



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1
“LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ”**

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

R- 2017-1701-

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. LAURA AVILA JIMENEZ

DRA. LAURA BAHENA OROPEZA

Cuernavaca Morelos 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. GLADHIS RUÍZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MONICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

ASESORES DE TESIS

DRA. LAURA AVILA JIMENEZ

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. LAURA BAHENA OROPEZA

MEDICO AUDIÓLOGO ADSCRITO AL HGR CON MF/N°.1

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

PRESIDENTE DEL JURADO

MÉDICO FAMILIAR. M EN C Y COORDINADOR CLÍNICO DE LA UMF N°. 20

DRA. IRIS GARCÍA ORIHUELA

SECRETARIA DEL JURADO

MÉDICO FAMILIAR ADSCRITA AL HGR c/MF N°.1

DRA. LAURA AVILA JIMENEZ

PRIMER VOCAL DEL JURADO

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. LAURA BAHENA OROPEZA

SEGUNDO VOCAL DEL JURADO

MEDICO AUDIÓLOGO ADSCRITO AL HGR N° 1

AGRADECIMIENTOS

A Dios, gracias por permitir la vida y las oportunidades de ser mejor.

A mi madre porque gracias a ella, logre el objetivo de ser alguien en la vida, por su esfuerzo y dedicación a pesar de las adversidades del día a día.

A mi esposa, mis hijos y nieto que quiero y amo, por haberlos privado de mi presencia en aquellos momentos más difíciles, y en los días especiales de estar con la familia, ya que todo sacrificio tiene su recompensa.

Un agradecimiento especial para mis asesores Dra. Laura Ávila Jiménez, por su apoyo y dedicación, a la Dra. Laura Bahena Oropeza, por permitir robar parte de su conocimiento, tiempo y su amistad, clave importante en el desarrollo y conclusión de este proyecto.

Agradezco también a los profesores que lograron con su dedicación sembrar la semilla del conocimiento Dra. Mónica Viviana Martínez, en especial aquellos que me llevaron de la mano hasta llegar a la feliz conclusión de este proyecto de investigación, en forma especial a la Dra. Trinidad León Zempoalteca, por su dedicación, su interés incondicional, así como su amistad y espíritu investigador.

Sin olvidar mencionar y dejar de agradecer a todos los pacientes que tuvieron la gentileza de participar en este proyecto, además de aquellos compañeros residentes y actualmente médicos familiares titulados, por su gran apoyo, amistad y comprensión.

Una mención especial a los profesores de inglés que desinteresadamente realizaron la traducción del instrumento empleado en este proyecto de investigación Tsahet Berenice Aguilar León e Irwin Serguei Valdez León.

Gracias a todos.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
I. RESUMEN	8
II. INTRODUCCION	9
III. MARCO TEORICO	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
V. JUSTIFICACION	25
VI. OBJETIVOS	26
VII. HIPOTESIS	26
VIII. MATERIAL Y METODOS	27
8.1 Tipo de estudio	
8.2 Tamaño de muestra	
8.3 Criterios de Selección	
8.4 Operacionalizacion de Variables	
8.5 Reclutamiento	
8.6 Instrumento de Recolección	
8.7 Análisis estadístico	
8.8 Recursos físicos, humanos y financieros	
8.9 Viabilidad	
IX. ASPECTOS ETICOS	31
X. RESULTADOS	32
XI. DISCUSION	38
XII. CONCLUSIONES	39
XIII. AGRADECIMIENTO ESPECIAL	40
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
XIV. ANEXOS	43

“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO AUDITIVO EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR MF NO 1 CUERNAVACA MORELOS”

I. RESUMEN

INTRODUCCION: El interés del presente estudio es estimar la calidad de vida en cónyuges, relacionada con las limitaciones en la actividad diaria, comunicación, restricciones en la participación, relación entre cónyuges y el impacto, como consecuencia de modificantes en la comunicación, con una persona con deterioro auditivo.

OBJETIVO: Estimar la calidad de vida en cónyuges de pacientes con deterioro auditivo en el servicio de Audiología.

MATERIAL Y METODOS: De diseño analítico, descriptivo y transversal, posterior a la autorización del CLIEIS 1701, bajo consentimiento informado y criterios de inclusión, se procedió a levantar la muestra con el cuestionario validado, de auto aplicación tipo Likert, Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile, HII-SOP a los cónyuges de pacientes con deterioro auditivo, para estimar la calidad de vida global y por dimensiones (comunicación, relación entre cónyuges e impacto). Para variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión, (rango y desviación estándar). Para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado de resultados. Empleando χ^2 . Tomando en cuenta significancia estadística cuando $p \leq .05$. Programa estadístico STATA 10.0

RESULTADOS: Se encuestó 136 (100%) cónyuges de pacientes con deterioro auditivo, análisis descriptivo/paciente, rango de edad 33-78 media 57 años $DE \pm 14$; 78 (57%) mujeres, grupo de edad 69-78 años 40 (29%), 80 (59%) casados, 48 (35%) primaria, 40 (29%) pensionados, deterioro auditivo 80 (59%) neurosensorial, tiempo de evolución, 4 - 5 años 40 (29%) pacientes. Descriptivo/cónyuge, rango de edad 19-75 media 52 años $DE \pm 13$, grupo de edad 47-57 años 48 (35%); 48 (35%) primaria, 64 (47%) amas de casa.

Calidad de Vida: rango 5-100, media 34 $DE \pm 27$. Estimación de calidad de vida global en cónyuges 96 (71%) buena. Calidad de Vida, estimada por dimensiones: comunicación 56 (41%) buena; relación entre cónyuges 96 (71%) buena; impacto en la relación marital 104 (76%) buena. Calidad de vida de acuerdo al tipo de deterioro auditivo 56 (41.17%) neurosensorial/buena ($p .000$). Calidad de vida/sexo 59 (43.3%) mujer/buena; calidad de vida/grupo de edad 58-68 años 32 (23.5%) buena; calidad de vida/escolaridad 40 (29.4%) primaria y preparatoria/buena; calidad de vida/ocupación 48 (35.29%) amas de casa/buena y calidad de vida/tiempo de evolución del deterioro auditivo 2-3 años 35 (25.73%) buena ($p .000$).

CONCLUSIONES: la calidad de vida global es buena en más del 50% de los cónyuges, que experimentan una adaptación positiva ante el deterioro auditivo

II. INTRODUCCION

El interés por la Calidad de Vida, ha existido desde tiempos inmemorables; la preocupación por la evaluación sistemática, científica y la utilización del concepto Calidad de Vida, inició en Estados Unidos después de la 2da. Guerra Mundial, para conocer la percepción acerca de si tenían una “buena vida”, “financieramente seguros”, Campbell, (1981)¹.

El concepto de Calidad de Vida nace en los 60s, refiriéndose al medio ambiente, los científicos sociales estudiaron nivel socioeconómico, educativo y tipo de vivienda, (Bognar, 2005), explicando 15% de la varianza en la calidad de vida individual.² La inclusión del término en la revista "Social Indicators Research" (1974) y "Sociological Abstracts" (1979), de EE UU, contribuyó a la difusión teórica y metodológica, en los 80s tuvo despegue en la investigación con un objetivo integrador, multidimensional, con elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a salud, educación, economía, política y servicios. Según Meeberg (1993) a pesar de la aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.³

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud, se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS– es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. Identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros investigadores, sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando dimensiones similares.⁴

III. MARCO TEORICO

El diccionario define Calidad de Vida como propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. La definición de Calidad de Vida -OMS (2008) es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes".⁵ Es decir bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo.⁶

El concepto de Calidad de Vida aparece como un concepto multidimensional, que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, social y familiar⁷. La Calidad de Vida es un juicio subjetivo del grado en el que se percibe y se alcanza la felicidad, unido al sentimiento de bienestar personal, según la OMS, está relacionado con indicadores subjetivos y objetivos, biológicos, psicológicos, sociales, de espiritualidad, de religión, de creencias y de conducta.⁴⁻⁵

Indicadores subjetivos

Se manifiestan mediante experiencias e información de las personas, algunos estudios refieren que la salud es considerada, como factor determinante para la felicidad y la satisfacción con la salud, es predictor de satisfacción vital.⁸

Indicadores objetivos

Se refieren al entorno, al hábitat físico y social, a realidades tangibles, como la edad, el sexo, el nivel educativo, el status socio-económico, el empleo, la vivienda, el rol familiar, la relación conyugal, la comodidad, la riqueza, los bienes materiales, que se centran en la salud; a estos elementos debe añadirse el elemento emocional o subjetivo, que es el sentimiento de satisfacción, de salud y del estado de bienestar emocional.⁹

Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS)

Es un concepto que hace referencia a la percepción de la salud tomando en cuenta aspectos subjetivos, objetivos de su entorno. El concepto de Calidad de Vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud como medida de bienestar y de satisfacción vital. ⁹ Como se menciona en la introducción, no existe una definición única, de tal manera que se han utilizado términos tales como “estados de salud”, “estado funcional”, “bienestar de vida”, relacionados con la salud, como sinónimos, sin embargo en el sentido estricto, son términos relacionados y conceptos distintos. ¹⁰

Badia y Lizán (2005) plantean las áreas que deben ser consideradas al estudiar la Calidad de Vida relacionada con la Salud: ¹¹

1. Función física: Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.
2. Sensación de bienestar: Sufrimiento psicológico, bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.
3. Función social: Participación y funcionamiento en actividades sociales habituales con la familia, amigos y vecinos.
Participación y realización de funciones sociales habituales: trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias.
4. Síntomas: Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.
5. Función intelectual: Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar.
6. Evaluación del propio estado de salud: Impresión subjetiva del estado de salud actual o previa, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.
7. Dimensiones específicas: problemas relacionados con el sueño, insomnio, despertarse durante el sueño y dificultad para conciliar el sueño.¹¹

Para qué utilizar la CVRS

A pesar de que aún no existe consenso en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información derivada de su estudio ha llegado ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado.¹²

Existen diversos instrumentos para medir la Calidad de Vida relacionada con la salud, (CVRS) clasificada en instrumentos genéricos y específicos¹³.

Instrumentos genéricos

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 descriptiva. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, son particularmente útiles para ensayos clínicos.¹⁴

Los instrumentos específicos

Se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, evalúan cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, (clínicas, crónicas, terapéuticas). Contienen dimensiones de la CVRS específicos según la patología a evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas evaluadas por clínica, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, investigados en la entrevista médica y la exploración física. No permite comparaciones entre diferentes enfermedades.¹⁵

Instrumento de evaluación del presente estudio de investigación

Se aplicó HII-SOP (The Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile), conocido como la Discapacidad Auditiva-Impacto Significativo Otro Perfil.

La escala fue sometida a análisis multifactorial, analizando las interrelaciones entre elementos, para obtener una escala final. Se realizó en 2 etapas:

Estudio 1.

Validación del cuestionario. Con 41 ítems con 5 contenidos: Ajuste físico, actividades sociales, reacción emocional, relaciones íntimas y cambio de roles.

Estudio 2

Validación de consistencia interna: fiabilidad y validez; la consistencia interna fue evaluada con alfa de Cron Bach; la fiabilidad medida en un sub-conjunto de los cónyuges que realizaron el HII-SOP; la validez fue evaluada por la observación de la escala de las correlaciones de la nueva escala, la calidad de vida relacionada con la salud. La escala HII-SOP se correlacionó significativamente con las medidas que se espera que se relacionan con el concepto de discapacidad de terceros asociados con la pérdida de audición. Por último, la escala HII-SOP tiene una adecuada fiabilidad test-retest ($r = 0,90$) y las diferencias del 95% es de 19.7 puntos críticos. Es un instrumento específico. Mide la calidad de vida en cónyuges de personas con deterioro auditivo. Instrumento con 20 ítems y 3 sub-escalas que miden:

- 1) Las emociones que surgen al tener un cónyuge con pérdida de la audición, (ítems 3,5,7,9,10,11,13,14,16,17,20).
- 2) Impacto en la relación marital. (Ítems 4, 8, 12,18.).
- 3) Impacto de la pérdida de la audición en la vida social de los cónyuges y estrategias de comunicación usadas por el cónyuge. (Ítems 1, 2, 6, 15,19).

Puntuación de 0 - 100. Puntuaciones de 20-39 reflejan discapacidad leve de terceros, de 40-59 reflejan discapacidad moderada de terceros, y las puntuaciones > 60 reflejan la incapacidad grave de terceros asociada con la pérdida de audición.¹⁶

AUDICION

El oído es el órgano de la audición y el equilibrio; la palabra audición procede de un vocablo de la lengua latina *auditio*. La audición es un proceso fisiológico y psicológico. Las ondas sonoras provocan cambios en la presión del aire, que llegan al oído, impactando contra el tímpano y hacen vibrar la membrana. Las vibraciones, provocan el movimiento de pequeños huesos, estribo, yunque y martillo. Cuando las vibraciones llegan al órgano de Corti, éste estimula el nervio auditivo, convirtiéndose en impulsos nerviosos percibidos por el cerebro, para interpretación del sonido.¹⁷

DETERIORO AUDITIVO

Es un término general para referirse a la pérdida de la habilidad parcial o total para oír, unilateral o bilateral, que conlleva dificultad, para la comunicación en todos los ámbitos de la vida.¹⁴

Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva

Son términos que engloban y definen la pérdida auditiva, el estado físico, psicológico o social de un paciente hipoacúsico. Deficiencia auditiva, es un cambio fuera del rango de normalidad que surge en las estructuras o funciones auditivas. Discapacidad auditiva se relaciona con las restricciones impuestas por la deficiencia en la capacidad de oír y llevar a cabo actividades consideradas normales. Minusvalía auditiva es la desventaja impuesta por la deficiencia auditiva y que afecta a las habilidades comunicativas en la vida diaria.¹⁸

Hipoacusia

La hipoacusia es la disminución del nivel de audición por debajo de lo normal. La hipoacusia inducida por ruido se define como la disminución de la capacidad auditiva de uno o ambos oídos, parcial o total, permanente y acumulativa, de tipo neurosensorial, que se origina gradualmente, durante y como resultado de la exposición a niveles perjudiciales de ruido, de tipo continuo o intermitente, de intensidad relativamente alta (más de 85 decibeles [dbs]) durante un período prolongado, originando trastornos, deterioro auditivo y sordera¹⁹.

Para facilitar su comprensión se clasifica en tres tipos, por el momento de adquirirla, por la localización de la lesión y por el grado de la pérdida auditiva.

Por el momento de adquirirla

La hipoacusia o sordera puede estar presente en el recién nacido o el niño antes de aprender el lenguaje oral, (pre-locutiva) o después (pos-locutiva).²⁰ Los sordos post-vocacionales (adultos de 18 años y más), con pérdida auditiva laboral; presbiacucia, deterioro auditivo progresivo en ancianos²¹.

Por la localización de la lesión

Existe sordera conductiva, neurosensorial o mixta. La sordera conductiva comprende un mal funcionamiento del oído externo y medio (desde la oreja hasta los huesecillos: martillo, yunque y estribo), afecta el grado de audición, pero no la calidad del sonido; este tipo de sordera frecuentemente puede corregirse mediante procedimientos médicos y/o quirúrgicos. La sordera neurosensorial asociada a problemas de las estructuras finas del oído interno o en las vías de acceso al cerebro, afectando tanto la cantidad o grado de audición y la calidad del sonido; esta sordera, en la actualidad, no puede corregirse con ningún tratamiento. La sordera mixta, cuando ocurren la sordera conductiva y neurosensorial a la vez.²²

El grado de pérdida auditiva

Puede ser desde una sordera leve hasta la cofosis o pérdida total de la audición, según la siguiente clasificación:

Grado de pérdida en decibeles (Db)¹⁶	
Audición normal	-10 a 20 db
Pérdida ligera	20 a 40 db
Pérdida media	41 a 70 db
Pérdida severa	71 a 90 db
Pérdida profunda	91 a 110 db
Cofosis	Más de 120db

Estadística epidemiológica del deterioro auditivo

Según informe de la OMS, (Ginebra, febrero” 2013) existen más del 5% de la población mundial o sea 360 millones de personas con deficiencia auditiva, pérdida de la audición incapacitante. Alrededor de 165 millones son mayores de 65 años, 32 millones son jóvenes menores de 15 años de edad, 165 millones son personas en edad laboral. Se estimó para el 2015, más de 700 millones de discapacitados auditivos en el mundo y para 2025 cerca 900 millones. ²³

En Canadá, 25% con pérdida auditiva es menor de 40 años y 70% menor de 60 años. ¹⁸ En Estados Unidos durante los últimos 30 años, la prevalencia de discapacidad auditiva se incrementó de 28.6 millones a 31.5, y se informa que 7.4% son menores de 40 años y 14% menor de 60 años. ⁴

En Europa cerca de 71 millones de adultos de 18 a 80 años tienen pérdida auditiva. En Australia se estima 7.5 millones con discapacidad auditiva. En África existen escasas investigaciones y se informa una incidencia en la sierra Leona 9% en grupo de 5 a 15 años. Desde 1995 Asia informa 25 millones de personas. En Latinoamérica poco se sabe sobre la pérdida de audición, sin embargo Chile señala cerca de 1.5 millones. ⁴

En México el Instituto de la Comunicación Humana a través de campañas permanentes de atención de defectos auditivos identifico, 22.4% de trastornos auditivos. En un estudio efectuado en 16 estados de México. Jalisco obtuvo 32.2% de trastornos auditivos. Se estimó un déficit auditivo en residentes del Distrito Federal y Área Metropolitana y encontraron que el 60% era mayor de 60 años y el 13% de edad preescolar. ²⁴ De acuerdo a la INEGI en el 2000 existían en la República Mexicana 281 973 ciudadanos, de los cuales 155, 814 hombres y 125 979 mujeres, prevalencia 2.9 por cada 1000 habitantes mayores de 15 años, causa, 38.2% presbiacusia, 16.2% al nacimiento, 25.5% en la niñez y 11.8% accidentes por otras causa, en el estado de Morelos se reportó que 5369 padecen algún déficit auditivo, de los cuales 2953 son hombres y 2416 mujeres con una prevalencia 3.5. ²⁵

ENFERMEDAD E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida en las personas con discapacidad y sus familias, cada vez, cobra mayor importancia. Prueba de ello es que, en países como Estados Unidos y Canadá, se ha propuesto que la calidad de vida de familiares de personas con discapacidad sea asumida como un indicador de éxito de los programas e iniciativas de políticas encaminadas a la prevención e intervención. Por esta razón, equipos de investigadores en diferentes partes del mundo realizan cada vez mayores esfuerzos para avanzar en la comprensión y medición del constructo “calidad de vida” ante discapacidad. Y como extensión de la calidad de vida individual se está avanzando en la medición de la calidad de vida de las familias que tienen uno de sus miembros con discapacidad. ²⁶

En la actualidad surge el modelo de calidad de vida centrado en la familia que alienta a tomar iniciativa de prioridades junto con el paciente; adopta una orientación hacia los puntos fuertes de la familia, dándole confianza para desarrollar potencialidades y capacidades, visualiza al paciente y la familia como unidad de apoyo y de comunicación, para disminuir el impacto personal y social.²⁷ La evaluación de la Calidad de Vida facilita la toma de decisiones acerca de la efectividad de la terapia. ²⁸

Impacto social

La OMS hace referencia al impacto social del deterioro auditivo: El primer impacto es la limitación de la capacidad para comunicarse. El segundo es el aislamiento y falta de interacción social, la falta de estimulación auditiva, que aceleran el proceso de déficit cognitivo. ²⁹

Impacto en el subsistema conyugal

La discapacidad en general, produce un gran impacto en el plano de la pareja en el subsistema conyugal, hay parejas que podrían salir fortalecidas, al unirse por la situación de impedimento en la comunicación, para otras la situación podría ser promotora de malestar y ruptura vincular. ³⁰

Un factor de gran incidencia es la existencia de conflictos previos a nivel pareja, graves o no. Los conflictos previos en este vínculo pueden traer mayores dificultades en la adaptación de la nueva situación, agravándose la falta de comunicación y por ende de los conflictos de pareja o bien la situación sirve de excusa y encubre esa relación afectada anteriormente debido a que se ve colapsada la comunicación. Otras parejas sin conflictos, pueden comenzar a mostrar signos de disfuncionalidad a partir del enfrentamiento a la situación de disfunción auditiva, generalmente la pareja no llega a la consulta con una demanda de atención para ella, sino por alguna conducta que les preocupa del paciente, o de alguien de la familia.³⁰

Impacto en la funcionalidad familiar

El registro de las situaciones de disfuncionalidad más frecuentes en la vincularidad conyugal, a) predominio de la vincularidad parental sobre la conyugal, el espacio de la pareja conyugal aparece reducido en función del predominio de las funciones parenterales. b) División rígida de roles entre los miembros de la pareja, alto nivel de recriminaciones y reproches (manifiestos o encubiertos) con sentimientos de fracaso o culpabilidad. c) Intensos sentimientos de agobio y de sobre-exigencia, con vivencias de soledad y no reconocimiento, incomunicación y distancia entre los miembros de la pareja, d) Aislamiento en relación al afuera, renuncia a las relaciones sociales que la pareja tenía anteriormente suelen tener como motivo principal: la falta de comunicación.³¹

Impacto económico

Problema social que implica pérdidas económicas y coloca al deficiente auditivo en un estado de inferioridad jamás observado. Según el “Informe sobre la Salud en Europa” (OMS 2005), el deterioro auditivo está clasificado como uno de los diez padecimientos que impactan a la sociedad y a la calidad de vida en todos sus aspectos. La incapacidad para la comunicación personal, familiar y social, reduce la calidad de vida y su socialización, repercutiendo en el área laboral.³²

Título: “Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia”.

Objetivo. Estimar la prevalencia de los problemas de audición, así como de los factores asociados y su efecto en la calidad de vida de los adultos mayores en Bogotá.

Material y métodos. Se analizaron los datos del estudio SABE, Bogotá, se entrevistó a 2.000 personas de 60 años o más en una muestra transversal probabilística por conglomerados (cobertura de 81,9 %). Se utilizó la variable “problemas en la audición” y se relacionó con los factores sociodemográficos, el uso de dispositivos auriculares, la percepción de la propia salud, las enfermedades concomitantes, la funcionalidad, la cognición y la calidad de vida, medida esta con la escala visual analógica del grupo EuroQOL (EuroQoL-Visual Analogue Scale, EQ-VAS).

Resultados. Se encontró una prevalencia de problemas de audición en 267 personas (13,5 %), de las cuales el 15 % utilizaba audífonos; dicha prevalencia fue mayor en aquellas de 75 o más años (46,1 %), nivel socioeconómico bajo (20,2 %) analfabetas (19,3 %, $p < 0,05$). Se encontró mayor prevalencia en las personas con depresión (20,2 %, $p < 0,001$) y con hipertensión arterial (15 %, $p < 0,01$). En aquellas con problemas de audición se encontró peor calidad de vida medida por la EQ-VAS ($60,93 \pm 1,38$ Vs. $71,75 \pm 0,45$, $p < 0,0001$). Cuando las personas usaban los audífonos, su calidad de vida mejoraba en comparación con la de quienes no los utilizaban ($59,59 \pm 1,52$, $p < 0,01$).

Conclusiones. Los problemas auditivos son relevantes en los adultos mayores e inciden notoriamente en su percepción de la calidad de vida, asociándose con otras situaciones clínicas, funcionales y cognoscitivas; sin embargo, el uso de audífonos revierte esta percepción.³³

Titule: Family Quality of Life of People with Disability: a Comparative Analysis.

The aim of this study was to evaluate the quality of life in families of children and adolescents with disabilities in the city of Cali, Colombia, through the Family Life Quality Scale [ECVF] adapted to the Colombian population.

The sample consisted of 385 participating families. A descriptive analysis of the sociodemographic information of the sample, the ECVF Indicators and Factors (FQLS) and an inferential analysis to verify the relationship between satisfaction with family quality of life and variables such as disability, age, Gender, family type, socioeconomic status and relationship of the person who answered the scale with the disabled family member.

Results. It was found that the factor in which the families showed greater dissatisfaction was the one of support to the person with disability and the indicators support to obtain benefits of the Government and support of local entities for the member of the family with disability. No differences were found between the families. That is, there are no significant differences in the level of family satisfaction with family interaction, parental role, health and safety, family resources and support for the person with disability, depending on these three variables. As had been raised, since none of the F s. were statistically significant at the 95% confidence level. Likewise, no significant differences were found in the level of family satisfaction with family interaction, parental role, health and safety, family resources and support for the person with disability, depending on variables such as status Socioeconomic status of the family and the respondent's relationship with the disabled family member, contrary to the hypothesis.

Conclusions. It agrees with earlier findings from other studies, which show that families with a disabled member experience a positive adjustment to disability.

Título: “Calidad de vida en familias con personas con discapacidad: un análisis comparativo”

Objetivo: evaluar la calidad de vida en familias de niños y adolescentes con discapacidad en la ciudad de Cali, Colombia, a través de la Escala de Calidad de Vida Familiar [ECVF] adaptada a población colombiana.

Métodos: La muestra fue de 385 familias. Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica de la muestra, de los Indicadores y Factores de la ECVF (FQLS) y un análisis inferencial para verificar la relación entre la satisfacción con la calidad de vida familiar con variables como tipo de discapacidad, edad, género, tipo de familia, estatus socioeconómico y relación de quien respondió la escala con el miembro de la familia con discapacidad.

Resultados: Se encontró que el factor en que las familias manifestaron mayor insatisfacción era el de apoyo a la persona con discapacidad y los indicadores apoyo para conseguir beneficios del Gobierno y apoyo de entidades locales para el miembro de la familia con discapacidad. No se encontraron diferencias entre las familias. Es decir, no existen diferencias significativas en el nivel de satisfacción de las familias con la Interacción familiar, el rol parental, la salud y la seguridad, los recursos de la familia y el apoyo a la persona con discapacidad, en función de estas tres variables tal como se había planteado, ya que ninguna de las Fs. resultaron estadísticamente significativas al nivel de confianza del 95%. Igualmente, no se encontraron diferencias significativas en el nivel de satisfacción de las familias con la Interacción familiar, el rol parental, la salud y la seguridad, los recursos de la familia y el apoyo a la persona con discapacidad, en función de variables como estatus socioeconómico de la familia y relación del respondiente con el miembro de la familia con discapacidad, contrariamente a las hipótesis.

Conclusiones: Concuerta con hallazgos anteriores de otros estudios, en los que se demuestra que las familias con un miembro con discapacidad, experimentan una adaptación positiva a la discapacidad³⁴

Titule: Impact of hearing impairment on Spouse, mental Health: the Nord-Trøndelag.

Health Study: Previous studies indicate that hearing loss have negative emotional implications also on Spouse of the hearing impaired persons.

Objetive: We sought to assess the relationship between hearing impairment and Spouse mental Health in the general population.

Methods: Pure tone audiometry and Questionnaire were administrad to the adult population of Nord–Trøndelag County, Norway (1996–97). In total, 8607 couples with Women over 44 year and 9530 couples with mens over 44 year were identified. Associations between measured and self-reported hearing impairment and Spouse self-reported symptoms of anxiety and depression, and subjetive well-being were estimated. Stratified by sex and adjusting for covariates, mental Health in Spouse of persons with hearing impairment was compared with that of Spouse of persons with normal hearing using the general linear model.

Results: Audiometrically measured hearing was not significantly associated with Spouse mental Health. Moderate relations between self-reported hearing and Spouse mental Health were observed.

Contrary to earlier studies, results indicate that mental health does not differ because of partners' AHL. This is not the first time that conclusions based on clinical research fail to be replicated in quantitative studies in the literature of hearing loss. The studies based on validated questionnaire instruments did not demonstrate associations repeatedly reported by clinical studies regarding negative implications of hearing loss on couple of relationships.

Conclusions: The results showed no significant associations of AHL on Spouse symptoms of anxiety and depression and subjetive well-being. Contrary to previous results based on self-reported hearing loss, the results based on audiometry did not indicate severe loss of mental health among Spouse of person's withim paired hearing.³⁵

Título: Impacto de la discapacidad auditiva en el cónyuge, salud mental: Nord-Trøndelag.

Estudio de Salud: Estudios anteriores indican que la pérdida auditiva tiene implicaciones emocionales negativas también en los cónyuges de las personas con discapacidad auditiva.

Objetivo: Se buscó evaluar la relación entre la discapacidad auditiva y la salud mental del cónyuge en la población general.

Métodos: La audiometría de tono puro y los cuestionarios se administraron a la población adulta del condado de Nord-Trøndelag, Noruega (1996-97). En total, se identificaron 8607 parejas con mujeres mayores de 44 años y 9530 parejas con hombres mayores de 44 años. Se estimaron las asociaciones entre la deficiencia auditiva medida y auto-informada y los síntomas auto-informados de ansiedad y depresión, y el bienestar subjetivo. Estratificada por sexo y ajustándose a varias co-variables, la salud mental en los cónyuges de personas con discapacidad auditiva se comparó con la de los cónyuges de personas con audición normal utilizando el modelo lineal general.

Resultados: La audición audio métrica no se asoció significativamente con la salud mental del cónyuge. Se observaron relaciones moderadas entre la audiencia auto-informada y la salud mental del cónyuge. Contrariamente a los estudios anteriores, nuestros resultados indican que la salud mental no difiere mucho como consecuencia de Socios de la AHL. Esta no es la primera vez que las conclusiones basadas en la investigación clínica no se replican en los estudios cuantitativos más grandes en la literatura de la pérdida auditiva. Una revisión encontró que los estudios basados en instrumentos de cuestionario validados no demostraron asociaciones repetidamente reportadas por estudios clínicos con respecto a las implicaciones negativas de la pérdida de audición en las relaciones de pareja.

Conclusión: Los resultados mostraron que no hay asociaciones significativas de AHL en los síntomas del cónyuge de ansiedad y depresión y bienestar subjetivo. Contrariamente a los resultados previos basados en la pérdida auditiva auto-informada, nuestros resultados basados en la audiometría no indicaron una pérdida grave de salud mental entre los cónyuges de personas con discapacidad auditiva.³⁵

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida como percepción de bienestar, felicidad y satisfacción, se ve alterada cuando se convive con una persona con deterioro auditivo, sea cual fuere su origen, impacta al paciente, pero predominantemente al que vive cotidianamente con el paciente, en éste caso nos referimos al cónyuge, la mayor de las veces sin tomar en cuenta el cambio de su calidad de vida debido a la alteración de la relación conyugal, la comunicación, el impacto que el deterioro auditivo tiene en la pareja, el impacto en la dinámica familiar, en sus roles, límites, relaciones con su entorno, personal, familiar, social y laboral. De acuerdo a los antecedentes científicos revisados surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida en cónyuges de pacientes con deterioro auditivo atendidos en el servicio de audiología del HGR no. 1 Cuernavaca, Morelos

V. JUSTIFICACION

La discapacidad auditiva implica desventajas, vulnerabilidad, discriminación, y limitación en el desarrollo de la vida del paciente, disminuyendo la comunicación marital, con impacto en la calidad de vida de los cónyuges por lo que se utilizó el cuestionario específico, HII-SOP (The Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile), escala conocida como – Discapacidad auditiva –impacto significativo otro perfil – teniendo como finalidad, estimar la calidad de vida en terceros, es decir, mide la calidad de vida en cónyuges de personas con deterioro auditivo; no existe traducción al idioma español, por lo que el instrumento se tradujo y se aplicó en población mexicana, cabe señalar que no existe literatura científica publicada en México ni en el extranjero que mencione este instrumento específico con aplicación al idioma español, por lo que aumenta la importancia de la presente investigación, para estimar la calidad de vida global y por dimensiones de terceros por impacto del deterioro auditivo en población mexicana.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estimar la calidad de vida global en cónyuges de pacientes con deterioro auditivo en el servicio de Audiología del HGR.MF No 1 De Cuernavaca Morelos

Objetivos específicos:

- Caracterización del paciente con deterioro auditivo
- Caracterización del cónyuge encuestado.
- Estimación de frecuencia de deterioro auditivo por localización de la lesión del paciente en el servicio de audiología
- Estimación del tiempo de evolución del deterioro auditivo.
- Estimación de Calidad de vida por dimensiones.
- Estimación de Calidad de vida en los cónyuges encuestados según sus características sociodemográficas.
- Estimación de Calidad de vida por el tipo de deterioro auditivo.

VII. HIPOTESIS

En estudios científicos relacionados con el deterioro de la audición, se reporta impacto global en la calidad de vida del paciente $(71,75 \pm 0,45, p < 0,0001)^{33}$ con ello en mente; en este estudio de investigación, se estima que la calidad de vida global en cónyuges de pacientes con deterioro auditivo en el servicio de audiología, podría ser $\leq (71,75 \pm 0,45)$.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio y diseño general

Estudio cuantitativo, analítico, descriptivo y transversal.

Población, lugar y tiempo

En 136 cónyuges de pacientes con deterioro auditivo en el servicio de Audiología del Hospital General Regional N°1, del IMSS en Cuernavaca, Morelos.

8.2 Muestra

Tipo de muestra: No probabilístico, de casos consecutivos por conveniencia que cumplan con criterios de inclusión del estudio.

Tamaño de muestra: Debido a que la población que acude a Audiología no se encuentra en ese servicio de forma permanente, se invitará a todos/as los/as cónyuges de los 136 pacientes con deterioro auditivo en ese servicio, en el periodo comprendido del 01 agosto del 2016 al 31 de enero del 2017.

8.3 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

1. Tener 18 años o más
2. Ser Derechohabiente
3. Ser cónyuge de paciente en Audiología con deterioro auditivo.
4. Firma consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. No aceptar firmar el consentimiento informado

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios que se encuentren con tachaduras,
2. marcas inapropiadas o ilegibles.

8.4 Operacionalización de variables.

1. Variable Dependiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Calidad de vida en el cónyuge de paciente con deterioro auditivo	Conjunto de condiciones que contribuyen a ser agradable y valiosa la vida, que incluyen factores objetivos y subjetivos.	<p>Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile (HII-SOP)</p> <p>Encuesta con 20 ítems tipo Likert para medir la calidad de vida de los esposo/a o pareja de personas con deterioro auditivo, consta de</p> <p>3 sub-escalas que miden:</p> <p>I. Relación conyugal: Las Emociones que surgen al tener un cónyuge con pérdida de la audición, así como impacto en la relación marital, ítems 3,5,7,9,10,11,13,14,16 ,17,20.</p> <p>II. Impacto de la pérdida de la audición en la vida social de los cónyuges. Ítems 4, 8, 12,18.</p> <p>III. Comunicación: Estrategias de comunicación usadas por el cónyuge. Ítems 1, 2, 6, 15,19.</p>	Cualitativa	Nominal	<p>Puntaje:</p> <p>Si= 5 puntos Algunas veces= 2.5 puntos No= 0 puntos</p> <p>Las puntuaciones de 20-39 puntos reflejan discapacidad leve de terceros</p> <p>de 40-59 reflejan discapacidad moderada de terceros</p> <p>> 60 reflejan la incapacidad de terceros grave asociada con la pérdida de audición</p>

2. Co-variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Sexo	Dícese de la condición según fenotipo	Marque X si es hombre o mujer	Co-variable	Cualitativa nominal	0=Hombre 1=mujer
Edad del paciente con deterioro auditivo	Tiempo vivido desde el nacimiento	¿Qué edad tiene usted?	Co-variable	Cuantitativa de Razón	Años. Números arábigos
Edad de su cónyuge	Tiempo vivido desde el nacimiento	¿Qué edad tiene su cónyuge?	Co-variable	Cuantitativa de Razón	Años. Números arábigos
Estado civil	Situación legal de pareja	¿Cuál es su estado civil?	Co-variable	Cualitativa nominal	0=casado 1=unión libre
Escolaridad del paciente con deterioro auditivo	Años escolares cursados	¿Qué escolaridad tiene usted?	Co-variable	Cuantitativa ordinal	1=primaria 2=secundaria 3=preparatoria 4=profesional
Escolaridad del cónyuge	Años escolares cursados	¿Qué escolaridad tiene su cónyuge?	Co-variable	Cuantitativa ordinal	1=primaria 2=secundaria 3=preparatoria 4=profesional
Ocupación laboral del cónyuge	Actividad con ingresos económicos	¿Cuál es su ocupación laboral?	Co-variable	Cualitativa nominal	1= Ama/o casa 2=Empleado 3=obrero 4=profesión 5= pensionado
Ocupación laboral del paciente con deterioro auditivo	Actividad con ingresos económicos	¿Cuál es la ocupación laboral de su cónyuge?	Co-variable	Cualitativa nominal	1= Ama/o casa 2=Empleado 3=obrero 4=profesión 5= pensionado
Etiología del deterioro auditivo	Tipo de pérdida auditiva	¿Qué Diagnostico tiene?	Co variable	Cualitativa discreta	1=Conductiva 2=Neurosensorial 3= Mixta
Tiempo de evolución de enfermedad (deterioro auditivo)	Tiempo transcurrido desde que se dio el diagnostico hasta la encuesta	¿Qué tiempo tiene con el deterioro auditivo?	Co variable	Cuantitativa de razón	Tiempo en años. En números arábigos

8.5 Reclutamiento

Se envió al Comité Local de Investigación en Salud (CLIES) 1702, posterior a su autorización, informamos al médico responsable de atención médica en Audiología, de los objetivos científicos y de investigación, abordamos al cónyuge del paciente con deterioro auditivo, informando los objetivos de investigación, la confidencialidad, la finalidad científica; con plena, satisfecha y libre información, se solicitó firma del consentimiento informado. No habrá represalias ante la negativa de participar.

8.6 Instrumento de recolección de datos

Elaborado por los investigadores del estudio para ficha de identificación del participante y de su paciente. Que corresponde a co-variables. Se empleó cuestionario de auto aplicación (HII-SOP) para estimar calidad de vida en terceros, traducido al español y empleado por primera ocasión en personas de habla hispana.

8.7 Análisis estadístico

Estudio de enfoque cuantitativo, analítico, descriptivo y transversal, bajo consentimiento informado y criterios de inclusión, se aplicó cuestionario a 136 cónyuges de pacientes con deterioro auditivo, HII-SOP (Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile), cuestionario específico, tipo Likert y de auto-aplicación, para estimación de Calidad de Vida global en terceros y por dimensiones a través de 3 sub-escalas (comunicación, relación entre cónyuges e impacto). Se realizó base de datos en programa estadístico de Excel. Para variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión, (rango y desviación estándar). Para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado de resultados. Comprobación Chi². Se aceptó significancia estadística cuando $p \leq .05$. Programa estadístico STATA 10.0

8.8 Recursos humanos, físicos y financieros. Factibilidad

Recursos Humanos: Investigador principal y asociados, *Recursos Físicos:* a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Recursos Financieros:* A cargo del investigador principal. *Factibilidad:* viable, sin conflicto de intereses.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se llevara a cabo en acuerdo y tomando en cuenta los aspectos éticos médicos que conllevan a su realización, así como la evaluación y autorización previa del Comité Local de Investigación en Salud (CLIEIS 1702).

Basándonos en lo estipulado por el código de Núremberg, se solicitara a cada participante la firma de consentimiento informado posterior a esclarecer objetivos de estudio de investigación, se firmará de forma informada y voluntaria.

Con respecto a la declaración de Helsinki, la presente investigación se centra en aspectos que se señalan a continuación:

1. Trabajo ajustado a los principios científicos 2. El diseño y la ejecución se formuló y se revisó por un comité local de investigación; 3. Trabajo conducido por expertos; 4. La importancia del objetivo a alcanzar fue mayor a los riesgos de la investigación; 5. Se evaluaron los riesgos previsibles y los beneficios tanto para el cónyuge como para el paciente; 6. Respeto al derecho a salvaguardar la intimidad y la integridad personal; 7. Investigación con los riesgos inherentes previsibles; 8. Respeto a la exactitud de los resultados en la publicación 9. No existió coacción en la obtención del consentimiento informado, no represalias quien lo hiciere. 10. Se respetó la autonomía del paciente, 11. Se empleó el principio de beneficencia, no maleficencia, 12. Investigación con mayor beneficio con el mínimo riesgo, 13. Utilizando la información con fines científicos y estadísticos.³⁶

En base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud, en su artículo 17 se clasifica en riesgo mínimo, debido a que se trata de un estudio que pretende obtener datos a través de procedimientos comunes, con encuestas de auto-aplicación, no se realizarán métodos invasivo, respetando la autonomía, si alguno de los participantes, decide retirarse.³⁷

X. RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CON DETERIORO AUDITIVO

Edad máxima del paciente 78 años de edad y el cónyuge 75 años. Media de 57 años DE ± 14 . Ver tabla 1

Tabla 1	Media \pm DE	Mínima	Máxima
Edad paciente	57 \pm 14	33	78
Edad del cónyuge	52 \pm 13	19	75

Predomino mujeres 78(57%), grupo de edad 69-78 años 40(29%), 80(59%) casados, 48(35%) primaria, 40(29%) pensionados, ver tabla 2

Tabla 2	Variable	f	%
Sexo	Hombres	78	57
	Mujeres	58	43
Edad del paciente por grupos		f	%
	25-35	8	6
	36-46	32	24
	47-57	32	24
	58-68	24	18
	69-78	40	29
Estado civil del paciente		f	%
	casado	80	59
	Unión libre	56	41
Escolaridad del paciente		f	%
	analfabeta	8	6
	primaria	48	35
	secundaria	40	29
	preparatoria	32	24
	profesional	8	6
Ocupación del paciente		f	%
	Ama de casa	24	18
	empleado	34	25
	obrero	32	24
	profesional	6	4
	pensionado	40	29

Los pacientes, según la consulta otorgada en Audiología, tienen diferente tipo de deterioro auditivo, 80(59%) neurosensorial, por tiempo transcurrido desde su diagnóstico a la fecha de la encuesta, (tiempo de evolución), de 4 - 5 años en 40(29.4%) pacientes, ver tabla 3

Tabla 3 Tipo de deterioro auditivo		f	%
	conductiva	40	29
	neurosensorial	80	59
	mixta	16	12
Tiempo del deterioro auditivo		f	%
Evolución	Años		
	2-3	47	34.5
	4-5	40	29.4
	6-7	8	6.0
	8-9	9	6.6
	10 ó mas	32	23.5
total		136	100%

ANALISIS DESCRIPTIVO DEL CONYUGE ENCUESTADO

De los 136 encuestados con firma de consentimiento informado y según criterios de inclusión, reportaron que la edad mínima del cónyuge es de 19 años media de 52 años DE \pm 13 y la edad mínima del paciente 33 años, ver tabla 4

Tabla 4	Media \pm DE	Mínima	Máxima
Edad paciente	57 \pm 14	33	78
Edad del cónyuge	52 \pm 13	19	75

En cuanto al sexo en los cónyuges 78(57%) hombres. Ver tabla 5

Tabla 5 Sexo de los cónyuges	Variable	f	%
	Hombres	58	43
	Mujeres	78	57

El estado civil de los cónyuges encuestados 80(59%) son casados, tabla 6

Tabla 6		f	%
Estado civil del cónyuge			
	casado	80	59
	Unión libre	56	41

Bajo consentimiento informado en los cónyuges participantes, el grupo de edad de mayor frecuencia fue 47-57 años de edad 48(35%), escolaridad 48(35%) primaria y ocupación de los cónyuges 64(47%) amas de casa, ver tabla 7

Tabla 7 Edad del cónyuge por grupos de edad		f	%
	25-35	8	6
	36-46	24	18
	47-57	48	35
	58-68	32	24
	69-78	24	18
total		136	

Escolaridad del cónyuge		F	%
	analfabeta	10	7
	primaria	48	35
	secundaria	16	12
	preparatoria	46	34
	profesional	16	12
total		136	

Ocupación del cónyuge		f	%
	Ama de casa	64	47
	empleado	24	18
	obrero	8	6
	profesional	16	12
	pensionado	24	18
total		136	

CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN CONYUGES ENCUESTADOS

De acuerdo al instrumento empleado, puntuaciones de 20-39 reflejan discapacidad leve de terceros, 40-59 discapacidad moderada y > 60 incapacidad grave asociada con pérdida de audición. Media 34 ± 27 . Ver tabla 8

Tabla 8	Media \pm DE	Mínima	Máxima
Calidad de vida	34 ± 27	5	100

Escala global de calidad vida: buena en 96(71%) encuestados, tabla 9

Tabla 9 Calidad de vida	f	%
Buena	96	71
Moderada	8	6
Mala	32	24

CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES EN CONYUGES ENCUESTADOS

Comunicación: buena 56(41%) cónyuges, tabla 10

Tabla 10 Calidad de vida Comunicación	f	%
Buena	56	41
Moderada	32	65
Mala	48	35

Relación entre cónyuges: buena 96(71%) cónyuges, ver tabla 11

Tabla 11 Calidad de vida Relación entre cónyuges	f	%
Buena	96	71
Moderada	8	6
Mala	32	24

De acuerdo al impacto: buena 104(76%) cónyuges, tabla 12

Tabla 12 Calidad de vida: Impacto del deterioro auditivo	f	%
Buena	104	76
Moderada	0	0
Mala	32	24

CALIDAD DE VIDA Y PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL CONYUGE

Calidad de vida, buena 59(43.3%) mujer, 58-68 años 32(23.5%); 40(29.4%) preparatoria, 48(35.29%) amas de casa y 2-3 años 35 (25.73%). Tabla 13.

Tabla 13	Variable	Calidad de vida		
		Buena	Moderada	Mala
Sexo	Mujeres	59(43.3%)	5(3.67%)	14(10.3%)
	Hombres	37(27.2%)	3(2.20%)	18(13.23%)

Pearson $\chi^2(2) = 3.1690$ Pr = 0.205

Edad del cónyuge		Buena	Moderada	Mala
Por grupos	25-35	8(5.90%)	0	0
	36-46	16(11.76)	8(5.90%)	0
	47-57	24(17.64)	0	24(17.64%)
	58-68	32(23.5)	0	0
	69-78	16(11.76)	0	8(5.90%)

Pearson $\chi^2(8) = 75.5556$ Pr = 0.000

Escolaridad del cónyuge		Buena	Moderada	Mala
	analfabeta	8(5.90)	0	2(1.47)
	primaria	40(29.4)	0	8(5.90)
	secundaria	0	8(5.90)	8(5.90)
	preparatoria	40(29.4)	0	6(4.41)
	profesional	8(5.90)	0	8(5.90)

Pearson $\chi^2(8) = 87.9237$ Pr = 0.000

Ocupación del cónyuge		Buena	Moderada	Mala
	En casa	48(35.29)	8(5.90)	8(5.90)
	empleado	24(17.64)	0	0
	obrero	8(5.90)	0	0
	profesional	8(5.90)	0	8(5.90)
	pensionado	8(5.90)	0	16(11.76)

Pearson $\chi^2(4) = 27.2000$ Pr = 0.000

Calidad de vida del Cónyuge	Tiempo	Buena	Moderada	Mala
Tiempo de evolución	2-3	35(25.73)	4(2.94)	8(5.90)
del deterioro auditivo	4-5	24(17.64)	0	16(11.76)
Representado en años	6-7	0	0	8(5.90)
	8-9	5(3.67)	4(2.94)	0
	Más de 10	32(23.5)	0	0

Pearson $\chi^2(8) = 73.5890$ Pr = 0.000

Buena Calidad de vida en cónyuges con esposo(a) con deterioro auditivo Neurosensorial 56(41.17%). Ver tabla 14

Calidad de Vida	Tipo de Deterioro auditivo		
	Conductiva	Neurosensorial	Mixta
Buena	24(17.64%)	56(41.17%)	16(11.76%)
Moderada	8(5.90%)	0	0
Mala	8(5.90%)	24(17.64%)	0

Pearson chi2 (4) = 27.2000 Pr = 0.000

XI. DISCUSION

De las 136 encuestas realizadas, arrojaron para la edad del paciente con deterioro auditivo, edad máxima del paciente 78 años de edad y el cónyuge 75 años. Media de 57 años DE ± 14 , predominio de deterioro auditivo, hombres 78(57%), grupo de edad 69-78 años 40(29%), en el estudio de Cano – Borda y asociados realizado en la universidad de Bogotá, Colombia, titulado “Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida” comprendió edades de 60 años y más, relacionando la calidad de vida al paciente, con factores sociodemográficos, donde al parecer se encontraron mayor cantidad de pacientes con deterioro auditivo, los problemas auditivos son relevantes en los adultos mayores e inciden notoriamente en su percepción de la calidad de vida, asociándose con otras situaciones clínicas, funcionales y cognoscitivas, si el paciente percibe que no tiene calidad de vida por deterioro auditivo, el cónyuge podría no tener calidad de vida, por limitaciones en la comunicación.

La presente investigación fue dirigida a la búsqueda de la estimación de calidad de vida en cónyuges, encontrando que la escala global de calidad vida: es buena en 96(71%) de los cónyuges encuestados.

Concuerta con hallazgos anteriores de otros estudios, ³⁴⁻³⁵ en los que se demuestra que las familias y los cónyuges con un miembro con discapacidad, experimentan una adaptación positiva a la discapacidad.

XII. CONCLUSIONES

La discapacidad auditiva, a nivel mundial, como parte de la enfermedad crónica degenerativa, va aumentando en forma exponencial a medida que la población tiene mayor edad, prevalencia 16-17%; como consecuencia, padecen depresión, afectación del bienestar e insatisfacción de la vida siendo difícil de manejar por los cónyuges de los pacientes con deterioro auditivo, reduciendo la calidad y la cantidad de la comunicación en la pareja, afectando negativamente la comunicación incluso cuando la pérdida auditiva es leve; además de actuar como intérprete de otras personas, convirtiéndose los cónyuges, en cuidadores.

También es de gran importancia mencionar que se cumplieron los objetivos generales y específicos a cabalidad, más de la mitad de los cónyuges refieren tener buena calidad de vida en su relación de pareja, e impacto en la relación marital; en cuanto a la comunicación entre cónyuges, podría ser un obstáculo. La calidad de vida no se relacionó con el tipo de deterioro auditivo. (Los cónyuges con deterioro auditivo, permanecieron presentes durante la entrevista). La Hipótesis también fue contestada encontrando calidad de vida global igual a 71%.

A la fecha existen pocos estudios que investigaron la asociación entre pérdida auditiva y la salud mental, pérdida auditiva y la calidad de vida del cónyuge, y el bienestar subjetivo, algunos han implicado a jóvenes cónyuges de los trabajadores afectados por exposición a ruido, la mayoría de los estudios utilizaron métodos cualitativos que describen, que vivir con un cónyuge con discapacidad auditiva es una tarea exigente y desgastante. No obstante, en ésta investigación realizada en forma transversal, con limitaciones relativas en relación a la causalidad y lo relacionado al tamaño de muestra, no nos permite generalizar en los resultados, tal vez un análisis longitudinal sería mejor para analizar resultados diferentes.

Por lo tanto empíricamente no podemos decir: qué afecta primero, la calidad de vida del cónyuge, el deterioro de la audición o viceversa. Pero permitió observar que más del 50% de los cónyuges, experimentan una adaptación positiva ante la discapacidad auditiva, factor que deberá ser tomado en cuenta en futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Los investigadores agradecemos el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro social, también agradecemos a todos los y las cónyuges de pacientes con deterioro auditivo que aceptaron participar en la presente investigación.

Antes que ésta. No existe traducción al idioma español, por lo que el instrumento fue traducido y aplicado en español, por primera ocasión; no existe literatura científica publicada en México ni en el extranjero que mencione este instrumento específico con aplicación al idioma español, ni en gente latina.

Por lo que se espera, aumente el interés y la expectativa de otros investigadores para la aplicación del instrumento, para estimar el impacto del deterioro auditivo en sus cónyuges, en otros sectores de la población mexicana.

Cabe señalar que los investigadores se dieron a la exhausta tarea de traducción, con la colaboración de teachers en inglés/español, de habla hispana, para evitar malas interpretaciones lingüísticas que pudieran incomodar o lesionar la susceptibilidad del cónyuge encuestado, por lo que agradecemos su participación *profesional y desinteresada*, para realizar la traducción al español del instrumento empleado Hearing Impairment Impact-Significant Other Profile (HII-SOP), del inglés al español, conocido como (Discapacidad Auditiva-Impacto Significativo Otro Perfil).

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Campbell et al. The Psychology of Quality of Life (1981)
- ² Bogner, G. The concept of quality of life. *Social Theory and Practice*, (2005). 31(4), 561-580.
- ³ Meeberg, GA. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, (1993). 18, 32 – 38.
- ⁴ Nanda U, Andresen E. Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Evaluation & the Health Professions* 1998; 21: 179-215.
- ⁵ OMS Organización Mundial de la Salud (2008). Estrategia de cooperación. Disponible en línea: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_cuba_es.pdf
- ⁶ Felce. D. Perry J. Quality Of Life: its definition and measurement. *Research if Developmental Disabilities*. (1995). Volumen 16(1):51-74.
- ⁷ Bronfenbrenner, U. La ecología del desarrollo humano. (1987). Madrid: Paidós.
- ⁸ Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychological*. (2004). 3(1), 89-98.
- ⁹ Velarde, E. y Ávila, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, (2002). 44(4), 349-361.
- ¹⁰ Bungay KM. Ware JE. Medición y control de la calidad de vida relacionada con la salud. *New England Medical Center. Upjonh Laboratories*, (1998). págs. 1-39
- ¹¹ Badía LIX, Lizán TL. Estudios de Calidad de Vida. Cuadernos de atención Primaria. Barcelona: 2005
- ¹² Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2001; 28: 680-9. 20. Martin A, Stockler M. Quality-of-life assessment.
- ¹³ Badía X., García AF. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: *La Investigación de Resultados en Salud*. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78
- ¹⁴ Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease specific measures in assessing Health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:217-232
- ¹⁵ Calidad de vida relacionada con la salud. Link citado el día 18 de marzo del 2014. <Hhttp://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2011-12/28BP-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf>
- ¹⁶ Preminger, J, Meeks, S. Articlein *Journal of the American Academy of Audiology* 23(10):807-23 · November 2012with106 Reads
- ¹⁷ Definición de audición. - Qué es audición. Significado y Concepto. Disponible en <http://definicion.de/audicion/#ixzz4KZKSw1Qg>
- ¹⁸ Santos, V. Zenker F., Revisión teórica deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. *Revista Electrónica de Audiología* vol. 3. <http://www.auditio.com@Auditio.com> 2006
- ¹⁹ Marx HER. Manual de las Enfermedades del Oído. 6ta. edición. Madrid: Calpe S.A; 2007. p. 12-8.
- ²⁰ Manrique, M. Huarte, et. al. «Tratamiento de la sordera en el niño menor de dos años». *Anales Españoles de Pediatría*. 1997-97; 95-98
- ²¹ Alvarado RM. Construcción de una pedagogía para la integración. Serie: Integración Normalizada en la Formación para el Trabajo: un proceso de inclusión social de la Organización Internacional del Trabajo. Montevideo, Uruguay. (1998). Disponible: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/integra/1/pdf/int_1.pdf 02/12/2003.

-
- ²² Verdugo, M. Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Tercera edición. Editorial Siglo XXI de España Editores. (2002) Madrid, España.
- ²³ Organización Mundial de la Salud. Ginebra, febrero (2013)
- ²⁴ Instituto de la Comunicación Humana. México DF., 2000
- ²⁵ Instituto Nacional de Estadística INEGI (2000)
- ²⁶ Poston, D, et. al. Family Quality of Life: A Qualitative Inquiry. *Mental Retardation*, (2003). 4, 313-328
- ²⁷ Schalock, R. & Verdugo, M. The concept of quality of life in human services: A handbook for human services practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation (2002).
- ²⁸ Thompson D, Yu C. Quality of life in patients with coronary heart disease: I. Assessment tools, *Health Quality Life Outcomes*. 2003; 1(1):42.
- ²⁹ Boletín de la Organización Mundial de la Salud fue creado por la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, febrero (2013).
- ³⁰ Núñez, B. El niño sordo y su familia. Ed. Troquel, Bs As, 1991
- ³¹ Núñez, B. Colección de cuadernillos y videos Temas de Discapacidad y Familia. Editorial Cendif, 1998.
- ³² OMS "Informe sobre la Salud en Europa 2005" publicado por la OMS
- ³³ Cano, CA., Borda, MG., Arciniegas, AJ., Parra, JS. Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia Intelectos, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia
- ³⁴ Córdoba, L., Gómez, BJ., Verdugo, MA. Family quality of life of people with disability: a Comparative analices. *Univ. psychol.* Bogotá, Colombia (2008) v.7 no.2 pp. 369- 383 pontificia universidad javeriana de Cali, Colombia. universidad de Barcelona, España. universidad de salamanca, España. ISSN 1657-9267
- ³⁵ Ask, H., Hjertager KN., Tambs, K. Impact of hearing impairment on spousal mental health: the Nord-Trøndelag. *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 3, 271–275. The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved. doi:10.1093/eurpub/ckp176 Advance Access published on 3 November 2009.
- ³⁶ Manzini JL. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Acta Bioética* 2000; 6(2): 321-334. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- ³⁷ REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República. MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1o., 2o., fracción VII, 3o. fracción IX, 4o., 7o., 13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud.

ANEXOS

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1 CUERNAVACA MORELOS.</p>	
<p>Lugar y fecha: Número de registro: Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>HGR MF 1 OCTUBRE DEL 2016 CUERNAVACA MORELOS;</p> <p>La discapacidad auditiva, implica desventaja vulnerabilidad, limitación en la calidad de vida del cónyuge, el objetivo del estudio será estimar la calidad de vida en cónyuges de pacientes con deterioro auditivo en el servicio de Audiología.</p>	
<p>Procedimientos:</p>	<p>Se realizará encuesta a los cónyuges de pacientes con deterioro auditivo atendidos en el servicio de Audiología.</p>	
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>Estudio con riesgo mínimo, se aplicará cuestionario auto aplicado.</p>	
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Estimar la calidad de vida del cónyuge</p>	
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Los resultados se publicarán con acceso al paciente en general en el área de Audiología</p>	
<p>Participación o retiro:</p>	<p>No habrá represalias si el participante decide no participar</p>	
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Se establece el compromiso de no identificar al participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, y de mantener la confidencialidad de la información, con utilización con fines científicos y estadísticos.</p>	
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes</p>	<p>Continuidad de tratamiento en el Área de Audiología</p>	
<p>Beneficios al término del estudio:</p>	<p>Se estimará la calidad de vida</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>		
<p>Investigador Responsable:</p>	<p>DRA. LAURA AVILA JIMENEZ Matricula 10202331, laura.avila@imss.gob.mx</p>	
<p>Colaboradores:</p>	<p>DRA. LAURA BAHENA OROPEZA Matricula 11183217 Correo: lorydr65@yahoo.com</p>	
<p>Residente de la Especialidad de Medicina Familiar</p>	<p>ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA Matricula 99123811 Correo rope_74_05_11@hotmail.com</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CLIEIS del IMSS: Avenida Plan de Ayala Esq. Eje Central, Colonia Flores Magón. Cuernavaca, Morelos, CP 62450. Teléfono (777) 3155000 extensión 51315.</p>		
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p>_____ Testigo 1</p>	<p>_____ Testigo 2</p>	
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>Clave:</p>		

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

P= Programado R= Realizado. PNR= Programado no Realizado.

Año	2016				2017								
Mes	May	Jul	Sept	Nov.									
	Jun	Ago	Oct	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	
Revisión bibliográfica	P/R	P/R	P/R	P/R									
Elaboración del protocolo		P/R	P/R	P/R	P/R								
Registro de protocolo						P/R							
Aprobación de protocolo						P/R							
Recolección de datos							P/R	P/R					
Análisis de resultados								P/R	P/R				
Discusión y Conclusiones									P/R	P/R			
Presentación de tesis												P	

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO
AUDITIVO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1
CUERNAVACA MORELOS”**

Nombre: -----

Fecha: -----

Número de Seguridad Social: -----

Marque con una X su respuesta.

1. Usted es hombre mujer
2. ¿Qué edad tiene usted?----- años de edad.
3. ¿Qué edad tiene su cónyuge?----- años de edad.
4. ¿Cuál es su estado civil?-----
Casado Unión libre
5. ¿Qué escolaridad tiene usted?-----
Primaria Secundaria preparatoria profesional
6. ¿Qué escolaridad tiene su cónyuge?-----
Primaria Secundaria preparatoria profesional
7. ¿Cuál es su ocupación?-----
Ama de casa Empleado obrero profesión pensionado
8. ¿Cuál es la ocupación de su cónyuge?-----
Ama de casa Empleado obrero profesión pensionado
9. ¿Qué diagnóstico tiene?-----
Conductiva Neurosensorial Mixta
10. ¿Qué tiempo tiene con él déficit auditivo?----- años de evolución.

**"CALIDAD DE VIDA EN CONYUGES DE PACIENTES CON DETERIORO AUDITIVO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE AUDIOLOGIA DEL HGR No. 1 CUERNAVACA
MORELOS" CUESTIONARIO (HII-SOP)**

Marque con una X la respuesta que más se acerque a la realidad				
		Si	Algunas veces	No
1	¿Siente usted que grita todo el tiempo, debido al problema de audición de su pareja?			
2	¿Debe asegurarse que su pareja lo(la) observa cuando se dirige a él o (ella)			
3	¿Se molesta cuando trata de hablar con su pareja pero él (ella) no puede entenderle?			
4	¿Siente usted que la pérdida de audición afecta su vida social?			
5	¿Tener que repetir lo que dice a su pareja todo el tiempo, lo hace sentir cansado o fastidiado?			
6	¿Tiene que asegurarse que su pareja lo/la está viendo de frente cuando usted le habla?			
7	La pérdida de audición de su pareja ¿lo hace sentir frustrado?			
8	¿Usted y su pareja evitan reuniones sociales, debido a su problema de audición?			
9	Piensa usted que el problema auditivo (Pérdida de audición) ¿ha hecho su relación menos satisfactoria?			
10	¿Piensa usted que la comunicación con su pareja requiere mucho esfuerzo debido a la pérdida de audición?			
11	¿Se siente irritado de que su pareja ponga el volumen de la televisión demasiado alto?			
12	¿Usted y su pareja evitan ir a restaurante debido a la pérdida de audición?			
13	Siente usted que la pérdida de audición de su pareja ¿tiene un efecto negativo en la comunicación íntima entre ambos?			
14	El problema de audición de su pareja ¿lo hace sentir enojado(a)?			
15	¿Tiene usted que repetir lo que dice su pareja debido a su pérdida auditiva?			
16	La pérdida auditiva de su pareja provoca que discutan?			
17	Debido a la pérdida auditiva de su pareja ¿Habla usted menos de lo que lo hacía antes?			
18	Encuentra usted difícil disfrutar reuniones sociales ¿debido a la pérdida auditiva de su pareja?			
19	¿Tiene usted que levantarse e ir hacia su pareja cuando necesita hablar con él (ella)?			
20	Piensa usted que la pérdida auditiva de su pareja ¿ha creado tensión en su relación?			