



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO  
ESTATAL HIDALGO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PACHUCA, HIDALGO.

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R-2021-1201-029

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**RAÚL ARMANDO CHÁVEZ BAUTISTA**

ASESOR CLÍNICO

YURENI URIBE VÁZQUEZ

ASESORES METODOLÓGICOS

OMAR BARRAGÁN PELCASTRE

ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD: 2019-2022**

PACHUCA, HGO., 2022



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.

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. RAÚL ARMANDO CHÁVEZ BAUTISTA**

**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO**

**AUTORIZACIONES:**

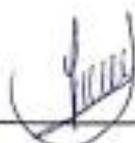
  
\_\_\_\_\_  
**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA**  
**COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ELBA TORRES FLORES**  
**COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ**  
**COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORES DE TESIS**



---

**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No 1, PACHUCA;  
HIDALGO



---

**DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE**  
MEDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No 1, PACHUCA;  
HIDALGO



---

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 34, TULANCINGO; HIDALGO

**PACHUCA DE SOTO, HGO. 2022**

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. RAÚL ARMANDO CHÁVEZ BAUTISTA**

**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

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



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
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  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
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

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. RAÚL ARMANDO CHÁVEZ BAUTISTA**

**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**



---

PRESIDENTE DEL JURADO  
DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1, PACHUCA;  
HIDALGO



---

SECRETARIO DEL JURADO  
DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1, PACHUCA;  
HIDALGO



---

VOCAL DEL JURADO  
DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1, PACHUCA;  
HIDALGO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1201**,  
H. GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 13 048 032**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Jueves, 07 de octubre de 2021**

**Mtro. Omar Barragán Pelcastre**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1201-029

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dra. IRASEMA FLORES RIVERA**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Imprimi

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD MEXICANA

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quiero dedicar y agradecer este gran logro de manera muy especial a mi núcleo familiar por todo el compromiso y esfuerzo que pusieron para impulsarme a lograr mis metas y por haber permanecido conmigo en todo momento durante este largo camino.

También quiero dar mi agradecimiento sincero a mis asesores de Tesis por su invaluable apoyo y aportación para el desarrollo de este trabajo.

¡Muchas Gracias!

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>IV.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>V.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>VI.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
	GENERAL.....	12
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>VII.</b>	<b>HIPÓTESIS. ....</b>	<b>13</b>
<b>VIII.</b>	<b>MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>14</b>
	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	14
	UNIVERSO DE TRABAJO .....	14
	SITIO DEL ESTUDIO .....	14
	PERIODO DEL ESTUDIO.....	14
	TAMAÑO DE MUESTRA.....	14
	MUESTREO .....	15
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	16
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	16
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	16
	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	17
	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	21
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	21
<b>IX.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>22</b>
	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud .....	22
	Declaración de Helsinki .....	24
	Aseguramiento de la calidad (BPC) .....	26
	Archivo de la Información.....	26
	Autorización Institucional .....	26
<b>X.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>XI.</b>	<b>DISCUSION.....</b>	<b>48</b>

<b>XII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>XII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....</b>	<b>51</b>
<b>Recursos humanos.....</b>	<b>51</b>
<b>Recursos materiales.....</b>	<b>51</b>
<b>Recursos financieros .....</b>	<b>51</b>
<b>Factibilidad.....</b>	<b>51</b>
<b>XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>52</b>
<b>XIV. REFERENCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>XV. ANEXOS .....</b>	<b>57</b>

## I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### Asesor Clínico:

**Nombre:** Yureni Uribe Vázquez

**Especialidad:** Medicina Familiar

**Adscripción:** Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo.

**Domicilio:** Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 771 1465857

**Correo electrónico:** [yuju\\_210@hotmail.com](mailto:yuju_210@hotmail.com)

### Asesor Metodológico:

**Nombre:** Omar Barragán Pelcastre

**Especialidad:** Epidemiología

**Adscripción:** Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo.

**Domicilio:** Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 7714142907

**Correo electrónico:** [drpelcastre@hotmail.com.mx](mailto:drpelcastre@hotmail.com.mx)

### Asesor Metodológico:

**Nombre:** Rosa Elvia Guerrero Hernández

**Especialidad:** Medicina Familiar

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar Numero 34

**Domicilio:** Boulevard Pleasenton, Esquina Carmen Serdán 1101, Col Real de Mina, Tulancingo Hidalgo.

**Teléfono:** 7711929485

**Correo electrónico:** [rosaelviaquerreri@gmail.com](mailto:rosaelviaquerreri@gmail.com)

### Tesista:

**Nombre:** Raúl Armando Chávez Bautista

Residente de la especialidad en Medicina Familiar.

**Adscripción:** Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo

**Domicilio:** Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 556 122 94 16

**Correo electrónico:** [rchavez881220@gmail.com](mailto:rchavez881220@gmail.com)

## II. RESUMEN

**TITULO:** “Percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo”

**ANTECEDENTES:** De acuerdo con la OMS la proporción de los adultos mayores se duplicará, pasando del 12% al 22%, estimando para el 2050 un total de 2000 millones de adultos mayores a 60 años observando un aumento de 900 millones respecto al 2015. En México de acuerdo con el INEGI se prevé para el 2030, que la población mayor de 60 años será de más de 20 millones y para el 2050 se constituirá el 27.7% de la población mexicana, por lo que es importante tener un abordaje efectivo en la población geriátrica que les permita afrontar los cambios del proceso de envejecimiento y con ello alcanzar un envejecimiento exitoso.

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se aplicó una encuesta a pacientes geriátricos atendidos en el HGZ/MF 1 Pachuca Hgo. Se realizó descripción estadística simple, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza).

**RESULTADOS:** Se analizaron 380 adultos mayores atendidos en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, identificando un predominio para el sexo femenino (58.95%) respecto al masculino (41.05%). Se pudo observar que el 65.53% de los participantes tuvieron una percepción de la calidad de vida excelente, el 16.58% estuvieron satisfechos con su calidad de vida y el 12.63% consideraron tener una muy buena calidad de vida.

**CONCLUSIONES:** De manera general, el 65.53% de los participantes tenían una excelente percepción sobre su calidad de vida y el 12.63% consideraron tener una muy buena calidad de vida. La percepción de la calidad de vida por sexo fue ligeramente diferente identificando que las mujeres indicaron tener una “excelente calidad de vida” en mayor proporción (65.6%) respecto a los hombres (65.4%%).

### III. MARCO TEÓRICO

Etimológicamente el envejecimiento proviene de la palabra vejez, la cual procede del latín *veclus*, *vetulusm*, lo que significa persona de mucha edad. Desde el punto de vista biológico, se ha definido al envejecimiento como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. <sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, estimando que la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%, es decir que para el año 2050 se prevé un total de 2000 millones de habitantes mayores a 60 años observando un aumento de 900 millones respecto al 2015. <sup>2</sup>

Todo ello ha sido favorecido por factores como la evolución social y económica que ha vivido el mundo en el último siglo, lo que ha dado lugar al incremento de la esperanza de vida, convirtiendo el envejecimiento en un desafío que afecta a todos como familiares, enfermos en un futuro o integrantes de una sociedad, que debe contribuir a la mejora de las condiciones. <sup>3,4</sup>

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, cuyo proceso se aproxima al final. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2000 la pirámide poblacional estaba abultada en el centro, lo que indicaba un aumento en el número de personas en edades jóvenes y productivas, en donde sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años y cerca de 60 por ciento tenía entre 15 y 59 años. <sup>5,6</sup>

Actualmente, se ha observado un elevado aumento en las cifras estadísticas de la población geriátrica. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2015, se observó que a inicios del siglo XXI los adultos mayores a los 65 años no sobrepasaban los cinco millones de habitantes, mientras que para 2015 se reportaron 12.4 millones; <sup>7</sup> previendo que para el año

2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones y para el 2050 se constituirá el 27.7% de la población mexicana. <sup>8</sup>

El envejecimiento está dado por múltiples factores, como el descenso de la tasa de natalidad, el descenso de la tasa de mortalidad infantil, los avances tecnológicos, los factores ambientales, la migración de los jóvenes y el aumento de la esperanza de vida. <sup>9</sup>

Tomando en cuenta que el envejecimiento está asociado a una probabilidad mayor de presentar problemas de salud y deterioro en la capacidad funcional, se ha considerado al estado de salud como uno de los factores de mayor relevancia que afecta directamente al bienestar de los adultos mayores. <sup>10,11,12</sup>. Esto a su vez trae como consecuencia el incremento de las necesidades de salud, así como el aumento en la demanda de los servicios de salud como consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social debido al incremento de las enfermedades crónicas como principal causa de muerte. <sup>13,14</sup>

Otros factores como los cambios y deterioros cognitivos los cuales podrían limitar la independencia, el autocuidado, y la participación social, lo que impacta en el estado emocional favoreciendo los pensamientos negativos, como sentimientos de inutilidad, soledad y depresión; pueden afectar y disminuir la capacidad de los adultos mayores para afrontar los cambios de su entorno y con ello su percepción de la calidad de vida. <sup>15,16</sup>

En este sentido, actualmente se ha conceptualizado el tema del envejecimiento desde dos modelos diferentes: <sup>17</sup>

**Modelo médico tradicional o deficitario**, en el que se conceptualizó al envejecimiento a partir de los cambios biológicos que se producían en el individuo en términos de déficit y evolución.

**Modelo de desarrollo**, que redefine al envejecimiento como una etapa diferente y llena de posibilidades; se trata del “envejecimiento exitoso”.

Cabe destacar que el envejecimiento, es un objeto de conocimientos multidisciplinares, en el sentido en el que el individuo humano es un ser bio-psico-social. De tal modo que si se abordan y conocen todos los procesos que regulan el envejecimiento, será más probable tener un abordaje efectivo en la población geriátrica. <sup>18,19</sup>

Por ello, algunos autores como Staudinger sugieren tener en cuenta algo más que una edad cronológica, haciendo referencia a la multidimensionalidad y perspectivas del envejecimiento, al estar en constante interacción con aspectos culturales, sociales o psicológicos. <sup>20</sup> En este sentido, han surgido diferentes términos y teorías dirigidas al abordaje del envejecimiento saludable, competente, satisfactorio, activo o exitoso. <sup>21,22</sup>

Tal es el caso de la teoría del ciclo vital de Neugarten, la cual se enfoca en el estudio del proceso de envejecimiento a lo largo de la vida como un **continuo** y no por etapas. Neugarten desarrolla el enfoque del ciclo vital a partir de estudios desarrollados en 1950, presentados en la monografía *Middle Age and Aging (Mediana edad y envejecimiento)* que describen el ciclo de la vida a partir de dos condiciones: la primera, los **eventos** suponen una etapa de transición (el matrimonio, tener un hijo, los logros profesionales o un retiro), y en segundo lugar, los **roles** que se asumen y que conllevan un cambio en el autoconcepto e identidad.<sup>(1)</sup> Así mismo, esta teoría también ha sido desarrollada por Baltes o Schaie, quienes han establecido una serie de supuestos: <sup>23</sup>

- En el proceso de la vida, hay un **balance** entre crecimiento (ganancias) y declive (pérdidas).
- Algunas funciones declinan con la edad (la inteligencia mecánica o fluida); y otras no declinan, como la inteligencia pragmática o cristalizada.

- A través del ciclo de la vida aumenta la **variabilidad interindividual**.
- La posibilidad de compensar el declive mediante **entrenamientos** o manipulaciones externas.
- La gran variabilidad en las formas de envejecer que pueden ser normales, patológicas y con éxito.

En conclusión, esta teoría pone en perspectiva el curso de la vida, enfocándose en el desarrollo, la historia y la importancia de las relaciones con el tiempo, además de poseer una visión a largo plazo del envejecimiento, y poner énfasis en el potencial de **crecimiento y adaptación** del ser humano. <sup>24</sup>

Uno de los modelos a destacar es el de Baltes y Baltes el cual fue basado en la teoría del ciclo vital y fue denominado modelo de optimización selectiva por compensación, que se centra en el control de la **dinámica de ganancias y pérdidas** a lo largo de la vida, dicho modelo conceptualiza al envejecimiento exitoso a partir de un metamodelo que tiene en cuenta tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento: selección, optimización y compensación. Toma en cuenta procesos que fomentan ganancias, mediante la selección y optimización, pero también procesos que contrarrestan pérdidas que, inevitablemente, ocurren en la vida (compensación o selección basada en las pérdidas).

En conclusión, este modelo analiza las estrategias para manejar muchas dificultades asociadas al proceso de envejecer, con la finalidad de alcanzar los objetivos en la vida. Para Baltes y Baltes, el envejecimiento exitoso consiste en un equilibrio entre las ganancias y las pérdidas, de modo que, en dicho proceso, las personas seleccionan lo importante para ellos, optimizan recursos y compensan las pérdidas, para generar un desarrollo de la vida. <sup>24</sup>

Así mismo del modelo de adaptación de Roy, el cual es una de las posturas para estudiar la adaptación a los cambios que se producen en la persona durante el

envejecimiento que describe a las personas como sistemas adaptativos que reciben estímulos del medio ambiente y los procesan por medio de mecanismos de afrontamiento dando como resultado respuestas fisiológicas, psicológicas y sociales que pueden ser adaptativas o ineficaces.

Finalmente, Fernández-Ballesteros,<sup>25</sup> con la teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento exitoso, señala la influencia de los factores distales (circunstancias sociales e históricas que influyen en el crecimiento y desarrollo del individuo) y proximales (condiciones determinantes, como la parte biológica). Representa el modelo del envejecimiento desde una perspectiva nueva y es sinónimo de otros conceptos como activo, saludable, productivo, óptimo y positivo,<sup>26</sup> en el cual concluye que el envejecimiento exitoso es un proceso de adaptación, en el que alcanzamos la salud y la forma física, y un óptimo funcionamiento cognitivo, emocional, motivacional y social. Siendo este el modelo teórico más representativo del envejecimiento exitoso.

### **Calidad de vida**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto calidad de vida (CV), se define como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.<sup>27</sup>

Por otra parte, Powell Lawton describe a la calidad de vida como la “evaluación subjetiva multidimensional bajo criterios, tanto intrapersonales, como socio-normativos, del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado”.<sup>28</sup>

La calidad de vida en el adulto mayor es de vital importancia para el reconocimiento del envejecimiento exitoso ya que es el principal indicador para la satisfacción del adulto mayor con sus condiciones de vida,<sup>29</sup> por lo que se han postulado cuatro parámetros a evaluar: calidad de vida física, calidad de vida social, calidad de vida percibida y calidad de vida psicológica para determinar la

satisfacción vital del individuo, la cual se ve ampliamente influenciada por el apoyo social y moral que reciba en el transcurso de su vida, permitiendo al adulto mayor un mejor uso de sus habilidades y capacidades. <sup>30</sup>

En este contexto se han utilizado diversos instrumentos para estimar la calidad de vida en los adultos mayores, siendo el instrumento Índice multicultural de calidad de vida (QLI-Sp) uno de los más representativos y utilizados a nivel mundial y en Latinoamérica en su versión en español, la cual fue validada por Mezzich et al., con una consistencia interna para el total de los reactivos de  $\alpha = .89$ . <sup>31</sup>

Dicho instrumento está conformado por un total de 10 ítems recopilados de la literatura internacional, <sup>31</sup> que incluyen aspectos que van desde el bienestar físico hasta la realización espiritual, así como una percepción global de la calidad de vida y cada elemento debe ser calificado en una línea de 10 puntos por los sujetos de acuerdo con su comprensión cultural de ese concepto.

#### Instrumento Índice Multicultural de calidad de vida (QLI-Sp)

El instrumento Índice multicultural de calidad de vida (QLI-Sp) <sup>31</sup> ha sido reproducido en cuatro idiomas y su validación en español fue realizada por Mezzich et al., en donde se observó una consistencia interna para el total de los reactivos de  $\alpha = .89$ . Dicho instrumento consta de 10 ítems, en donde cada uno de ellos representa una dimensión (bienestar físico, bienestar psicológico/social, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social/emocional, apoyo comunitario y de servicios, satisfacción personal, satisfacción espiritual y percepción global de la calidad de vida) y cuya calificación es a través de una escala tipo Likert de 10 puntos que van desde el 1 al 10 y en donde cada número representa una actitud frente a cada ítem. <sup>31</sup>

### Escala de medición:

La puntuación total del cuestionario va de 1 a 10 puntos, entendiendo así que, cada uno de los ítems marca una dimensión en el adulto mayor, por lo que la puntuación será dada por la propia percepción del sujeto de estudio con base a la siguiente ponderación: <sup>31</sup>

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Pésimo</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Muy malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Bueno</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy bueno</b>	<b>Excelente</b>

La medición de la calidad de vida es de vital importancia para el reconocimiento del envejecimiento del adulto mayor, esta escala, es en particular importante porque permite la evaluación de la calidad de vida desde la autopercepción del individuo, no solo desde el punto de vista físico de salud-enfermedad, sino desde el bienestar físico hasta la satisfacción espiritual, abarcando las diferentes dimensiones dichas previamente. <sup>31</sup>

Tal y como se ha descrito, el envejecimiento es un proceso individual que afecta a todos los seres vivos, aunque no de la misma forma. A pesar de que se ha tratado de explicar desde diferentes enfoques los factores que pudieran actuar como estímulos desencadenantes en las personas mayores para afrontar los cambios del proceso de envejecimiento que les permita avanzar hacia el éxito, no todas las personas logran tener un envejecimiento exitoso lo que impacta de manera directa tanto en estado de salud (físico y mental) del paciente así como en el sistema de salud, por lo que se considera importante conocer la percepción que las personas adultas mayores tengan sobre su calidad de vida para la mejor atención y calidad de vida posible.

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha observado un rápido crecimiento de la población geriátrica a nivel mundial, estimando que la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%, previendo para el año 2050 un total de 2000 millones de habitantes mayores a 60 años. <sup>2</sup> En lo que a México respecta, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2015 se prevé que para el año 2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones y para el 2050 se constituirá el 27.7% de la población mexicana. <sup>8</sup>

Tomando en cuenta que el envejecimiento está asociado a una probabilidad mayor de presentar problemas de salud y deterioro en la capacidad funcional, se ha considerado al estado de salud como uno de los factores de mayor relevancia para determinar la calidad de vida en el paciente geriátrico. <sup>10,11,12</sup>

En este contexto el término de “envejecimiento exitoso” ha sido uno de los planes de acción a fomentar para la atención adecuada y necesaria en los ámbitos sociales, económicos y sobre todo de salud para la población geriátrica. No obstante, es un reto enorme debido a todos los factores que implica su abordaje, a pesar de que se ha descrito que puede ser una etapa satisfactoria cuando se aborda desde todas sus esferas.

Sin embargo, no todas las personas viven dicha etapa de la misma manera. La percepción de la calidad de vida de cada individuo es variable debido a las diferencias entre la funcionalidad familiar, las relaciones personales, así como al propio estado de salud.

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso del envejecimiento, es importante conocer la percepción de la calidad de vida con la que nuestra población geriátrica vive esta etapa, por lo cual se considera importante la realización de este estudio.

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente se ha observado un elevado aumento en las cifras estadísticas de la población geriátrica tanto a nivel mundial como nacional, previendo que para el 2030 en nuestro país la población geriátrica constituirá el 27.7% de la población mexicana.

Tomando en cuenta que el envejecimiento es un proceso complejo, multifacético que engloba procesos biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos, el cual está caracterizado por aspectos negativos y positivos, los cuales pueden favorecer o no la calidad de vida de los pacientes geriátricos teniendo como consecuencia el incremento de las necesidades en materia de salud.

Se ha descrito que un abordaje completo con todos los procesos que regulan el envejecimiento (bio-psico-social) puede llevar a un envejecimiento exitoso, sin embargo, al ser la calidad de vida el principal indicador para conocer la satisfacción del adulto mayor con sus condiciones de vida, han sido pocos los estudios que abordan el tema teniendo escasos datos al respecto en nuestra población; por lo que se considera importante conocer la percepción de la calidad de vida de derechohabientes geriátricos atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo., surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF No.1, Pachuca, Hgo?**

## **VI. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar cuál es la percepción de la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años, que son atendidos en el HGZ/MF No.1 de la ciudad de Pachuca, Hgo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Definir las características sociodemográficas del adulto mayor.
2. Describir cuales son las características clínicas del adulto mayor.
3. Identificar la percepción de la calidad de vida en cada una de las dimensiones del cuestionario QLI-sp.

## **VII. HIPÓTESIS.**

Debido a que es un estudio de carácter transversal, observacional y descriptivo, no requiere hipótesis, sin embargo, con fines didácticos se realizan las siguientes hipótesis:

Ho:

No existe una buena percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF NO. 1, Pachuca, HGO

Ha:

Existe una buena percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF NO. 1, Pachuca, HGO

## **VIII. MATERIAL Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Transversal- Observacional- Descriptivo

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF No. 1 de Pachuca.

### **SITIO DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en el HGZ/MF No. 1 de Pachuca, Hgo.

### **PERIODO DEL ESTUDIO.**

El presente protocolo se realizó en un periodo de tres meses posterior a su autorización.

### **TAMAÑO DE MUESTRA**

Se obtuvo un tamaño de muestra de 380 adultos mayores atendidos en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo, mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un IC de 95%, un margen de error de 5% y una probabilidad de 10%.

Se realizó el cálculo de una muestra representativa para el estudio y dar mayor validez al mismo conociendo un total de 36,785 derechohabientes mayores de 60 años adscritos al H.G.Z/MF No.1, obteniendo el tamaño de la muestra con la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

$$\frac{36785^2 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (36785-1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$\frac{36785^2 \times 3.8416 \times 0.50 \times 0.50}{0.0025 \times 36784 + 3.8416 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$\frac{141313.256 \times 0.25}{91.96 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$\frac{35328.314}{91.96 + 0.9604}$$

$$\frac{35328.314}{92.9204}$$

$$n = 380.19$$

Donde:

n = Población total (36,785).

$Z\alpha^2 = 1.96$  (la seguridad deseada 95%).

p= 0.50 (probabilidad de ocurrencia)

q= 1-p (1-0.50= 0.50).

d= Precisión = 0.05 (5%).

**Muestra total = 380 sujetos**

### **MUESTREO**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de 380 adultos mayores atendidos en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Pacientes mayores de 60 años.
2. Ambos sexos
3. Atendidos en el HGZ/MF No. 1 de Pachuca, Hgo.
4. Que aceptaron participar en el estudio.
5. Que hayan firmado consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Pacientes con alguna enfermedad o trastorno mental que no les permitiera contestar el cuestionario.
2. Pacientes con discapacidad intelectual por alguna enfermedad en la que presentaran deterioro cognitivo que límite la intervención en cuestión.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

1. Encuestas que no cumplieron con el 80% de la información requerida.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

- **Variable dependiente:**
  - Calidad de vida
  
- **Variables independientes:**
  - Edad
  - Sexo
  - Escolaridad
  - Ocupación
  - Estado civil
  - Nivel socioeconómico
  - Personas con las que vive
  - 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
  - Percepción global de calidad de vida.
  
- **Variables de confusión:**
  - Comorbilidades.

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años del paciente en estudio.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Características biológicas que diferencian al ser humano en hombre y mujer.	Es el sexo de cada participante en el estudio.	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Grado académico que se ha obtenido en base al nivel de escolaridad cursado.	Es el grado máximo de estudios del paciente.	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnico 6. Licenciatura 7. Otro
Ocupación	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad laboral u oficio a la que se dedica el paciente en estudio.	Cualitativa Nominal	1. Hogar 2. Empleado 3. Obrero 4. Técnico 5. Profesional 6. Jubilado/pensionado 7. Desempleado 8. Otro
Estado civil	Condición legal que caracteriza a una persona respecto a otra en sus relaciones personales.	Estado actual de las relaciones personales sociales de un individuo.	Cualitativa Politómica	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Divorciado/a 4.Viudo/a 5.Unión libre
Nivel socioeconómico	Posición o estatus que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee.	Categoría del estrato social en la que se ubica una persona.	Cualitativa ordinal	1.Bajo 2.Medio 3.Alto
Personas con las que vive	Personas que viven juntas las cuales pueden tener o no un parentesco entre ellas	Personas con las que un individuo comparte la vivienda.	Cualitativa Nominal	1.Pareja 2.Hijos 3.Pareja e hijos 4.Otro familiar 5.Cuidador 6.Solo

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicador</b>
Calidad de vida	La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.	Satisfacción vital del individuo	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Bienestar físico	Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos	La forma en que se siente el paciente con su salud cuando realiza actividad física	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Bienestar psicológico / emocional	Sentirse bien consigo mismo	La forma en la que el paciente se siente respecto a su estado de animo	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Autocuidado y funcionamiento independiente	Desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones	La capacidad que siente el paciente para realizar actividades cotidianas diarias	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Funcionamiento ocupacional	Desempeñar su trabajo y tareas domesticas	La capacidad que siente el paciente para ejercer labores del hogar o de trabajo	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Funcionamiento interpersonal	Relacionarse bien con la familia, amigos y grupos	La capacidad que siente el paciente para relacionarse con otras personas como la familia, amigos y desconocidos	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente

Apoyo social - emocional	Disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda	La forma en que el paciente se siente con el apoyo brindado por la institución y/o cuidadores	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Apoyo comunitario y de servicios	Vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros	La forma en la que el paciente se siente respecto a los servicios prestados por la institución y su vecindario	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Plenitud personal	Sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad; disfrute sexual, de las artes, etc.	La forma en la que el paciente se siente consigo mismo como persona	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Plenitud espiritual	Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria	La forma en la que el paciente se siente con respecto a sus creencias	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Percepción global de calidad de vida	Sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general	Grado de satisfacción que el paciente siente con respecto a su propia vida	Cualitativa Ordinal	1.Pesimo 2.Insatisfecho 3.Muy malo 4.Malo 5.Regular 6.Aceptable 7.Bueno 8.Satisfecho 9.Muy bueno 10.Excelente
Comorbilidades	Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas.	Presencia de comorbilidades en el adulto mayor en estudio.	Cualitativa Nominal	1.Diabetes 2.HTA 3.Enfermedad renal 4.Enfermedades cardiovasculares 5.Otras

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

1. El protocolo fue sometido a valoración por los Comités Locales de Ética e Investigación para su autorización.
2. Una vez autorizado, se procedió a la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos y se les invitó a participar en el estudio mediante la lectura del Consentimiento Informado (CI), documento legal que al aceptar participar fue firmado por los pacientes.
3. Posteriormente, se procedió a la aplicación del instrumento (cuestionario QLI-sp) para la recolección de los datos.
4. Una vez llenado el instrumento, se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel ®, información que fue exportada al paquete SPSS Statics versión 23 para su análisis estadístico.

## **ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel ® para la captura de la información que arrojaron las encuestas, posteriormente la base fue exportada y analizada con el paquete estadístico SPSS Statics 23. Se realizó descripción estadística simple, proporciones y razones para variables cualitativas; y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza).

## **IX. ASPECTOS ÉTICOS**

### **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud**

Los procedimientos de esta investigación se apegan al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última enmienda en Brasil 2013.

#### **Consentimiento informado**

Con base en el Art. 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Con base en el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, refiere que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

Por lo que este protocolo de investigación requirió uso de consentimiento informado.

#### **PRIVACIDAD.**

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

### **Clasificación de riesgo de la investigación:**

Con base en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo, todo estudio que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos rutinarios, entre los que se consideran aplicación de la prueba QLI-sp se considera investigación con riesgo mínimo.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo con lo estipulado en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo fue considerada:

### **INVESTIGACION CON RIESGO MÍNIMO**

#### **Declaración de Helsinki**

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013. Esto incluye la investigación sobre material y datos humanos identificables.

Esta investigación se adhiere a dichos principios éticos, describiendo a continuación aquellos que se asocian a este estudio:

Primero, menciona en su apartado 4, que el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Así mismo, el apartado 6, describe que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

El apartado 7 dice que la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Así mismo, el apartado 8 alude que

el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos. Este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. En el apartado 9 se menciona que, en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Continuando con el apartado 10, se describe que los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. También la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas, como lo dice el apartado 12.

Otros apartados describen en sus incisos 13 y 14, que los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación. Así mismo, el médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

Finalmente, según el apartado 21, la investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Y de acuerdo con el apartado 22, el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

**Aseguramiento de la calidad (BPC)**

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

**Archivo de la Información**

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, fue ordenada, clasificada y será archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez capturada en una base de datos.

**Autorización Institucional**

Con base en el Artículo 102 del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Titular de la institución de salud, con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación tendrá la facultad de decidir si autoriza la ejecución de la investigación propuesta, por lo que mediante un oficio emitido por los comités de la institución se obtuvo la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

## X. RESULTADOS

Se analizó una muestra total de 380 adultos mayores atendidos en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, identificando un predominio para el sexo femenino de 58.95% (224) respecto al masculino que fue de 41.05% (156) como se observa en la gráfica 1.



Fuente: Elaboración propia

Se identificó también una media de edad de  $71.79 \pm 7.63$  años, con una mediana de 71 años y una moda de 64 años, observando un mínimo de edad de 60 años y un máximo de 94 años como se aprecia en la tabla 1.

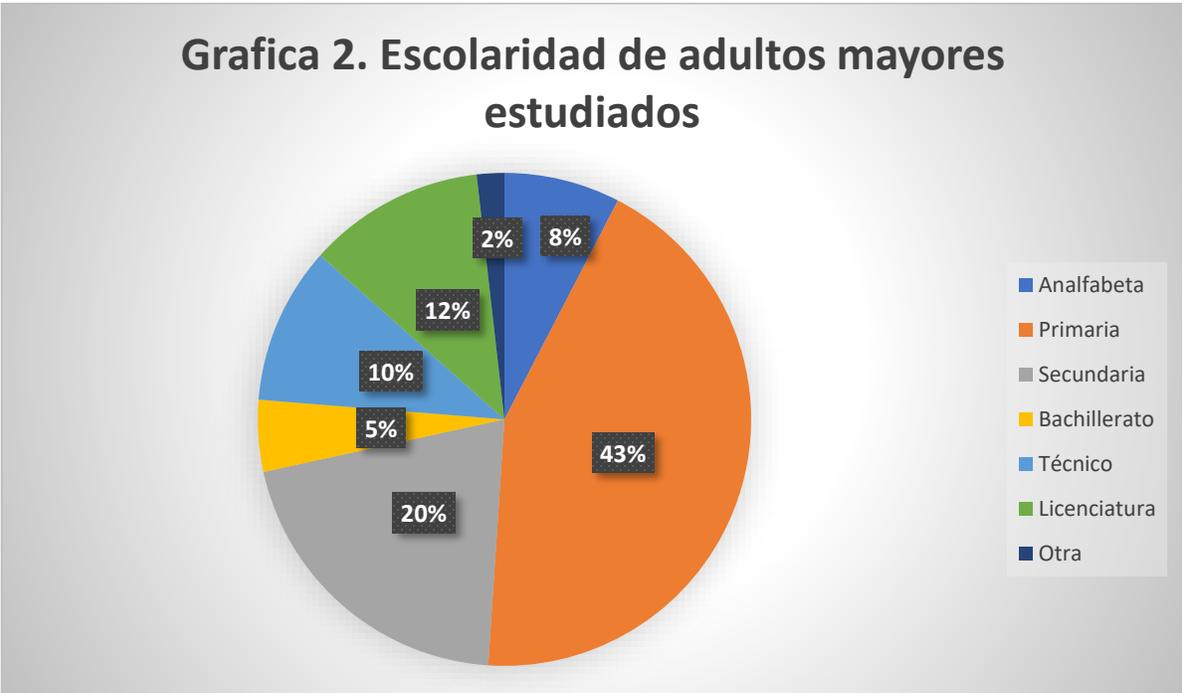
Tabla 1. Descripción de la variable edad de la población estudiada		
<b>N</b>	Validos	380
	Perdidos	0
<b>Media</b>		71.79
<b>Mediana</b>		71.00
<b>Moda</b>		64"
<b>Desviación típica</b>		7.637
<b>Mínimo</b>		60
<b>Máximo</b>		94

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la escolaridad, se apreció que el 7.6% de la población estudiada es analfabeta, el 43.4% contaba con estudios de primaria, el 20.5% con la secundaria, el 4.7% con bachillerato, el 10.3% con nivel técnico, el 11.6% contaban con algún tipo de licenciatura y, el 1.8% con algún otro tipo de grado académico. (Ver tabla 2 y grafica 2)

Tabla 2. Escolaridad de los adultos mayores del presente estudio.		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Analfabeta</b>	29	7.6
<b>Primaria</b>	165	43.4
<b>Secundaria</b>	78	20.5
<b>Bachillerato</b>	18	4.7
<b>Técnico</b>	39	10.3
<b>Licenciatura</b>	44	11.6
<b>Otro</b>	7	1.8
<b>Total</b>	380	100.0

Fuente: Elaboración propia.

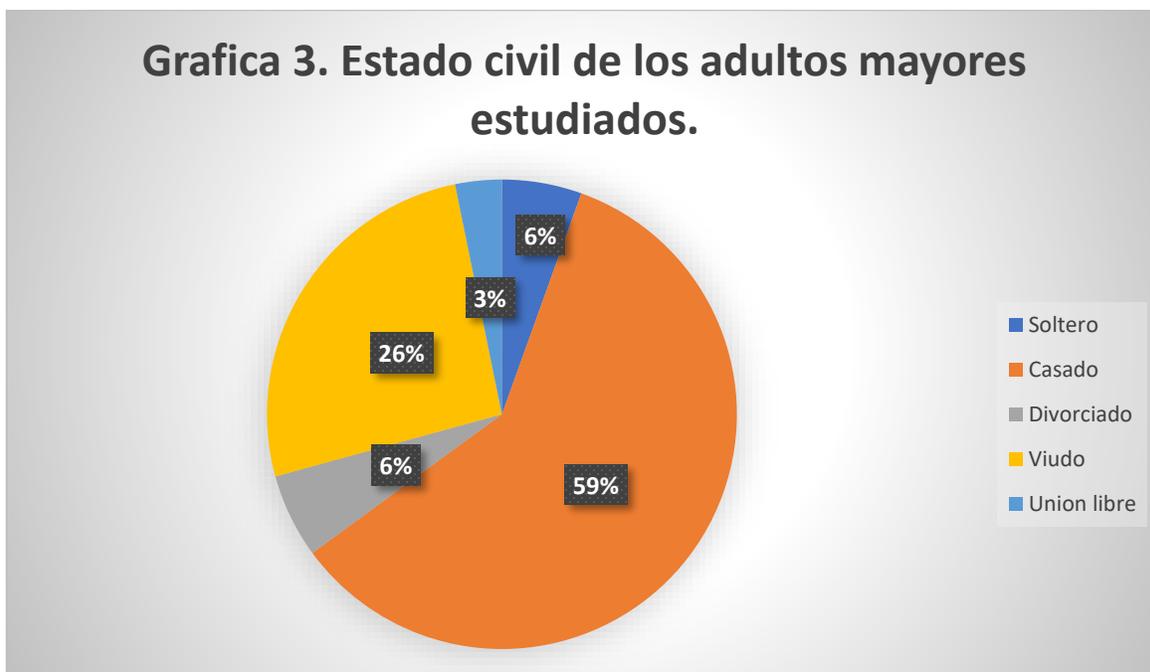


Fuente: Elaboración propia.

Con base al estado civil de los participantes del estudio se apreció que el 5.5% son solteros, el 59.5% están casados, el 5.8% son divorciados, el 26.1% viudos y el 3.2% viven en unión libre como se puede apreciar en la tabla 3 y grafico 3.

Tabla 3. Estado civil de los adultos mayores estudiados.		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Soltero</b>	21	5.5
<b>Casado</b>	226	59.5
<b>Divorciado</b>	22	5.8
<b>Viudo</b>	99	26.1
<b>Unión libre</b>	12	3.2
<b>Total</b>	380	100.0

Fuente: Elaboración propia.

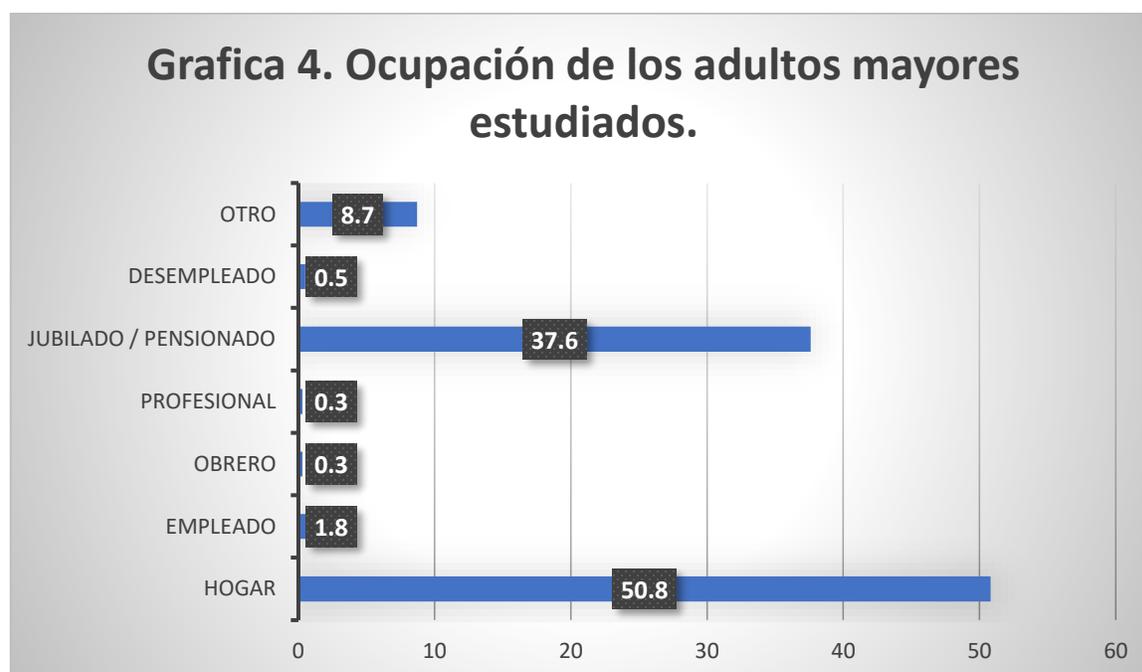


Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la ocupación, el 50.8% se dedicaban al hogar, el 1.8% son empleados, el 0.3% obreros, otro 0.3% profesionistas, el 37.6% jubilados o pensionados, el 0.5% se encontraban desempleados y el 8.7% se dedicaban a otra ocupación como se puede observar en la tabla 4 y grafica 4.

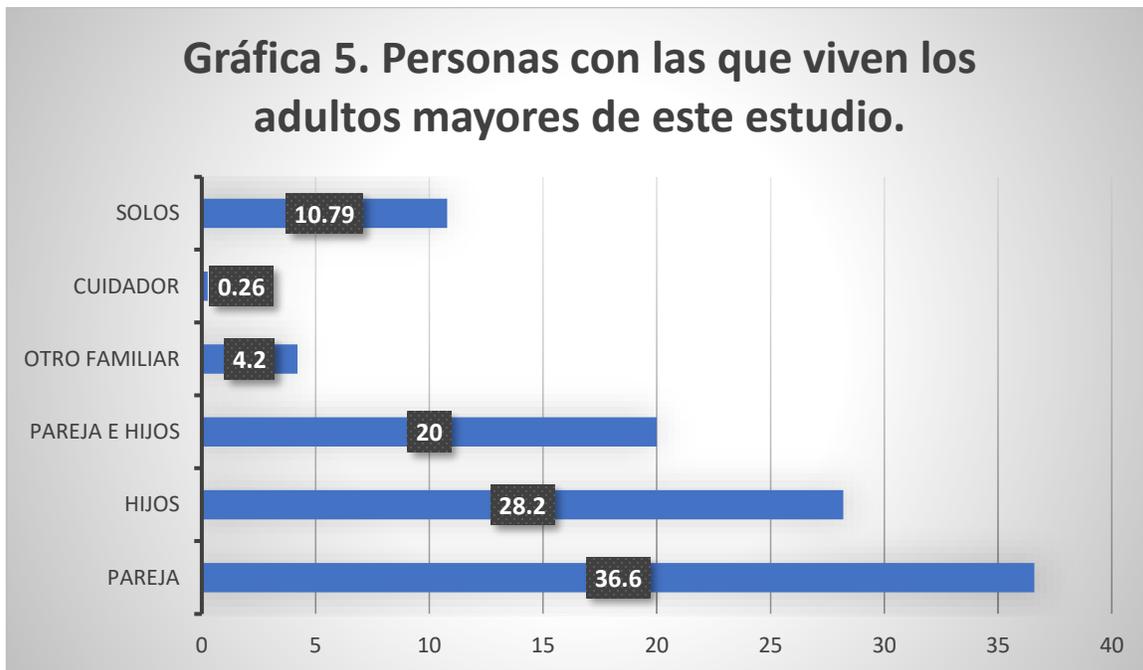
Tabla 4. Ocupación de los adultos mayores estudiados.		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hogar</b>	193	50.8
<b>Empleado</b>	7	1.8
<b>Obrero</b>	1	0.3
<b>Profesional</b>	1	0.3
<b>Jubilado o Pensionado</b>	143	37.6
<b>Desempleado</b>	2	0.5
<b>Otro</b>	33	8.7
<b>Total</b>	380	100.0

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

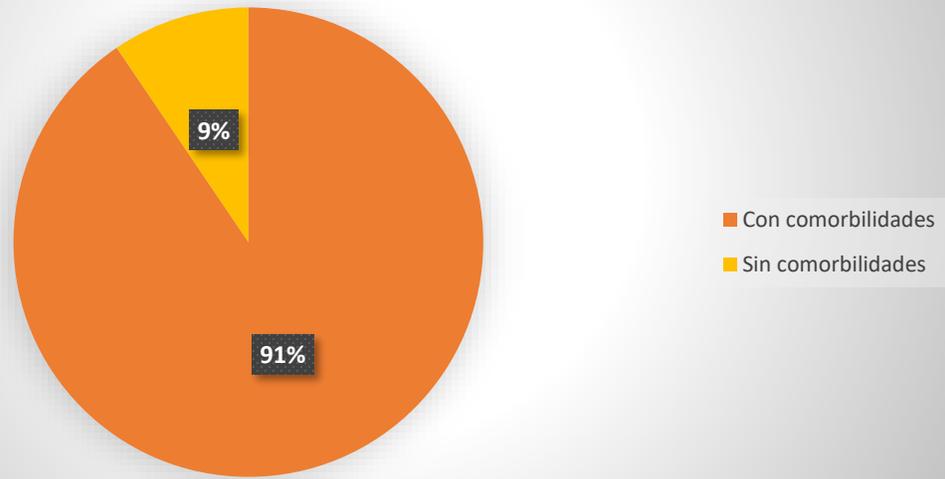
Con relación a las personas con las que viven los participantes, se identificó que el 36.6% (139) viven con su pareja, el 28.2% (107) viven con sus hijos, el 20% (76) viven con su pareja e hijos, el 4.2% (16) viven con otro familiar, el 0.26% (1) con algún cuidador y el 10.79% (41) viven solos. (Ver grafica 5).



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas con las que vivía la población estudiada, se identificó que el 90.53% (344) indicó tener comorbilidades (Ver grafica 6) de los cuales el 73.8% (254) padecen Hipertensión arterial sistémica, el 50.6% (174) Diabetes mellitus, el 1.5% (5) Enfermedad renal crónica, el 9% (31) enfermedades cardiovasculares y el 41.6% (143) otras comorbilidades (Ver tabla 5 y grafica 7).

**Gráfica 6. Comorbilidades en adultos mayores estudiados**



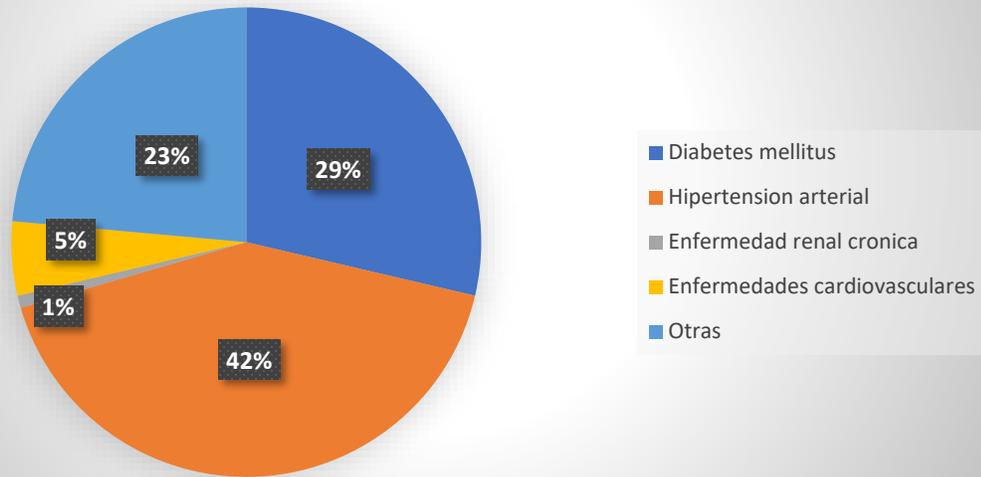
Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable comorbilidades de adultos mayores estudiados.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Diabetes mellitus</b>	174	50.6%
<b>Hipertensión arterial</b>	254	73.8%
<b>Enfermedad renal crónica</b>	5	1.5%
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	31	9.0%
<b>Otras</b>	143	41.6%

Fuente: Elaboración propia

**Grafica 7. Comorbilidades en los adultos mayores estudiados.**



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los pacientes que sufren comorbilidades, encontramos que el 51.31% (195) de ellos padecen 2 o más enfermedades, el 6.05% (23) con Osteoartrosis, el 4.47% (17) Hiperplasia prostática benigna, otro 4.47% (17) tienen Hipotiroidismo, el 4.21% (16) sufren algún tipo de Cáncer, el 3.94% (15) tienen alguna enfermedad reumatológica, siendo la Artritis reumatoide la más predominante. El 2.36% (9) se encuentra con alguna enfermedad pulmonar, principalmente Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica. Finalmente, se pudieron observar algunas otras enfermedades padecidas por la población estudiada, como son enfermedades de la columna vertebral (principalmente lumbalgia), fracturas recientes, depresión y ansiedad y padecimientos visuales en 1.84%, 1.57%, 1.57% y 1.31% respectivamente. Cabe mencionar que también se encontraron 2 pacientes con esclerosis múltiple, 1 paciente con enfermedad de Parkinson, y 1 paciente con secuelas por COVID-19. (Ver tabla 6).

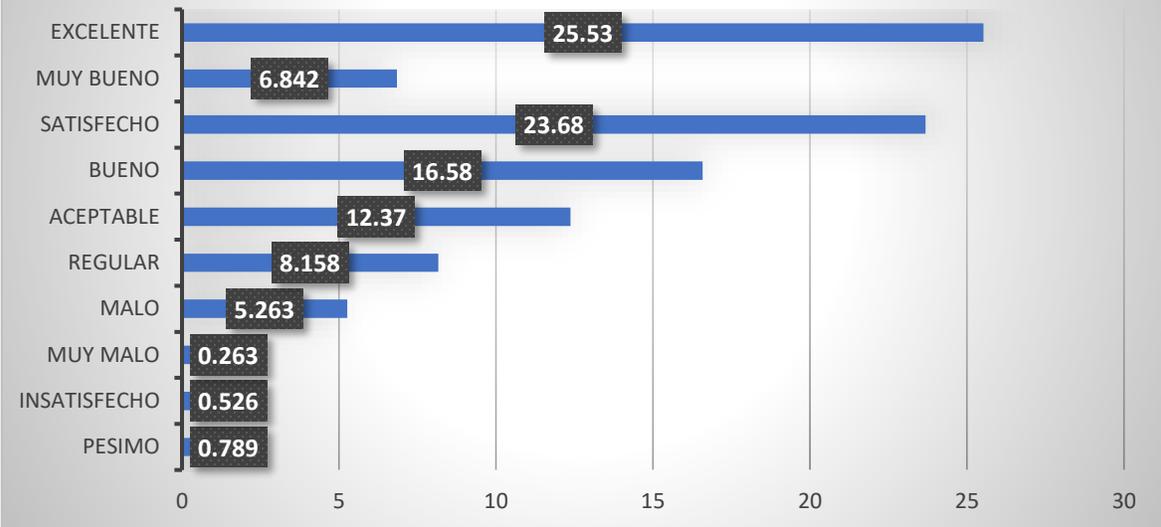
<b>Tabla 6. Otras comorbilidades encontradas en la población estudiada</b>		
Enfermedad	Número de pacientes	Porcentaje
<b>2 o más comorbilidades</b>	195	51.31
<b>Osteoartrosis</b>	23	6.05
<b>Hiperplasia prostática benigna</b>	17	4.47
<b>Hipotiroidismo</b>	17	4.47
<b>Cáncer (cualquier tipo)</b>	16	4.21
<b>Enfermedades reumatológicas</b>	15	3.94
<b>Enfermedades pulmonares</b>	9	2.36
<b>Enfermedades de la columna</b>	7	1.84
<b>Fracturas</b>	6	1.57
<b>Depresión y ansiedad</b>	6	1.57
<b>Enfermedades visuales</b>	5	1.31
<b>Secuelas pos-COVID-19</b>	1	0.26
<b>Enfermedad de Parkinson</b>	1	0.26

Fuente: Elaboración propia.

Con relación a los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario índice multicultural de calidad de vida (QLI-sp) se identificó que en relación con el bienestar físico el 25.5% (97) indicó sentirse excelente. El 23.68% (90) indicó sentirse satisfecho y el 16.58% (63) indicó tener un buen bienestar físico. Dentro de indicadores de bienestar físico menos frecuentes se encuentran muy bueno con 6.84%, aceptable 12.37%, regular 8.15%, malo 5.26%, muy malo 0.26%, insatisfecho 0.52% y pésimo 0.78% como se muestra en la gráfica 8.

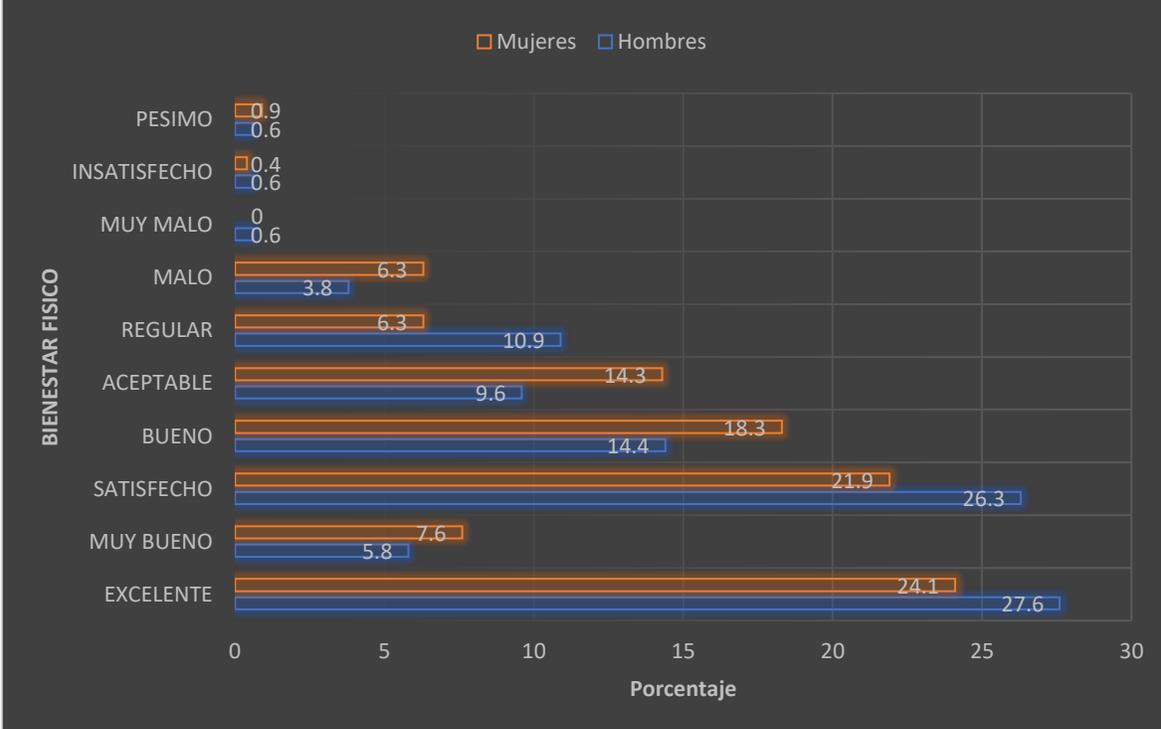
Al realizar el análisis por segmentos, se pudo observar que la mayor proporción de los hombres (27.6% / 105 personas) indicaron tener un excelente bienestar físico a diferencia de las mujeres en donde la mayor proporción indicó estar satisfecha (26.3% / 100 personas) con su estado físico. (Ver gráfica 9).

**Grafica 8. Bienestar físico de los adultos mayores estudiados.**



Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 9. Bienestar físico por sexo.**



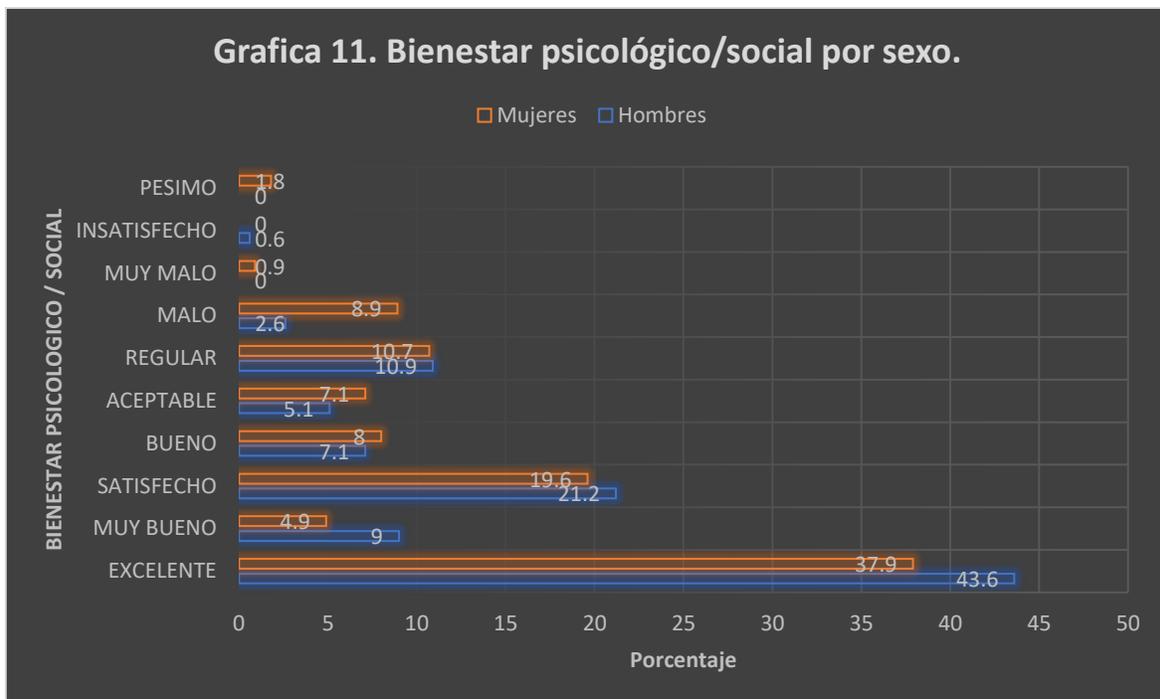
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al bienestar psicológico y social se observó que de manera general el 40.26% (153) tenían un excelente bienestar psicológico y social, el 20.26% (77) se encuentran satisfechos con su bienestar y, el 10.79% (41) indico tener un bienestar regular. Los indicadores encontrados con menos frecuencia fueron muy bueno, bueno, aceptable, malo, muy malo, insatisfecho y pésimo con 6.57%, 7.63%, 6.31%, 6.31%, 0.52%, 0.26% y 1.05% respectivamente. (Ver grafica 10).

Se identificó que nuevamente los hombres indicaron tener mayor proporción en cuanto a la clasificación de su bienestar psicológico y social observando que el 43.6% (166) tenían un panorama excelente y el 21.2% (81) estaban satisfechos a diferencia de las mujeres quienes indicaron en menor proporción tener un panorama excelente de su bienestar psicológico (37.9% / 144 personas) como se aprecia en la gráfica 11.



Fuente: Elaboración propia.

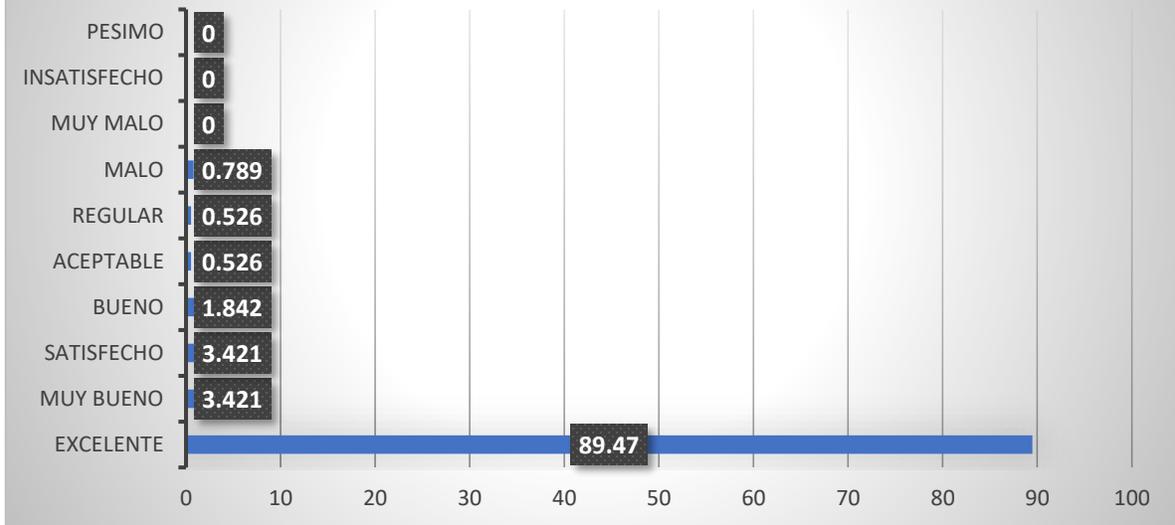


Fuente: Elaboración propia.

En lo que al autocuidado y funcionamiento independiente respecta, se observó que el 89.47% (340) de los participantes tenían un autocuidado excelente; siendo muy poco representativos los demás indicadores. (Ver grafica 12).

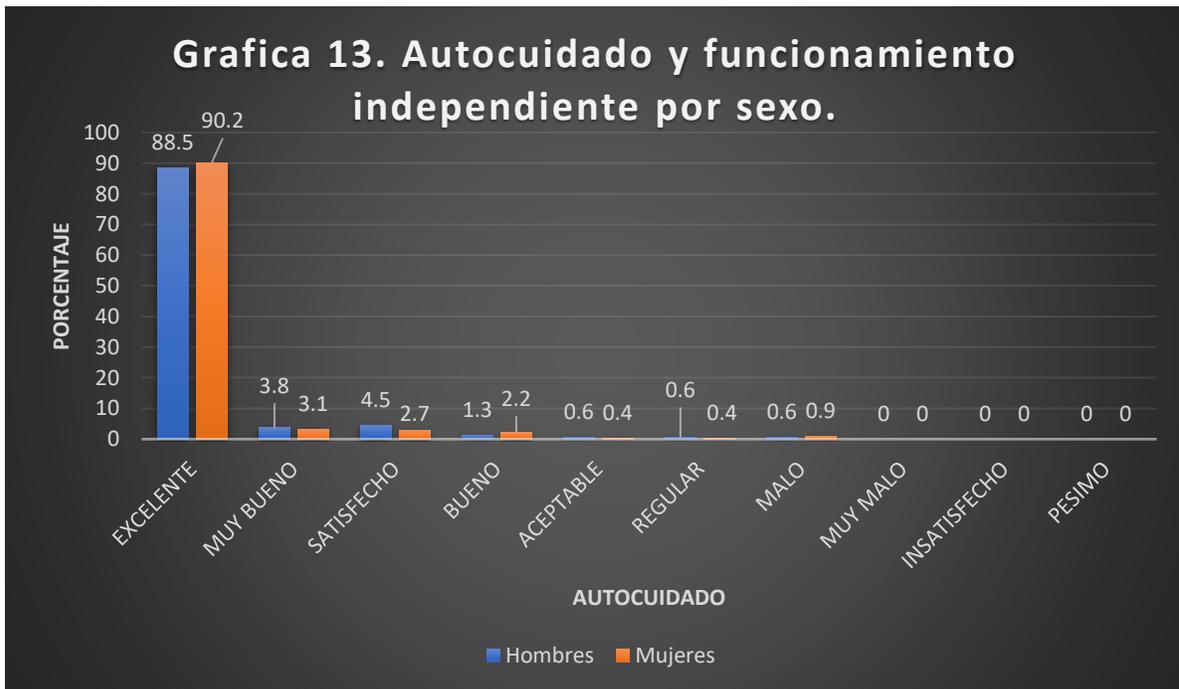
Las mujeres indicaron tener un autocuidado excelente en el 90.2% (202) de los casos respecto a los hombres que fue de 88.5% (138), evidenciando una muy mínima proporción para el autocuidado malo (0.6% en los hombres y 09% en las mujeres), como se observa en la gráfica 13.

**Grafica 12. Autocuidado y funcionamiento independiente de la población estudiada.**



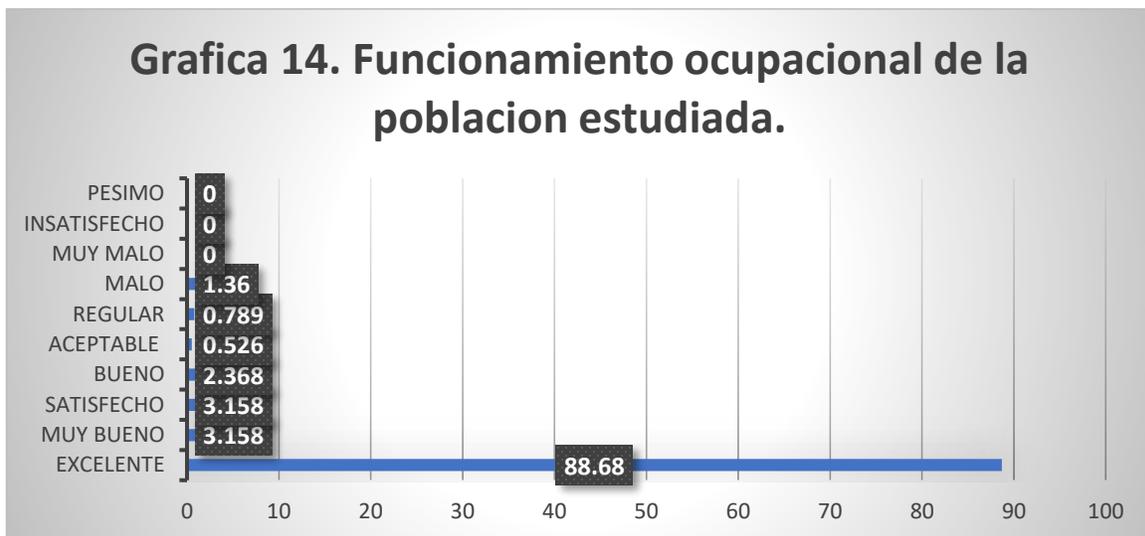
Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 13. Autocuidado y funcionamiento independiente por sexo.**

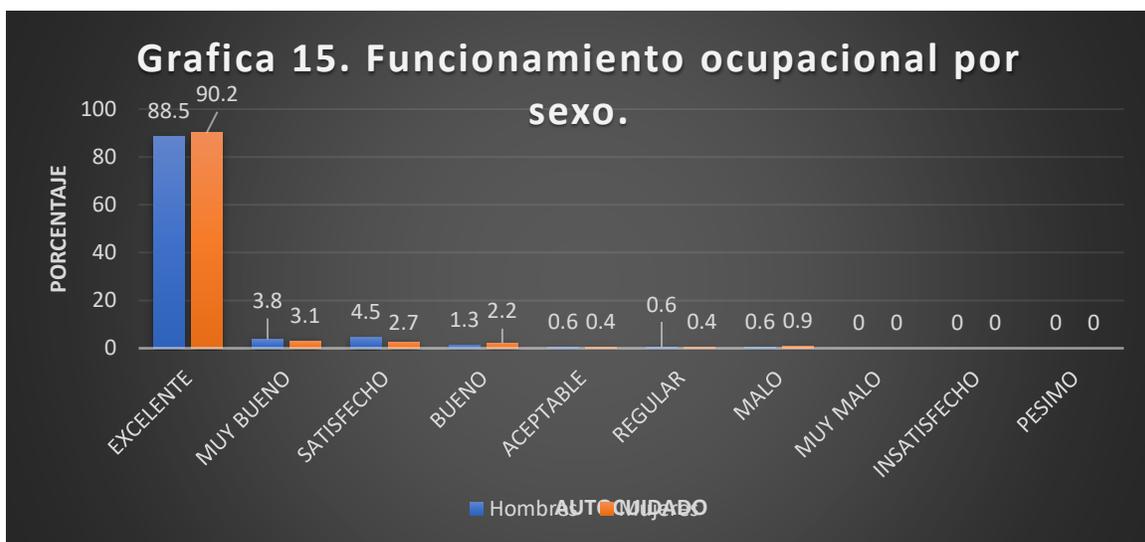


Fuente: Elaboración propia.

Para la funcionalidad ocupacional se evidencio que de igual manera fue excelente en el 88.68% (337) de los casos, siendo también muy poco representativos los demás indicadores. (Ver gráfica 14). Se encontró un mayor predominio para las mujeres en esta clasificación que fue de 90.2% (202) respecto a los hombres de 88.5% (138) como se muestra en la gráfica 15.



Fuente: Elaboración propia.

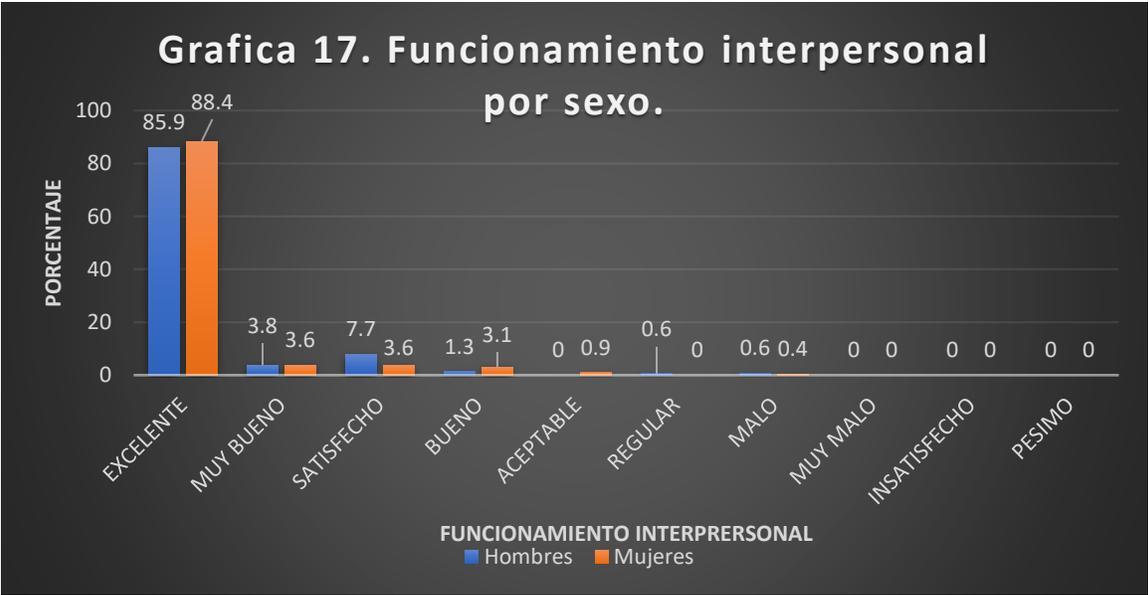


Fuente: Elaboración propia.

El funcionamiento interpersonal fue otro de los rubros evaluados en donde de manera general se observó que el 87.37% (332) indicaron tener un funcionamiento excelente (Gráfica 16), observando que nuevamente las mujeres destacan en este rubro con el 88.4% (198) respecto a los hombres de 85.9% (134) como se aprecia en la gráfica 17. Los demás indicadores fueron estadísticamente poco significativos.

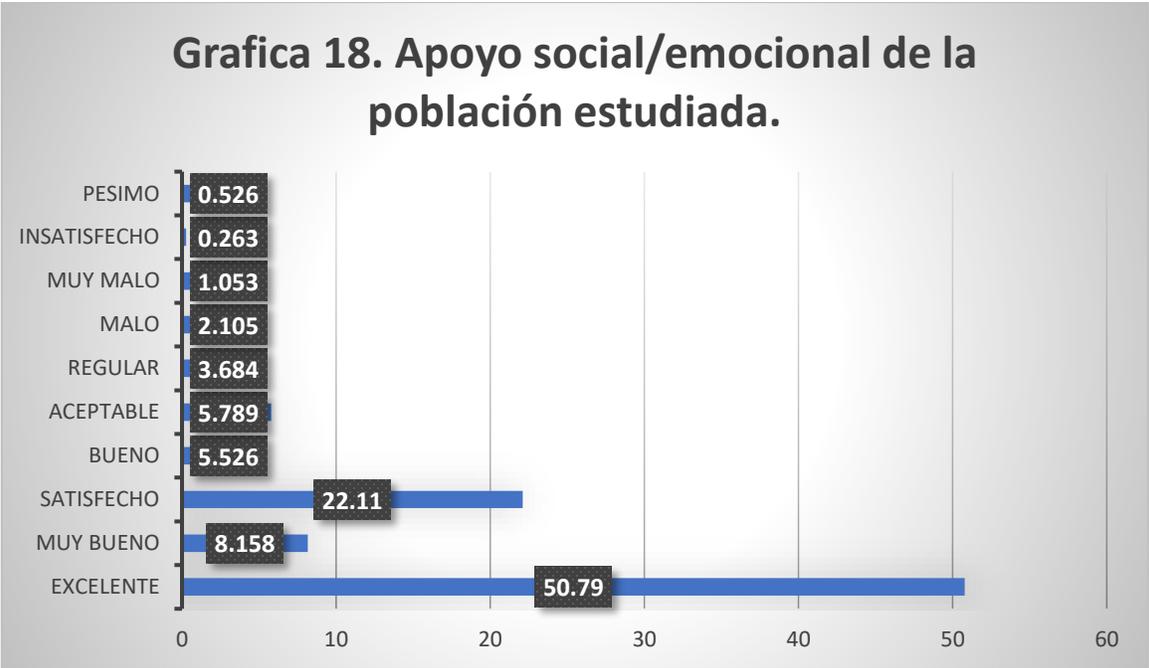


Fuente: Elaboración propia.

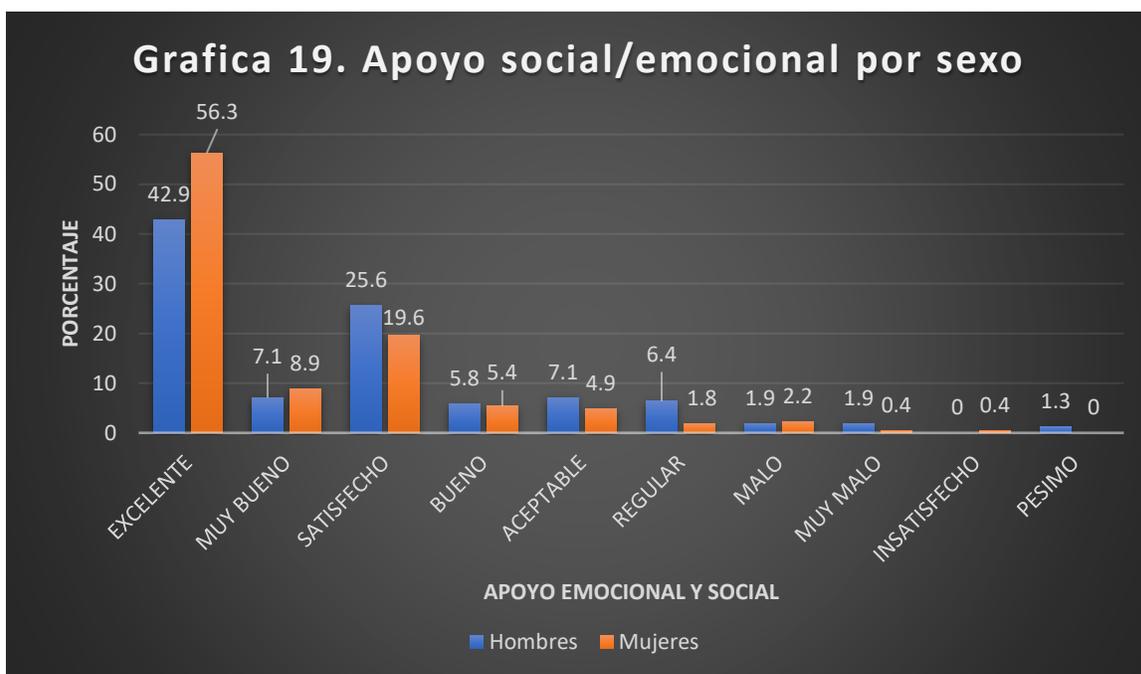


Fuente: Elaboración propia.

Con relación al apoyo social y emocional se evidencio que el 50.79% (193) tuvieron un excelente apoyo emocional, el 22.11% (84) estaban satisfechos con el apoyo recibido y el 8.15% (31) indicaron tener un apoyo muy bueno como se observa en la gráfica 18. Al analizar la clasificación por sexo se observó que las mujeres tuvieron mayor apoyo el indicar que el 56.3% (126) tuvo un apoyo excelente y el 8.9% (20) tuvieron un apoyo muy bueno en comparación con los hombres quienes mencionaron tener apoyo excelente en el 42.9% (67) de los casos y apoyo muy bueno en el 7.7% (12) como se muestra en la gráfica 19. Los demás indicadores no fueron estadísticamente significativos.



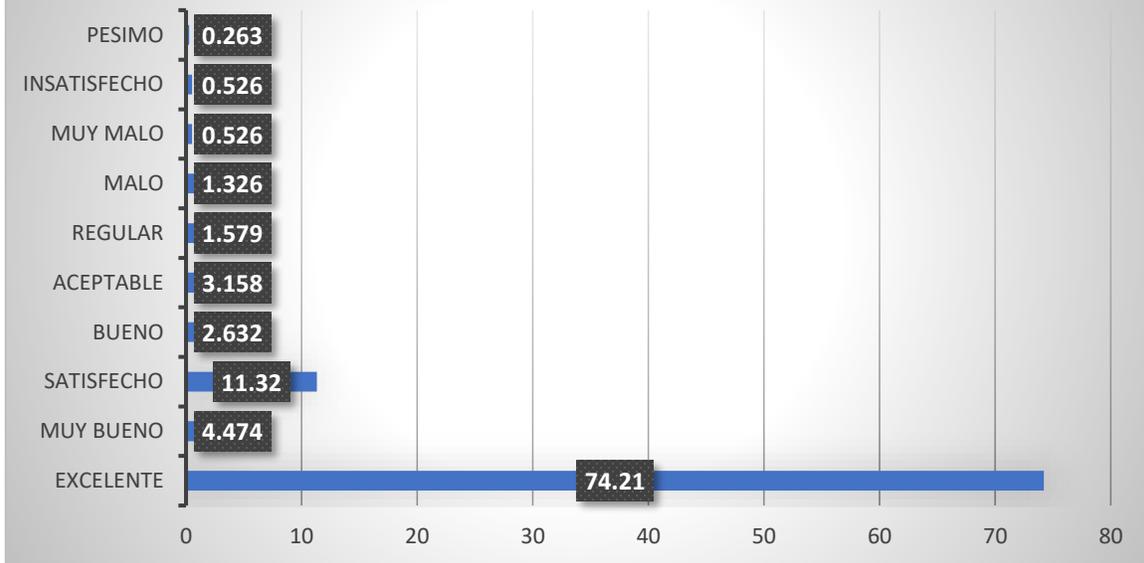
Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al apoyo comunitario y de servicios el 74.21% (282) menciono haber tenido un apoyo excelente, el 11.32% (43) estar satisfecho con el apoyo obtenido y solo un 4.47% (17) indico tener un apoyo muy bueno (Ver gráfica 20). Se observa una pequeña diferencia entre la frecuencia del apoyo emocional excelente en las mujeres de 75% (168) respecto a los hombres que fue de 73.1% (114) así como en la frecuencia de estar satisfechos con el apoyo comunitario en donde el 12.5% (28) de las mujeres indico estar satisfecha y solo el 9.6% (15) de los hombres indicaron dicha satisfacción como se observa en la gráfica 21. Los demás indicadores no fueron estadísticamente significativos.

**Grafica 20. Apoyo comunitario y de servicios**



Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 21. Apoyo comunitario y de servicios por sexo.**

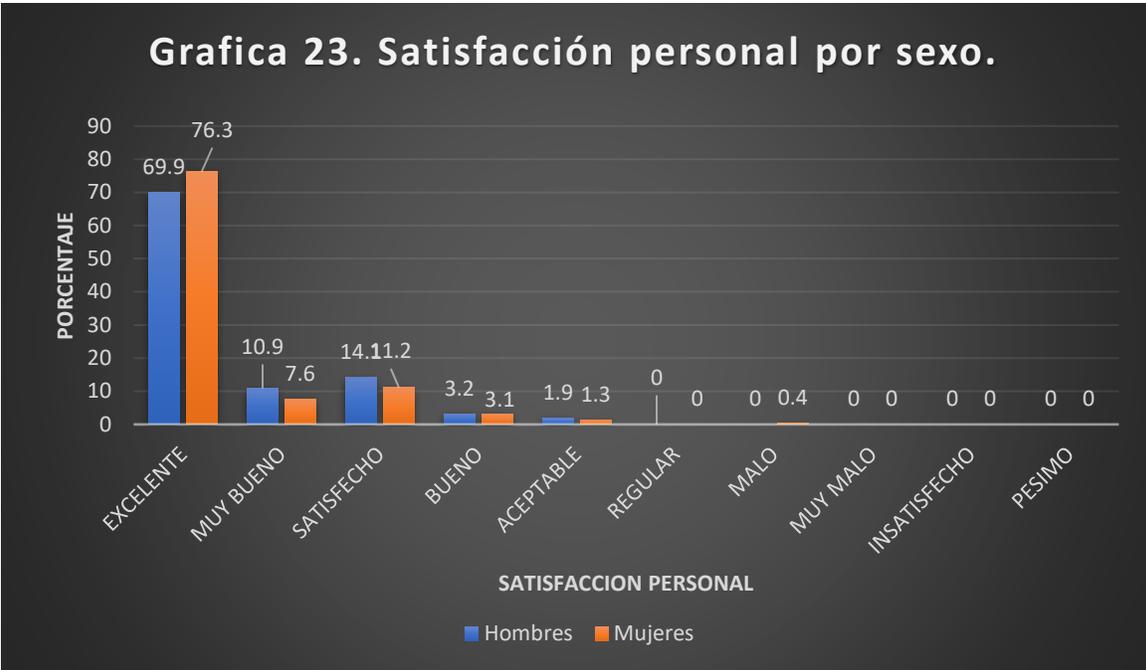


Fuente: Elaboración propia.

De manera general se pudo observar que el 73.68% (280) de los participantes tenían una excelente satisfacción personal, el 12.37% (47) estaban satisfechos con ella y el 8.94% (34) indicaron tener una satisfacción personal muy buena (Ver gráfica 22). Así mismo se evidencio que el 76.3% (171) de las mujeres tienen una excelente satisfacción personal, mientras que los hombres indicaron tener una muy buena satisfacción personal 10.9%, (17) en comparación con las mujeres 7.6%, (17) y solo el 0.4% (1) de las mujeres indicaron tener una mala satisfacción personal como se observa en la gráfica 23.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al funcionamiento espiritual, se observó que el 84.73% (322) tienen una satisfacción espiritual excelente (sin diferencias significativas por sexo), el 6.34% (24) muy buena y el 7.78% (30) están satisfechos como se observa en las gráficas 24 y 25. El resto de los indicadores no fueron estadísticamente significativos.



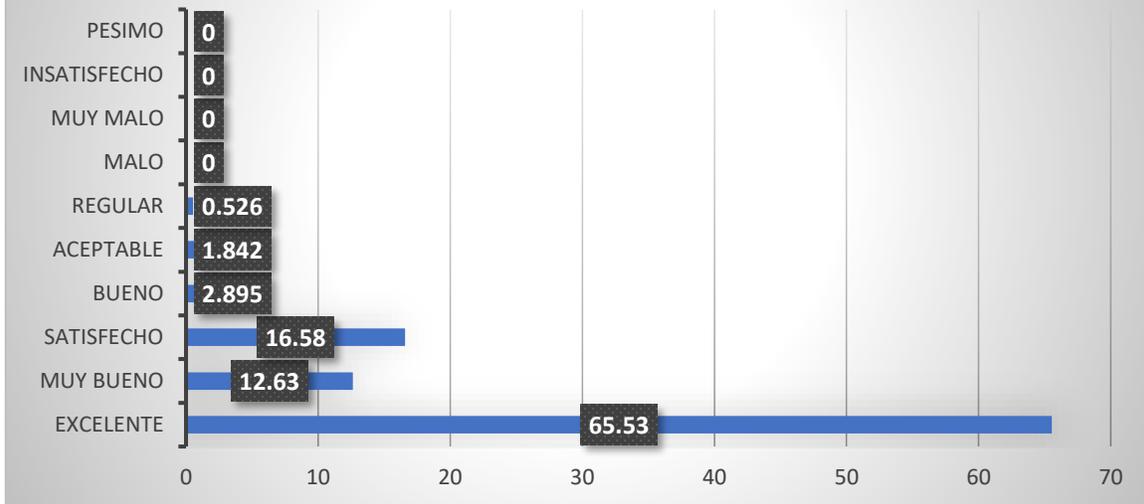
Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

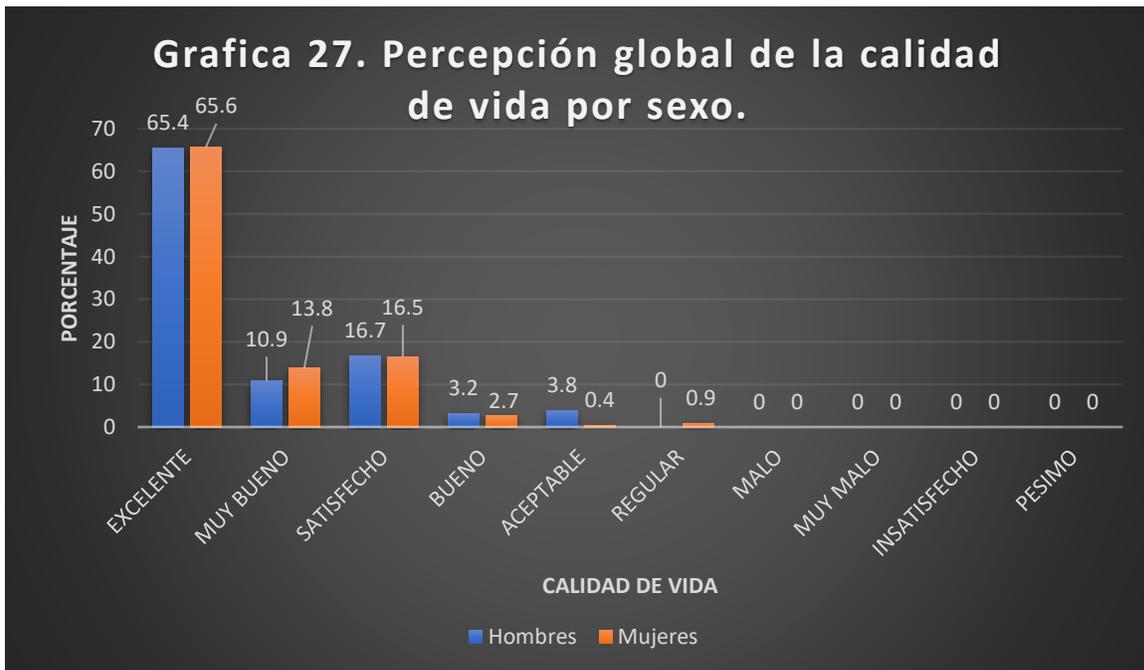
Finalmente, al analizar la percepción global de la calidad de vida, se pudo observar que el 65.53% (249) de los participantes tuvieron una percepción de la calidad de vida excelente, el 16.58% (63) estuvieron satisfechos con su calidad de vida y el 12.63% (48) consideraron tener una muy buena calidad de vida como se observa en la gráfica 26. Así mismo se observó una similitud entre la percepción de la calidad de vida entre ambos sexos entre las clasificaciones “excelente” y “satisfecho”, no obstante, se observó una diferencia en la frecuencia de la clasificación “muy buena” en donde una mayor proporción de mujeres 13.8% (31) indicaron tener una calidad de vida muy buena en comparación a los hombres 10.9% (17). De igual manera se evidenció una diferencia entre ambos sexos para la clasificación de calidad de vida aceptable en donde el 3.8% (6) de los hombres indico tener una calidad de vida aceptable respecto a las mujeres 0.4% (1) como se observa en la gráfica 27.

**Grafica 26. Percepción global de la calidad de vida**



Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 27. Percepción global de la calidad de vida por sexo.**



Fuente: Elaboración propia.

## **XI. DISCUSION**

Esta investigación se centró en determinar la percepción de la calidad de vida en derechohabientes mayores a 60 años atendidos en el HGZ/MF No.1, Pachuca, Hidalgo. Se toma como referencia la definición de calidad de vida propuesta por la OMS <sup>27</sup>, la cual define “la percepción del individuo y de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

En este sentido, los hallazgos obtenidos evidencian de manera general que la percepción de la calidad de vida de nuestra muestra de estudio fue “excelente”, en el 65.53% de los casos. El 12.63% indicó percibir una “muy buena” calidad de vida y el 16.58% refirieron estar “satisfechos” con su calidad de vida. Estos resultados se asemejan a lo reportado por Lecot <sup>32</sup>, en donde se evidenció que el 85% de su muestra de estudio percibieron una calidad de vida buena y el 15% medianamente buena.

Así mismo, se pudo evidenciar una discreta diferencia entre la percepción de la calidad de vida por sexo, identificando que las mujeres indicaron tener una “excelente calidad de vida” en mayor proporción (65.6%) respecto a los hombres (65.4%). Dichos datos muestran una muy pequeña diferencia entre la comparativa, lo cual coincide con lo reportado por Herrera Cela et al <sup>34</sup>, quienes en su estudio no encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y calidad de vida.

Por su parte, autores como Gallardo Peralta et al <sup>35</sup>, reportan que, a pesar de no evidenciar diferencias significativas entre la calidad de vida global respecto al sexo, si se identificó que los hombres poseen resultados más positivos en el dominio salud física y salud psicológica. Esto al compararse con nuestros hallazgos coincide al evidenciar una mayor proporción para el excelente bienestar físico en los hombres (27.6%) en comparación con las mujeres (24.1%) así como para el excelente bienestar psicológico y social en los hombres (43.6%) respecto a las mujeres (37.9%).

Respecto a la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, señaladas en este estudio por las dimensiones 3 y 4 del cuestionario QLI/sp (autocuidado y funcionamiento independiente y, funcionamiento ocupacional), se apreció que hasta el 89.47% y 88.68% respectivamente, indicaron tener un autocuidado y funcionamiento independiente, así como funcionamiento ocupacional excelentes. Se puede observar una diferencia relativamente significativa por sexo en ambas dimensiones, con una inclinación propicia hacia el mejor funcionamiento en mujeres respecto a los hombres, lo cual podría representar una discreta pero mayor proporción de calidad de vida percibida en ese grupo.

Observamos que hasta el 90.53% de la población estudiada, indicó tener comorbilidades asociadas, principalmente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Hasta el 41.6% refirió padecer otras comorbilidades asociadas, incluso, algunos de los pacientes mencionaron tener varias de esas enfermedades al mismo tiempo. Este resultado implica que se trata de una variable confusora, ya que se encontraron múltiples enfermedades que realmente pueden o no influir en la percepción global de la calidad de vida pudiendo menguar los resultados de esta.

Consideramos importante mencionar que a pesar de las comorbilidades asociadas o los bajos puntajes en algunos rubros del cuestionario aplicado (QLI/SP), el 84.73% de la población estudiada, refiere tener una satisfacción espiritual excelente (sin diferencias estadísticamente significativas por sexo); lo cual impacta de manera importante en la percepción global de la calidad de vida. Esto podría significar que las creencias de tipo religioso/espiritual en los adultos mayores influyen positivamente en la forma en la que están envejeciendo, favoreciendo una mejor calidad de vida percibida.

Así mismo, consideramos el tiempo de la investigación como una limitante para nuestros resultados, ya que solo se pudo relacionar a las variables de estudio en un tiempo único y en una población determinada, lo cual, no permitió comprobar si

hubo cambios con relación a la percepción de la calidad de vida o poder indicar si era causa de determinadas circunstancias del momento.

## **XII. CONCLUSIONES**

De acuerdo con los hallazgos antes descritos podemos concluir que:

1. Se observó un predominio para el sexo femenino (58.95%) respecto al masculino (41.05%) de la población estudiada.
2. La media de edad fue de 71.79  $\pm$ 7.63 años, con un mínimo de edad de 60 años y un máximo de 94 años.
3. De manera general el 65.53% de los participantes tenían una excelente percepción sobre su calidad de vida y el 12.63% consideraron tener una muy buena calidad de vida.
4. La percepción de la calidad de vida por sexo, fue ligeramente diferente identificando que las mujeres indicaron tener una “excelente calidad de vida” en mayor proporción (65.6%) respecto a los hombres (65.4%%).
5. La percepción global de la calidad de vida de los adultos mayores mejora significativamente teniendo en cuenta las creencias religiosas/espirituales, a pesar de las comorbilidades asociadas.
6. Finalmente concluimos aceptando nuestra hipótesis alterna afirmando que “Existe una buena percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF NO. 1, Pachuca, Hgo.”

## **XII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **Recursos humanos.**

Médico residente de medicina familiar, asesores metodológico y clínico con experiencia en el tema, así como personal administrativo que laboran en el HGZ/MF No 1 de Pachuca, Hgo.

### **Recursos materiales**

Materiales de oficina, tecnología de cómputo, hojas de recolección de datos, impresora.

### **Recursos financieros**

Los gastos generados durante la investigación fueron costeados con recursos propios del investigador principal.

### **Factibilidad**

Se contó con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

### XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO CONCEPTO		2021											
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ELECCIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN.	P												
	R												
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P												
	R												
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P												
	R												
INGRESO A SIRELCIS	P												
	R												
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P												
	R												
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P												
	R												
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P												
	R												
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P												
	R												
CONCLUSIONES.	P												
	R												
PRESENTACIÓN DE TESIS	P												
	R												

P= proyectado

R= realizado

#### XIV. REFERENCIAS

1. Neugarten, B. L. The future and the young old. *The Gerontologist*. 1975; 15: 49.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Anexo Programas y Proyectos [monografía en internet]. OMS, 2018.
3. Gañán, A. y Villafruela, I. El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015;5(1): 75-87.
4. Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez ML. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
5. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población, 2004.
6. González González CA, Rojas AV. Panorama demográfico en México: presente y futuro. Documento de trabajo. INGER; 2015.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre), 2016. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI; 28 de septiembre de 2016. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/sala>.
8. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México 2011. México, DF: CONAPO; noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2463/1/images/SDM2011.pdf>.
9. Onedera J, Stickle F. Healthy aging in later life. *Fam J*. 2008;16(1):73–7.
10. Cotter, K & Lachman, M. Psychosocial and behavioural contributors to health: Age-related increases in physical disability are reduced by physical fitness. *Psychology & Health*. 2010; 25 (7): 805-820.
11. Gutiérrez Robledo LM, et al. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso de vida sano para una vejez plena. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud

- Pública; 2013.
12. Manrique B, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*; 2013; vol. 55(sup 2):323- 331.
  13. Lozano R, Gómez Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990- 2010. Nuevos resultados y desafíos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.
  14. Prince D, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group populationbased cohort study. *Lancet* 2012; 380(9836):50–58.
  15. O'Rourke, A. M., Duggleb, W., Fraser, K. y Jorke, L. Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015; 63(1), 24-38.
  16. Maciá, E., Duboz, P., Montepare, J. M. y Gueye, L. Exploring life satisfaction among older adults in Dakar. *Journal of Cross Cultural Gerontology*. 2015; 30(4): 377-391.
  17. Limón, I. y Berzosa, G. Siglo XXI, Envejecimiento y solidaridad. *Revista Galega do Ensino*. 2006;14(48): 59-88.
  18. Gutiérrez Robledo LM y Gutiérrez Ávila JH (coords.). *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*. México: Instituto de Geriátria; 2010. Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras\\_publicaciones.html#doce](http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html#doce)).
  19. Rico-Rosillo M,Oliva-Rico D, Vega-Robledo G. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56(3):287-94.
  20. Staudinger, U. M. Images of aging: Outside and inside perspectives. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 2015; 35(1): 187-209.
  21. Baltes, P. B. y Baltes, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes, (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the*

- behavioural sciences (pp.1-35). Cam.
22. Fernández-Ballesteros, R. Hacia una vejez competente. En M. Carretero, A. Marchesi y J. Palacios (dirs.) *Psicología evolutiva*. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial. 1986.
  23. Baltes, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*. 1987; 23(5): 611-626.
  24. Stowe, J. D. y Cooney, T. M. Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*. 2014; 55(1): 43-50.
  25. Fernández-Ballesteros, R. Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*. 2002; 58(4):645-661.
  26. Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-Lopez, C. y Zuddas, C. Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2016; 51(4): 229-241.
  27. OMS-DIVISION DE SALUD MENTAL. Medición de la Calidad de Vida. Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF). WHO/I,1SIJN,1NH/PSF/, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf> (.).
  28. Ramírez R, Agredo R, Jerez A y Chapal L. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. Salud Pública*. Colombia. 2008; 10 (4):529-536.
  29. Olivi A, Fadda G, Pizzi M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de Población*, México 2015;21(84): 227-249.
  30. Rosales R., García R. Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN.Cuba*. Ene 2014;18(1)61-67.
  31. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(5):301-5.
  32. Lecot, J. Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que

participan de los talleres de UPAMI (Tesis de grado). Marzo, 2016.  
Disponible en:  
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

33. Maldonado Guzmán, G. y Mendiola Infante, S. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores (Tesis de grado). 2009. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.pdf>
34. Herrera Cela, C. B. y Mora Santacruz, J. H. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL- OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de quito (Trabajo de grado). 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>
35. Gallardo-Peralta, Lorena, Córdova Jorquera, Isabel, Piña Morán, Marcelo, & Urrutia Quiroz, Beatriz. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*. 2018; 17(49): 153-175.

**XV. ANEXOS**

Folio: \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HGZ/MF No. 1, PACHUCA, HGO**

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico: Bajo: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_ Alto: \_\_\_\_\_

Personas con las que vive:

Pareja: \_\_\_\_\_ Hijos: \_\_\_\_\_ Pareja e hijos: \_\_\_\_\_ Otro familiar: \_\_\_\_\_ Cuidador: \_\_\_\_\_ Solo: \_\_\_\_\_

Comorbilidades:

Diabetes: \_\_\_\_\_ Hipertensión: \_\_\_\_\_ Enfermedad Renal: \_\_\_\_\_ Enfermedades cardiovasculares: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

**Instrumento Índice multicultural de calidad de vida (QLI/Sp)**

Marque con una X la casilla que corresponda según su percepción para cada uno de los ítems, de acuerdo con la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pésimo	Insatisfecho	Muy malo	Malo	Regular	Aceptable	Bueno	Satisfecho	Muy bueno	Excelente

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Bienestar físico ¿Qué tan bien se siente usted con su salud teniendo en cuenta su actividad física?										
2.- Bienestar psicológico/social ¿Qué tan bien se ha sentido usted de ánimo?										
3.- Autocuidado y funcionamiento independiente ¿Qué tan capaz se siente para realizar actividades cotidianas diarias? (Peinarse, lavarse los dientes, bañarse, vestirse, ir al baño)										
4.- Funcionamiento ocupacional ¿Qué tan capaz se siente de ejercer labores del hogar (lavar la loza, cocinar, tender la cama) o de trabajo?										
5.- Funcionamiento interpersonal ¿Qué tan capaz es usted para relacionarse con otras personas como la familia, amigos y desconocidos?)										
6.- Apoyo social/emocional ¿Qué tan bien se siente con el apoyo brindado por la institución y cuidadores?										
7.- Apoyo comunitario y de servicios ¿Qué tan bien se siente con los servicios prestados por la institución y su vecindario?										
8.- Satisfacción personal ¿Qué tan bien se siente con usted como persona?										
9.- Satisfacción espiritual ¿Qué tan bien se siente al respecto con sus creencias?										
10.- Percepción global de la calidad de vida ¿Qué tan bien se siente con su vida?										

**¡Gracias por su participación!**

# Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS  
DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

## CARTA DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio:	Percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca, Hidalgo; a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos haciendo una cordial invitación para participar en nuestro estudio el cual tiene como finalidad conocer la percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida, ya que en algunas ocasiones la calidad de vida se ve limitada por cuestiones psicológicas y complicaciones de salud.
Procedimientos:	Si usted decide participar en el estudio, se le pedirá su autorización mediante la firma de este documento. Posteriormente se solicitará llene una hoja en el cual se tomaran algunos datos e información sobre estado de salud actual. El tiempo estimado que le llevara el llenado del instrumento es de 5 a 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Durante el llenado de la encuesta, usted pudiera sentirse incómodo al contestar alguna de las preguntas del contenido.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La participación en este estudio no le generará un beneficio directo; pero será de gran utilidad para tener conocimiento y comprensión sobre lo estudiado, de ahí la importancia de su valiosa participación. Su participación en el estudio no le hará acreedor a ninguna compensación económica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted podrá conocer los resultados de su evaluación.
Participación o retiro:	Usted tiene la garantía de recibir respuesta a cualquier duda o aclaración. Su participación es completamente voluntaria, tiene derecho a formar parte del estudio o no; o bien a retirarse en el momento que desee aun habiendo otorgado su consentimiento para participar, sin necesidad de comentar las razones de su decisión y sin que esto afecte o repercuta en su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Tenga la seguridad de que no se identificaran sus datos personales y de que se mantendrá estricta confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, asegurando que, en caso de ser publicado o presentado el trabajo se mantendrán en forma anónima sus resultados.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> Sí autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	La participación en este estudio no generará un beneficio directo para usted, pero será de gran utilidad para tener un conocimiento más amplio y mejor comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Dr. Omar Barraquán Pelcastre HGZ/UMF No.1 Matrícula:99134457TEL:7714142907</u>
Colaboradores:	<u>Dra. Yureni Uribe Vázquez HGZ/MF No.1 Matrícula: 99134573 TEL: 7711465857</u> <u>Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández UMF No. 34 Matrícula: 9730435 TEL: 7711929485</u> <u>Dr. Raúl Armando Chávez Bautista HGZ/MF No.1 Matrícula:98131462 TEL: 5561229416</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 o comunicarse al correo: comite.etica.investigacion12018@gmail.com.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma