



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO
Y MUNICIPIOS**

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

TITULO

**LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE
ACUDEN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
NORTE**

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

ALUMNO:

TIRADO SUAREZ YECZY RUFINA

ASESOR DE TESIS:

DR MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE
ACUDEN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
NORTE"**

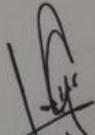
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

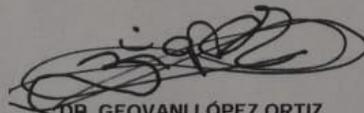
PRESENTA:

DRA. YECZY RUFINA TIRADO SUÁREZ

AUTORIZACIONES



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE
ACUDEN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
NORTE**

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN
SALUD

DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO.....	Pág. 5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 19
JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 19
OBJETIVOS:	
• General.....	Pág. 23
• Específicos.....	Pág. 23
METODOLOGÍA.....	Pág. 24
• Tipo de estudio	
• Población, lugar y tiempo	
• Tipo y tamaño de la muestra	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
• Información a recolectar (variables)	
• Método o procedimiento para captar la información	
• Consideraciones éticas	
RESULTADOS	Pág. 31
• Descripción de los resultados	
• Tablas (cuadros) y gráficas	
DISCUSIÓN.....	Pág. 42
CONCLUSIONES.....	Pág. 44

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

Para definir cómo a una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.¹

Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores es “Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital.”¹

Desde nuestro punto de vista, el envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas, el desarrollo en la juventud y adultez, así como definitivamente los hábitos que se formaron y continuaron realizando.¹

La Organización de las Naciones Unidas establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.¹

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades y relaciones.¹

Finalmente tenemos que por el consenso internacional de los países en vías de desarrollo se considera que la vejez inicia a partir de los 60 años y en los países desarrollados a partir de los 65 años por lo que tomaremos como punto de corte la edad de 60 años para valorar a los pacientes considerándolos ya como adultos mayores, además es la edad considerada actualmente en el INAPAM.²

Ahora bien, en cuanto a la clasificación consideraremos lo siguiente:

- 60 - 74 años adultos mayores o ancianos jóvenes
- 75 – 84 años adultos mayores o ancianos viejos
- 85 – 99 años adultos mayores o ancianos longevos
- Mayores de 100 años Centenarios.²

Se vive más tiempo en todo el mundo, eso es una realidad ya que se invirtió lapirámide poblacional. 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 lo que nos da un parámetro bastante sólido de la situación en cuanto a vejez que estamos y vamos a vivir.³

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.³

También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años.³

EPIDEMIOLOGÍA

Las Américas es una de las regiones del mundo más envejecida. En 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5).⁴

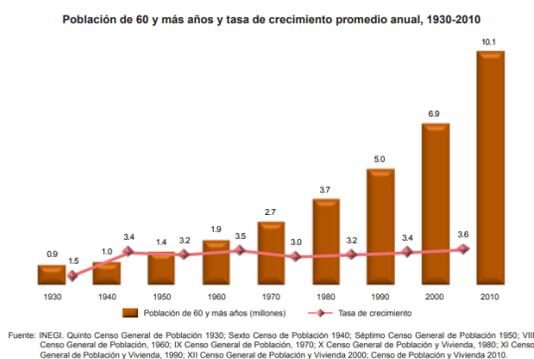
Además, las personas están viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. En 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región.⁴

Actualmente, el país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que, en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá.⁴

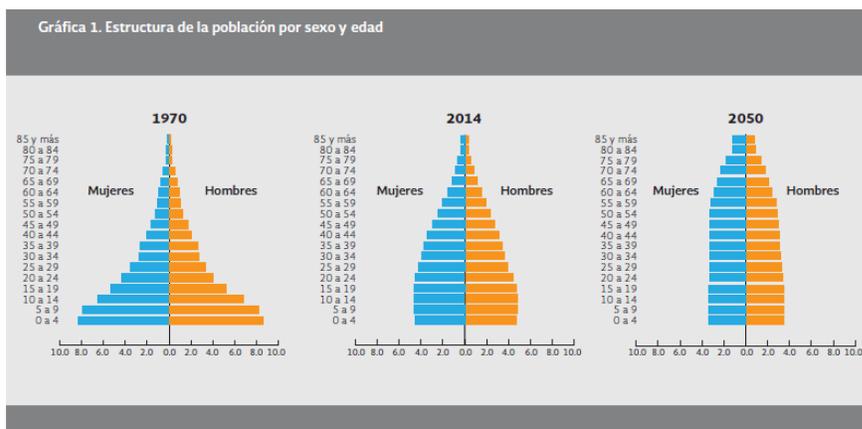
Una de cada diez personas en la actualidad tiene 60 años o más. Se calcula que para el año 2030 los individuos de la generación del "baby boom" serán ancianos y se cree que este grupo representará el 25% de la población. McCarthy y Helme sugieren que esto dará lugar a un aumento de mortalidad y morbilidad en aquellas personas con enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento, como son las patologías crónicas, osteo musculares, lumbares y tumorales, entre otras.⁴

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido al incremento de la esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país.⁵

En este proceso de envejecimiento, predomina el sexo femenino y se observa en las proyecciones demográficas un menor número de nacimientos y una menor mortalidad. La esperanza de vida actual es de 77 años para las mujeres y 72 para los hombres, este proceso conlleva la manifestación de enfermedades crónicas no transmisibles, cuya atención y control es un reto para los gobiernos, las instituciones y la sociedad, quienes deberán proponer políticas públicas acordes para la atención de este grupo etéreo, prevención y control y tratamiento de las mismas.⁵



La evolución responde a los cambios ocurridos en la fecundidad a partir de la década de los años setenta. En consecuencia, se prevé que mayores proporciones de personas de 60 y más años alcancen esta etapa de vida, así como una modificación radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de edad e incrementarse la cúspide, que representa las edades avanzadas. ⁵



Fuente: INEGI, CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1970
 INMUEJERES CON BASE EN CONAPO. PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN 1990-2009 Y 2010-2050

PERFIL DE ADULTOS MAYORES EN EL ESTADO DE MEXICO

Población total	1, 137, 647	7.5 %
Hombres	521, 277	46.4 %
Mujeres	616, 370	53.5 %

		%
Municipios	Acambay	9.3
	Acolman	5.9
	Aculco	8.1
	Almoloya de Alquisiras	9.6
	Almoloya de Juárez	5.9
	Almoloya del Río	8.6
	Amanalco	7.8
	Amatepec	14.5
	Amecameca	8.8
	Apaxco	7.6
	Atenco	6.7
	Atizapán	6.4
	Atizapán de Zaragoza	8.3
	Atlacomulco	6.7
Atlautla	9.0	

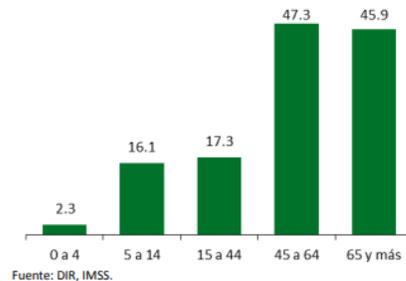
Municipios	Chiautla	7.6
	Chicoloapan	4.6
	Chiconcuac	7.8
	Chimalhuacán	4.8
	Donato Guerra	6.4
	Ecatepec de Morelos	7.9
	Ecatzingo	7.6
	Huehuetoca	3.7
	Hueypoxtla	8.2
	Huixquilucan	7.8
	Isidro Fabela	7.5
	Ixtapaluca	4.8
	Ixtapan de la Sal	8.4
	Ixtapan del Oro	9.2
	Ixtlahuaca	7.3
	Xalatlaco	6.9
	Jaltenco	7.2
	Jilotepec	8.4
	Jilotzingo	7.6
	Jiquipilco	7.7
Jocotitlán	8.4	
Joquicingo	8.6	
Juchitepec	7.8	
Lerma	7.0	

Esperanza de vida al nacimiento (2010)	Hombre 72 años Mujeres 77 años	
Total de adultos mayores indígenas respecto a la población total de adultos mayores	70, 957 Corresponde al 6.2 % de la población total del Estado	
Ubicación por zona	Urbana	991, 288 87.1 %
	Rural	146, 359 12.8 %
Porcentaje de Analfabetas	Hombres	7 %
	mujeres	13 %
Estado civil	Solteros	4.9 %
	Casados	55.2 %
	Unión libre	5.5 %
	Separados	5.2 %
	Divorciados	1.8 %
	Viudos	26.9 %
Cuentan con Seguridad Social	55 %	
Jubilados o pensionados	20 %	

El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades. Por otro lado, el aumento en la exposición de la población a factores de riesgo, incluyendo estilos de vida no saludables, afecta la incidencia de las enfermedades.⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años, y de 65 años y más adscritos a un consultorio médico familiar han registrado un aumento sostenido. Entre 2004 y 2012 estos grupos de edad crecieron a una tasa de 47.3 y 45.9 por ciento, respectivamente. En contraste, se observa una tasa baja de crecimiento para los grupos de edad menores de 44 años.⁶

Gráfica I.7.
Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a médico familiar
por grupo de edad, 2004-2012
 (porcentajes)



En el ISSSTE, Reyes Baeza mencionó que ante las proyecciones de la pirámide poblacional en nuestro país que establecen que para 2050 habrá 166 adultos mayores por cada 100 niños, el panorama exige reforzar las políticas públicas para garantizar su derecho a gozar de una vida larga y saludable.⁷

Apuntó que de acuerdo con el Anuario Estadístico 2016 del Instituto la población derechohabiente adulta mayor representa 2 millones 506 mil 202 personas. Asimismo, subrayó que la campaña de la dependencia “Trato para un Buen Trato”, busca otorgar a los adultos mayores, así como a toda la población derechohabiente atención digna, apegada al respeto de los derechos humanos en sus 21 prestaciones.⁷

Desafortunadamente no se cuentan con estadísticas publicadas acerca del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, por lo que no se define una cifra exacta, sin embargo, se concluye que definitivamente la población que cuenta con derechohabencia a esta institución es mayor a 45 años, teniendo una pirámide poblacional irremediablemente invertida.

DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

En cuanto a nuestro segundo punto importante podemos definir la calidad de vida en las personas adultas mayores se puede definir como: “aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre sexos, de la responsabilidad de la vida cotidiana, de la dignidad, de la seguridad y de la capacidad para desarrollar sus actividades diarias.”⁸

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida 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 y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno."⁹

También podemos definirlo como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.¹⁰

Es importante señalar que la calidad de vida está determinada por un sentimiento subjetivo de bienestar, además de ser multidimensional, porque implica factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Su concepción puede variar de una cultura a otra y de un ambiente social a otro.¹¹

Schalock y Verdugo, en 2006 la definen como "Un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal."¹¹

Ferrans 1990 en Urzúa y Caqueo, en 2012 lo definen como "El bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella."¹¹

Celia y Tulskey, 1990 en Ardila, 2003 lo definen como "La apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal."¹¹

Puntualizando en el concepto tenemos que calidad de vida representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades."¹¹

Es importante señalar que la calidad de vida está determinada por un sentimiento subjetivo de bienestar, además de ser multidimensional, porque implica factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Su concepción puede variar de una cultura a otra y de un ambiente social a otro.¹¹

Es a partir de esta definición de calidad de vida que se deben establecer los mínimos parámetros para una cultura del envejecimiento, ya que involucra valores y derechos humanos básicos. Uno de ellos es la dignidad, fundamento de los derechos humanos, puesto que, si se carece de ella, no se pueden reclamar ni el reconocimiento ni la vigencia de los propios derechos.¹¹

El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. Además, esta entidad en la vejez implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento.¹²

Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital.¹²

En muchos países se han realizado investigaciones acerca de la calidad de vida esto secundario a la trascendencia y funcionalidad que tiene; tal es el caso de Venezuela en donde evalúan a los usuarios de un Centro Integral del Adulto Mayor¹³. En el Caribe se realizó igualmente un estudio utilizando la escala de FUMAT para evaluar índice de calidad de vida en adultos mayores.¹⁴

En la Habana igualmente se utilizó la escala de FUMAT como instrumento para evaluar un hogar de ancianos.¹⁵ Los estudios demográficos en los últimos años revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados sino también en países en vías de desarrollo.¹⁶

En Perú se evaluaron a los adultos mayores en donde se señala que con la edad aumenta el riesgo de muchos trastornos de la salud, y estos pueden tener efectos importantes en la calidad de vida por lo que igualmente utilizaron la Escala FUMAT para evaluarlo, por qué ahora se explica la utilidad y modo de empleo de la Escala FUMAT.¹⁷

La escala de FUMAT es la que utilizaremos para evaluar el índice de calidad de vida, utiliza ocho dimensiones las cuales son los indicadores seleccionados para operativizar la evaluación, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacional, por lo que se definen a continuación.¹⁸

“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.”¹⁸

“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.”¹⁸

“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).”¹⁸

“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).”¹⁸

“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.”¹⁸

“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.”¹⁸

“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.”¹⁸

“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”.¹⁸

Tabla 2. Dimensiones e indicadores de la Escala Integral (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009)

Dimensiones	Indicadores
AUTODETERMINACIÓN	Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales
DERECHOS	Humanos; Legales
BIENESTAR EMOCIONAL	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida
INCLUSIÓN SOCIAL	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales
DESARROLLO PERSONAL	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria
RELACIONES INTERPERSONALES	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales
BIENESTAR MATERIAL	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda (confortabilidad)
BIENESTAR FÍSICO	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño

Actualmente, servicios y políticas destinados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país se enfrentan a cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento; proceso que requiere además cambios en la estructura y política de las organizaciones y, sobre todo, estrategias de evaluación que permitan verificar el impacto positivo de los mismos en los usuarios de los servicios.¹⁸

Podemos afirmar, por tanto, que hoy por hoy junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios desarrollos similares destinados a proporcionar a los profesionales y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el índice de calidad de vida con la Escala FUMAT, dicha encuesta se encuentra dirigida a los adultos mayores y personas con discapacidad.

La escala se construyó sobre la base del modelo teórico propuesto, con sus ocho dimensiones y 24 indicadores; pero fue más allá, pues trató de profundizar más en el modelo y, tras dos consultas a jueces expertos, se encontraron otros indicadores importantes no contemplados hasta entonces.¹⁹

Se trata de una escala de evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales. Para su elaboración, se utilizó una amplia lista de indicadores de calidad de vida, entre ellos, los obtenidos de las investigaciones anteriormente descritas, además de la inclusión de otros nuevos que los autores creyeron relevantes. Estos indicadores fueron sometidos a un análisis por parte de más de 70 jueces expertos de diferentes comunidades autónomas, que valoraron su idoneidad para medir calidad de vida.¹⁹

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.¹⁹

La Escala FUMAT permite, por tanto:

- a) Obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento
- b) Valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados
- c) Obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.

Posteriormente a la valoración de los ítems por parte de los jueces expertos, se procedió a determinar la consistencia del juicio de los expertos, a través del coeficiente alfa de Cronbach para la idoneidad, importancia y observabilidad de todos los ítems.

Idoneidad	0.725
Importancia	0.725
Observabilidad	0.657

La Escala FUMAT es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años), que sean usuarias de servicios sociales. Se trata de un cuestionario auto administrado, aplicado a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario.¹⁹

El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 10 minutos, pero el tiempo se incrementa si sumamos el tiempo de lectura de este manual en que se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma.

La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo. Todos los ítems están enunciados 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'). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos ('totalmente en desacuerdo', 'en desacuerdo', 'acuerdo' y 'totalmente de acuerdo').¹⁹

Se deben completar todos los ítems. Puede que le resulte difícil contestar algunos ítems si la persona tiene un alto deterioro cognitivo o si piensa que no son aplicables a un individuo en concreto. Si esto ocurre, el informador debe tener siempre en cuenta que la información que se le requiere consiste en determinar si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una determinada actividad, o si tiene o no una capacidad concreta. El informador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una determinada actividad.¹⁹

Si en el momento de la evaluación, la persona no realiza alguna de las actividades que se recogen en el cuestionario, debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad si la persona que está siendo evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión. En el caso de evaluar la calidad de vida de una persona con un grave deterioro cognitivo, el informador encontrará varios ítems que puede considerar no aplicables a la persona.¹⁹

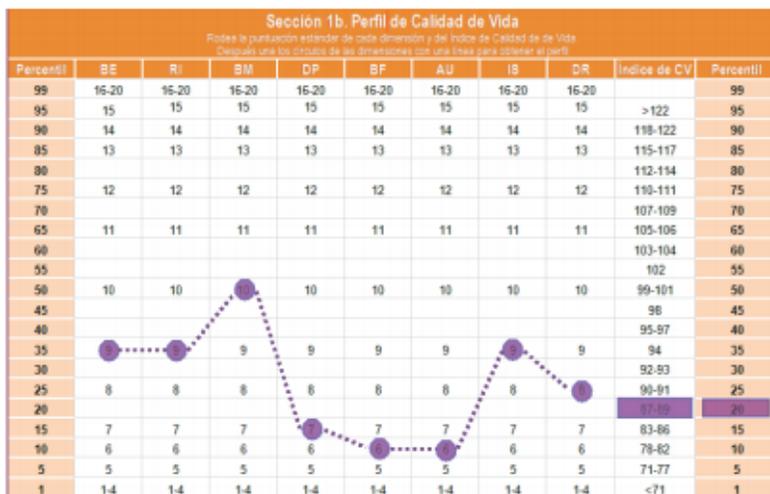
El informador debe responder a todos los ítems, aunque lo haga siempre de forma negativa, o contestar de forma positiva si la persona no lo hace por sí misma pero cuenta con los apoyos necesarios para poder realizar la actividad en cuestión. Para obtener la puntuación directa total en cada dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4).¹⁹

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida.¹⁹

Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

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 deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil.¹⁹

Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea.



Escala FUMAT

Se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales que pueden acontecer en la vida de una persona. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones.¹⁹

Es muy importante mencionar que el estereotipo de las personas mayores como frágiles y dependientes, y dice que a menudo muchas de las contribuciones que las personas mayores hacen se pasan por alto, mientras que las demandas que el envejecimiento de la población va a colocar en la sociedad son con frecuencia excesivas o exageradas, ahora bien con la evaluación realizada se darán propuestas de mejora como plan de intervención con la finalidad de tener una mejor calidad de vida en los derechohabientes de ISSEMYM.²⁰

Realignar los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores también será crucial. Para ello será necesario un cambio en los sistemas que están diseñados alrededor de la curación de enfermedades, a sistemas que pueden proporcionar atención continua de las condiciones crónicas que son más frecuentes en la edad avanzada. Las iniciativas que ya han dado buenos resultados se pueden ampliar e introducir en otros países. Los ejemplos incluyen el establecimiento de equipos integrados por diferentes especialistas como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, médicos y enfermeras en Brasil, y el intercambio de historias clínicas informatizadas entre centros de salud en Canadá.²⁰

Los gobiernos también necesitan desarrollar sistemas de atención de largo plazo que pueden reducir el uso inadecuado de los servicios de salud y garantizar que las personas vivan sus últimos años con dignidad. Las familias necesitan apoyo para brindar atención, liberando a las mujeres, que a menudo son los principales cuidadores de los miembros mayores de la familia, para que puedan jugar un papel más amplio en la sociedad. Incluso estrategias simples como apoyo por Internet para los cuidadores familiares en los Países Bajos o el apoyo a las asociaciones de personas mayores que proporcionan apoyo entre pares en VietNam son una gran promesa.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la consulta médica al atender pacientes geriátricos noto diferencias entre ellos, algunos ya con complicaciones de Enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Artritis reumatoide, etc.) y otros con mínimos padecimientos; presbicia, hipoacusia o incluso ningún problema clínico. Lo que hace interesarme en la importancia de cómo influye su alimentación previa, si realizo actividades físicas, si tenía o tiene alguna adicción, si acudía a atención médica periódica, el tipo de actividad laboral y de sus relaciones interpersonales, su dinámica familiar e incluso las redes de apoyo social con las que cuenta.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el Índice de Calidad de vida del paciente adulto mayor de la Clínica de Consulta Externa “Ecatepec Norte Las Américas” del ISSEMYM del 1 de Octubre al 29 de Noviembre de 2019?

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población supone un fenómeno global de las sociedades desarrolladas que más allá de ser entendido como una amenaza, debe ser considerado como un logro eminentemente positivo. Actualmente son más las personas mayores que llegan a edades más avanzadas, pero además, quienes alcanzan estas edades lo hacen en condiciones notablemente mejores, esto debido evidentemente a los avances que ha presentado la medicina, la tecnología y el cambio en la pirámide poblacional, hace aproximadamente 50 años la vida media en promedio era de 40 a 60 años, en cambio actualmente el promedio de vida es entre los 75 y 80 años de edad, cambiando notablemente las causas de la muerte ya que ahora entre las primeras causas de muerte encontramos enfermedades oncológicas, problemas cardiovasculares y complicaciones de Diabetes Mellitus, para la Ciudad de México, se observa una disminución en la tasa de defunciones por entidad de residencia, respecto a la misma tasa por entidad de ocurrencia. A la inversa, ésta se incrementa en varias entidades federativas, particularmente en el Estado de México.

Según la Organización Mundial de la Salud:

- 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.

En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

En 2017, se calcula que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25 por ciento.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más adscritas a médico familiar ha registrado un aumento sostenido. Entre 2004 y 2012 estos grupos de edad crecieron a una tasa de 47.3 y 45.9 por ciento, respectivamente. En contraste, se observa una tasa baja de crecimiento para los grupos de edad menores de 44 años, desafortunadamente no se cuenta con cifras y registró total del Instituto de Seguridad del Estado de México y Municipios.

La población de Estados Unidos está envejeciendo; en 2010 había 24 millones de personas mayores de 50 años, las implicaciones son significativas ya que siendo el 32 % de la población total.

En México, en 2017 habitan 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 por ciento son hombres.

La calidad de vida está altamente vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida.

En Perú las puntuaciones encontradas señalan una mayor valoración de la calidad de vida en los varones, aunque sólo son significativas en las áreas de bienestar físico y apoyo comunitario y de servicios; las mujeres, por su parte, valoran significativamente más su satisfacción espiritual.²²

En Colombia todas las dimensiones evaluadas en calidad de vida presentaron correlación negativa con la edad, evidenciando que en la medida que aumenta la edad disminuye la salud física, psicológica, social y ambiental. Los adultos mayores que aún presentan una ocupación, presentan mayor satisfacción con su situación económica, de mayor estrato socioeconómico y mejores relaciones familiares reportaron mayores puntajes de la calidad de vida.²³

En un estudio realizado en Chile se reporta un alto porcentaje de adultos mayores que mantienen vida en pareja, presentando un mayor bienestar psicológico y un mayor apoyo social percibido que aquellas personas sin pareja estable. Además el impacto positivo en la salud es mayor cuando la actividad que realiza la persona anciana es significativa y no se limita a una asistencia pasiva. ²⁴

En México en 2017 menciona que la dimensión de “Soledad Social” fue la variable que más predijo el deterioro en la calidad de vida, A su vez, la edad predice el deterioro en la calidad de vida, pues a mayor edad, menores puntajes. ²⁴

También la falta de una pareja explica el deterioro en la calidad de vida, encontraron que la soledad y una reducida red social se asocian significativamente con una baja calidad de vida en los adultos mayores. ²⁴

En Querétaro se realizó un estudio para medir la percepción de la calidad de vida en adultos mayores en una clínica de medicina familiar del ISSSTE, y sus resultados se relacionan de manera directa con las relaciones interpersonales; es decir, el hecho de que el adulto mayor pueda valerse por sí mismo, que se sienta satisfecho con la relación con su familia y con el apoyo de amigos o vecinos, le permite ser funcional aun cuando se tenga alguna enfermedad. ²⁵

El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de auto cuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor auto cuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor. ²⁵

En Jalisco se realizó un estudio en donde se observa que la calidad de vida tiende a ser menor conforme las personas envejecen y depende en gran medida de la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, las cuales proporcionan al individuo independencia física y funcional. ²⁶

Finalmente estudios desarrollados en adultos mayores Mexicanos desde el enfoque cualitativo han reportado que desde la perspectiva del adulto mayor, la calidad de vida alude elementos materiales, psicológicos y sociales como la paz y la tranquilidad, sumado al recibir cuidado y protección por la familia bajo criterios de dignidad, amor y respeto, la satisfacción de necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información; mientras que desde la perspectiva de sus familiares se ha informado como eje la satisfacción de necesidades básicas de alimentación, vestido, higiene y vivienda. ²⁶

TRASCENDENCIA

Este estudio se llevara a cabo con la finalidad de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, para posteriormente educar e implementar medidas de mejora en la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte en el paciente adulto mayor en el primer nivel de atención. Además es muy importante ya que como vimos previamente la situación actual de todos los países se encuentran envejeciendo y evidentemente para años próximos la población mayor de 60 años será mucho mayor, ahora bien es importante iniciar con cambios para modificar la calidad de vida, ya que llevándose a cabo los siguientes proyectos se lograrían disminuir los gastos a nivel institucional y a nivel familiar ya que no solo tendríamos adultos mayores más sanos si no también más satisfechos con la vida que están llevando.

Por ejemplo poner en marcha proyectos como lo son terapia ocupacional en pacientes jubilados con actividades como tejido, pintura, actividad física como yoga, gimnasia, zumba, etc., afortunadamente contamos con espacio amplio en donde con mucha probabilidad se podrían implementar estos programas definitivamente generaríamos un impacto favorecedor en los pacientes adultos mayores con la finalidad de incluso agregar o modificar el significado de vida y la perspectiva de la misma.

VULNERABILIDAD

Definitivamente es posible mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, principalmente nosotros como médicos de primer nivel, ya que tenemos la capacidad de implementar nuevos recursos y evidentemente irlos enriqueciendo para que se multiplique y mejorar las condiciones de la calidad de vida, no solo en los pacientes mayores de 60 años, la idea es en todos los pacientes con la finalidad de tener una vejez plena satisfecha y feliz.

Los principales recursos con los que contamos es que tenemos gran cantidad de pacientes adultos mayores en nuestra consulta, y con ello el impacto que podemos generar es impresionante, no solo en nuestros pacientes si no en las familias y evidentemente reflejado en el sistema de salud, podemos ser un gran ejemplo para el resto de las unidades de primer nivel y lograr continuar con mejoras, una de las fortalezas que como Clínica tenemos es que contamos con un espacio muy amplio en la entrada en donde se podrían iniciar con diversas actividades.

FACTIBILIDAD

Definitivamente es posible mejorar la calidad de vida por lo previamente comentado ya que somos médicos de primer contacto y nos encontramos en una unidad de medicina familiar, finalmente la base del sistema de salud, entonces con estos cambios el impacto y trascendencia será central para el resto de los niveles de salud, además contamos con el apoyo por el personal directivo y administrativo que están completamente comprometidos en mejorar la calidad de vida de sus derechohabientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la Calidad de vida del paciente adulto mayor de la Clínica de Consulta Externa "Ecatepec Norte Las Américas" del ISSEMYM del 1 de Octubre al 29 de Noviembre de 2019

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, actividad física, índice de masa corporal, antecedentes personales patológicos.
- 2.- Evaluar con base en la Escala de FUMAT la calidad de vida en el paciente adultomayorcon lassiguientes dimensiones:
 - a) Bienestar emocional (pregunta 1 a 8)
 - b) Relaciones Interpersonales (pregunta 9 a 14)
 - c) Bienestar Material (pregunta 15 a 21)
 - d) Desarrollo personal (pregunta 22 a 29)
 - e) Bienestar Físico (pregunta 30 a 35)
 - f) Autodeterminación (pregunta 36 a 43)
 - g) Inclusión social (pregunta 44 a 52)

h) Derechos (pregunta 53 a 57)

3.- Clasificar el Índice de Calidad de Vida en base a los percentiles obtenidas individualmente:

- a) **Mala calidad de vida**..... Percentil de 1 a 34
- b) **Buena calidad de vida**..... Percentil de 35 a 69
- c) **Excelente calidad de vida**..... Percentil 70 a 100

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo

POBLACIÓN

La población de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte Las Américas dependiente de Issemym, cuenta con una población adscrita hasta Junio de 2019 reportada por oficinas centrales de Toluca de 13967 derechohabientes, siendo 7141 mujeres y 6826 hombres, de estos tenemos una población mayor de 60 años de 1409 derechohabientes, de los cuales hay 689 hombres y 720mujeres, correspondiendo a un 10% de la población total adscrita.

TIEMPO

El estudio se realizó del día 1ro de Octubre al 29 de Noviembre de 2019

LUGAR

La Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte Las Américas se encuentra ubicada en Avenida Insurgentes 20A, Las Américas, 55070 Ecatepec de Morelos, México, Geográficamente se encuentra referido a los paralelos, 19° 19'24'', latitud norte a los 19° 19'49'', a una altitud de 2200 a 2600 metros sobre el nivel del mar. Ecatepec es uno de los 125 municipios que conforman al Estado de México. Se ubica al noreste de la entidad y al norte del valle de México, limitando al sur con la Ciudad de México y siendo parte de la zona metropolitana del Valle de México. Su cabecera es la localidad de San Cristóbal Ecatepec. Ecatepec está habitado por 1 656 107 personas, siendo la entidad más poblada del Estado de México, La población de Ecatepec es equivalente al 10% del total de habitantes del Estado de México, Del total de habitantes de Ecatepec, 806 443 personas son hombres, equivalente al 48.9% del total de pobladores del municipio, el 51.5% restante lo componen 849 664 mujeres. La edad mediana es de 27 años.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística, intencional, se evaluaron a los pacientes que acudieron del 1ro de Octubre al 29 de Noviembre de 2019.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) DerechohabientedelSSEMYM: Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte Las Américas
- b) Mayor de 60 años
- c) Que desee participar
- d) Que firme el consentimiento informado
- e) Que sepa leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) No derechohabientes
- b) Menores de 60 años
- c) Que tenga el diagnóstico de:
 - 1) Deterioro cognitivo grave y el leve
 - 2) Enfermedades mentales psiquiátricas
 - 3) Enfermedades neurológicas
 - 4) Secuelas neurológicas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a) Cuestionarios mal contestados
- b) No tener familiar que apoye a responder el cuestionario
- c) Falsas respuestas

INFORMACIÓN A RECOLECTAR VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Sexo	Condición orgánica que puede ser femenino o masculino	Cualitativa	Masculino y femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa continua	Mayores de 60 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a eso.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unión libre • Casado • Divorciado • Viudo
Enfermedades crónicas degenerativas	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus no insulino dependiente • Diabetes Mellitus insulino dependiente • Hipertensión Arterial Sistémica • Artritis Reumatoide
Índice de masa	Es el resultado de	Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia ponderal, bajo

corporal	relacionar el peso y la estatura de una persona. Nos ayuda a saber si su peso es correcto, insuficiente, o bien si es obesa, y en ese caso, cuál es el grado de obesidad que presenta.	cualitativa	<p>peso < o igual 18.4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal 18.5 – 24.9 • Sobrepeso 25 – 29.9 • Obesidad grado I 30-34.9 • Obesidad grado II 35 – 39.9 • Obesidad grado III >40
Grado máximo de estudios	Consiste en el reconocimiento de la formación educativa o profesional que una persona posee tras realizar los estudios, exámenes y pruebas.	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria (completa) • Primaria (incompleta) • Secundaria (completa) • Secundaria (incompleta) • Preparatoria (completa) • Preparatoria (incompleta) • Licenciatura (completa) • Licenciatura (incompleta) • Maestría • Doctorado
Bienestar Emocional	Es el estado de ánimo caracterizado por sentirse bien, en armonía y tranquilidad, a gusto con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea.	Dependiente cualitativa	<p>a) Mala calidad de vida = Percentil de 1 a 34</p> <p>b) Buena calidad de vida = Percentil de 35 a 69</p> <p>c) Excelente calidad de vida = Percentil 70 a 100</p>
Relaciones Interpersonales	Son el conjunto de contactos que tenemos los seres humanos como seres sociables con el resto de las personas.	Dependiente cualitativa	<p>a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34</p> <p>b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69</p> <p>c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100</p>

Bienestar Material	Cosas básicas para poder subsistir, conjunto de cosas necesarias para vivir bien.	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100
Desarrollo Personal	Es un proceso de transformación mediante el cual una persona adopta nuevas ideas o formas de pensamiento.	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100
Bienestar Físico	Se da cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100
Autodeterminación	Se refiere a la capacidad que tiene una persona para decidir por sí misma aquello que le concierne.	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100
Inclusión Social	Integrar a la vida	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> a) Mala calidad de vida Percentil de

	comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento.		1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100
Derechos	Conjunto de principios y normas, generalmente expresivos de una concepción de justicia y orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad	Dependiente cualitativa	a) Mala calidad de vida Percentil de 1 a 34 b) Buena calidad de vida Percentil de 35 a 69 c) Excelente calidad de vida Percentil 70 a 100

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Para poder realizar este estudio de investigación se identificó la problemática, por lo que se decidió evaluar la calidad de vida en el paciente adulto mayor, posteriormente se presentó el tema al Coordinador de Medicina Familiar el cual autorizó la realización de este protocolo de investigación, a continuación se giraron oficios a los directivos y la Jefa de Enseñanza de la Unidad Médica, solicitando la autorización para realizar el proceso de investigación, se evaluarán las ocho dimensiones que investiga la escala de evaluación de la calidad de vida en personas mayores que cumplen los criterios establecidos.

Se aplicará el cuestionario a los pacientes adultos mayores de 60 años que firmen la carta de consentimiento informado, posteriormente de la información obtenida se plasmará en una base de datos, aplicándose estadística descriptiva, para realizar la evaluación en base a media, mediana, porcentajes y percentiles, posteriormente se hará la discusión, conclusiones y se darán propuestas de mejora.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Asociación Médica Mundial que se promulgó en la declaración de Helkinski de 1964, así como la Ley General de Salud en su título quinto, la propuesta de los principios éticos que los médicos deben seguir al realizar investigación médica en seres humanos, el presente protocolo de estudio no representa riesgo para los pacientes, ya que solo se realizará una encuesta para evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores. Sin embargo se busca obtener un impacto favorable al implementar nuestras acciones de mejora con la finalidad de favorecer el desarrollo personal, físico y emocional de nuestros derechohabientes, generando un beneficio tanto a nivel institucional, familiar y personal.

RESULTADOS

De 131 pacientes a los que se les solicito participar, solo 61 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 36 (59%) son mujeres y 25 (41%) son hombres. (Ver figura 1)

En relación a la edad, el rango de edad fue de 60 a 80 años de edad, la media de 69 y la mediana de 64 años.

En cuanto al Estado Civil, 5 (8%) pacientes eran solteros, 35 (57%) casados, 1 (1%) viven en unión libre, 1(1%) divorciado y 19 (31%) viudos. (Ver figura 2)

En cuanto a escolaridad, 11 (18 %) pacientes concluyeron la primaria, 23 (38%) la secundaria, 11 (18%) el bachillerato y 16 (26%) la licenciatura. (Ver figura 3)

En la ocupación encontramos que, 18 (29%) pacientes se dedicaban al hogar, 3 (5%) a la docencia, 2 (3%) eran enfermeras, 1 (2%) intendente, 1 (2%) secretaria, 6 (10%) comerciantesy30(49%) de ellos jubilados. (Ver figura 4)

Al evaluar actividad física, 14 (23%) pacientes si realizan actividad física y 47 (77%) no realizan ninguna actividad física. (Ver figura 5)

Al evaluar el Índice de Masa Corporal, 1(2%) pacientes se diagnostican con peso normal, 42 (69%) con sobrepeso, 14 (23%) con obesidad grado I, 2 (3%) con obesidad grado II y 2 (3%) con obesidad grado III. (Ver figura 6)

Con respecto a las enfermedades crónicas degenerativas, 10 (16%) pacientes padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, 17(28%) Hipertensión Arterial, 24(39%) Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, 1(2%) Artritis Reumatoide, 1(2%) Artritis Reumatoide con Hipertensión Arterial y solo 8 (13%) se consideraban sanos, sin embargo al evaluar el índice de masa corporal 7 (11%) de ellos tienen sobrepeso y 1 (2%) de ellos es sano. (Ver figura 7)

De las dimensiones evaluadas con la Escala de FUMAT se obtuvieron los siguientes resultados:

Bienestar Emocional: de la pregunta 1 a la 8, en la que los indicadores; satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos; 1 (2%) paciente contestó mala calidad de vida con una puntuación de 10, 2 (3%) respondieron buena calidad de vida con puntuación de 12, 58 (95%) señalaron excelente calidad de vida con una puntuación de 32. (Ver figura 8)

Bienestar Material: de la pregunta 9 a la 14, en la que los indicadores; vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos); 4 (7%) pacientes contestaron mala calidad de vida con una puntuación de 8, 2 (3%) respondieron buena calidad de vida puntuación de 12 y 55(90%) señalaron excelente calidad de vida con una puntuación de 29. (Ver figura 9)

Relaciones Interpersonales: de la pregunta 15 a la 21, en la que los indicadores; relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad; 5 (8%) pacientes contestaron mala calidad de vida con una puntuación de 6, 2 (3%) respondieron buena calidad de vida con una puntuación de 12 y 54 (89%) excelente calidad de vida con una puntuación de 29. (Ver figura 10)

Desarrollo Personal: de la pregunta 22 a la 29, en la que 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); 1(2%) paciente contestó mala calidad de vida con una puntuación de 11, 1(2%) respondió buena calidad de vida con una puntuación de 12, 59(96%) señalaron excelente calidad de vida con una puntuación de 33. (Ver figura 11)

Bienestar Físico: de la pregunta 30 a 35, en la que los indicadores; atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y

alimentación; 6 (10%) pacientes contestaron mala calidad de vida con una puntuación de 4, 5 (8%) señalaron buena calidad de vida con una puntuación de 13, 50 (82%) contestaron excelente calidad de vida con una puntuación de 27. (Ver figura 12)

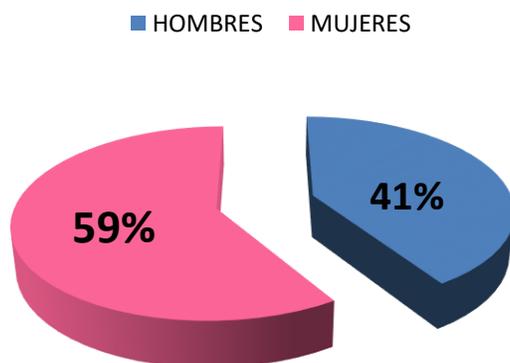
Autodeterminación: de la pregunta 36 a 46, en la que los indicadores; metas, preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones; 2 (3%) pacientes respondieron mala calidad de vida con una puntuación de 9, 1 (2%) buena calidad de vida con una puntuación de 12, 58 (95%) excelente calidad de vida con una puntuación de 36. (Ver figura 13)

Inclusión Social: de la pregunta 44 a 52, en la que los indicadores; integración, participación, accesibilidad y apoyos; 2 (3%) pacientes contestaron mala calidad de vida con una puntuación de 9, 1 (2%) respondió buena calidad de vida con una puntuación de 13, 58 (95%) señalaron excelente calidad de vida con una puntuación de 36. (Ver figura 14)

Derechos: de la pregunta 53 a la 57, en la que los indicadores; intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos; 23 (38%) pacientes contestaron mala calidad de vida con una puntuación de 5, 3 (5%) buena calidad de vida con una puntuación de 12, 35 (57%) excelente calidad de vida con una puntuación de 20. (Ver figura 15)

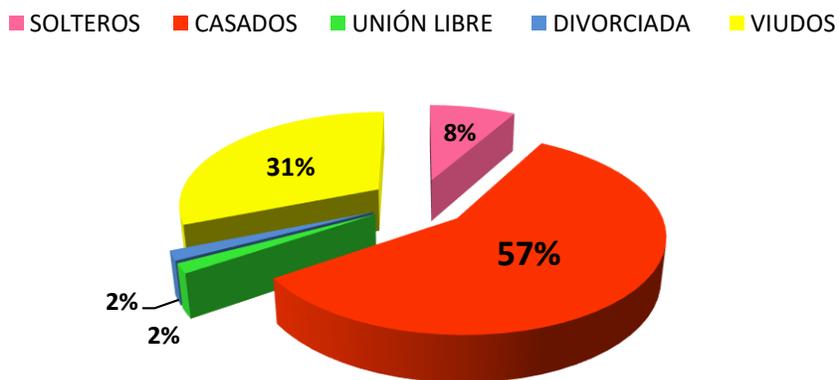
Al clasificar el Índice de Calidad de Vida en base a los percentiles obtenidos individualmente, 4 (7%) pacientes contestaron tener mala calidad de vida, 4 (7%) respondieron tener buena calidad de vida y 53 (87%) señalaron tener excelente calidad de vida. (Ver figura 16)

FIGURA 1: GÉNERO DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

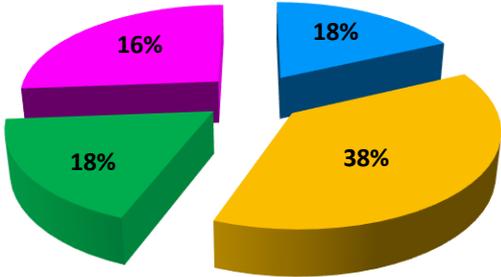
FIGURA 2: ESTADO CIVIL EN EL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 3: ESCOLARIDAD DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

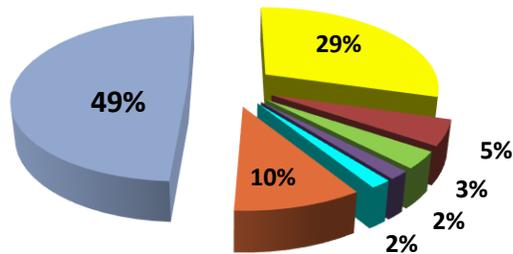
■ PRIMARIA ■ SECUNDARIA ■ BACHILLERATO ■ LICENCIATURA



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 4: OCUPACIÓN DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

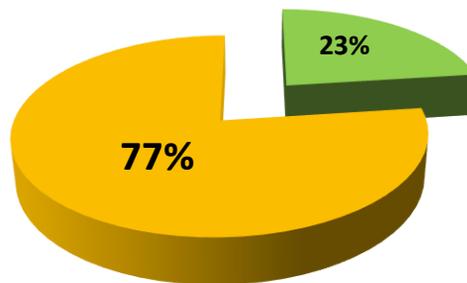
■ HOGAR ■ DOCENCIA ■ ENFERMERAS ■ INTENDENTE
■ SECRETARIA ■ COMERCIANTES ■ JUBILADOS



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 5: ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

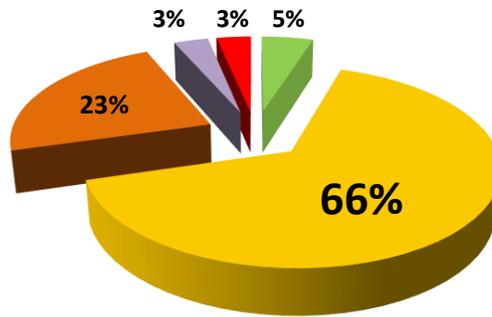
■ SI REALIZAN ■ NO REALIZAN



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

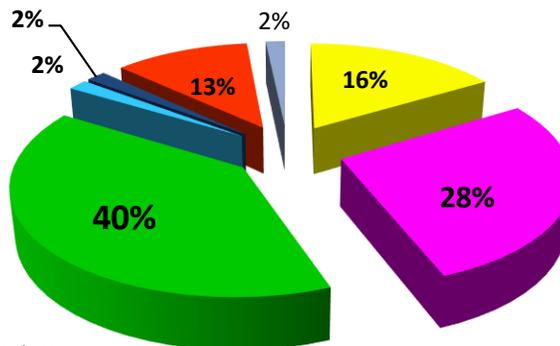
■ NORMAL ■ SOBREPESO ■ OBESIDAD GRADO I ■ OBESIDAD GRADO II ■ OBESIDAD GRADO III



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 7: ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

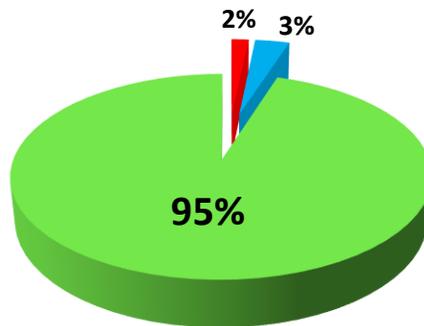
■ DIABETES MELLITUS TIPO 2
 ■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA
 ■ DIABETES MELLITUS TIPO 2 / HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA
 ■ ARTRITIS REUMATOIDE
 ■ ARTRITIS REUMATOIDE / HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA
 ■ SOBREPESO
 ■ SIN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FIGURA 8: BIENESTAR EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

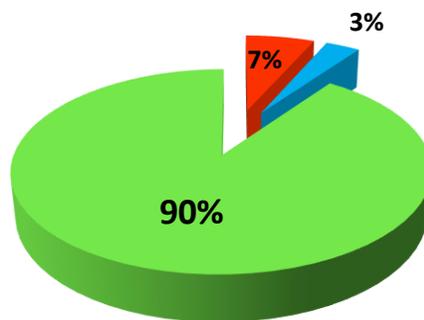
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 9: BIENESTAR MATERIAL DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

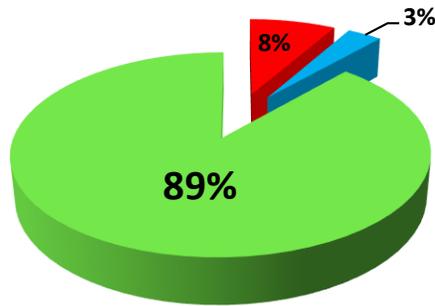
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 10: RELACIONES INTERPERSONALES DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

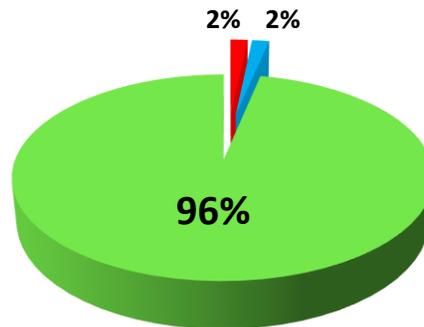
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 11: DESARROLLO INTERPERSONAL DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

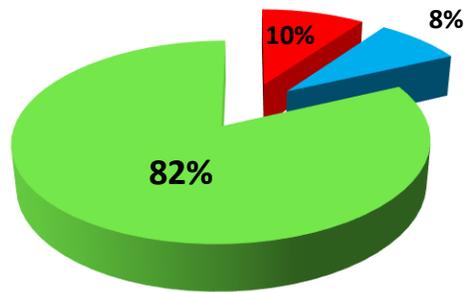
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 12: BIENESTAR FÍSICO DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

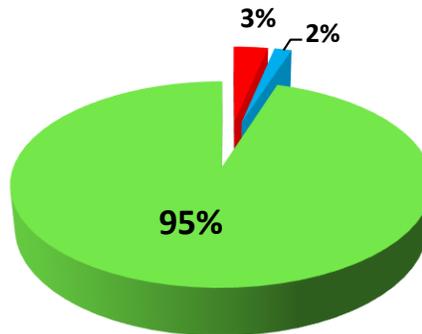
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 13: AUTODETERMINACIÓN DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

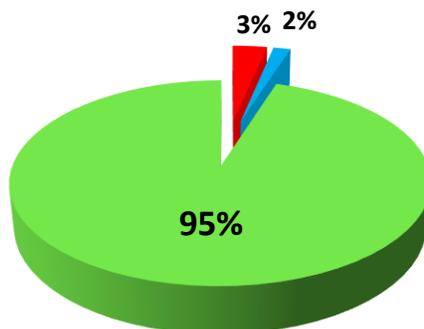
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 14: INCLUSIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

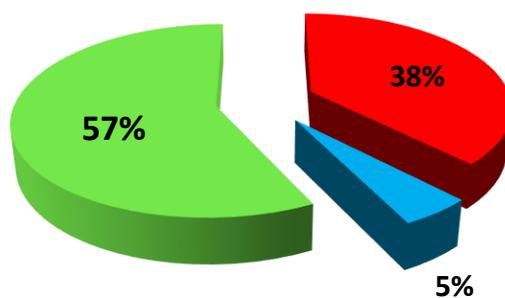
■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

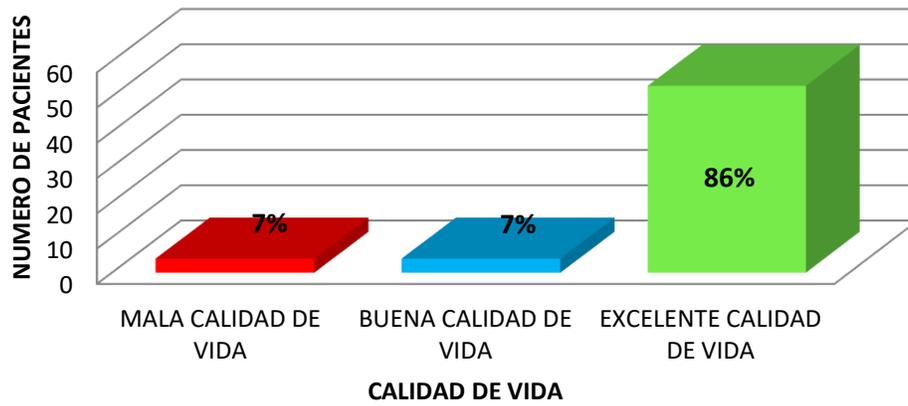
FIGURA 15: DIMENSIÓN DERECHOS DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

■ MALA CALIDAD DE VIDA ■ BUENA CALIDAD DE VIDA ■ EXCELENTE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

FIGURA 16: ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EVALUADO EN SU ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: ESCALA DE FUMAT

DISCUSIÓN

En Venezuela el Dr. Corpus y colaboradores¹³ evaluaron con la Escala de FUMAT a 83 usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor, predominando las mujeres en un 95%, el rango de edad fue igual que nuestro estudio de 60 a 80 años de edad, el 57% concluyeron que tienen una calidad de vida aceptable, en nuestro estudio los pacientes alcanzaron un índice de 86% con excelente calidad de vida, esto puede deberse a que 49% de pacientes son jubilados y 29% se dedican al hogar, además de que cuentan con servicio médico institucional.

En Chile, la Dra. Damid¹⁴ evaluó con escala de FUMAT a una población de 50 adultos mayores, donde predominaron los hombres en un 52%, en nuestro estudio las mujeres obtuvieron un 59%, los resultados con mayor calidad de vida fueron en las dimensiones de Bienestar físico, Relaciones Interpersonales e Inclusión social, mientras que en nuestro estudio las dimensiones con mayor calidad de vida fueron Bienestar emocional, Desarrollo personal y Autodeterminación. Coinciden al señalar la dimensión de Derechos con mala calidad de vida.

En Ecuador, la Licenciada en Enfermería Manchego¹⁵ también evalúa 50 adultos mayores con la Escala de FUMAT, coincide con nuestro estudio al evaluar en un 58% al sexo femenino, teniendo como edad promedio 63 años y nuestro estudio 64 años, una diferencia es que ellos obtuvieron mejor calidad de vida en la dimensión de derechos mientras que en nuestro estudio fue la dimensión con mala calidad de vida, y con mejor calidad de vida en nuestro estudio obtuvimos las dimensiones de Bienestar emocional, Desarrollo personal y Autodeterminación, caso contrario a su estudio ya que la dimensión de Bienestar emocional es la que obtiene mala calidad de vida.

En Perú, la Licenciada en enfermería Pasache¹⁶ evaluó a 31 adultos mayores en una casa de reposo, donde el 29% reporto mala calidad de vida, 52 % buena calidad de vida y un 19% excelente calidad de vida, a diferencia de nuestro estudio que solo 7% reporto mala calidad de vida, 7% buena calidad de vida y 86% excelente calidad de vida, estas diferencias podrían explicarse ya que todos nuestros pacientes son usuarios de una Clínica de Consulta Externa, mientras que ellos viven en una casa de reposo, además que seguramente cuenta con más redes de apoyo los pacientes que acude a consulta en comparación con los adultos mayores que se encuentren en una casa de reposo, definitivamente el lugar de estudio tiene un impacto desfavorable y por ello los resultados que se obtuvieron.

En Arequipa - Perú la Dra. En ciencias Velasquez ¹⁷evaluó 117 pacientes adultos mayores, 59% casados, 25% divorciados y 16% viudos, en nuestro estudio 57% de los pacientes son casados, 31% viudos, 8% solteros y solo 2% divorciados. Predominaron los hombres en un 67%, y solo el 25% tuvo excelente calidad de vida y 23% baja calidad de vida, a diferencia de nuestro estudio en donde un 86% presenta excelente calidad de vida y solo el 7% mala calidad de vida. Esto podría deberse a que su media de edad es de 75 años, así como que cuentan con pocas redes de apoyo como lo explica en su estudio, lo que definitivamente los hace tener un enfoque de su calidad de vida distinto y que se ve reflejado en los resultados.

CONCLUSIONES

Finalmente podemos concluir que el Índice de calidad de vida del paciente adulto mayor en la Clínica de Consulta Externa "Ecatepec Norte Las Américas" del ISSEMYM es excelente en un 86%, buena en un 7% y mala en un 7%.

En relación a las 8 dimensiones

- a) Bienestar Emocional; 58 pacientes (95%) alcanzaron una excelente calidad de vida.
- b) Bienestar Material; 55 pacientes (90%) obtuvieron una excelente calidad de vida.
- c) Relaciones Interpersonales; 54 pacientes (89%) consiguieron una excelente calidad de vida.
- d) Desarrollo Personal; 59 pacientes (96%) lograron una excelente calidad de vida.
- e) Bienestar Físico; 50 pacientes (82%) alcanzaron una excelente calidad de vida.
- f) Autodeterminación e Inclusión Social; 58 pacientes (95%) consiguieron una excelente calidad de vida.

Con respecto a la dimensión de Derechos:

- a) 35 pacientes (57%) fueron evaluados con excelente calidad de vida
- b) Esta dimensión obtuvo mayor porcentaje de mala calidad de vida correspondiente a 23 pacientes (38%).
- c) En comparación con el resto de las dimensiones fue la dimensión con mayor número de pacientes que obtuvieron un resultado con mala calidad.

Del grupo de pacientes estudiado:

- a) La mujer sigue siendo la que más acude a atención médica, con un total de 59%.
- b) La media de edad fue de 69 años.
- c) El 57% su estado civil son casados.
- d) Un 44% tienen escolaridad media superior y superior.
- e) La principal actividad fueron trabajadores remunerados y en la actualidad el 49% ya jubilados.
- f) El 77% señalan no realizar actividad física.
- g) En la evaluación del Índice de Masa Corporal 69% de los pacientes tienen sobrepeso.
- h) Finalmente destacan la Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica como las principales enfermedades crónicas degenerativas que padecen.

Como propuesta de mejora; se pueden formar grupos educativos o de autoayuda para realizar actividades recreativas donde aprendan gimnasia rítmica, baile, pintura, tejido, bordado, manualidades, entre otras más; con lo cual se fortalecería las relaciones interpersonales y de bienestar físico, favoreciendo además la reducción de peso y un mejor control metabólico. Un punto importante es que podrían implementarse las visitas domiciliarias en los pacientes adultos mayores que lo soliciten y realmente lo requieran, de esa manera se lograría un mejor control y seguimiento de los pacientes adultos mayores de 60 años.

En cuanto a la dimensión de Derechos en específico, una alternativa sería hacer campañas de difusión en cuanto a los derechos legales y humanos que tienen derecho como adultos mayores y en caso de requerirlo, poder asesorar y referir a instituciones públicas para ser orientados e incluso defendidos de manera gratuita.

Llama la atención que de una población total de 1409 derechohabientes mayores de 60 años, solo se evaluaron a 61 pacientes, surgiendo como interrogante que sucede con el resto de la población; así como las estrategias que se pueden implementar para lograr captar a la mayor cantidad de adultos mayores, lo que impactaría en mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ya que los pacientes evaluados tienen en mayor porcentaje una excelente calidad de vida; sin embargo, cabe la posibilidad que el resto de los pacientes cuenten con una mala calidad de vida lo que podría explicar la baja asistencia a la Unidad Médica, que posean condiciones que imposibiliten acudir a solicitar una consulta médica institucional; no cuenten con redes de apoyo para poder trasladarse a una unidad de medicina familiar, no tengan un ingreso económico estable,

acudan a médico particular para llevar control y seguimiento de enfermedades crónico degenerativas, y en el mejor de los casos no padezcan enfermedades crónico degenerativos por lo tanto no ser usuarios del servicio médico.

Respecto a las limitantes que se encontraron durante la investigación realizada tenemos las siguientes:

- a) Tiempo de investigación fue corto.
- b) El analfabetismo que persiste en este grupo de pacientes.
- c) Presbicia.
- d) Asisten solos para una consulta médica.
- e) Después de los 75 años tienden a no participar en los procesos investigación.
- f) La poca afluencia que acude a solicitar consulta médica.

En cuanto a las sugerencias si se planea realizar otro estudio son las siguientes:

- a) Mayor tiempo de investigación.
- b) Cambiar de cuestionario a encuesta para aquellos pacientes que no sepan leer y escribir o incluso con problemas visuales.
- c) Utilizar un instrumento de estudio más amigable para los adultos mayores.
- d) Fomentar acudir a revisiones médicas acompañados, aunque no padezcan enfermedades crónico degenerativas

ANEXOS

ESCALA DE FUMAT

NOMBRE: _____ CLAVE ISSEMYM: _____ FECHA: _____
 EDAD: _____ AÑOS OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: H M
 PESO: _____ TALLA: _____ REALIZA ACTIVIDAD FISICA: _____
 GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____ ENFERMEDADES QUE PADECE: _____

INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES RELATIVAS A LA CALIDAD DE VIDA. POR FAVOR MARQUE LA MEJOR RESPUESTA Y NO DEJE NINGUNA PREGUNTA EN BLANCO.

BIENESTAR EMOCIONAL	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1.- EN GENERAL, SE MUESTRA SATISFECHO CON SU VIDA				
2.- MANIFIESTA SENTIRSE INUTIL				
3.- SE MUESTRA INTRANQUILO O NERVIOSO				
4.- SE MUESTRA SATISFECHO CONSIGO MISMO				
5.- TIENE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO				
6.- SE MUESTRA SATISFECHO CON LOS SERVICIOS Y APOYOS QUE RECIBE				
7.- MANIFIESTA SENTIRSE TRISTE O DEPRIMIDO				
8.- MUESTRA SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD O INSEGURIDAD				
			TOTAL	

RELACIONES INTERPERSONALES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
9.- REALIZA ACTIVIDADES QUE LE GUSTAN CON OTRAS PERSONAS				
10.- MANTIENE UNA BUENA RELACION CON LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO AL QUE ACUDE				
11.- MANTIENE UNA BUENA RELACION CON SUS COMPAÑEROS DEL SERVICIO AL QUE ACUDE				
12.- CARECE DE FAMILIARES CERCANOS				
13.- VALORA NEGATIVAMENTE SUS RELACIONES DE AMISTAD				
14.- MANIFIESTA SENTIRSE QUERIDO POR				

LAS PERSONAS IMPORTANTES PARA USTED				
			TOTAL	

BIENESTAR MATERIAL	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
15.- EL LUGAR DONDE VIVE ES CONFORTABLE				
16.- MANIFIESTA NO ESTAR SATISFECHO CON SU JUBILACION (O SITUACION LABORAL ACTUAL)				
17.- SE QUEJA DE SU SALARIO (O PENSION)				
18.- EL LUGAR DONDE VIVE TIENE BARRERAS ARQUITECTONICAS QUE IMPIDEN O DIFICULTAN ALGUNA DE SUS ACTIVIDADES				
19.- EL SERVICIO AL QUE ACUDE TIENE BARRERAS ARQUITECTONICAS QUE IMPIDEN O DIFICULTAN ALGUNA DE SUS ACTIVIDADES				
20.- DISPONE DE LAS COSAS MATERIALES QUE NECESITA				
21.- EL LUGAR DONDE VIVE NECESITA REFORMA PARA ADAPTARSE A SUS NECESIDADES				
			TOTAL	

DESARROLLO PERSONAL	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
22.- PUEDE LEER INFORMACION BASICA PARA LA VIDA COTIDINA (CARTELES, PERIODICOS)				
23.- MUESTRA DIFICULTAD PARA RESOLVER CON EFICACIA LOS PROBLEMAS QUE SE LE PLANTEAN				
24.- TIENE DIFICULTADES PARA EXPRESAR INFORMACION				
25.- EN EL SERVICIO AL QUE ACUDE LE PROPORCIONAN INFORMACION SOBRE CUESTIONES QUE LE INTERESAN				
26.- MUESTRA DIFICULTADES PARA MANEJAR CONCEPTOS				

MATEMATICOS BASICOS, UTILES PARA LA VIDA COTIDIANA (SUMAR, RESTAR)				
27.- TIENE DIFICULTADES PARA COMPRENDER LA INFORMACION QUE RECIBE				
28.- ES RESPONSABLE DE LA TOMA DE SU MEDICACION				
29.- MUESTRA ESCASA FLEXIBILIDAD MENTAL				
			TOTAL	

BIENESTAR FISICO	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
30.- TIENE PROBLEMAS DE MOVILIDAD				
31.- TIENE PROBLEMAS DE CONTINENCIA				
32.- TIENE DIFICULTAD PARA SEGUIR UNA CONVERSACION PORQUE OYE MAL				
33.- SU ESTADO DE SALUD LE PERMITE SALIR A LA CALLE				
34.- TIENE PROBLEMAS PARA RECORDAR INFORMACION IMPORTANTE PARA LA VIDA COTIDIANA (CARAS FAMILIARES, NOMBRES, ETC.)				
35.- TIENE DIFICULTADES DE VISION QUE LE IMPIDEN REALIZAR SUS TAREAS HABITUALES				
			TOTAL	

AUTODETERMINACIÓN	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
36.- HACE PLANES SOBRE SU FUTURO				
37.- MUESTRA DIFICULTADES PARA MANEJAR EL DINERO DE FORMA AUTOMATICA (CHEQUES, FACTURAS, IR AL BANCO)				
38.- OTRAS PERSONAS ORGANIZAN SU VIDA				
39.- ELIGE COMO PASAR SU TIEMPO LIBRE				
40.- HA ELEGIDO EL LUGAR DONDE VIVE ACTUALMENTE				
41.- SU FAMILIA RESPETA SUS DECISIONES				
42.- TOMA DECISIONES SOBRE CUESTIONES COTIDIANAS				

43.- OTRAS PERSONAS TOMAN LAS DECISIONES QUE SON IMPORTANTES PARA SU VIDA				
			TOTAL	

INCLUSIÓN SOCIAL	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
44.- PARTICIPA EN DIVERSAS ACTIVIDADES DE OCIO QUE LE INTERESAN				
45.- ESTA EXCLUIDO EN SU COMUNIDAD				
46.- EN EL SERVICIO AL QUE ACUDE, TIENE DIFICULTAD PARA ENCONTRAR APOYOS CUANDO LOS NECESITA				
47.- TIENE AMIGOS QUE LE APOYAN CUANDO LO NECESITA				
48.- TIENE DIFICULTADES PARA RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS DEL CENTRO AL QUE ACUDE				
49.- ESTA INTEGRADO CON LOS COMPAÑEROS DEL SERVICIO AL QUE ACUDE				
50.- PARTICIPA DE FORMA VOLUNTARIA EN ALGUN PROGRAMA O ACTIVIDAD DEL SERVICIO AL QUE ACUDE				
51.- SU RED DE APOYO NO SATISFACE SUS NECESIDADES				
52.- TIENE DIFICULTADES PARA PARTICIPAR EN SU COMUNIDAD				
			TOTAL	

DERECHOS	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
53.- EN EL SERVICIO QUE ACUDE SE RESPETAN Y DEFIENDEN SUS DERECHOS				
54.- RECIBE INFORMACION ADECUADA Y SUFICIENTE SOBRE LOS TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES QUE RECIBE				
55.- MUESTRA DIFICULTAD PARA DEFENDER SUS DERECHOS CUANDO NO				

SON RESPETADOS				
56.- CUENTA CON ASISTENCIA LEGAL Y/O ACCES A SERVICIOS DE ASESORIA LEGAL				
57.- DISFRUTA DE TODOS SUS DERECHOS LEGALES (CIUDADANIA, VOTO, PROCESOS LEGALES)				
			TOTAL	

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC NORTE

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR DEL ISSEMYM

YO: _____ ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION “CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR” EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC NORTE, DESPUES DE INFORMARME Y EXPLICARME LA IMPORTANCIA DE LA MISMA, COMUNICANDOME QUE TODOS LOS DATOS QUE APORTO SERAN UTILIZADOS SOLO CON FINES CIENTIFICOS.

FIRMA: _____

TESTIGO: _____

INVESTIGADOR: TIRADO SUAREZ YECZY R.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDMX. (2019). ¿Quién es la persona mayor? 2019, de Ciudad de México Sitio web: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
2. Calderón, F., Et Al. (2010). Por una Cultura del Envejecimiento. 2019, de SEDESOL Sitio web: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf (SEDESOL, INAPAM)
3. OMS. (2018). Envejecimiento y salud. 2019, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Lindmeier, C., Et Al. (2015). La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales. 2019, de OPS Sitio web: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es (OPS)
5. Los adultos mayores ganan terreno en la población: INEGI. (2015). Los adultos mayores ganan terreno en la población: INEGI. 2019, de Expansión en Finanzas Sitio web: <https://expansion.mx/economia/2015/12/08/los-adultos-mayores-ganan-terreno-en-la-poblacion-inegi> (INEGI)
6. IMSS. (2014). Programa Institucional Mexicano del Seguro Social. 2019, de Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf (MSS)
7. ISSSTE. (2017). En el ISSSTE los adultos mayores representan más de 2 millones de personas. 2019, de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Sitio web: <https://www.gob.mx/issste/prensa/en-el-issste-los-adultos-mayores-representan-mas-de-2-millones-de-personas> (ISSSTE)
8. DIF. (2005). hacia un envejecimiento dinámico y saludable. 2019, de Sistema Nacional DIF Sitio web: <https://enlace50.com/hacia-un-envejecimiento-dinamico-y-saludable/>
9. OMS. (2018). Envejecimiento y salud. 2019, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
10. Santi Esteban. Et Al. (2009). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. 2019, de COCMED Sitio web: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev1.htm>
11. Rubio, D., Et AL. (Marzo 2015). Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA, 61, 1-7. Sitio Web :<https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

12. INAPAM. (2015). Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. 2019, de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Atención Geriátrica Sitio web: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS MAYORES POR ESTADO CD1.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS_MAYORES_POR_ESTADO_CD1.pdf)
13. Camarena Lino, Olimpia Martha, Caurino (2019, 26 julio). Calidad de vida de los usuarios del centro integral del adulto mayor de la municipalidad provincial de Barranca, 2019. Recuperado 16 febrero, 2020, de <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3239>.
14. Damid, Romina (2019, 26 julio). CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN EL CANTÓN CHONE. Recuperado 16 febrero, 2020, de [file:///C:/Users/yec_s/AppData/Local/Temp/Rar\\$Dla0.781/adultos-mayores-autovalentes.pdf](file:///C:/Users/yec_s/AppData/Local/Temp/Rar$Dla0.781/adultos-mayores-autovalentes.pdf)
15. Mancheco López, Mónica Jacqueline. (2017, 26 julio). CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA. Recuperado 16 febrero, 2017, de [file:///C:/Users/yec_s/AppData/Local/Temp/Rar\\$Dla0.781/adultos-mayores-autovalentes.pdf](file:///C:/Users/yec_s/AppData/Local/Temp/Rar$Dla0.781/adultos-mayores-autovalentes.pdf)
16. Pasache Vasquez, Zarella Yazmin (2018). AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA DE REPOSO MADRE JOSEFINA VANNINI. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1947/T030_73150006_T%20%20ZARELLA%20PASACHE%20VASQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Velázquez Ledesma, Carmela Haydee (2017). CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR. CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUANCAYO 2015. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2976/ENDvelech.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Verdugo, M., Et Al. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT. 2019, de Instituto Universitario de Integración en la Comunidad Sitio web: http://sid.usal.es/ids/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
19. Verdugo, M., Et Al. (2009). Manual de aplicación de la escala de GENCAT de calidad de vida 2019, de Instituto Catalá de Asistencia Sitio web: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
20. Lindmeier, C., Et Al. (2015). La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales. 2019, de OPS Sitio web: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es

21. INAPAM. (2015). Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. 2019, de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Atención Geriátrica Sitio web: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
22. Robles, Yolanda, Saavedra, Javier, E. Mezzich, Juan, Sanz, Yolanda (2010). ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA: VALIDACIÓN EN UNA MUESTRA PERUANA. Recuperado de file:///C:/Users/yec_s/Downloads/75-232-1-PB.pdf
23. Cardona Arias, Antonio., Giraldo, Elizabeth. (2015, 3 agosto). FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES EN UN MUNICIO COLOMBIANO. Recuperado de file:///C:/Users/yec_s/Downloads/document.pdf
24. Soto Carballo, Dania., y Alina Santos, Nilda. (2016, 7 enero). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012
25. Loredo Figueroa, M. T., Gallegos Torres, R. M. (2016, 9 mayo). nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Recuperado de file:///C:/Users/yec_s/Desktop/DOCUMENTOS/TESIS%20YEC/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20QUERETARO.pdf
26. Acosta Quiroz, Christian. Oswaldo., Tanori Quintana, Jesús. (2017, julio). SOLEDAD, DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS. Recuperado de file:///C:/Users/yec_s/Downloads/2535-11796-1-PB.pdf

<https://www.scribbr.es/detector-de-plagio/generador-apa/> (GENERADOR APA)