femenina es superior a la masculina debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de entre 5 y 8 años más que el varón. Por lo que existe correspondencia entre la proporción de ancianos y ancianas incluidos en esta investigación¹⁸.

El 62 % de los adultos mayores eran casados, y el 72% de estos mencionaron pertenecer a una familia nuclear. Resultados que son similares a un estudio realizado por Inga (2006) en Lima, Perú, donde se concluye que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos¹⁹.

El nivel regular de satisfacción personal fue el más frecuente (63.5 %) y el estado regular de calidad de vida registro la más alta proporción (60.4 %), en contraste con los resultados de un estudio realizado por Santiesteban (2009) en Cuba en 2009, donde predominó la baja calidad de vida percibida en un (43,3 %) de la muestra investigada¹⁰.

Al establecer la relación entre el Género y la Calidad de vida, Satisfacción personal y Dimensión de la calidad de vida afectada, al aplicar la prueba estadística los resultados fueron no significativos, concluyéndose que no existe relación entre el género y las variables mencionadas. Conclusión similar a la obtenida en el estudio de 10. Santiesteban en Cuba en 2009, donde mencionan que no hubo diferencia por sexo ($p=0.343$) ni por estado conyugal ($p=0.123$)¹⁰.

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio con relación a la satisfacción personal concuerdan con un estudio realizado por Cardona (2007) en Colombia en 2007, que concluye que la calidad de vida no presenta diferencias estadísticamente significativas según el sexo²⁰.

Al establecer la relación entre edad y calidad de vida, y entre edad y dimensión de la calidad de vida afectada, se encontraron valores significativos, lo que estadísticamente demuestra la relación existente entre estas variables, permitiendo concluir que la relación entre estas variables es positiva. Conclusiones similares a las encontradas en el estudio realizado en Cuba por Dueñas (2009) donde menciona que hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad, con tendencia a empeorar la calidad de vida, en la medida que se incrementa la edad¹¹.

En contraste con lo anterior, al relacionar la variable Edad con Satisfacción personal, el resultado fue estadísticamente no significativo, lo que estadísticamente comprueba la falta de relación entre estas dos variables; contrario a la hipótesis de trabajo de un estudio realizado en España, por Martínez (2011) la cual se sugiere que la satisfacción personal disminuye, conforme avanza la edad de las personas, cuyas conclusiones mencionan que la disminución de la satisfacción personal va reduciéndose en diferentes dominios a partir de los 40 años³¹.

Al relacionar los niveles de satisfacción personal con los estados de calidad de vida del adulto mayor, se encontró que ambas variables están relacionadas, no encontrando estudios similares previos, lo que permite sugerir el desarrollo de estudios que verifiquen esta relación.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se determinó que el adulto mayor expresa un nivel regular de Satisfacción Personal, y Calidad de Vida, siendo en mayor porcentaje en el rango de edad de 60 a 74 años y con una mejor expresión por el género femenino. Identificándose una mayor afectación en la dimensión de la calidad de vida en el índice de la salud física. Por lo que los esfuerzos de los sistemas de salud incluyendo al primer nivel de atención y a los médicos familiares deben ser canalizados a implementar, estimular y reforzar las medidas preventivas aplicables a este sector de población, con el fin de lograr una Satisfacción Personal y mejora en la Calidad de Vida permitiendo con ello que el adulto mayor se adapte a los cambios propios de la etapas de la edad y alcance una vejez tranquila y con una calidad de vida favorable.

La Satisfacción de las necesidades de dicha población debe de ser cubiertas tanto en salud como emocionalmente, siendo esto lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social y estado de salud del adulto mayor.

Por lo cual, como médicos de primer nivel debemos iniciar medidas preventivas antes de los 60 años en nuestros pacientes, con el fin de mejorar las expectativas de vida y por ende la Calidad de Vida y la Satisfacción Personal permitiendo que el adulto mayor, sea integrado a un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo y capaz de fortalecer su Calidad de Vida en el núcleo familiar representado lo anterior como como expresión de bienestar e integrándoles a una nueva cultura de la longevidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fruenzalida A, Díaz A. **Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor.** Universidad San Sebastian, Psykhe 2004; (vol. 1):79-89.
2. González AL, Rangel C. **Calidad de vida en el adulto mayor:** Instituto de Geriatria. Sistema Mexicano en Investigación Psicológica. Evaluación en Psico gerontología, México. 2009; 365 - 378.
3. Conapo. **La situación demográfica de México, 2003.** México: Consejo Nacional de Población. [<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2003/00.pdf>] (Consulta: agosto 2007).
4. Arcos CJ, González MF. **Determinantes de la longevidad humana:** Geriatria. México. Mc Graw Hill, 2009; 1-18, 19-55.
5. Ortiz de la HD, Morales VJ. Epidemiología. En: **Geriatria**, 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2004. p. 3-7. 23-24.
6. Seth L, Palmer R, Johnson MA, Bree JC. Lyon WL. **Diagnóstico y tratamiento en geriatría,** Manual Moderno 2005, pp 11-20, 21- 28.
7. Reyes MH, Vladislavovna DS, García GJ, Espinosa AA, Jiménez UR, Peña VA, Mendoza NJ. **Guía para la evaluación gerontológica integral.** Rev Med Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2009; 47 (3): 291-306.
8. Rodríguez ML, Fernández BR. **Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias.** Gerontología social. Editorial Pirámide; Madrid 2000. p. 153-66.
9. Portillo MP, **Indicadores de la satisfacción de vida en el anciano,** Tesis, Universidad Autónoma de Nuevo León, Marzo, 1996 pp 9-32.
10. Santiesteban PI, Pérez FM, Velázquez HN, García ON, **Calidad de vida y su relación con el envejecimiento,** Rev. Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. 2009; 13(2): p
11. Dueñas GD, Bayarre VH, Triana ÁE, Rodríguez PV. **Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas.** Rev Cubana Med Gen Integral, Septiembre 2009 ; 25(2): p

12. Lara OM, Cortés MV, Oropeza SM, González L J, Alanís PM, Rafael ST, Salinas MR, et al. **Evaluación y atención integral a la salud del anciano.** En: Colegio mexicano de Medicina Familiar, A.C; Programa de actualización continua en medicina familiar: Geriatría. México. Libro 3 Editores InterSistemas 2008. p. 16-19.
13. Cárdenas SR, Villarreal RE, Vargas DE, **Relación entre apoyo social funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado,** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; Vol 47, NO. 3 p. 311, 314
14. Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2002. **La calidad de vida en ancianos.** En: L.E. Reynoso y I.N. Seligson, coords. Psicología y Salud. México: UNAM-Conacyt, pp. 191-218
15. Muñoz O, García PC, Durán L. **La salud del adulto mayor, temas y debates, estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México.** Instituto Mexicano del Seguro Social, México. 2004; p.155-189.
16. Wong R, Espinoza M, Palloni A. **Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento,** salud pública de México Vol.49, No. 4 2007 p. s436 447.
17. Cuadra H, Florenzano R, **El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva,** Revista de psicología de la Universidad de Chile, 2003, Vol. XII, N° 1, p 83-96.
18. León CA. Évora ME, Troya A, **Un enfoque emocional actual en el adulto mayor,** Universidad de ciencias médicas, Medicentro 2010;14(1). 8-11
19. Inga JA, Vara AH. **Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años.** en Lima, Perú. Univ Phsichol (Colombia). 2006;5(3):475-85
20. Folstein, M.F, Folstein S.E, y McHugh, P,R, **Minimental state. A practical method for grading the cognitive estado of patients for the clinicians,** Journal of Psychiatry Research, 1975, 12, pp 19-198.
21. Cardona D, Agudelo HB. **Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín,** Rev. Salud Pública, 2007, 9(4): 54-549.

22. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. **Perspectivas subjetivas de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa.** Rev. MH Salud, septiembre 2004, Vol. 1(1), p. 1-12.
23. Calero JR, Alegre E, Herruzo R. **El tratamiento y la calidad de vida.** Fernández Editores. Fundamentos de epidemiología clínica. Madrid: Síntesis. pp: 153:166.
24. Maldonado G, Mendiola SV, **Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores,** Contribuciones a las Ciencias Sociales, abril 2009. pp 1-15
25. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer M, Quintana JM. et al. **El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos.** Gaceta Sanitaria, Abril 2005, 19(2)pp 135-150.
26. Doris Cardona y Héctor B. Agudelo 2007 **Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín** Rev. Salud pública. 9 (4):541-549,
27. Pieron, MAURICE L. (2009). **Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas, calidad de vida.** BELGICA, http://www.sportsalut.com.ar/articulos/educacion_fisica/2.pdf.
28. González AL, Rangel C. **Calidad de vida en el adulto mayor:** Instituto de Geriatria. Sistema Mexicano en Investigación Psicológica. Evaluación en Pscoogerontologia, México. 2009; 365 - 378.
29. INEGI. (2013). **Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad**". Obtenido de [inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx): <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
30. Arcos C, González MF. **Determinantes de la longevidad humana:** Geriatria. México. Mc Graw Hill, 2009; 1-18, 19-55.
31. Martínez, V. (2011). **Calidad de vida en ancianos,** Cuenca. Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha, 63-72.

32. Fernández Ballesteros, R. (1997). **Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales.** Intervención psicosocial, 6(1), 21-35
33. Ramírez R, Agredo RA, Jerez AM. **Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud sf-12 (short form 12 health survey) en adultos colombianos.** Revista de Salud Pública, Octubre 2010, 12(5) pp 807-819.
34. Huerta JL, **La familia en el proceso salud enfermedad,** Editorial ALFIL, 1era edición 2005, 1-9, 47-55.
35. Ruiz-Guerrero JA. **La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México.** Encrucijada: revista electrónica del centro de estudios de administración pública. UNAM. 8º. No. Mayo-Agosto 2011: 1-15.
36. Secretaría de Salud. **Dirección General de Calidad y Educación en Salud.** Consultado en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=page&id=54>
fecha 08 de abril de 2013.
37. Real Fortuny Tania, **Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados,** Informaciones Psiquiátrica, 2do Trimestre 2008, No. 192.
38. Carrion AC, Molero MR, González SF. **Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas.** Anales de psicología 2000 (16)2. p 189-198.

ANEXOS

ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación clínica titulado: “**LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF NO. 56 DEL IMSS DE ACATLAN DE JUAREZ, JALISCO**”

Registrado ante al Comité Local de Investigación en salud o la CNIC con el número 2013-1304-23.

El objetivo del estudio es: Identificar la satisfacción personal y calidad de vida del adulto mayor en la UMF no. 56 del IMSS de Acatlan de Juárez, Jalisco”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar dos cuestionarios: **Cuestionario de satisfacción de filadelfia de Lawton** y **Cuestionario de SF-12 v 2**. 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: contestar las preguntas de los cuestionarios aplicados.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la aplicación de cuestionarios, que no existe riesgo alguno con mi tratamiento en caso de tener alguna enfermedad crónica y que el beneficio de participar en el estudio es mantener una vejez con éxito. En caso de presentar afectación alguna en mi satisfacción personal o calidad de vida, podre ser enviado al servicio de psicología o integrado al grupo de GERIATRIMSS.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

Nombre y Firma del aceptante

Investigador Responsable
Dr. Mario Gómez de León
Matricula IMSS 8469598

Alumno del Curso de Medicina Familiar
Dra. Verónica Gómez Vega
Matricula IMSS: 99144913

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

Dirección: Ramón Corona 50, Col Centro, Acatlán de Juárez, cp. 45700. Teléfono 01387 77 210 11.

ANEXO 2 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.56
DELEGACION ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

No. Encuesta: _____ 2.-FECHA _____

3.-EDAD _____ 4.-GENERO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

4.-EDO CIVIL:

SOLTERO	
CASADO	
VIUDO	
DIVORCIADO	
UNION LIBRE	
SEPARADO	

5.-ESCOLARIDAD:

NULA	
PRIMARIA INCOMPLETA	
PRIMARIA COMPLETA	
SECUNDARIA	
ESCUELA TECNICA	
BACHILLERATO	
LICENCIATURA	

6.- OCUPACION: _____

5.- TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR _____ EXTENSA _____ COMPUESTA _____
BINUCLEAR _____ MONO PARENTAL _____

ANEXO 3 CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE FILADELFIA

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE FILADELFIA (LAWTON, 1972.)

No. Escala _____

1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se pone las cosas peor para usted?	Si	No
2.- ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	Si	No
3.- ¿Se siente usted solo?	Si	No
4.- ¿Frecuentemente ve a sus amigos y familiares?	Si	No
5.- ¿Le molestan ahora las cosas que antes?	Si	No
6.- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	Si	No
7.- ¿A veces esta tan preocupado que no puede dormir?	Si	No
8.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son mejor...peor...igual...que lo que usted pensó que sería?	Mejor igual	Peor
9.- ¿A veces siente que la vida no merece ser vivida?	Si	No
10.- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si	No
11.- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	Si	No
12.- ¿Tiene miedo de muchas cosas?	Si	No
13.- ¿Se siente más irritable o se enfada más que antes?	Si	No
14.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	Si	No
15.- ¿Está satisfecho con su vida ahora?	Si	No
16.- ¿se altera o disgusta fácilmente?	Si	No

Puntuación en la escala de Filadelfia: _____

Nivel de satisfacción: _____

ANEXO 4 CUESTIONARIO SF-12 v 2

CUESTIONARIO DE SF-12 v 2

Health and well-being
SALUD Y SENTIRSE BIEN

1.- En general, diga cómo es su estado de salud:

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Más o menos
- Pobre

2.-Las siguientes preguntas son referentes a las actividades que realiza durante un día típico.

¿Su salud se encuentra limitada durante esas actividades? y si lo es ¿cuánto?

Actividades moderadas como mover una mesa, empujar un Objeto, Jugar algún deporte: Subir algunos escalones:

- Si, me limita mucho
- Si, me limita un poco
- No, me limita en todo

3.-Durante las últimas 4 semanas ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades de su día regular como consecuencia de su salud física?

A completa menos de lo que le gustaría lograr

Estuvo limitado en el tipo de trabajo

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Alguna vez
- Poco tiempo
- Ningún momento

4.-Durante las últimas 4 semanas, cuantas veces usted ha tenido problemas con el trabajo o con algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

A completa menos de lo que le gustaría lograr

Estuvo limitado en el tipo de trabajo

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Alguna vez
- Poco tiempo
- Ningún momento

5.-Durante las últimas 4 semanas cuanto ha interferido el dolor con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar y labores domestica)?

- No, del todo.
- Un poco
- Moderadamente
- Poco
- Extremadamente

6.-Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted y con qué frecuencia?

Se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Se sintió desanimado y deprimido?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

7.- Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo su salud física o problemas emocionales a interferido o dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Alguna vez
- Poco tiempo
- Ningún momento

ANEXO 5 DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN.

Carta Dictamen

Página 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1304
H GRAL ZONA NUM 09, JALISCO

FECHA 19/03/2013

DR. MARIO GOMEZ DE LEON

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"LA SATISFACION PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF NO. 56 DEL IMSS DE ACATLAN DE JUAREZ, JALISCO"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Num. de Registro

R-2013-1304-23

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSE RAL DE GUADALUPE OROZCO ACEVES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1304

IMSS

REGISTRO Y REQUERIMIENTOS