



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 13 DEL IMSS EN SAUCILLO, CHIHUAHUA**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Brenda Paola Ortíz Candia

ASESOR:

Dr. Miguel Ángel Ramírez Ortega

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Leobardo Hernández Villa

Chihuahua, Chih.

Mayo 2019



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.

DICTAMEN AUTORIZACIÓN



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"Dictamen de No Autorizado o Dictamen de Modificar y Volver a Presentar"

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **03/11/2017**

DRA. BRENDA PAOLA ORTIZ CANDIA

P R E S E N T E

Le notifico que el protocolo de investigación con título:

DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS EN SAUCILLO CHIHUAHUA

que 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, tiene el dictamen de:

NO AUTORIZADO / MODIFICAR Y VOLVER A PRESENTAR

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ENMIENDA

Determinar la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar Número 13 del IMSS en Saucillo, Chihuahua

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dr. Miguel Ángel Ramírez Ortega

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 23

Vo.Bo.

Dra. María Teresa Badillo Montes

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 23

Vo.Bo.

Determinar la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar Número 13 del IMSS en Saucillo, Chihuahua

ASESORES

Dr. Miguel Ángel Ramírez Ortega

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 23

Vo.Bo.

Dr. Juan Leobardo Hernández Villa

Jefe Clínico Unidad de Medicina Familiar No. 56

Vo.Bo.

Determinar la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar Número 13 del IMSS en Saucillo, Chihuahua

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

AGRADECIMIENTOS.

INDICE

Página

Resumen	10
Marco teórico	11
Justificación	16
Planteamiento del problema	17
Objetivo	18
Hipótesis	18
Material y métodos	19
Criterios de Selección	22
Operacionalizaciones variables	23
Análisis estadístico	24
Consideraciones éticas	28
Resultados	29
Discusión	31
Conclusiones	35
Referencias	36
Anexos	38

RESUMEN

DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS EN CIUDAD SAUCILLO, CHIHUAHUA

AUTORES: Ortiz Candia Brenda Paola; Ramírez Ortega Miguel Ángel, Hernández Villa Juan Leobardo.

ANTECEDENTES: La presente tesis realiza el análisis y evaluación para determinar la calidad de vida de los adultos mayores en la Unidad de Medicina familiar número trece ubicada en la ciudad de Saucillo, Chihuahua; para lo cual es importante señalar que debemos entender como calidad de vida: *“la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva de satisfacción y bienestar”* y que además abarca aspectos tales como: “estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad.

OBJETIVOS: Determinar la Calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de medicina familiar 13 de Saucillo Chihuahua.

MATERIAL Y METODOS: En este estudio se tomará en cuenta el método de escala GENCAT, es cual es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), que actualmente cuenta con gran aceptación internacional. Construida con rigor metodológico, combinando metodología cuantitativas y cualitativas, desarrollando un proceso de elaboración sirviendo como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida

PALABRAS CLAVE:

Adulto Mayor. Calidad de vida. Determinar.

MARCO TEORICO

En 1980, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la edad de 60 años como la transición entre el adulto y la tercera edad, y para 1994 establece como parámetro de referencia, aquella persona que tiene 65 años y más **(1) (2)**.

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud. **(3)**

Con los avances en la medicina cada vez más personas se incorporan a un segmento social creciente denominado “del adulto mayor”. Por ello la salud del adulto mayor constituye un tema de estudio de suma importancia social. **(4)**

Según las Naciones Unidas el *envejecimiento de masas* es un fenómeno general, profundo y duradero que produce una afectación en el mundo del trabajo, la economía y la demanda de servicios asistenciales.

A nivel micro social la primera etapa del envejecimiento está marcada por el retiro del mercado del trabajo y la reducción del grupo familiar. El término frágil, algo que se rompe fácilmente, es descriptivo de un grupo de adultos mayores que acuden a establecimientos de salud, quienes tienen como característica un mayor riesgo de desarrollar episodios adversos relevantes entre los que se incluyen dependencia y hospitalización.**(5)** La Capacidad de Respuesta frente a esta crisis vital serán los ingresos, el acceso al sistema de salud y la presencia de una red familiar que brinde apoyo instrumental y económico frente a la pérdida de autonomía funcional. **(6)**

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. Se

vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.

La Estructura de la población 1990 y 2015 Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Tabulados básicos. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores será de 20.4 millones. Surge la Asamblea General de Naciones Unidas donde se determinó al 15 de junio como el Día Mundial contra el Abuso, Maltrato y Abandono, Durante este mes, las Coordinaciones Regionales, así como también la dirección nacional y el Ministerio de Desarrollo Social, impulsan acciones intergeneracionales, en las que se promueve el trato digno e inclusivo de las personas mayores, en los diversos ámbitos de la sociedad. **(7)**

El término calidad de vida, pudiera parecer un tanto ambiguo. por el hecho de que se utiliza muy frecuentemente en forma generalizada. Para Fernández-López y cols., (2010), de la Revista Española de Salud Pública, la calidad de vida se define como “la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva de satisfacción y bienestar” También indica que comprende los siguientes aspectos; “estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad” (Fernández-López y cols., 2010, p:170). Lo anterior puede tener una analogía con la pirámide de necesidades de Maslow (1975), en donde la felicidad podría equipararse a la autorrealización, la que define como “la realización de las potencialidades de la persona, llegar a ser plenamente humano, llegar a ser todo lo que la persona puede ser; contempla el logro de una identidad e individualidad plena”. Resulta importante que los programas de asistencia hacia adultos mayores, incluyan actividades físicas y recreativas, dado que este tipo de actividades fortalecen la salud, en todo sentido, de las personas mayores. Con estas actividades se buscó adoptar un estilo de vida activo que promoviera la calidad de vida. De hecho, en el lugar donde se aplicó el

presente trabajo, existían algunos programas enfocados en fortalecer la actividad física, sin embargo, por la falta de recursos, estas actividades no son constantes. Esto es un reflejo de que los adultos mayores no son prioridad en las políticas públicas. Para el 2014, el presupuesto asignado para la pensión de adultos mayores ni si quiera alcanzó para cubrir a los que ya están inscritos, según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) (2016). De mismo modo, el diagnóstico del Programa de Pensión para adultos Mayores (PAM) (Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) realizado en el 2013, señala que uno de los principales problemas es el escaso acceso a los sistemas de pensiones, sistemas de salud de calidad y falta de políticas públicas para su atención integral. Incluso, se podría decir que su importancia se está minimizando. Esto se evidencia cuando el CIEP (2016), indica que el presupuesto del 2014 al 2015, de pensiones para adultos mayores disminuyó en un 5.72%, y, sin embargo, esta población va en aumento a tasas del superior al 4% anual, según el INEGI (2013). **(8)**

En México, las relaciones familiares son el tipo más importante de las redes sociales. Sin embargo, en otros estudios se ha visto que los vecinos constituyen una fuente esencial de apoyo y ayuda, particularmente para aquellos que han vivido durante largos períodos de tiempo en el mismo vecindario. Algunas revisiones mencionan que las redes sociales incluyendo las grandes redes de familiares cercanos y amigos parecen mitigar el desarrollo de la depresión.**(9) (10)** En el contexto español la familia cercana (cónyuge e hijos) es la mayor proveedora, seguida de parientes, amigos y vecinos, de esta manera se ha observado menos depresión en el adulto mayor.**(11)(12)** En contraparte los adultos mayores institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. **(13)**

En un estudio realizado en Guadalajara se vio que las mujeres ancianas tienen redes más grandes y recibe más apoyo social en comparación con los ancianos varones; los casados y viudos tienen también redes más grandes y reciben más

apoyo social que los solteros. **(14)** Se ha reportado que a más fortaleza de la red de apoyo que reciba el adulto mayor por parte de la familia, el riesgo de reportarse con algún problema de *Salud* disminuye entre un 2% en la Depresión, 6% en la autoevaluación, 7% en las limitaciones en la capacidad funcional hasta un 11% en el deterioro cognitivo mejorando la calidad de vida. **(15)**

En las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la importancia de abordar la Calidad de Vida entre los adultos mayores, con la finalidad de conocer las áreas o dimensiones más relevantes para la población, y así establecer políticas adecuadas de satisfacción de necesidades por parte de las entidades públicas, empresas o sectores socioeconómicos. **(16)**

Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho. Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar sus derechos y libertades **(17)**

Este estudio será basado en la Escala de GENCAT en donde se presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales. Teniendo en cuenta la distinción realizada en los últimos años entre aspectos objetivos y subjetivos, así como la débil concordancia encontrada entre ellos (Arostegui, 2002; Gómez, 2005; Janssen, Schuengel y Stolk, 2005; Olson y Schoeber, 1993; Perry, Felce y Lowe, 2000; Perry y Felce, 2005; Schalock y Felce, 2004; Verdugo, Arias y Gómez, 2006), este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida proporcionando indicadores sensibles al diseño ambiental y de programas por parte de las organizaciones y servicios

La Escala GENCAT está basada en este modelo multidimensional en el cual existen ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Entendemos las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34).

Existen otros cuestionarios o encuestas que se han empleado para evaluar de manera similar la calidad de vida en el adulto mayor como es el Cuestionario de Salud SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados, validados y traducidos en el campo de la medición de la CVRS. **(18)** Detecta estados positivos de salud como negativos y explora salud física y salud mental. **(19)** se trata de un cuestionario auto administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. **(20)** Hablando de recursos sociales existen múltiples instrumentos que miden, de una forma u otra, el funcionamiento social. La escala OARS (DUKE) es un cuestionario que evalúa la función social multidimensional. En mayores de 60 años puede aplicarse en escenario clínico. Dicho cuestionario consta de 3 subescalas que pueden ser valoradas por separado. La puntuación de cada dimensión es la suma de la construcción de los ítems. **(21)**

JUSTIFICACION

En mi ejercicio profesional he percibido que los adultos mayores representan a personas que sufren vulnerabilidad por las condiciones en las que viven, desde la falta de políticas públicas, accesibilidad a espacios, facilidades logísticas, movilidad y hasta en lo laboral, son áreas en las que la mayoría de las veces son marginados por su condición de adulto mayor

En la Unidad de Medicina Familiar donde me desenvuelvo laboralmente se aprecia como los adultos mayores acuden por problemas de carencias afectivas de relaciones interpersonales y hasta recreativas debido a esto se aprecia cómo repercute en su estabilidad emocional al acudir a la institución a que se les brinde una atención médica por un problema en el cual un alto grado de porcentaje es debido a la consecuencia de estas carencias y no propiamente a una enfermedad orgánica. Dichas personas acuden reiteradamente por las situaciones antes descritas, es por eso el interés al abordar y desarrollar el presente estudio con la finalidad de determinar la calidad de vida del adulto mayor derechohabiente de la unidad médica familiar número 13; para lo cual, se espera arribar a una conclusión y determinar los factores en que inciden e impiden el pleno ejercicio de los derechos de los adultos mayores que como sociedad estamos obligados que tengan acceso a los mismos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la población mundial de personas de 60 años o más será de alrededor de 1,200 millones para el año 2025. Se ha estimado que entre el 4% y el 6% de las personas adultas mayores se ha colocado como problema central a nivel mundial, de ahí la importancia de prevenir la explotación financiera y material de las personas adultas mayores, las cuales han sufrido alguna forma de abuso y maltrato en su vida.

El maltrato y violencia que sufren las personas adultas mayores es un problema social y de salud pública, que tiene consecuencias físicas, psicológicas y de supervivencia que impactan en el bienestar y calidad de vida de este grupo etario.

Es importante y vital que las autoridades y la sociedad reconozcan la contribución esencial que las mujeres y hombres de estas edades pueden seguir dando en diferentes sectores, para lo cual es necesario que se establezcan garantías adecuadas para la protección, promoción y restitución de derechos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Como determinar la Calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS En Saucillo Chihuahua?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la Calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de medicina familiar 13 de Saucillo Chih.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Analizar el bienestar emocional a los adultos mayores

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO: H1

La calidad de vida de los adultos mayores es mala.

HIPOTESIS NULA: H0

La calidad de vida de los adultos mayores es buena.

MATERIAL Y METODOS

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Este estudio combinara métodos cuantitativos y cualitativos para desarrollar un proceso de elaboración, sirviendo como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida como es la “escala GENCAT” la cual es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), mismo que actualmente cuenta con gran aceptación a nivel internacional. La calidad de vida de los derechohabientes en estudio será evaluada a través de un cuestionario de 69 preguntas distribuidas en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida.

Todas las preguntas planteadas están en escritas en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones: “nunca o casi nunca”, ‘a veces’, ‘frecuentemente’ y siempre o casi siempre”. Donde cada respuesta tiene un valor numérico del 1 al 4, mismo que dependiendo la contestación del derechohabiente, al final se hace la suma de los valores numéricos para establecer la calidad de vida del encuestado. Si tiene dificultad para contestar alguno de las preguntas con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una “escala Likert” de cuatro puntos que son: “totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo”.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la unidad de medicina familiar número 13 en la cual se tomará en cuenta a todos los adultos mayores de 60 años derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social mismos que corresponden a 1221 hombres y 1538 mujeres un total de 2759 de derechohabientes activos del grupo etario ya referido información tomada del diagnóstico de salud de la unidad 2013-2014. Para saber cuántas personas tomaremos en cuenta se tomará la fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Donde: • N = Total de la población • $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%) • p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05) • q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95) • d = precisión (en su investigación use un 5%).

TIEMPO Y LUGAR DE REALIZACION DEL ESTUDIO

Cada fin de semana se citará en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 13 de la Ciudad de Saucillo, Chihuahua a 20 adultos mayores que estén adscritos a la misma con la finalidad de elaborar el cuestionario "GENCAT", esto con el propósito de tener el tiempo correcto para la aplicación del estudio descrito. Se citará a grupos de 20 personas hasta completar el número que arroje la fórmula de población finita descrita en la página anterior.

Para fines de este estudio se aplicará por un profesional que este previamente calificado y con entrenamiento previo sobre la aplicación del estudio, siendo esta profesional la Médico General Aracely Villalobos misma que es trabajadora de unidad de medicina familiar número 13 del IMSS en la ciudad de Saucillo, Chihuahua.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

Personas de edad establecida de ambos sexos

Personas que acepten participar en el estudio y firmen el cuestionario de consentimiento informado

Adultos mayores que sean derechohabientes

CRITERIOS DE EXCLUSION

Sujetos que no aceptaran participar en este estudio.

Personas que tengan alguna secuela de enfermedad que interfiera con el grado de entendimiento del cuestionario elegido para el estudio

Individuos que no sean derechohabientes

Derechohabientes fuera del rango de edad establecida

Derechohabientes que no acepten firmar el consentimiento informado

CRITERIOS DE ELIMINACION

Encuestas ilegibles e incompletas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CALIDAD DE VIDA

Tipo de variable: dependiente

Definición conceptual. - Percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma la persona en el contexto cultural y de valores en que se está inmersa la persona, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes, su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales

Definición operacional. - Lo arrojado por la encuesta GENCAT que medirá: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos

Indicador. - Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca o casi nunca

Escala de medición. - Cuantitativa

ADULTO MAYOR

Tipo de variable. - Independiente

Definición conceptual. - La llamada tercera edad, también conocida como termino de vejez, como fase de involución y no como autentica etapa del desarrollo del ser humano

Definición operacional. - Los años consignados en la encuesta.

Indicador. - Años.

Escala de medición. – Cuantitativa

BIENESTAR EMOCIONAL

Tipo de variable. -independiente

Definición conceptual. - Bienestar emocional: hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Definición operacional. Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca o casi nunca

Indicador. -suma de puntuación

ANALISIS ESTADISTICO

La calidad de vida es evaluada a través de 69 preguntas distribuidas en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida.

Todas las preguntas planteadas están en escritas en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones: “nunca o casi nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y siempre o casi siempre”. Donde cada respuesta tiene un valor numérico del 1 al 4, mismo que dependiendo la contestación del derechohabiente, al final se hace la suma de los valores numéricos para establecer la calidad de vida del encuestado. Si tiene dificultad para contestar alguno de las preguntas con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una “escala Likert” de cuatro puntos que son: “totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo”.

METODOS OPERACIONALES

La interpretación de los cuestionarios aplicados a los derechohabientes en estudio, nos arrojará los siguientes indicadores de calidad de vida:

- Perfil de Calidad de vida, obtenido a partir de puntuaciones estándar de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.
- Índice de Calidad de vida, obtenido a partir de la puntuación estándar compuesta calculada a partir de las ocho subescalas.

Puntuación y corrección

El informador debe indicar la fecha en la que se completa la escala, además, es preciso recoger la información demográfica de la persona evaluada (nombre y apellidos, sexo, edad, dirección, número de teléfono y lengua hablada en casa) y del informador (nombre, puesto de trabajo, agencia o afiliación, dirección, correo electrónico y teléfono). En el caso de que el informador necesite consultar a otras personas para completar el cuestionario, también deberá anotar el nombre, relación que mantiene con la persona evaluada y lengua que normalmente utilizan todos ellos, para obtener la puntuación directa total en cada subescala o dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de las preguntas que las componen.

El Índice de Calidad de vida y percentil del Índice de Calidad de vidas se calculará aplicando el procedimiento de agrupación de varianzas de Guilford y Fruchter (1978). Las puntuaciones estándar compuestas tienen una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera permitiendo una interpretación muy intuitiva. Para obtener el Índice de Calidad de vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla "Puntuación estándar TOTAL". Este valor se convierte en el Índice de Calidad de vida (o puntuación estándar compuesta). En dicha tabla se deberá localizar la puntuación estándar total. En la misma fila, en las dos columnas de la derecha se encontrará el Índice de Calidad de vida y el percentil. una suma de las puntuaciones estándar de las ocho subescalas. El percentil del Índice de

Calidad de vida será lo que significa que el 89% de la muestra estandarizada obtuvo una puntuación más alta en el Índice de Calidad de vida.

Perfil de Calidad de vida

Proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil. Además, representa el Índice de Calidad de vida, también con su correspondiente percentil. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y se unirá las mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, excluyendo de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones, se evaluarán ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida, las cuales son:

- 1.- Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- 2.- Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.
- 3.- Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
- 4.- Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de

aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

5.- Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

6.- Autodeterminación (AU): decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

7.- Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

8.- Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomarán en cuenta los preceptos contenidos en la escala de GENCAT otorgándosele a cada uno de los participantes, un consentimiento informado, explicándosele detalladamente, en que consiste el estudio, y la finalidad del mismo. Serán respetadas aquellas personas que no deseen participar en la investigación. Se garantizará el manejo confidencial de la información.

Todo manejo de la información y trato con el derechohabiente en estudio se sujetará a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial **(22)**

RECURSOS HUMANOS

Un investigador, asesores de tema y metodológicos, además solicitaremos el apoyo de la Doctora Aracely Villalobos misma que se encuentra adscrita a la jornada acumulada de la Unidad de Medicina Familiar número 13 en ciudad Saucillo, Chihuahua.

RECURSOS MATERIALES

Computadora personal, cuestionarios, mobiliario del hospital, biblioteca, acceso al acervo bibliográfico de la institución, internet, software de análisis estadístico, y demás recursos que nos proporcione el instituto o que se necesiten para llevar al cabo la investigación.

FACTIBILIDAD

El presente estudio, es factible de realizar, ya que se cuenta con la población requerida, se cuentan con cuestionarios validados a nivel internacional, y además no se requiere financiamiento de otra organización, más que el del propio alumno.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta los resultados de la calidad de vida analizada a través de la escala GENCAT en adultos mayores que participaron en el estudio de Saucillo, Chihuahua. En cuanto a las dimensiones se encontraron los siguientes promedios; bienestar emocional 24.3 (desviación estándar [DE] 5.2), relaciones interpersonales 29.1 (DE 5.9), bienestar material 23.9 (DE 4.6), desarrollo personal 22.6 (DE 5.2), bienestar físico 23.2 (DE 4.3), autodeterminación 28.1 (DE 6.2), inclusión social 22.4 (DE 4.1) y derechos 30.4 (DE 7.0). Asimismo, esta la escala se alcanzó una puntuación total de 226.3 (DE 37.7).

Posteriormente se analizaron los resultados separando por género. En cuanto a las dimensiones se encontraron las siguientes medias en las mujeres; bienestar emocional 23.7 (DE 4.9), relaciones interpersonales 27.8 (DE 6.1), bienestar material 23.9 (DE 4.5), desarrollo personal 22.0 (DE 5.2), bienestar físico 23.0 (DE 4.7), autodeterminación 27.7 (DE 6.2), inclusión social 22.0 (DE 4.1) y derechos 29.6 (DE 7.8). En el grupo de mujeres la escala alcanzó una puntuación total de 221.9 puntos (DE 39.2), ver tabla 1.1.

Por otro lado, en el análisis de las dimensiones en los hombres se encontraron las siguientes medias; bienestar emocional 25.1 (DE 5.4), relaciones interpersonales 30.8 (DE 5.2), bienestar material 23.8 (DE 4.8), desarrollo personal 23.4 (DE 5.4), bienestar físico 23.4 (DE 3.7), autodeterminación 28.6 (DE 6.3), inclusión social 22.7 (DE 4.1) y derechos 31.3 (DE 5.9). Este grupo alcanzó una puntuación total de 232.0 puntos (DE 35.2), ver tabla 1.2.

En la tabla 2 se presentan las correlaciones entre las ocho dimensiones de la escala GENCAT en los adultos mayores del estudio de Saucillo, Chihuahua. Debido a que las variables en su mayoría no presentaron una distribución normal (ver tablas 1, 1.1, y 1.2) se realizaron los análisis con la prueba de correlación de Spearman. Las dimensiones que se evaluaron fueron; bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico,

autodeterminación, inclusión social y derechos. En todas las correlaciones se encontraron valores de p menores 0.001.

El gráfico 1 es una representación radial que muestra la relación entre las dimensiones de la escala GENCAT en los adultos mayores del estudio de Saucillo, Chihuahua. En este se puede observar que las puntuaciones mayores fueron en derechos (30.4), relaciones interpersonales (29.1), y autodeterminación (28.1), mientras que las menores puntuaciones fueron en la inclusión social (22.4), desarrollo personal (22.6), bienestar físico (23.2), ver también tabla 1.

Para finalizar, en la tabla 3 muestra el número de sujetos con su correspondiente percentil final de la escala GENCAT. Como información relevante se puede observar que el 25.7% se encuentra categorizado en el percentil 4 o menor, el 49.5% se encuentra en el percentil 27 o menor, el 76.0% se encuentra en el percentil 69 o menor. La interpretación de estos datos sugiere que la mayoría de las personas se encuentran en percentiles de menor calidad de vida.

En este estudio se puede identificar que las mujeres presentan una autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud menor en comparación con los hombres. En este estudio las dimensiones con mejor autopercepción fueron los derechos, las relaciones interpersonales y la autodeterminación, mientras que las dimensiones con menor autopercepción fueron la inclusión social, el desarrollo personal y el bienestar físico. En este sentido es importante mencionar que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encontraban en los percentiles de menor calidad de vida

DISCUSIÓN

En este estudio que tiene como objetivo determinar la calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS en Saucillo, Chihuahua se encontró que el total de participantes presentaron una puntuación total de 226.3 (DE 37.7). En el grupo de mujeres la puntuación total promedio fue de 221.9 puntos (DE 39.2). Mientras que en los hombres la puntuación total fue de 232.0 puntos (DE 35.2). Las ocho dimensiones presentaron correlaciones estadísticamente significativas entre sí, valores de $p < 0.001$. Las dimensiones con mayores puntajes fueron derechos (30.4), relaciones interpersonales (29.1), y autodeterminación (28.1), mientras que las menores puntuaciones fueron se ubicaron en la inclusión social (22.4), desarrollo personal (22.6), bienestar físico (23.2). Así mismo se encontró que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encontraban en los percentiles de menor calidad de vida.

En un estudio realizado por Hernández-Huayta el cual tenía como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Se trató de un estudio transversal en población adulta mayor de cuatro distritos rurales y uno urbano realizado entre octubre del año 2014 a enero de 2016. Este evaluó la asociación entre el área de residencia (urbana y rural) y cinco variables sociodemográficas mediante la prueba de chi cuadrada. Los distritos donde se identificaron a los sujetos de estudio fueron; Santa Eulalia, San Jerónimo de Surco, Matucana, San Mateo y Santiago de Surco. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y se evaluó la magnitud de efectos, además se midieron y compararon los puntajes por dimensiones obtenidos en los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y el puntaje total de este último. Los investigadores realizaron análisis de regresión lineal simple y múltiple para hallar los valores ajustados a las diferencias sociodemográficas. En total en el estudio se encuestaron a 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años (DE $\pm 6,46$ años), de los cuales 207 eran del área rural, que en su mayoría trabajaban y tenían menos años de educación en comparación con los del área urbana. Además, en este estudio se encontró que a

la población del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones “Física”, “Psicológico” y “Medioambiente” del WHOQoL-BREF y en “Habilidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades del pasado, presente y futuro”, “Participación social” y en el puntaje total del WHOQoL-OLD; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión “Intimidad”. En esta investigación los autores concluyeron que el área de residencia ejerce un efecto diferencial en la calidad de vida relacionado a salud de la población adulta mayor evaluada, siendo el área rural la que obtuvo mayor calidad de vida para la mayoría de las dimensiones. La calidad de vida relacionada a salud ha demostrado ser un predictor de morbimortalidad y reingreso a servicios de salud para muchas enfermedades, lo que la convierte en motivo de estudio de gran interés en diferentes contextos socioculturales y geográficos. Asimismo, se proponen programas dirigidos a subsanar las dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud con puntajes más bajos.

Por otro lado, la investigación de Melguizo Herrera, la cual tenía como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Este es un estudio descriptivo. La población de estudio fueron 187 adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena. Los criterios de selección fueron ser adulto mayor (de 60 años y más), residir en un centro de protección social, y manifestar el deseo de participar. Para asegurar la integridad cognitiva de los participantes, estos deberían de presentar dos o menos errores (valoración normal) en el test de Valoración Mental (Pfeiffer) así como tener en consideración el nivel educativo de los participantes, además, se aplicó una encuesta sociodemográfica. Por último, para evaluar la calidad de vida relacionada con salud se les aplicó el instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida, el cual mide la percepción de en relación con las dimensiones de: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida. Los investigadores mantuvieron la confidencialidad de la

información, así como el anonimato de los participantes y se solicitó el consentimiento informado. En el estudio se encontró que el promedio de edad fue de 75 años (95 %), predominó el estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibían medicamentos (80,3 %), realizaban actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9 %). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %). Los autores concluyeron que los participantes de este estudio presentaron valores que pueden considerarse como una buena percepción, de lo que resaltan la plenitud espiritual, el autocuidado, el funcionamiento independiente y la percepción global de calidad de vida. Por el contrario, las dimensiones que arrojaron menor puntuación fueron el apoyo comunitario y el bienestar físico, lo que refleja quizá aquellos aspectos en que deben enfatizarse en los planes de cuidado para esta población.

Asimismo, otros autores han tratado de identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida, por ejemplo, en otro estudio realizado por Melguizo Herrera y colaboradores el cual se llevó a cabo en los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. Este se realizó en una muestra de 514 personas y consistió en un muestreo en dos etapas; primero estratificado, considerando la proporción de adultos mayores en cada barrio de la Comuna 9, y posteriormente un muestreo aleatorio simple, para seleccionar las manzanas donde se ubicaron a los participantes. Esta investigación se realizó con el apoyo de auxiliares de investigación, previamente entrenados, los cuales recolectaron la información durante abril-mayo de 2009. Asimismo, se aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Para verificar los datos se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y posteriormente se realizó un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Para determinar si las variables planteadas explican o no la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en la Comuna 9 de Cartagena, los autores desarrollarán el siguiente modelo: calidad de vida relacionada con la salud =f (sexo, estado civil, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, condición laboral y número de personas en el hogar). Este estudio encontró que de los 514 adultos mayores 65,8%

eran mujeres; 43% vivían en unión libre o eran casados; 56,6% habían cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Los análisis mostraron que el estar pensionado o estar trabajando aumentó 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1.758-4.236). Los autores concluyeron que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas se encuentra asociado

Por otra parte, en el estudio realizado por Khaje-Bishak, el cual tenía como objetivo examinar la calidad de vida de las personas mayores en Tabriz, Irán, en 2012. Este fue un estudio transversal el cual se realizó en 184 personas mayores (hombres = 97; mujeres = 87) con una edad ≥ 60 años. Los participantes fueron personas mayores que vivían en la comunidad y comían voluntariamente en los centros de atención diaria. La versión validada persa del cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud- BRIEF (WHOQOL-BRIEF) se utilizó para determinar la calidad de vida de las personas mayores, este es un instrumento que incluye 26 preguntas amplias y completas que se utilizaron para determinar la calidad de vida de las personas mayores. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t para muestras independientes y la correlación de Pearson para comparar las diferencias y la correlación entre la puntuación total de la calidad de vida y los factores influyentes. En el estudio se encontró que el puntaje total de la calidad de vida en ambos sexos fue de 90.75 (13.37) (rango 26-130). Los hombres de edad avanzada tuvieron una puntuación ligeramente más alta en calidad de vida; aunque, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por otra parte, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre tener enfermedades cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales, discapacidades auditivas y visuales con puntaje total en la calidad de vida. Por otro lado, no hubo diferencias significativas entre las variables de género y edad con la puntuación total en el instrumento de calidad de vida. El estudio concluyó que las políticas y los programas deben ser considerados para mejorar la calidad de vida en la población adulta mayor.

CONCLUSIÓN

En este estudio se puede identificar que las mujeres presentan una autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud menor en comparación con los hombres. En este estudio las dimensiones con mejor autopercepción fueron los derechos, las relaciones interpersonales y la autodeterminación, mientras que las dimensiones con menor autopercepción fueron la inclusión social, el desarrollo personal y el bienestar físico. En este sentido es importante mencionar que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encontraban en los percentiles de menor calidad de vida.

En México no se han publicado estudios que evalúen la autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores por lo que esta investigación reviste especial importancia, asimismo se recomienda que a) se identifiquen estadísticas a un nivel más amplio, estatal y nacional, y b) que además se identifiquen factores clínicos y sociodemográficos relacionados a la calidad de vida.

REFERENCIAS.

1. Global atlas of the health workforce [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp, consulta: 17 de marzo de 2008).
2. 25th Pan-American Sanitary Conference 50th session of the Regional Committee Pan-American Health Organization World Health Organization. 2008
3. Puga, Dolores; Rosero-Bixby, Luis; Glaser, Karen; Castro, Teresa. *Redes Sociales y salud del adulto Mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Guadalajara, México 2006.
4. Montenegro-Saldaña, Luis; Salazar-Roque, Claudia; De la Puente- Olortegui; Gómez-Sarapura, Adolfo; Ramírez-Aranda, Erick. *Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores*. Acta Med Per. 2009.
5. Yábar Palacios, Cecilia; Ramos, Willy; Rodríguez-Casa mayor, Luis; Díaz-Santiesteban, Víctor. *Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote*. Rev. Perú. Epidemiol 2009 13(3).
6. Arlegui, María Alejandra. *Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables*. XXVII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.
7. http://www.senama.cl/n8164_02-06-2017.html
8. Barbosa-Chávez, J. A. (2016). Calidad de vida en el adulto mayor: relaciones que transforman. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Desarrollo Humano. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. calidad de vida en el adulto mayor relaciones que transforman pág. 4.
9. Gallegos-Carrillo, Katia; Sánchez-García, Sergio; A Wagner, Fernando; J Gallo, Joseph; Salmerón, Jorge; García-Peña, Carmen. *Social Networks and Elath-related quality of life: a population based study among older adults*. Salud Pública Mex 2009; 51:6-13.
10. Fandinio –Rojas, Dyalaa. *Jubilación: Cambios en las relaciones sociales*. 2005.
11. Moral, Juan Carlos; Tomás-Miguel, José Manuel; Navarro-Pardo, Esperanza. *Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Mannheim*. Salud Publica México 2007; 49 (6).
12. Martínez-Mendoza, Jesus Alfonso; Martínez-Ordaz, Veronica Araceli; Esquivel-Molina, Carlos Gerardo; Velasco-Rodriguez, Victor Manuel. *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (1): 21-28.

13. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf
14. Aranda, Carolina.; Pando, Manuel.; Ladre-te, Maria Guadalupe. *Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México*. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna 2002; 29(3): 169-174.
15. Morales-Núñez, Abdiel. *Redes de Apoyo Social Familiar y la Salud del Adulto Mayor*, Costa Rica. 2006.
16. Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Forjaz, M. J.; Delgado-Sans, M. C.; Ahmed-Mohamed, K.; Martínez-Martín, P.; Prieto-Flores, M. E, y Rojo-Abuin, J. M. (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación, 127 p.
Disponible en formato pdf:
http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/Poblacion_mayor.pdf
17. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_271216.pdf
18. Arostegui Madariaga, Inmaculada; Nunez-Anton, Vicente. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36. *Estadística Española* 2008, 50 (167); 147-192
19. Svetlana-Vladislovovna, Doubova; Pérez-Cuevas, Ricardo; Espinosa-Alarcón, Patricia; Flores-Hernández, Sergio. *Social network types and functional dependency in order adults in Mexico*. BMC Public Health 2010.
20. Yentzen Gladys. Encuesta Calidad de Vida Cuestionario de Salud SF-36. División promoción para la salud.
21. Fillenbaum, Gerda G. *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998
22. http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

ANEXOS.

Tabla 1. Calidad de vida utilizando la Escala GENCAT en los Adultos Mayores del Estudio de Saucillo, Chihuahua				
Calidad de vida Total n=117 (100%)	Media y Desviación Estándar	Mediana y Rango Inter cuartil	Rango	Normalidad Shapiro Wilk
Bienestar emocional	24.3 (DE 5.2)	26 (RIQ 21 - 28)	8 - 32	<0.001
Relaciones interpersonales	29.1 (DE 5.9)	30 (RIQ 25 - 34)	14 - 39	0.11
Bienestar Material	23.9 (DE 4.6)	24 (RIQ 20 - 27)	13 - 32	0.02
Desarrollo personal	22.6 (DE 5.2)	22 (RIQ 19 - 27)	8 - 32	0.11
Bienestar físico	23.2 (DE 4.3)	23 (RIQ 20 - 27)	10 - 32	0.27
Autodeterminación	28.1 (DE 6.2)	30 (RIQ 22 - 34)	11 - 36	<0.001
Inclusión social	22.4 (DE 4.1)	22 (RIQ 20 - 25)	8 - 32	0.02
Derechos	30.4 (DE 7.0)	31 (RIQ 25 - 37)	10 - 40	<0.001
TOTAL	226.3 (DE 37.7)	226 (RIQ 196 - 254)	112 - 304	

Tabla 1.1 Calidad de vida utilizando la Escala GENCAT en Mujeres Adultas Mayores del Estudio de Saucillo, Chihuahua				
Calidad de vida Mujeres n=66 (56.4%)	Media y Desviación Estándar	Mediana y Rango Inter cuartil	Rango	Normalidad Shapiro Wilk
Bienestar emocional	23.7 (DE 4.9)	24.5 (RIQ 20 - 27)	10 - 32	0.20
Relaciones interpersonales	27.8 (DE 6.1)	27.5 (RIQ 25 - 33)	14 - 38	0.09
Bienestar Material	23.9 (DE 4.5)	24.5 (RIQ 20 - 27.5)	15 - 32	0.01
Desarrollo personal	22.0 (DE 5.2)	22 (RIQ 19 - 26)	8 - 32	0.62
Bienestar físico	23.0 (DE 4.7)	23 (RIQ 20 - 27)	10 - 32	0.54
Autodeterminación	27.7 (DE 6.2)	29.5 (RIQ 22.5 - 33)	11 - 36	<0.01
Inclusión social	22.0 (DE 4.1)	21 (RIQ 20 - 24)	10 - 32	<0.01
Derechos	29.6 (DE 7.8)	30 (RIQ 25 - 37)	10 - 40	<0.01
TOTAL	221.9 (DE 39.2)	222 (RIQ 196 - 248)	112 - 304	

Tabla 1.2 Calidad de vida utilizando la Escala GENCAT en Hombres Adultos Mayores del Estudio de Saucillo, Chihuahua

Calidad de vida Hombres n=51 (43.6%)	Media y Desviación Estándar	Mediana y Rango Inter cuartil	Rango	Normalidad Shapiro Wilk
Bienestar emocional	25.1 (DE 5.4)	26 (RIQ 22.5 - 29)	8 - 32	<0.001
Relaciones interpersonales	30.8 (DE 5.2)	31 (RIQ 26.5 - 34)	20 - 39	0.78
Bienestar Material	23.8 (DE 4.8)	24 (RIQ 20.5 – 28)	13 - 32	0.08
Desarrollo personal	23.4 (DE 5.4)	22 (RIQ 20 – 28)	11 - 32	0.05
Bienestar físico	23.4 (DE 3.7)	23 (RIQ 20 - 27)	16 - 31	0.07
Autodeterminación	28.6 (DE 6.3)	31 (RIQ 22.5 - 34)	16 - 36	<0.01
Inclusión social	22.7 (DE 4.1)	23 (RIQ 20 - 26)	8 - 30	0.07
Derechos	31.3 (DE 5.9)	32 (RIQ 25 - 37)	17 - 40	0.19
TOTAL	232.0 (DE 35.2)	230 (RIQ 214 - 260)	135 – 290	

**Tabla 2. Correlaciones de Spearman Entre las Dimensiones de la Escala GENCAT en los Adultos Mayores de
Estudio de Saucillo, Chihuahua**

	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar Material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Auto-determinación	Inclusión social	Derechos
Bienestar emocional	1.0							
Relaciones interpersonales	0.69*	1.0						
Bienestar Material	0.53*	0.69*	1.0					
Desarrollo personal	0.47*	0.61*	0.62*	1.0				
Bienestar físico	0.42*	0.57*	0.55*	0.59*	1.0			
Auto-determinación	0.54*	0.58*	0.58*	0.55*	0.70*	1.0		
Inclusión social	0.46*	0.55*	0.53*	0.55*	0.67*	0.55*	1.0	
Derechos	0.52*	0.55*	0.62*	0.55*	0.71*	0.71*	0.66*	1.0

• Valores de p menores a 0.001

Gráfico 1.- Relación entre las Dimensiones de la Escala GENCAT en los Adultos Mayores del Estudio de Saucillo, Chihuahua

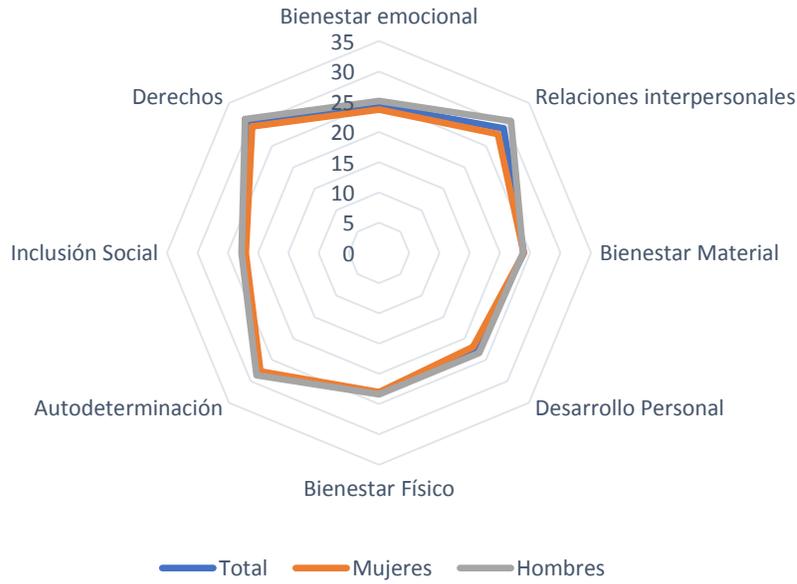


Tabla 3. Número de Sujetos por Percentil final de la Escala GENCAT en los Adultos Mayores del Estudio de Saucillo, Chihuahua

PERCENTIL	Sujetos	Proporción	Acumulado
<1	8	6.8%	6.8%
1	4	3.4%	10.3%
2	10	8.6%	18.8%
3	2	1.7%	20.5%
4	6	5.1%	25.7%
5	2	1.7%	27.4%
6	1	0.9%	28.2%
7	2	1.7%	29.9%
8	1	0.9%	30.8%
9	1	0.9%	31.6%
11	2	1.7%	33.3%

13	3	2.6%	35.9%
16	1	0.9%	36.7%
17	3	2.6%	39.3%
19	3	2.6%	41.9%
21	4	3.4%	45.3%
23	3	2.6%	47.8%
25	1	0.9%	48.7%
27	1	0.9%	49.5%
29	6	5.1%	54.7%
31	1	0.9%	55.5%
35	3	2.6%	58.1%
38	3	2.6%	60.6%
40	1	0.9%	61.5%
45	1	0.9%	62.3%
48	2	1.7%	64.1%
50	1	0.9%	64.9%
53	3	2.6%	67.5%
60	2	1.7%	69.2%
62	1	0.9%	70.0%
65	3	2.6%	72.6%
67	1	0.9%	73.4%
69	3	2.6%	76.0%
71	4	3.4%	79.4%
73	3	2.6%	82.0%
81	2	1.7%	83.7%
86	2	1.7%	85.4%
87	1	0.9%	86.2%
88	1	0.9%	87.1%
89	4	3.4%	90.5%
92	1	0.9%	91.4%
95	4	3.4%	94.8%

96	3	2.6%	97.3%
97	1	0.9%	98.2%
99	1	0.9%	99.0%
>99	1	0.9%	100.0%
Total	117	100%	

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y

Número de identificación:	
Nombre	
Apellidos	
Sexo	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección	
Localidad/Provincia/CP	
Teléfono	Lengua hablada en casa
Servicio	Colectivo

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario		
Puesto de trabajo		
Agencia/Afiliación	Lengua hablada en casa	
Dirección		
Correo electrónico	Teléfono	
Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión	1	2	3	4
3	Esta alegre y de buen humor	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
8	Se muestra realizado a la hora de realizar algún tipo de actividad	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL: _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza Actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tiene una condición similar a la suya	1	2	3	4
18	Tiene vida sexual satisfactoria	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL: _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tiene discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive	1	2	3	4
23	El lugar donde vive esta limpio	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (internet, teléfono móvil, etc.)	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal	4	3	2	1
40	En el servicio que acude se supervisa la medicación que toma	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por si misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca"

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales	4	3	2	1
44	Elige como pasar su tiempo libre	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal	1	2	3	4
48	Otras personas deciden como gastar su dinero	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida	4	3	2	1
51	Elige con quien vivir	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 43,40 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...)	4	3	2	1
53	Su familia lo apoya cuando lo necesita	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	1	2	3	4
56	Sus amigos lo apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente-Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...)	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.)	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...)	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

ANEXO 2

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3.- introducir el índice de calidad de vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntuación estándar compuesta)			
Percentil de Índice de Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida										
Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.										
Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
95										
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35

30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

 <p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Nombre del estudio</p>	<p>Determinar la Calidad de vida en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS en saucillo, chihuahua</p>	

Lugar y fecha:	saucillo, Chihuahua a 10 de julio del 2017
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	<p>JUSTIFICACION: En mi ejercicio profesional he percibido que los adultos mayores representan a personas que sufren vulnerabilidad por las condiciones en las que viven, desde la falta de políticas públicas, accesibilidad a espacios, facilidades logísticas, movilidad y hasta en lo laboral, son áreas en las que la mayoría de las veces son marginados por su condición de adulto mayor.</p> <p>En la unidad de medicina familiar número 13 del IMSS en la ciudad de Saucillo, Chihuahua, se aprecia como los adultos mayores acuden por problemas de carencias afectivas de relaciones interpersonales y hasta recreativas debido a esto se aprecia cómo repercute en su estabilidad emocional al acudir a la institución a que se les brinde una atención medica por un problema en el cual un alto grado de porcentaje es debido a la consecuencia de estas carencias y no propiamente a una enfermedad orgánica. Dichas personas acuden reiteradamente por las situaciones antes descritas, es por eso el interés al abordar y desarrollar el presente estudio con la finalidad de determinar la calidad de vida del adulto mayor derechohabiente de la unidad médica familiar 13; para lo cual, se espera arribar a una conclusión y determinar los factores en que inciden e impiden el pleno ejercicio de los derechos de los adultos mayores que como sociedad estamos obligados que tengan acceso a los mismos.</p> <p>OBJETIVO: Determinar la Calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad de medicina familiar número 13 del IMSS en Saucillo Chihuahua.</p>
Procedimientos:	Responder la encuesta
Posibles riesgos y molestias:	ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la atención integral a los pacientes
Participación o retiro:	Cuando así lo desee
Privacidad y confidencialidad:	Si
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:	
Investigador Responsable:	Dra. Brenda Paola Ortiz Candia Teléfono: 639 399 36 41 correo electrónico: brendapaolaortizcandia@gmail.com carleynu@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Aracely Villalobos correo electrónico: dra.villalobosgg@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma CLAVE 2810-009-013

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo a junio 2017	Julio 2017	Agosto a noviembre 2017	Enero a junio 2018.	Agosto oct 2018	Enero a marzo 2019	Abril a junio 2019	Julio a octubre 2019	Noviembre a enero 2020
Elaboración de protocolo	X								
Solicitud de aprobación del protocolo SIRELCIS		X							

Autorización CLIS			X						
Recolección de datos				X					
Limpieza de base de datos					X				
Análisis estadístico						X			
Elaboración de Resultados							X		
Elaboración de discusión								X	
Elaboración de conclusión								X	
Redacción de tesis final									X