



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
SAN LUIS POTOSÍ, SLP

**CALIDAD DE VIDA ENTRE EL ADULTO MAYOR EN ETAPA DE
VIUDEZ Y EL ADULTO MAYOR NO VIUDO EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 49
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ EN EL PERIODO
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2011**

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

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ CÁRDENAS



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.

**CALIDAD DE VIDA ENTRE EL ADULTO MAYOR EN ETAPA DE
VIUDEZ Y EL ADULTO MAYOR NO VIUDO EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 49
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ EN EL PERIODO
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

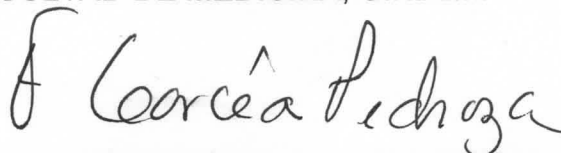
PRESENTA

DR. FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ CÁRDENAS

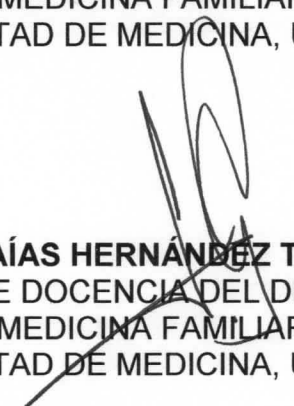
AUTORIZACIONES



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



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**CALIDAD DE VIDA ENTRE EL ADULTO MAYOR EN ETAPA DE
VIUDEZ Y EL ADULTO MAYOR NO VIUDO EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 49
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ EN EL PERIODO
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 201**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ CÁRDENAS

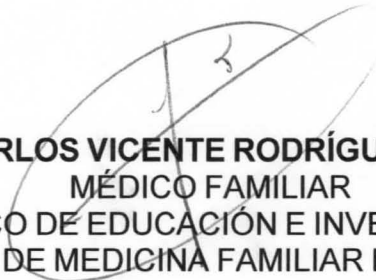
AUTORIZACIONES



DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESÚS
MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.47, I.M.S.S.
ASESOR DE TEMA



DR. HÉCTOR DE JESÚS ANDRADE RODRÍGUEZ
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE TESIS



DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ
MÉDICO FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, I.M.S.S.

ÍNDICE

1	Resumen	2
2	Introducción	3
3	Marco Teórico	4
4	Planteamiento del problema	16
5	Justificación del estudio	18
6	Objetivos	20
7	Hipótesis	21
8	Material y métodos	22
9	Criterios de selección	22
10	Operacionalización de variables	23
11	Métodos o procedimientos	28
12	Instrumento de evaluación	29
13	Consideraciones éticas	29
14	Resultados	31
15	Discusión	57
16	Conclusiones	59
17	Bibliografía	61
18	Anexos	65

Calidad de vida entre el adulto mayor en etapa de viudez y el adulto mayor no viudo en derechohabientes de la unidad de medicina familiar 49 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación San Luis Potosí en el periodo noviembre-diciembre 2011

Jiménez-Cárdenas Francisco Javier¹, Andrade-Rodríguez Héctor de Jesús², Nieva-de Jesús Rafael Natividad³

¹Residente de Medicina Familiar.²Medico Familiar Maestría en Investigación Clínica, Diplomado de Profesionalización Docente nivel 1 y 2, asesor estadístico y metodológico. ³ Medico Familiar Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Diplomado de Profesionalización Docente nivel 1, Diplomado en Bioética, asesor clínico.

RESUMEN

“Calidad de vida” es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, salud y grado de interacción social, ambiental y a múltiples factores; es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación...); contribuyendo para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento. Las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante de forma individual y diferente influye en su salud física, mental, con temor al abandono, muerte, dependencia o invalidez”.

(1, 2, 3)

Objetivo General. Comparar la calidad de vida entre el adulto mayor en etapa de viudez y el adulto mayor no viudo en derechohabientes de la unidad de medicina familiar 49 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación San Luis Potosí.

Materiales y métodos: estudio observacional analítico descriptivo, transversal comparativo, por muestreo no probabilístico por conveniencia en 226 adultos mayores de 60 años de edad, de noviembre-diciembre del 2011, utilizando el cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q). Variable dependiente: calidad de vida. Variables independientes: adultos mayores viudos y no viudos. Con Aplicación de estadística no paramétrica, medidas de tendencia central, proporciones y dispersión. Aplicación de Anova, porcentajes y Chi cuadrada.

INTRODUCCIÓN

Con un poco más de 6200 millones de personas, la población mundial creció 1.23% por año, con un aumento de 77 millones de personas en 365 días. De acuerdo con las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el planeta tendrá 9300 millones de habitantes en 2050, esta cifra es solamente una estimación promedio y por ello la ONU trabaja en otros escenarios posibles. Dependiendo de los factores que se consideren, la población se estima que oscilará entre 7900 y 10 900 millones y se prevé que el 22% de los habitantes del planeta será mayor de 60 años en el 2050, por consiguiente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes dado que traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de todos los países. ^(2, 3)

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta y se estima que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. En Europa y América del Norte, esta población sobrepasa ya en algunas localidades el 20% del total. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. ^(4, 5)

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. El tema de calidad de vida es amplio, tanto en el concepto como en la trascendencia que puede representar, pues durante los últimos años se han tratado de realizar cambios significativos en la salud de la población, cuyo objetivo es mejorar, precisamente la calidad de vida. De inicio es importante definir lo que es calidad, lo que puede hacerse para los diferentes niveles. Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. ⁽⁶⁾

MARCO TEÓRICO

El crecimiento de la población asume dimensiones diferentes cuando se comparan el mundo desarrollado y el subdesarrollado. En las naciones más pobres se concentra el 95% del crecimiento del planeta. Actualmente, las regiones menos desarrolladas congregan a cerca de 5200 millones de personas mientras que en las más desarrolladas hay apenas mil millones. El proceso conocido como de transición demográfica ocurre en prácticamente todos los países y se caracteriza por el desarrollo de la mortalidad, al tiempo que también baja, irónicamente, la fecundidad. Si aumenta la duración de la vida de las personas y al mismo tiempo, disminuye el número de nacimientos, se incrementa la proporción de ancianos en el conjunto de la población. La esperanza de vida aumentó en más de 20 años, durante las últimas cinco décadas, esta es la tendencia mundial actual. ⁽³⁾

En el comienzo de este siglo se ha observado un incremento en la esperanza de vida. Hace 1000 años el hombre vivía como promedio 25 años, en 1900 la esperanza de vida era de 35 años y desde entonces se ha duplicado. ⁽⁷⁾

En México la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años de edad, en el 2000 aumentó a 75 y se estima en 76 años hasta 2010. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33 años; para el 2009 la tendencia cambió a 78 y 73 años respectivamente. En 1950 había 25.8 millones de personas. Luego en 1970 en México había 48 millones de habitantes de los cuales 24 millones eran mujeres y los otros 24 millones eran hombres, para el año 2000 la población en el país ascendía a casi 98 millones de personas de los cuales 50 millones eran mujeres y 48 millones hombres. En el último censo del 2010, se encontró que hay poco más de 112 millones de habitantes (112 336 538) de los cuales 57 481 307 corresponden al sexo femenino y 54 855 231 al sexo masculino. Por grupo de edad cabe mencionar que de estos, 4.46 millones son mujeres mayores de 60 años y 4.19 millones son hombres mayores de 60 años de edad. Lo cual corresponde al 8.37% de la población total del país. Por otra parte, el estado de San Luis

Potosí ocupa el lugar 17 a nivel nacional por su número de habitantes, que al 2010 es de 2 585 518, de los cuales 1 325 152 son mujeres y 1 260 366 son hombres y de estos habitantes, por grupo de edad los mayores de 60 años son el 9.3% de los cuales, el 4.8% son mujeres y el 4.3% son hombres. Además en el municipio de San Luis Potosí hay 772 604 habitantes de los cuales 400 521 pertenecen al sexo femenino y 372 083 al sexo masculino, de los cuales un 7.7% que equivale a 59 490 personas, pertenecen a la población de 60 años y más. Finalmente, en la unidad de medicina familiar número 49 hay un total de 31 238 derechohabientes de los cuales 16 474 pertenecen al sexo femenino y 14 764 al sexo masculino y del total 3586 son adultos mayores que corresponde al 11.48%. ⁽⁸⁾

CALIDAD DE VIDA

Se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. ⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud en 1994 define a la Calidad de Vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Las aspiraciones individuales y el significado de “buena vida” están sustentados sobre bases construidas a través del tiempo con variabilidad individual e intergrupales; sin embargo, independientemente de la individualidad, existen referentes comunes como la satisfacción de las necesidades básicas, alimentación, vivienda, vestido, etc. La calidad de vida es un proceso que integra todas las necesidades humanas tanto materiales como espirituales. Al intervenir en calidad de vida debemos analizar todos sus elementos, todos sus componentes, los cuales según Flanagan comprenden: el confort material, aquellos elementos de un entorno agradable, salud en su amplia comprensión y seguridad personal, las relaciones interpersonales, de pareja, familiares y de amistad; el aprendizaje, la comprensión de uno mismo, el papel que jugamos en el medio, la capacidad para el trabajo y el acceso a fuentes laborales, la oportunidad de autoexpresión creativa, ayuda a los demás, la participación en asuntos públicos, la socialización, tiempo para el descanso y actividades recreativas. Aunque la

calidad de vida depende de muchos factores como personas podemos tomar algunas medidas que nos pueden ayudar a mejorarla entre ellas pasar más tiempo con nuestros hijos y pareja, practicar alguna disciplina extra, deportiva o cultural que sea de nuestro agrado, cultivar el hábito de lectura, instauración de una dieta balanceada y sana, manejar adecuadamente el estrés, realizar actividades de índole social. La persona que realiza alguna actividad como ayudar al prójimo, lo ayuda a crecer como individuo e incrementa notablemente su calidad de vida. Es importante la adopción de estilos de vida saludable. ⁽¹⁰⁾

Otros autores mencionan que la calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; otros que es un concepto complejo, al igual que la salud, donde distintas dimensiones pueden ser identificadas. Es un concepto además en el que cobra preponderancia la valoración subjetiva de cada persona, pero que mantiene estrechos lazos con indicadores objetivos como el nivel socioeconómico, la edad, el medio ambiente, etc. La calidad de vida puede ser medida a través de indicadores, tales como el nivel de salud y los ingresos, y a través de indicadores subjetivos; diversos autores han definido el concepto de calidad de vida, siendo la subjetividad siempre un componente esencial de esas definiciones. ^(4, 6 y 11)

Si se toma en cuenta las propuestas de los diversos autores, las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma: autonomía estará definida como capacidad funcional, que se refiere a si puede o no realizar actividades básicas e instrumentales el adulto mayor; el soporte social que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionar a los adultos mayores con los demás; salud mental la cual involucra el grado de armonía psico-emocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del adulto mayor para la realización de dichas actividades. Otros estudios han analizado los índices de calidad de vida, basados en una amplia gama de dimensiones y aspectos en los que se involucra la edad, el género y el nivel de actividad física. En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de

envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. El aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global. ⁽¹²⁾

En un estudio descriptivo retrospectivo, donde se valoró los casos de maltrato en el adulto mayor en Colombia, donde se ve reflejada la baja calidad de vida, se concluyó que el tipo de maltrato que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor es el maltrato psicológico, expresándose por medio de agresiones verbales, amenazas de abandono, amenazas de acusaciones, intimidación con gestos e infantilización. El maltrato al adulto mayor se presenta con mayor frecuencia hacia el género femenino, en el rango de 60 a 74 años. Más frecuente en estratos socioeconómicos medio y alto; no hubo diferencias en el nivel educativo. El lugar de mayor ocurrencia de maltrato hacia el adulto mayor es el hogar. Este maltrato es generado por miembros cercanos de la familia, principalmente los hijos. ⁽⁴⁾

Estudios realizados en diferentes partes del mundo refieren que los trastornos del sueño en el adulto mayor se caracterizan por tener una frecuencia alta (74% de los participantes), significativa afección de la calidad de vida y por un pobre reconocimiento por parte del médico. En las Guías de Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se resalta que un sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable. ⁽¹³⁾

Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1975), como el eje de la calidad de vida de los ancianos. Mella-González, menciona que la salud percibida, no contribuye significativamente a predecir el bienestar subjetivo. Esto puede deberse, a que el poder predictivo de la variable salud percibida se ve atenuado por el hecho de que la muestra está constituida por adultos que precisamente, asisten a controles preventivos

de salud en su centro de salud. El rol de esta variable debería investigarse en otras poblaciones y con indicadores más complejos que incorporen más variables biomédicas. El segundo que es simple pero muy importante para quienes trabajan en el área de la geriatría, es que la edad no afecta directamente, por sí misma, el bienestar subjetivo del adulto mayor. ⁽¹⁴⁾

La depresión descrita por Hipócrates desde el siglo IV a. C. como melancolía, es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia. La presencia de esta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones. Así, considerando que 80% de sujetos con 70 años o más sufren una enfermedad crónica y 50% experimenta un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento se convierte en un corolario psíquico de procesos físicos con debilitamiento de las funciones vitales. De la misma manera los sucesos que culminan con la pérdida de una persona importante tienden especialmente a provocar depresión subsecuente. ⁽¹⁵⁾

El suicidio constituye una importante causa de defunción y un gran problema de Salud Pública; la OMS estima que 1000 personas cuando menos se suicidan cada día y alertan sobre el incremento de las tasas. El estado depresivo y las enfermedades crónicas invalidantes, son los factores de riesgo suicida principales en la tercera edad. Los grupos de personas mayores de 60 años fueron los más afectados respecto a cualquier otro grupo de edades. El género más afectado fue el masculino, en la sexta década de la vida, se mantiene en la séptima y octava décadas; no ocurrió así en el sexo femenino, donde predominó la sexta década de la vida. Predominaron pensionados, solteros, estrato urbano y en verano. El estado depresivo predominó sobre las enfermedades crónicas invalidantes y dentro del estado depresivo, conflictos familiares y en primavera. ⁽¹⁶⁾

Además la familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes, según Carrasco (2005). La familia como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa

de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar, según Mirón (2005). En un estudio realizado en Venezuela acerca de la caracterización de la atención familiar al adulto mayor se obtuvieron los siguientes resultados: en la población estudiada se detectó que existió un mayor número de ancianos con desatención familiar, a expensas fundamentalmente de afecto y limitaciones en los recursos financieros. Al analizar el comportamiento según la atención familiar fue notable que a medida que se incrementó la edad disminuyó la atención por parte de la familia del anciano. Predominó el sexo femenino. En cuanto a la atención familiar y el estado civil del anciano, los casados refirieron mayor atención familiar, contrario a los que negaron esta atención, que en mayor porcentaje correspondió a los viudos. La disfunción familiar correspondió con mayor desatención familiar al anciano. Finalmente se concluyó que el sexo femenino, el estado civil viudo y la disfuncionalidad familiar incidieron con mayor cifra de desatención familiar al anciano. ⁽¹⁷⁾

Índice de Calidad de Vida en México. Para medir el bienestar, el Índice Nacional de Calidad de Vida en México (INCAVI), evalúa aspectos subjetivos, como las percepciones y el nivel de felicidad que expresan los mexicanos. Vivir en una comunidad pequeña y haber estudiado una carrera técnica son dos características que tienen en común las personas con mejor calidad de vida en México, según algunas conclusiones del INCAVI en su primera fase. También se menciona en este estudio que las personas de 60 años y más tienen el menor nivel de calidad de vida. En cuanto al estado civil, aquellos que nunca se han casado y los casados comparten el primer lugar en mejor calidad de vida, no así los viudos que se encuentran en último lugar de la clasificación. ⁽¹⁸⁾

Aunque la esperanza de vida en México es ahora de 75 años, en los últimos 12 años la calidad de vida ha disminuido a causa de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. ⁽¹⁹⁾

ADULTO MAYOR

Las personas envejecen no solamente de formas diferentes, sino que la gama de las diferencias individuales se hace más amplia a medida que pasa el tiempo. Por tanto la edad se convierte en un mal factor predictivo de la competencia física o social del adulto, de las necesidades y capacidades de la persona. En este sentido, si hacemos una comparación con los periodos anteriores de la historia, la edad ha perdido importancia a la hora de distinguir entre las personas de mediana edad y los ancianos. Los patrones de la vida adulta y el envejecimiento se ven afectados, aunque no determinados por la experiencia anterior. ⁽²⁾

La delimitación temporal de este período vital constituye un dilema, acerca a explicaciones y a comprensiones del mismo, resulta aún mucho más difícil. Las diversas teorías planteadas con tal finalidad así lo demuestran; desde los enfoques biológicos el envejecimiento se ha justificado por determinación genética, envejecimiento celular, desgaste del organismo, acumulación de desechos, desequilibrios homeostáticos, mutaciones, etcétera, en tanto que las miradas psicosociales apuntan a la personalidad y los estilos de vida, a la descomposición social que etiqueta a las personas viejas como improductivas (generando su rechazo), a la progresiva limitación en el acceso a los recursos, etc. La agregación de las edades dispone una multiplicidad de rangos cuyo límite inferior puede llegar a los 45 años y aún menos (teniendo en cuenta que las expectativas de vida de algunas regiones de África y algunas comunidades indígenas de Colombia es de 48 años). En el mismo orden de ideas, son múltiples las denominaciones para este grupo etario. Las más usuales: ancianos, seguida por tercera edad y luego en proporción descendente: viejos, adultos mayores, personas mayores (personas viejas, personas ancianas, personas de edad), gerontes, senescentes, abuelos, abuelitos, población geriátrica, pacientes geriátricos y envejecientes. Se alude también a vejez, envejecimiento, ancianidad y a características tales como: pensionados, usuarios de programas, beneficiarios, pacientes con Alzheimer, personas con demencia. Nominaciones inapropiadas como abuelo para una persona que nunca tuvo nietos. Como definiciones abstractas y metafóricas: tercera edad, edad dorada, años maravillosos y atardecer de la vida. ^(2, 3, 5)

Por lo anterior se deduce que aunque el envejecimiento se inicia desde la concepción y finaliza con la muerte del individuo, se hace más evidente en la Tercera Edad. Ahora bien, la mayoría de las veces en que se abordan temas relacionados con esta etapa del desarrollo de los individuos, se enfrenta un problema en cuanto a su definición debido a la edad. Si bien es cierto que no existe una edad precisa a partir de la cual se pueda establecer el inicio de esta etapa de la vida ya que está en juego la interacción de lo físico, lo psicológico y lo social de cada individuo, es decir, la población mayor de 60 o 65 años no forma un grupo homogéneo y el ser humano puede alcanzar de formas diferentes los 60, 70 y 80 años o más. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (5, 11)

El proceso de envejecimiento se caracteriza por una disminución funcional progresiva, un aumento de la vulnerabilidad y falta de respuesta al estrés. ⁽²⁰⁾

La vejez, vista como cualidad, cada vez se aleja de términos que la deshumanizan. En tal sentido debemos diferenciar palabras que identifican diferentes aspectos y representan diferentes repercusiones. Por ejemplo, senectud referida esencialmente a procesos biológicos y senilidad a procesos psicológicos. ⁽²¹⁾

El término Tercera Edad o Adulto Mayor hace referencia a la población de 60 años o más: se utiliza para fines legales, médicos, económicos y estadísticos. Término a utilizar en éste trabajo. Se estima que este proceso se inicia a los 30 años de edad, con una pérdida funcional del 1% anual. Comienza entonces a deteriorarse la respuesta funcional del sujeto y, según los procesos mórbidos que arrastre cada individuo y la ejercitación física que haya realizado, determinará su “capacidad” o “incapacidad” en los últimos años. Arbitrariamente, se considera que la “tercera edad” comienza a partir de los 65 años, edad que se eligió sólo para poner un tope para acceder a la jubilación o retiro de la vida laboral. Actualmente este límite está en discusión debido al aumento progresivo de la calidad de vida en las últimas décadas, que influye en la “capacidad” de respuesta funcional y produce individuos más aptos frente

al medio. En los países desarrollados el concepto de “anciano” se concibe recién a partir de los 75 años, aunque los individuos siguen retirándose de la actividad laboral a los 65 años. ⁽²²⁾

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 60 años de edad y más, y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), citado por Maldonado y Mendiola. ⁽¹¹⁾

La esperanza de vida aumentó de 73.3 años en 1999 a 75.3 años en el 2005. En el año 2020, 20% de la población mundial tendrá más de 60 años. Debido a la migración del campo a la ciudad, se estima que 75% de los adultos mayores residirán en áreas urbanas. Actualmente en México, la población adulta mayor representa el 8-9% del total de la población, para el año 2015 habrá 15 millones y para el año 2025 el país ocupará el segundo lugar con mayor población de adultos mayores en América latina y el noveno lugar en el mundo. ^(8, 19)

Al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo. ⁽²²⁾

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años. El envejecimiento es inevitable. La calidad del envejecimiento dependerá, en gran medida, de cómo hayamos vivido. La proximidad de la muerte puede ser vivida como algo terrible, angustioso, o como un proceso natural que puede ser asumido con tranquilidad. ⁽²³⁾

VIUDEZ

Definición. Es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento. Viuda es una mujer cuyo marido o esposa ha muerto. Un hombre cuyo marido o esposa murió es viudo. ⁽²⁴⁾

La muerte del cónyuge tiene características particulares por el proceso de duelo en el adulto mayor y por el impacto en las otras generaciones que conviven con el sobreviviente. El proceso de duelo, se refiere al estado emocional, de pensamientos y de actividades en torno a una pérdida dolorosa por ser esta la desaparición de algo querido. Podemos decir que el proceso de duelo se inicia apenas enterada la persona de la desaparición de ese ser querido. No importa cuán anticipada sea una muerte, la desaparición es lo que afecta: que ese ser ya no esté allí. La duración de este proceso es variable según la persona. No existe un estándar que denote “normalidad”. Dependerá de los recuerdos vinculados a quien desapareció, el nivel de impacto de la noticia y la personalidad del deudo. Pasa por cuatro etapas, la primera “de impacto, shock o perplejidad” con una duración variable de minutos, días e incluso hasta medio año. La segunda etapa “de rabia y culpa”, luego de manera progresiva se ingresa en la tercera etapa que puede durar hasta 2 años, conocida como “de desorganización del mundo, desesperación y retraimiento”. Quienes conviven con el anciano notarán sus sentimientos de preocupación, de una presencia del desaparecido mezcladas a veces con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Para ser útiles al proceso, no debemos impulsar un cambio brusco de conducta o la represión de su pesar. La experiencia de dolor y tristeza son parte del duelo hasta que es capaz de enfrentarlos. Finalmente, llega la cuarta etapa, conocida como “de reestructuración del mundo, reorganización y sanación”. Este proceso puede tomar dos o tres años. Ingresamos a un mundo de tomas de conciencia y aceptaciones. El objeto de vacío se vuelve una ausencia presente. Reaparece el equilibrio interior y los sentidos del existir. Junto con la recuperación de la paz, vuelve a sentir los afectos cálidos de quienes le rodean. ^(25, 26)

La pérdida del cónyuge o viudez es una carga que suelen llevar más las mujeres que los varones. Tenemos más viudas que viudos, no solo porque la mujer tiende a vivir más sino porque cuando se casaron el hombre comúnmente era mayor. Sin duda que el adulto mayor viudo afronta nuevos

problemas emocionales, sociales y prácticos. Al llegar a la vejez, la pareja han vivido innumerables situaciones juntos, han compartido la vida en las buenas y en las malas. Emocionalmente la persona viuda siente la pérdida de su amor, de su confidente, de su esposo o esposa alrededor de quien giró su vida. Incluso en un mal matrimonio, la pérdida se siente. La vida para el cónyuge mayor que ha quedado en casa la vida cambia completamente. Al despertar se sentirá más solo, al llegar a casa ya no tendrá con quien hablar, discutir o renegar. En realidad la viudez afecta de manera diferente a cada persona, dependiendo de su madurez, de las circunstancias y las relaciones que tenga con el resto de la familia. La soledad es una condición que afecta a muchos adultos mayores tras la pérdida de su cónyuge. En nuestro país es más común que los varones mayores consigan pronto una pareja y se casen de nuevo para huir de su soledad. En las mujeres, por nuestra cultura es menos común, ya que la casa sigue montada en torno a la madre y sus quehaceres; las visitas de los hijos siguen más fácilmente justificando su existencia. Para los hijos la pérdida de sus padres mayores es muy significativa, ya que por ley natural, ellos son los que siguen en la fila. Pronto se convertirán en adultos mayores y vendrá entonces la más grande prueba que puede pasar el ser humano: saber morir dignamente. Para ello es preciso prepararse con tiempo, saber integrar la vida en la última etapa y por fin con sabiduría poder morir en paz. ^(27, 28)

La familia se desarrolla a través de lo que es conocido como ciclo vital familiar, que es el período que transcurre desde que una pareja decide compartir su vida, hasta que fallecen. En este ciclo hay 4 momentos básicos de crecimiento y desarrollo, a los cuales se le denominan: etapa de formación, etapa de extensión, etapa de contracción y etapa de disolución familiar. En cada una de estas etapas, la familia atraviesa por crisis, en la medida en que tiene que lograr cambios, o una reestructuración, frente a la presencia de determinados acontecimientos. El impacto que tengan estos debe ser entendido solo dentro de un contexto social y psicológico. Crisis son, por tanto, aquellas situaciones de cambio que implican desestructuraciones y reestructuraciones de todo el sistema familiar, provocadas por factores intra o extra familiares. La jubilación, por ejemplo, es uno de los acontecimientos intrafamiliares importantes en la vida de un adulto mayor y en todos los miembros de la familia, por ser esta un sistema. A consecuencia de ella, prevalece el temor a la inadaptabilidad a ese

cambio, o a no ser tomado en cuenta por el resto de la familia. El fallecimiento del cónyuge es otro acontecimiento dentro de la familia, que generalmente tiene una connotación negativa y provoca vivencias similares a las que se producen por el cese del vínculo laboral. Genera depresión familiar, y exige del miembro de la pareja presente, una adaptación al rol de viudez. ⁽²⁹⁾

El apoyo social entre otros aspectos ayuda a reducir el estrés. Las redes de la familia, amigos y conocidos, no solo favorecen a que los mayores mantengan su identidad social, sino que proporcionan apoyo emocional, material, información y servicios. Según resultados de dos estudios en Holanda de mujeres y hombres de 3 a 5 años de viudez y que vivían solos, por lo general los viudos tenían más ingresos, educación, libertad de limitaciones y salud y acceso a más compañía que las viudas. Sin embargo tenían más problemas emocionales que las viudas quienes por su parte, cuentan con una red de apoyo más amplia que incluye amigos, hijos y vecinos. Debido a que el ciclo de vida de los hombres es más corto y debido a que suelen ser mayores que sus esposas, la situación de la viudez parece ser normal entre las mujeres mayores. ⁽³⁰⁾

Una de las duras realidades que se presentan en la tercera edad es la pérdida del ser con el que se ha compartido una larga etapa de la vida. La repercusión por la pérdida del cónyuge dependerá en gran medida, del grado de dependencia que se vaya estableciendo. Desde el punto de vista psicológico, la soledad es más un sentimiento que un concepto objetivo. El sentimiento de soledad es personal e íntimo pero incluye la respuesta de más personas y circunstancias que rodean al individuo que se siente solo. la soledad del viudo se ve agravada por la dependencia económica. Además si el anciano que queda viudo padece alguna enfermedad, puede tener más dificultades para superar este estado. Las enfermedades invalidantes agravan la soledad del viudo (a). La viudez es la ruptura del eje fundamental de la familia, que es la pareja. ⁽³¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.⁽³⁾

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del crecimiento desproporcionado de este grupo etario respecto a la población general. Así, mientras la población general crece de 1.23% a 1.7% anual, la población del adulto mayor crece 2.5%⁽⁴⁾

En la República Mexicana, según el II Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, hay 112 336 538 habitantes, de los cuales 8 425 240 pertenecen al grupo de adultos mayores de 60 años, lo que representa el 8.3% de la población. El estado de San Luis Potosí cuenta con una población de 2 585 518 habitantes, de éstos 240 453 pertenecen al grupo de mayores de 60 años, que corresponde al 9.3% del total. Respecto a la cabecera municipal del estado tenemos una población de 772 604 personas y de ellas 59 490 son adultos mayores de 60 años de edad y que equivale a un 7.7%, un poco por debajo de la media nacional que oscila alrededor del 9%. Pero en la unidad de medicina familiar 49 se cuenta con una población adscrita de 31 238 pacientes de los cuales 3586 son adultos mayores de 60 años de edad y que corresponden a un 11.48%, debido al aumento exponencial de la población del adulto mayor en México y a su vez del incremento en la esperanza de vida que se amplió a 76 años, pero con una mala calidad de vida consideramos que este grupo etario es más vulnerable y de acuerdo al estudio debemos investigar y confirmar si hay o no cambios en la calidad de vida del adulto mayor viudo.⁽⁸⁾

Debido al aumento exponencial de la población del adulto mayor en México y a su vez del incremento en la esperanza de vida que se amplió a 76 años, pero con una mala calidad de vida consideramos que este grupo etario es más

vulnerable y de acuerdo al estudio debemos investigar y confirmar si hay o no cambios en la calidad de vida del adulto mayor viudo. Como consecuencia del fenómeno del envejecimiento demográfico, la tasa de mortalidad ha aumentado ligeramente para ubicarse en cinco defunciones por cada mil habitantes en 2010, y se prevé que esta tendencia continuará, de manera que alcanzará 5.6 por cada 1000 en 2020 y 6.6 en 2030. De hecho en 2005, 74.3% de las defunciones registradas de adultos mayores correspondió a enfermedades no transmisibles, como padecimientos cardiovasculares (primera causa de muerte general), tumores y Diabetes Mellitus (segunda causa de muerte entre hombres y mujeres, respectivamente).⁽⁹⁾

Lo anterior formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor viudo contra el adulto mayor no viudo en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar 49 en San Luis Potosí, S. L. P. en el periodo noviembre-diciembre del 2011?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

No hay estudios que determinen la calidad de vida del adulto mayor en etapa de viudez.

Consideramos que es un estudio trascendental ya que de acuerdo a los resultados se espera confirmar si es mejor o no la calidad de vida del adulto mayor en etapa de viudez que el adulto mayor no viudo.

De acuerdo con las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, el planeta tendrá aproximadamente 9300 millones de habitantes para el año 2050 y se prevé que el 22% de estos serán adultos mayores de 60 años lo que determina la magnitud del problema. Por otra parte, aunque la esperanza de vida en México es ahora de 75 años de edad, la calidad de vida ha disminuido notablemente en los últimos 10 años a causa de las enfermedades crónico-degenerativas entre las que se encuentran principalmente diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedad articular degenerativa, etcétera y sus complicaciones, las cuales son más comunes en el adulto mayor; entonces se piensa que en adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas y aunado su estado civil de viudez, pudiera disminuir más todavía la calidad de vida.

En nuestra unidad de medicina familiar el porcentaje de adultos mayores es de 11.48% y de ellos aproximadamente un 20% están en etapa de viudez.

También son pacientes que acuden frecuentemente a la consulta de medicina familiar demandando en ocasiones atención médica por múltiples manifestaciones que en ocasiones solo son causadas por soledad y/o pocas relaciones sociales.

Los adultos mayores son pacientes que generalmente de acuerdo al ciclo vital familiar se encuentran en fase de retiro y muerte, pero en múltiples ocasiones son personas activas o que tienen dependientes por lo que al enviudar se generan crisis familiares, las cuales nosotros como médicos familiares debemos orientar al paciente para la resolución de estas.

Además la muerte del cónyuge tiene características particulares en el adulto mayor ya que el periodo de duelo es más prolongado en este grupo poblacional y debemos recordar que en este grupo de edad es donde se presenta el mayor porcentaje de viudos, por lo que debemos determinar si hay o no cambios en la calidad de vida de los adultos mayores durante la viudez.

Se prevé que es factible para su aplicación en tiempo y costos, ya que se estima un promedio de 230 encuestas para su aplicación constando cada una de 9 hojas, con costo aproximado de \$2.25 cada una sumando un promedio de \$525.00 pesos, además de utilizar 10 lápices de \$3.00 pesos cada uno, 230 folders a \$3.00 pesos cada uno, una memoria USB \$ de 120.00 pesos para un total final aproximado de \$1365.00 pesos.

Finalmente al obtener los resultados se espera saber si el adulto mayor viudo es más vulnerable en etapa de viudez que el adulto mayor no viudo y con esto, buscar la manera de que este grupo poblacional reciba la atención y el apoyo familiar, social, cultural, económico y de salud necesarios.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar Calidad de Vida entre el adulto mayor viudo (a) y el adulto mayor no viudo (a) en derechohabientes de la UMF 49, en San Luis Potosí, delegación San Luis Potosí, periodo noviembre-diciembre del 2011.

ESPECÍFICOS

Identificar adultos mayores por género.

Identificar adultos mayores por grupos de edad.

Identificar escolaridad de adultos mayores

Identificar estado civil de los adultos mayores.

Establecer si la salud física está relacionada con la calidad de vida del adulto mayor viudo y no viudo.

Comprobar si la salud mental influye en la calidad de vida de este grupo etario.

Determinar cuánto influye la salud laboral en esta etapa de la vida.

Establecer si los cursos o clases de superación influyen en la calidad de vida del adulto mayor viudo y no viudo.

Determinar si las actividades culturales tienen relación con la calidad de vida del adulto mayor viudo y no viudo.

Comprobar si las relaciones sociales influyen en la calidad de vida del adulto mayor viudo y no viudo.

Establecer si las relaciones interpersonales y de sexualidad están relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor viudo y no viudo.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA (H₀)

La calidad de vida del adulto mayor viudo es mejor que la del adulto mayor no viudo.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_A)

La calidad de vida del adulto mayor viudo no es mejor que la del adulto mayor no viudo.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Analítico Descriptivo, Transversal Y Comparativo

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Adultos mayores de 60 años o más, viudos y no viudos, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 49, en San Luis Potosí, S.L.P.

Del 01 de noviembre al 31 de diciembre del 2011

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilístico por conveniencia de casos consecutivos.

Se utilizó la fórmula para la estimación de proporciones de una población finita, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. En una prevalencia de viudez según la literatura (SABE 2010) del 14%, nos da un total de 192 pacientes más el 15 % por probables pérdidas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

Viudos y no viudos (solteros, casados, unión libre, divorciados y separados) hombres y mujeres de 60 años o más de edad derechohabientes del IMSS.

Pacientes con adscripción a la UMF No 49 de S.L.P.

Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Viudos (as) y no viudos (as), menores de 60 años de edad.

Criterios de eliminación

Encuestas incompletas (menos del 90%).

Estado mental alterado del viudo (a).

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

Se recolectaron datos en base al instrumento de evaluación que es un cuestionario sobre calidad de vida (Q-LES-Q): que mide satisfacción y placer del paciente en su vida cotidiana y que explora estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades en el hogar, actividades de superación, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales.

Las variables a recolectar son:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTE:

Calidad de vida

Definición conceptual: es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, salud y grado de interacción social, ambiental y a múltiples factores.

Definición operacional: condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicciones. Es un concepto extremadamente subjetivo muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla al momento de ser estudiado.

INDEPENDIENTES:

Adulto mayor

Definición conceptual: persona de 60 a más años en países en vía de desarrollo.

Definición operacional: la edad que refieran al momento de la entrevista.

Escala de medición: nominal

Categorización: 1) 60 a 64 años, 2) 65 a 69 años, 3) 70 a 74 años, 4) 75 a 79 años, 5) 80 a más años.

Adulto mayor viudo

Definición conceptual: toda persona mayor de 60 años de edad, que ha perdido a su pareja por fallecimiento.

Definición operacional: adultos mayores de 60 años de edad o más que su estado civil es viudo (a).

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Si, 2) No.

CONTROL:

Género

Definición conceptual: conjunto de cosas, plantas o animales que tienen caracteres comunes, dicese del artículo que designa masculino o femenino.

Definición operacional: condición orgánica, masculina o femenina.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Masculino, 2) Femenino.

Edad

Definición conceptual: tiempo que una persona ha vivido desde que nació.

Definición operacional: tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista, expresado en años.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) 60-64 años, 2) 65-69 años, 3) 70-74 años, 4) 75-79 años y 5) Más de 80 años de edad.

Escolaridad

Definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: grado máximo de estudios.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Primaria, 2) Secundaria, 3) Bachillerato o técnico, 4) Profesionista y 5) Especialista (posgrado).

Estado civil

Definición conceptual: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Soltero, 2) Casado, 3) Unión libre, 4) Divorciado, 5) Separado, 6) Viudo.

Religión

Definición conceptual: conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para darle culto.

Definición operacional: la afinidad religiosa que exprese el sujeto de estudio al momento de la entrevista.

Escala de medición: nominal

Categorización: 1) Católica, 2) Protestante, 3) Otra.

Ocupación

Definición conceptual: trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición operacional: actividad laboral que desempeña al momento de la entrevista.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Trabajador activo, 2) Jubilado, 3) Desempleado.

Salud física

Definición conceptual: es el buen funcionamiento fisiológico del organismo.

Definición operacional: sujeto o persona apta y dispuesta físicamente para las actividades mecánicas y de trabajo, al momento de la investigación.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Muy Sano (40 a 65 puntos), 2) Sano pero con altibajos (25 a 40 puntos), 3) Enfermo (menos de 25 puntos).

Salud mental

Definición conceptual: es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural.

Definición operacional: estado que garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar un bienestar y calidad de vida al momento del estudio.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Muy Sano (45 a 70 puntos), 2) Sano pero con altibajos (30 a 44 puntos), 3) Enfermo (menos de 30 puntos).

Salud laboral

Definición conceptual: es el concepto básico que surge en el conflicto que se produce entre condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social del trabajador

Definición operacional: persona que al desempeñar sus labores tiene un desarrollo adecuado, al momento del estudio.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Buena (40 a 65 puntos), 2) Regular (25 a 40 puntos), 3) Mala (menos de 25 puntos).

Clases de superación

Definición conceptual: son procesos de cambios a través de los cuales una persona trata de adquirir una serie de cualidades que aumentarán su calidad de vida.

Definición operacional: es un estado de satisfacción que busca la persona consigo misma y con las circunstancias que lo rodean, al momento del estudio.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Buena (35 a 50 puntos), 2) Regular (20 a 34 puntos), 3) Mala (menos de 20 puntos), 4) No participa.

Actividades culturales

Definición conceptual: son aquellas actividades que cualquier persona puede desarrollar voluntariamente para descansar, relajarse, divertirse, entretenerse, formarse, desarrollar su capacidad creadora, practicar deportes, disfrutar del arte, museos, cine, teatro; realizar excursiones; elaborar manualidades, artesanías, etc. Las actividades culturales, ocio y tiempo libre, suponen tener y disfrutar libremente de tiempos propios.

Definición operacional: actividades culturales que realiza la persona voluntariamente en ciertos momentos para su bienestar, al momento del estudio.

Escala de medición: nominal

Categorización: 1) Buena (21 a 30 puntos), 2) Regular (11 a 20 puntos), 3) Mala (menos de 10 puntos), 4) No Tiene.

Relaciones sociales

Definición conceptual: son aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desplegando un papel social.

Definición operacional: interacciones sociales de la persona al momento del estudio.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Muchas (de 40 a 55 puntos), 2) Moderadas (de 25 a 39 puntos), 3) Pocas (menos de 25 puntos).

Relaciones interpersonales y de sexualidad

Definición conceptual: es la habilidad que tienen los seres humanos de interactuar entre los de su especie. Las relaciones interpersonales son contactos profundos o superficiales que existen entre las personas durante la realización de cualquier actividad, incluidas las relaciones sexuales.

Definición operacional: es la interacción interpersonal y/o sexual de una persona, al momento del estudio.

Escala de medición:

Categorización: 1) Adecuadas, 2) Ocasionales, 3) Nulas.

CONFUSORAS:

Toxicomanías

Definición conceptual: estado de intoxicación crónica por consumo reiterado de una droga natural o sintética.

Definición operacional: estado de intoxicación caracterizado por alguna dependencia psíquica, y en ocasiones física y por una tendencia a utilizar dosis cada vez mayores.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Tabaquismo, 2) Alcoholismo, 3) Otras drogas.

Enfermedades crónico-degenerativas

Definición conceptual: trastornos morbosos que pueden afectar total o parcialmente al organismo o a la psique de forma permanente.

Definición operacional: grupo o conjunto de patologías de larga evolución que pueden o no estar relacionadas con alteraciones patológicas sistémicas permanentes.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Diabetes mellitus, 2) Hipertensión arterial, 3) Obesidad, 4) Dislipidemia, 5) Enfermedad articular degenerativa, 6) Osteoporosis, 7) Catarata 8) Otras.

Fracturas

Definición conceptual: rotura de un hueso.

Definición operacional: las fracturas se manifiestan con dolor e incapacidad funcional.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Si, 2) No.

Polifarmacia

Definición conceptual: consumo diario de tres o más medicamentos.

Definición operacional: uso excesivo e innecesario de medicamentos.

Escala de medición: nominal.

Categorización: 1) Uno o dos medicamentos, 2) Tres o más medicamentos.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se utilizó el cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q), que consta de 93 items tipo liker con 5 tipos distintos de respuestas: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), A menudo o la mayor parte del tiempo (4) y muy a menudo o siempre (5). Los indicadores que se evaluaron son: salud física, salud mental, salud laboral, factores económicos, clases de superación, actividades culturales, relaciones sociales, relaciones interpersonales y de sexualidad.

Se aplicaron las encuestas previa información detallada y firma de consentimiento informado de los sujetos de estudio, como primera instancia en las instalaciones de la unidad de medicina familiar 49 del Instituto Mexicano del Seguro Social y cuando en algún momento no acudieron los pacientes a dicha institución se realizaron visitas domiciliarias.

Los datos fueron recolectados por un solo investigador.

Captura de resultados en hoja de cálculo Excel y uso del programa estadístico SPSS 18 para cruce de variables, realización de cuadros y gráficas, con utilización de estadística paramétrica y no paramétrica, medidas de tendencia central, proporciones y dispersión. Aplicación de Anova, porcentajes y Chi

cuadrada. Realización de análisis de resultados, discusión, conclusiones y sugerencias. Informe final en forma de tesis, redacción de manuscrito para revista científica.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Para la medición de la calidad de vida se utilizará el cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) (Endicott, Harrison y Blumenthal, 1993). Anexo uno. Este cuestionario mide de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente en su vida cotidiana. Es un instrumento genérico de calidad de vida aplicable a todo tipo de pacientes, con independencia de su diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems que exploran las siguientes ocho áreas: estado de salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. El cuestionario incorpora al final un apartado resumen para que la persona haga una valoración general de cada área. Las respuestas son de tipo Likert (comparador) de cinco valores que oscilan entre nunca y muy a menudo o siempre. Proporciona puntuaciones de cada una de las áreas exploradas y puntuaciones de satisfacción con la medicación y satisfacción global. La puntuación para cada área se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman: puntuación directa. Esa puntuación directa se transforma y expresa en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que un sujeto puede obtener en esa área. Las puntuaciones altas indican una buena calidad de vida, mientras que las bajas representan una mala calidad de vida. El marco de referencia temporal para contestar al cuestionario es la semana pasada. De cada área se obtiene una puntuación directa y una puntuación expresada en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que la persona cree poder obtener en esa área.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Declaración de Helsinki, la salud del paciente es la primera consideración de los médicos, el progreso médico en los aspectos terapéuticos, profilácticos, etiológicos y patogénicos de la enfermedad, se basa en la investigación clínica y biomédica en seres humanos, la finalidad de las

investigaciones debe aplicarse para la ayuda de los humanos. Los médicos de todo el mundo deben tomar en cuenta estas recomendaciones, que no están relegadas de las responsabilidades éticas, civiles y criminales de sus países.

La Declaración enuncia 12 principios básicos que tienen que existir para iniciar trabajos de investigación, la competencia y total responsabilidad de los médicos que participan, la supervisión clínica, el diseño del experimento a través del protocolo aprobado por un comité de expertos, la predicción de riesgos, el respeto a la integridad y privacidad del sujeto para minimizar el impacto del estudio sobre la personalidad del sujeto.

En cuanto a la Ley General de Salud no tiene implicaciones éticas y se apega a lo descrito en su Título Quinto artículos 100 y 101, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo I y Título Sexto capítulo único y en los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, complementados por medio de la publicación de un acuerdo en el Diario Oficial, del martes 26 de enero de 1982, apoyado en la Declaración de Helsinki y donde se establece, con carácter de obligatoriedad la formación de Comisiones de Investigación y de Ética en todos los establecimientos donde se efectúa investigación biomédica.

RESULTADOS

Toda vez que se aplicó el cuestionario a los 226 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar 49 en San Luis Potosí, S.L.P. en el periodo noviembre-diciembre del 2011 se realizó la matriz correspondiente y se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 18.

En los aspectos generales esta investigación presenta al total de su población con una ligera mayoría de mujeres del 3%, 51.5% contra 48.5%. (Gráfica 1)

En relación a la edad se presenta una decreciente de menor a mayor edad en los pacientes siendo el primer rango de 60 a 65 años el más extenso con un 44% del total. En contra parte los adultos mayores de 75 a 79 años se ubican en último lugar con el 10%. (Gráfica 2)

La escolaridad también presenta una tendencia a la baja conforme se aumenta el nivel académico siendo la primaria la de mayor frecuencia con un 36% y los que son especialistas o con grado representan el 4% únicamente. (Gráfica 3)

El estado civil lo encabezan los viudos con el 32% y les siguen los divorciados con el 27%. Los casados se ubican en tercer lugar con el 24%. El resto se divide entre separados, solteros y unión libre. (Gráfica 4)

La religión que profesan la encabeza la católica con el 77% del total, seguido de evangelista o protestante con un 16%, el resto de grupos religiosos solo el 5% del total. (Gráfica 5)

En la situación laboral se ubica a los jubilados como los que representan la mayoría con el 36% seguido de los que aún trabajan con el 31%. El resto está en los desempleados (4%) y los que nunca trabajaron con el 28%. (Gráfica 6)

En cuanto a la salud física el 46% que es la mayoría, está enferma. El 33% presentan situaciones regulares de salud y solo el 20% indica que tiene buena salud. (Gráfica 7)

La contraparte a lo físico se tiene en la salud mental donde la mayoría dice estar sana en un 56%, luego el 34% se refiere sano pero con altibajos y solo el 8% se refiere con enfermedades como depresión y ansiedad. (Gráfica 8)

Un 31% del total trabaja, de ellos casi el 40% dice estar bien de salud laboral. Un poco menos del 40% de los mismos dice tener una salud regular y el resto de ellos (20%) manifiesta una mala salud laboral. (Gráfica 9)

De su trabajo en casa la mayoría disfruta hacerlo pues el 58% manifiesta buena salud. Le sigue un 29% con regular estado de salud y el resto (11%) con mala salud al realizar trabajo en casa. (Gráfica 10)

El 53% del total encuestado indicó asistir a un tipo de curso o pláticas de superación o manualidades. De ellos el 73% tiene una buena percepción al realizar estas actividades. Le sigue el 20% con regular satisfacción y el resto que es la minoría (4%) dice tener mala percepción de placer o satisfacción. (Gráfica 11)

La mayoría de los adultos mayores, el 66%, realiza actividades al aire libre. De estos el 74% dijo estar satisfecho con las actividades de tiempo libre. Un 21% refiere satisfacción regular y el resto (5%), refiere realizar mala actividad al aire libre. Pero cabe destacar que el 34% no realiza actividades al aire libre. (Gráfica 12)

Respecto a las relaciones sociales el 61% de los encuestados dicen tener adecuadas relaciones sociales. Un 25% indica que sus relaciones son moderadamente satisfactorias y solo el 13% dijo tener pocas relaciones sociales. (Gráfica 13)

En relación a la actividad sexual se presenta una tendencia marcada de más a menos. Quienes tienen relaciones sexuales de manera frecuente son el 24%. Seguidos de los que tienen moderadas relaciones con el 27% y los que indican poca o nula actividad sexual son casi la mitad con el 47%. (Gráfica 14)

La calidad de vida en su percepción general se esboza de la siguiente manera: existe una dicotomía y empate entre la muy buena y la mala satisfacción en calidad de vida con igual porcentaje de casi el 40%. La buena calidad de vida se presenta en el 15% de los adultos mayores y el resto en regular calidad de vida. (Gráfica 15)

Referente al objetivo general del presente trabajo se presenta a los casados con casi un 20% del total con muy buena calidad de vida. Les siguen los divorciados y los separados respectivamente. Entre estos 3 grupos se ubica casi el 50% del total de la muestra con percepción de buena y muy buena su calidad de vida. Los viudos presentan la contraparte con el 35% del total pero en el rubro de mala percepción de la calidad de vida. (Gráfica I)

El género tiene relación con la calidad de vida de la siguiente manera: las mujeres presentan mejor percepción de calidad de vida desde muy buena

hasta regular con diferencias de 2% a 5% en cada rubro. Los hombres en contraparte tienen diferencia a favor en una mala calidad de vida del 5%. (Gráfica II)

El género se ubica en relación a la salud física de la siguiente forma: las mujeres presentan una leve diferencia a favor en estado de salud muy sano de casi el 6%. Existe un empate en estado de salud sano pero con altibajos y una imperceptible diferencia del 1% a favor de los hombres en una mala salud física. (Gráfica III)

La salud física y la calidad de vida tienen una relación directa ya que quienes refieren muy buena salud física también tienen una mejor calidad de vida (19%), y por otra parte quienes se refieren enfermos o con mala salud física también tienen una mala calidad de vida siendo este rubro donde se presenta el mayor porcentaje de adultos mayores con un 37%. (Gráfica IV)

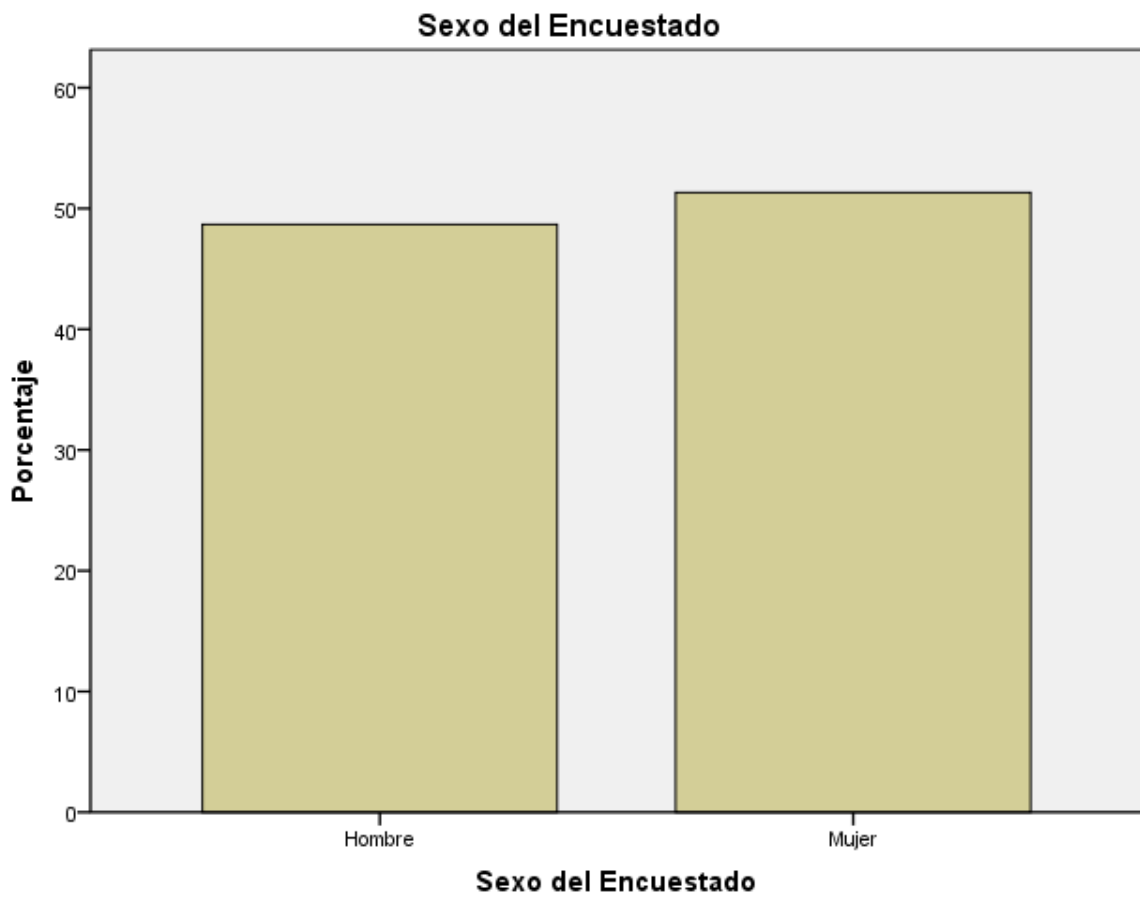
La salud mental y la calidad de vida se asocian de la siguiente manera: quienes presentan una mejor salud mental también muestran una mejor calidad de vida ubicándose en el 25%. El 12% que tiene salud mental sana también tiene muy buena percepción de calidad de vida. Pero cabe mencionar que hasta un 19% de adultos mayores con muy buena salud mental también refiere una mala calidad de vida. (Gráfica V)

La actividad en cursos y la calidad de vida se ubica de esta manera: los que tienen una actividad buena y regular en diversos cursos también tienen una buena calidad de vida y representan al 18% de los que asisten a cursos. Sin embargo quienes van a cursos también presentan el mayor índice de mala calidad de vida al contar hasta el 30% de los adultos mayores que toman cursos. (Gráfica VI)

A mayores relaciones sociales se asocian con muy buena calidad de vida en casi un 30% del total seguida de un 20% del total con relaciones sociales moderadas y buena calidad de vida. (Gráfica VII)

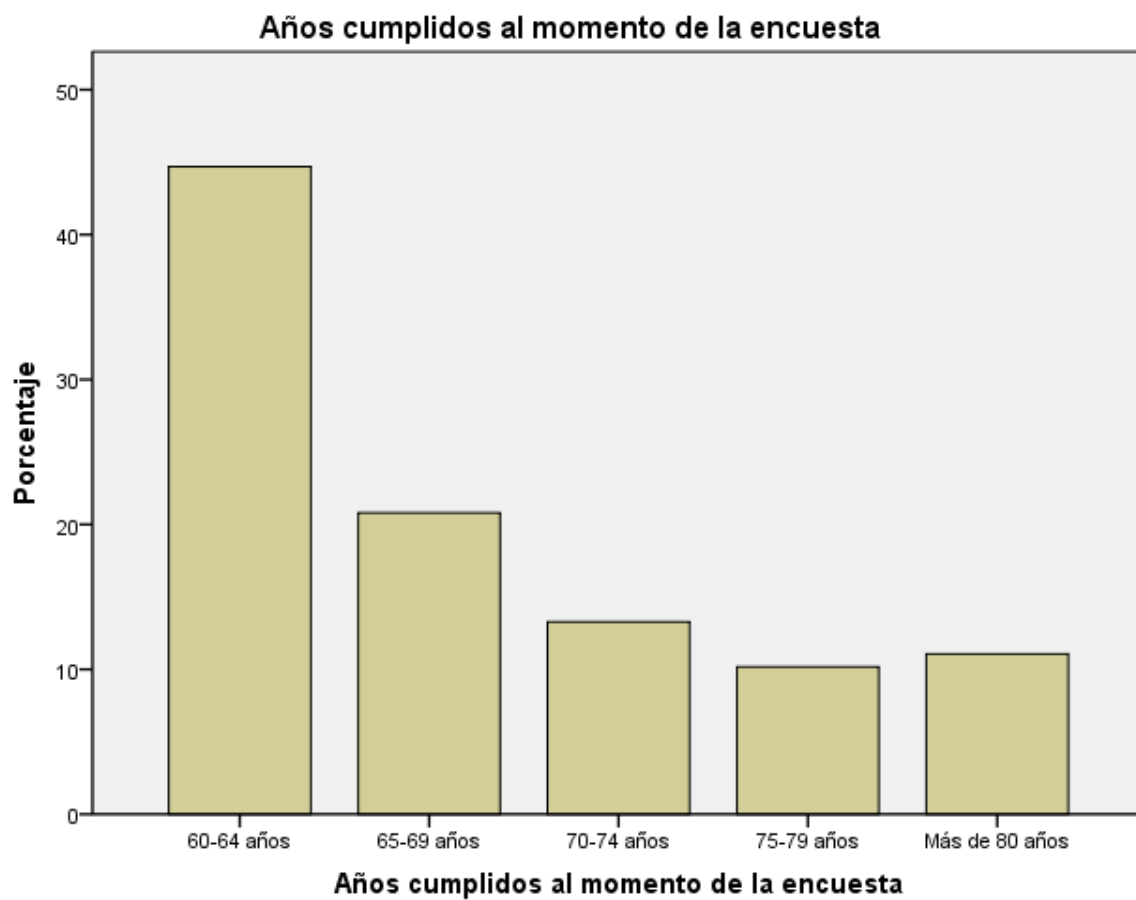
La sexualidad se muestra como un factor que incide en la calidad de vida de los pacientes de edad avanzada. Se muestra que quienes presentan frecuentes relaciones sexuales representan al 30% de la muestra con mejor calidad de vida. Caso opuesto con aquellos que presentan pocas o nulas relaciones sexuales al contabilizar casi el 40% con mala calidad de vida. (Gráfica VIII)

GRÁFICA 1, GÉNERO



Sexo del Encuestado			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hombre	110	48,7	48,7
Mujer	116	51,3	100,0
TOTAL	226	100,0	

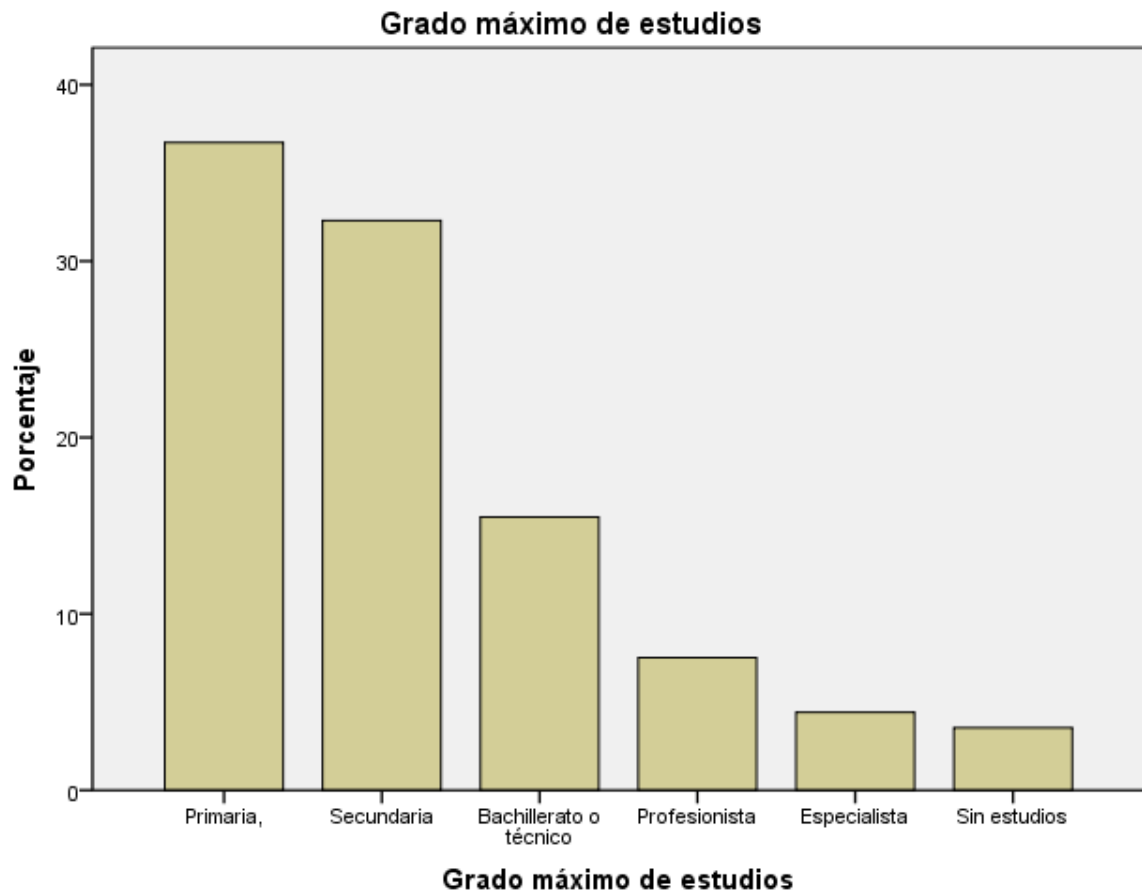
GRÁFICA 2, EDAD



Años cumplidos al momento de la encuesta

	Frecuencia	Porcentaje	
		Porcentaje	Acumulado
60-64 años	101	44,7	44,7
65-69 años	47	20,8	65,5
70-74 años	30	13,3	78,8
75-79 años	23	10,2	88,9
Más de 80 años	25	11,1	100,0
TOTAL	226	100,0	

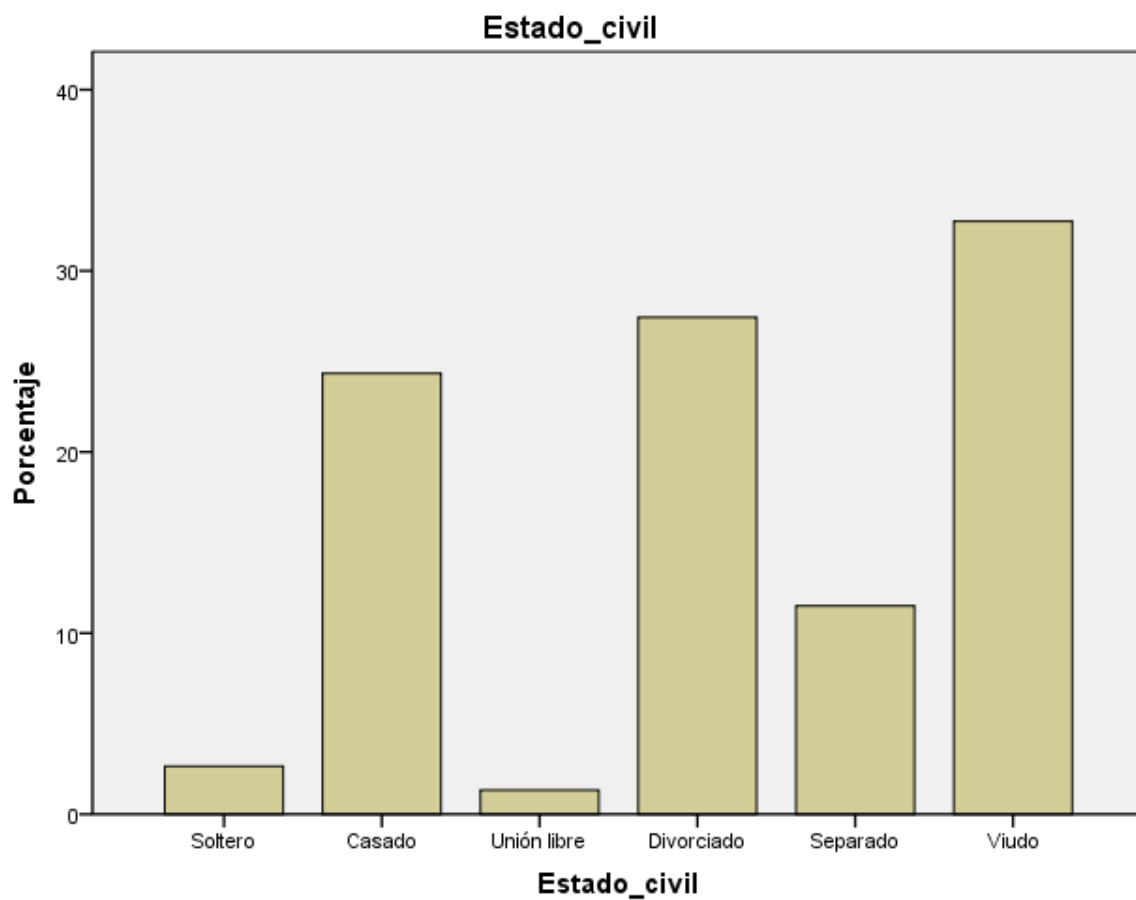
GRÁFICA 3, ESCOLARIDAD



Grado máximo de estudios

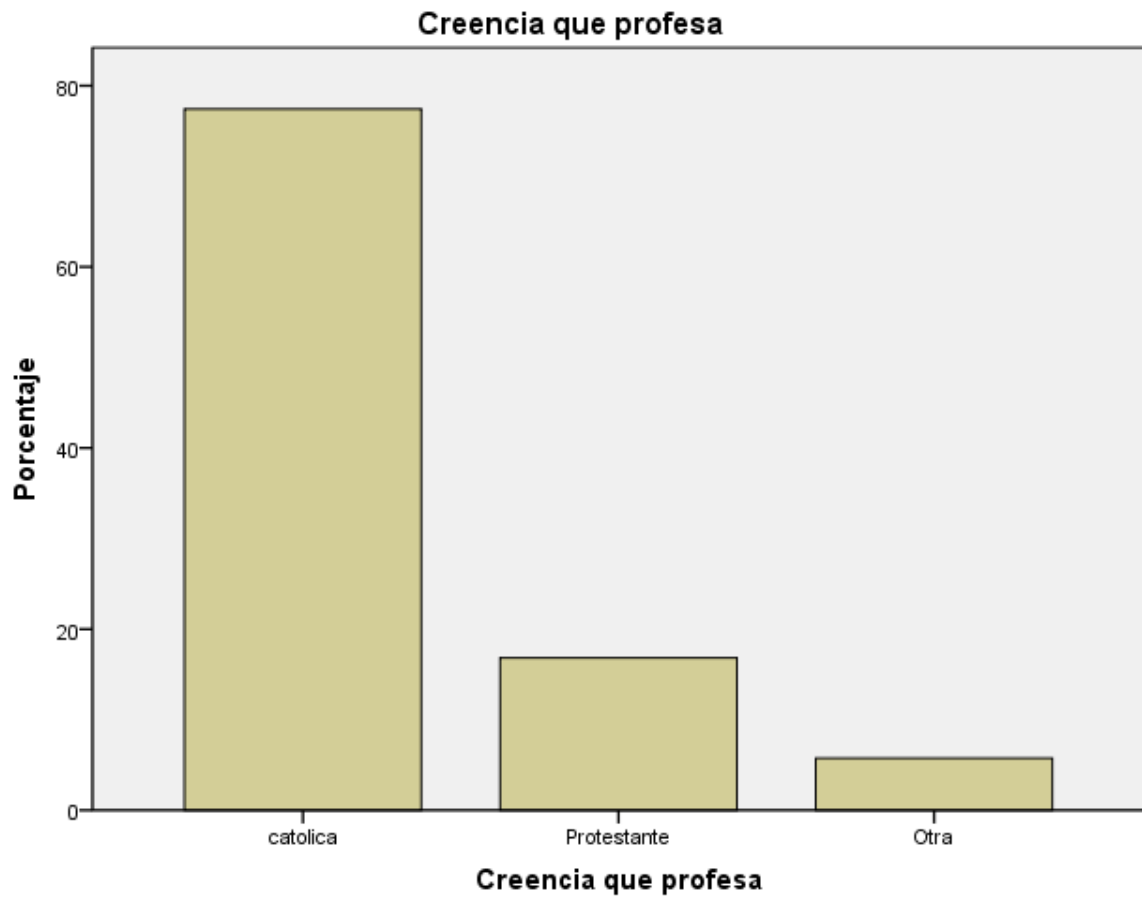
	Grado máximo de estudios		Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Primaria,	83	36,7	36,7
Secundaria	73	32,3	69,0
Bachillerato o técnico	35	15,5	84,5
Profesionista	17	7,5	92,0
Especialista	10	4,4	96,5
Sin estudios	8	3,5	100,0
TOTAL	226	100,0	

GRÁFICA 4, ESTADO CIVIL



	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Soltero	6	2,7	2,7
Casado	55	24,3	27,0
Unión libre	3	1,3	28,3
Divorciado	62	27,4	55,8
Separado	26	11,5	67,3
Viudo	74	32,7	100,0
TOTAL	226	100,0	

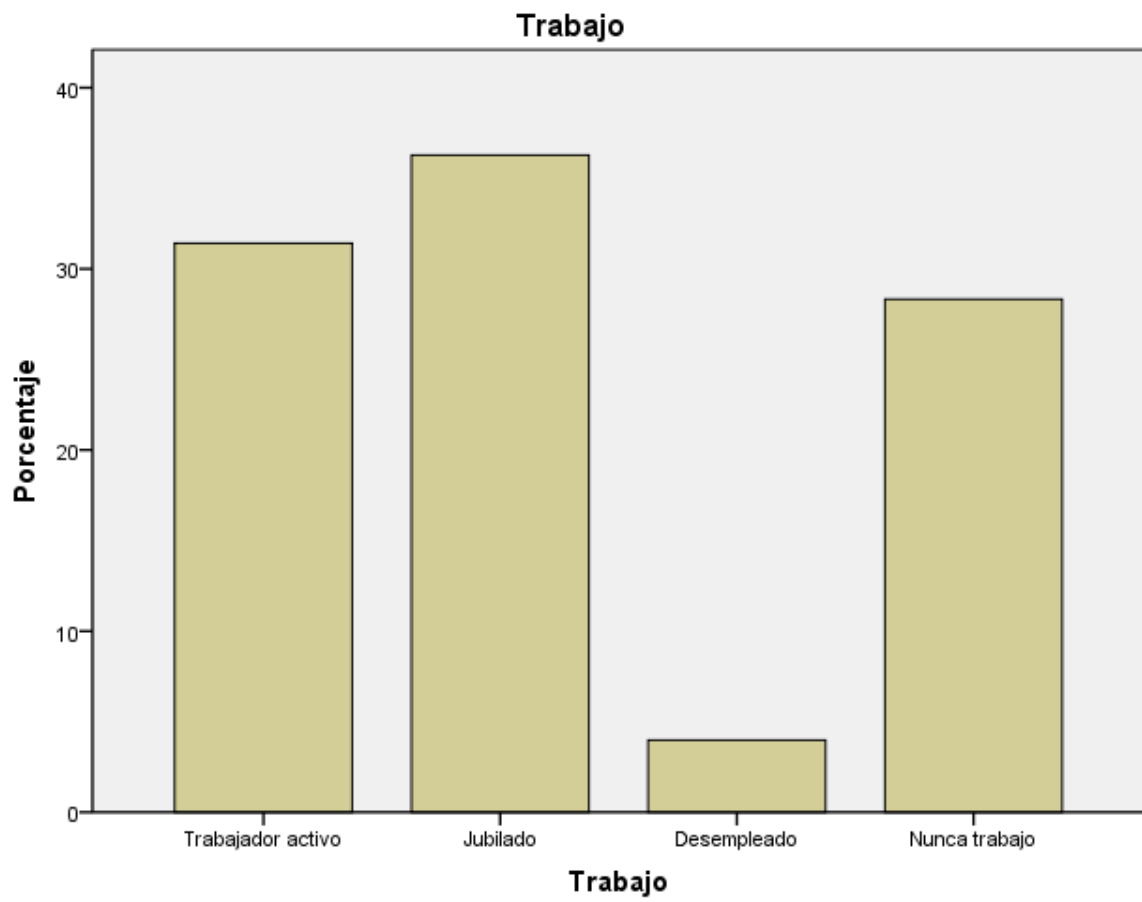
GRÁFICA 5, RELIGIÓN



Creencia que profesa

	Creencia que profesa		Porcentaje Acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	
Católica	175	77,4	77,4
Protestante	38	16,8	94,2
Otra	13	5,8	100,0
TOTAL	226	100,0	

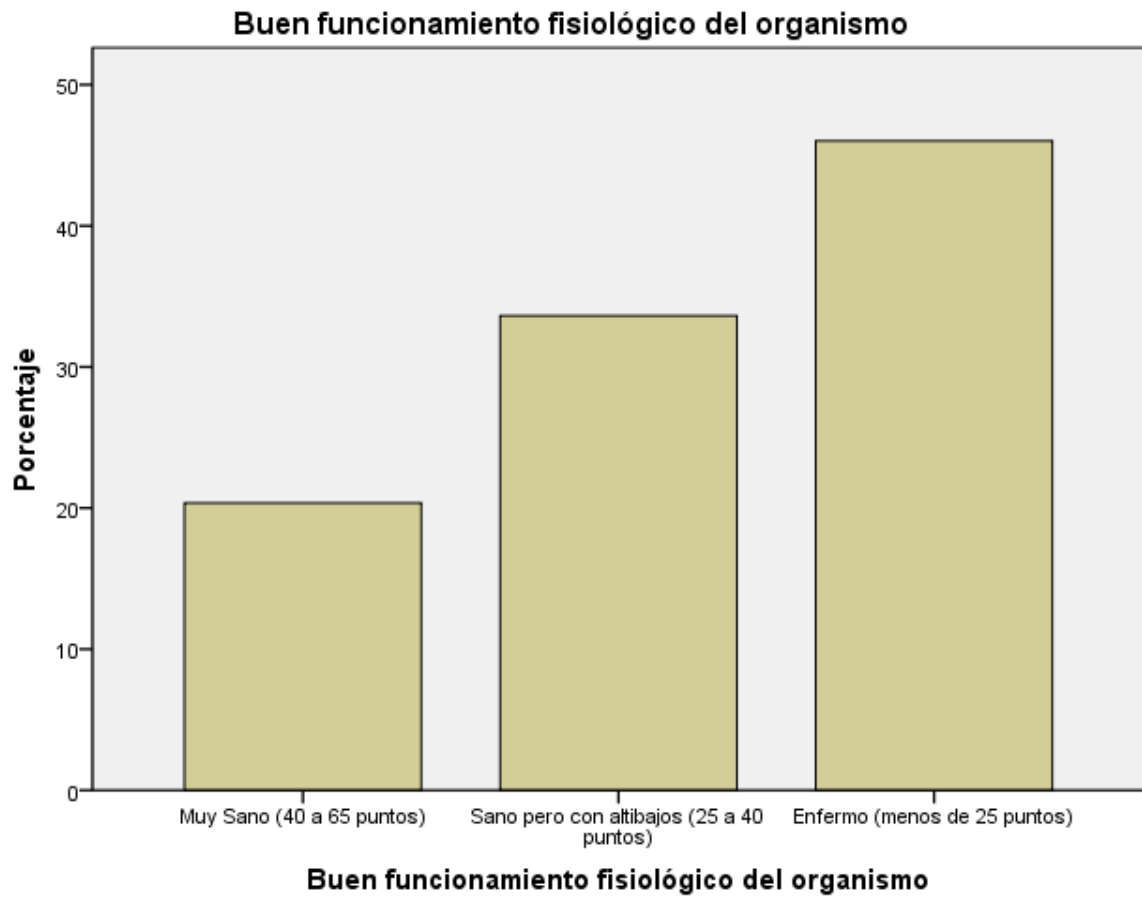
GRÁFICA 6, TRABAJO



Trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Trabajador activo	71	31,4	31,4
Jubilado	82	36,3	67,7
Desempleado	9	4,0	71,7
Nunca trabajo	64	28,3	100,0
TOTAL	226	100,0	

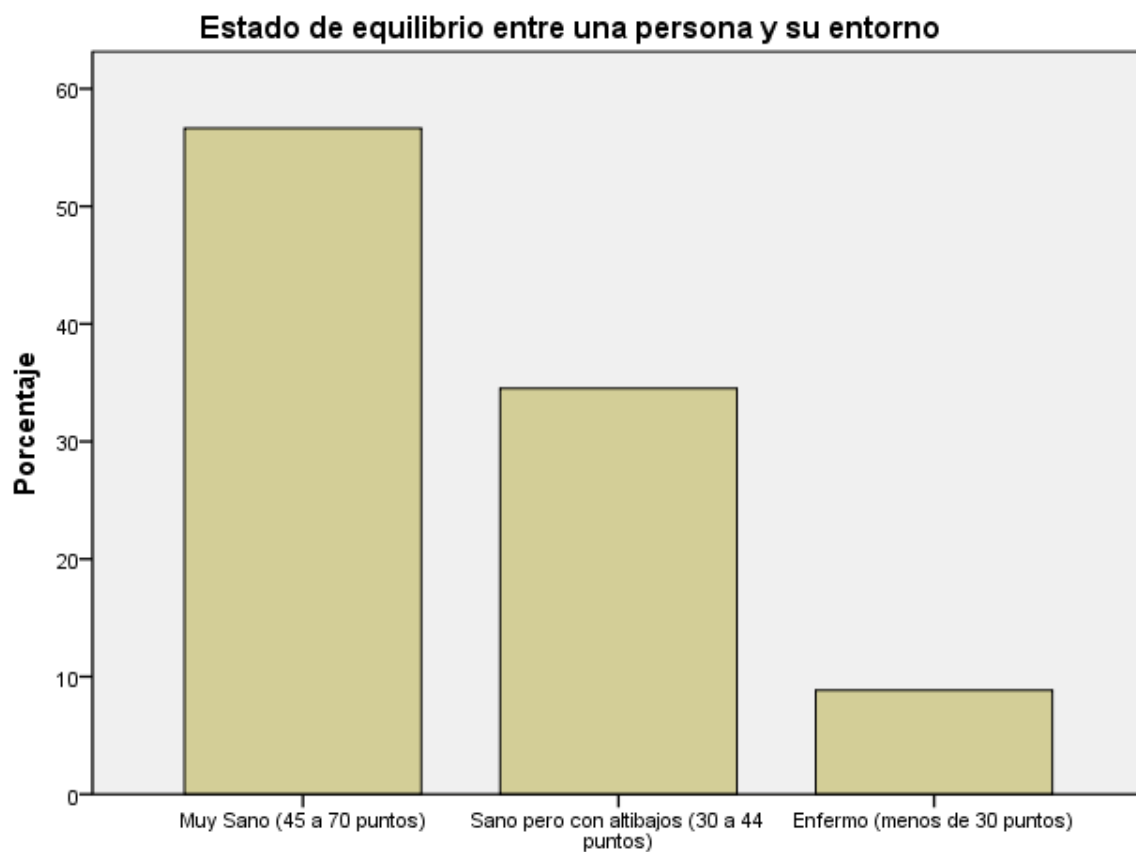
GRÁFICA 7, SALUD FÍSICA



Buen funcionamiento fisiológico del organismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Muy Sano (40 a 65 puntos)	46	20,4	20,4
Sano pero con altibajos (25 a 40 puntos)	76	33,6	54,0
Enfermo (menos de 25 puntos)	104	46,0	100,0
TOTAL	226	100,0	

GRÁFICA 8, SALUD MENTAL



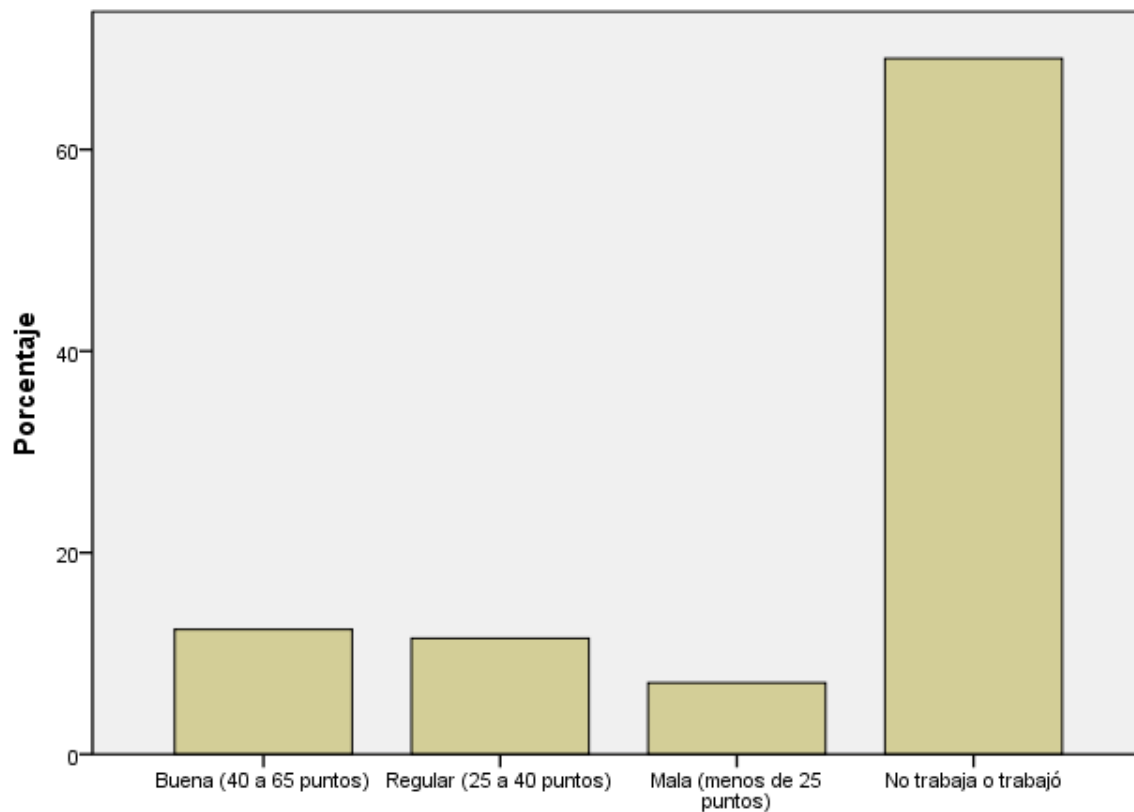
Estado de equilibrio entre una persona y su entorno

Estado de equilibrio entre una persona y su entorno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Muy Sano (45 a 70 puntos)	128	56,6	56,6
Sano pero con altibajos (30 a 44 puntos)	78	34,5	91,2
Enfermo (menos de 30 puntos)	20	8,8	100,0
TOTAL	226	100,0	

GRÁFICA 9, SALUD LABORAL

En sus labores tiene un desarrollo adecuado

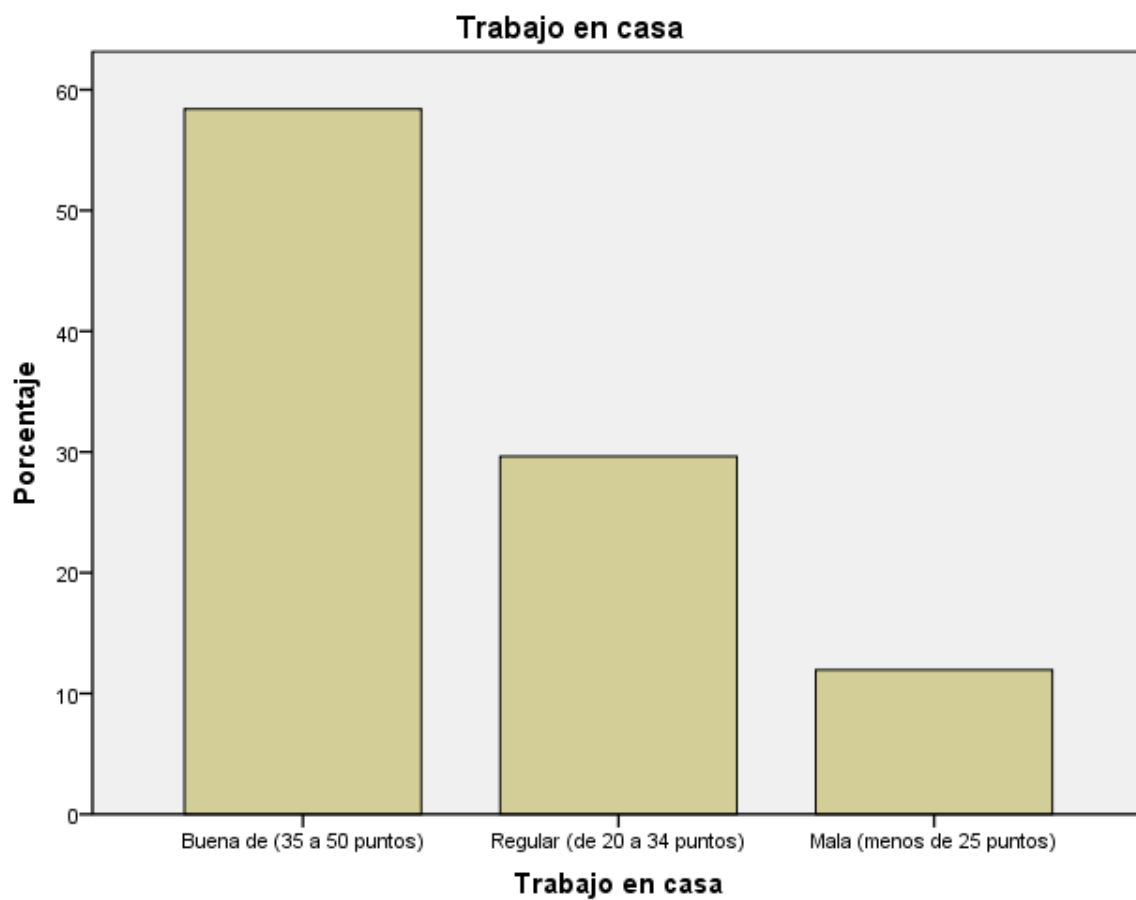


En sus labores tiene un desarrollo adecuado

En sus labores tiene un desarrollo adecuado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Buena (40 a 65 puntos)	28	12,4	12,4
Regular (25 a 40 puntos)	26	11,5	23,9
Mala (menos de 25 puntos)	16	7,1	31,0
No trabaja o trabajó	156	69,0	100,0
TOTAL	226	100,0	

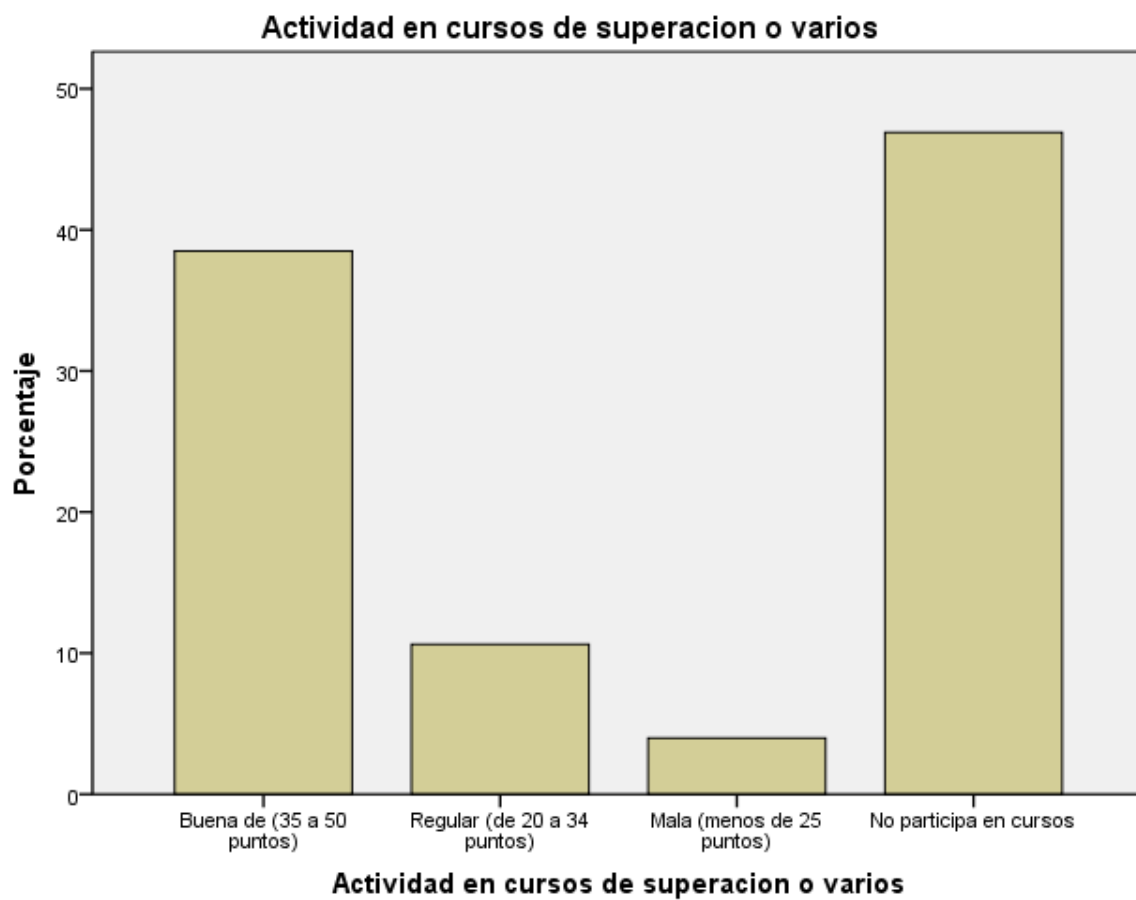
GRÁFICA 10, TRABAJO EN CASA



Trabajo en casa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Buena de (35 a 50 puntos)	132	58,4	58,4
Regular (de 20 a 34 puntos)	67	29,6	88,1
Mala (menos de 25 puntos)	27	11,9	100,0
TOTAL	226	100,0	

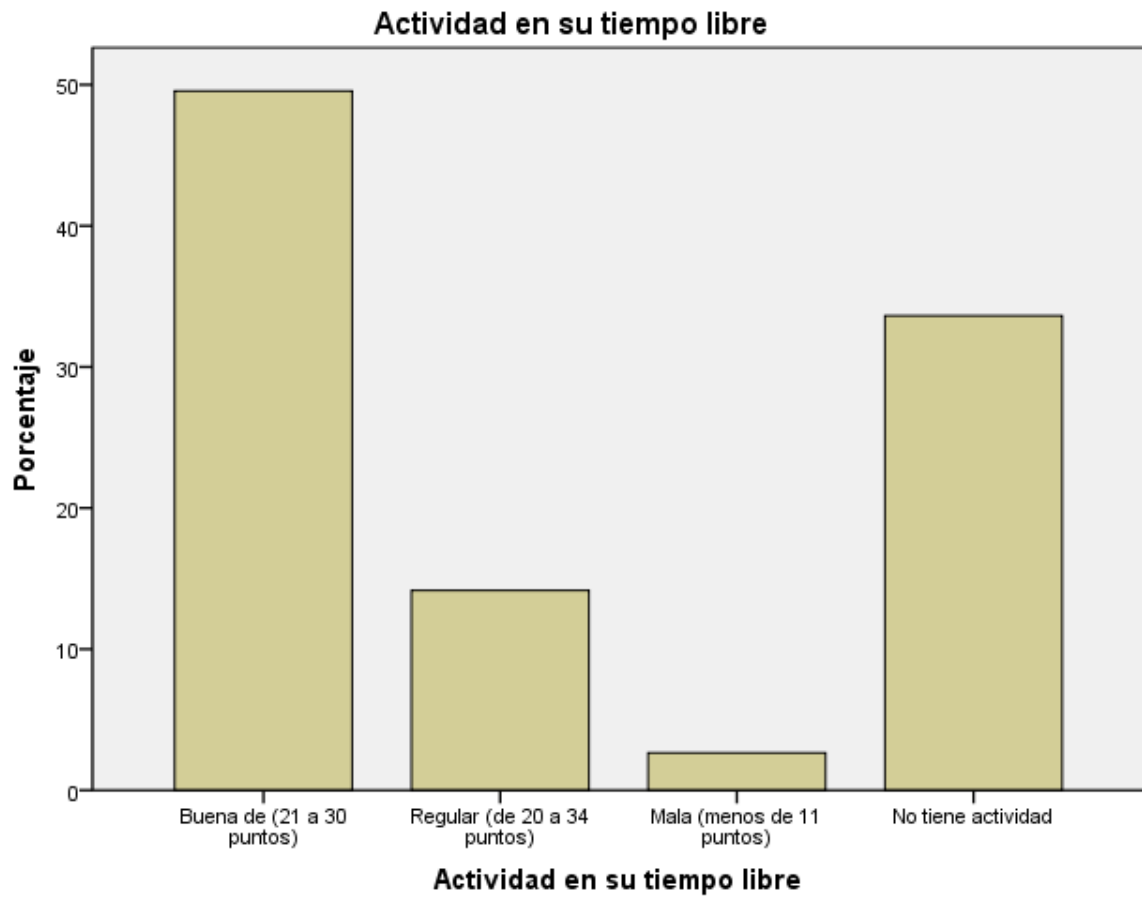
GRÁFICA 11, PARTICIPACIÓN EN CURSOS



Actividad en cursos de superación o varios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Buena de (35 a 50 puntos)	87	38,5	38,5
Regular (de 20 a 34 puntos)	24	10,6	49,1
Mala (menos de 25 puntos)	9	4,0	53,1
No participa en cursos	106	46,9	100,0
TOTAL	226	100,0	

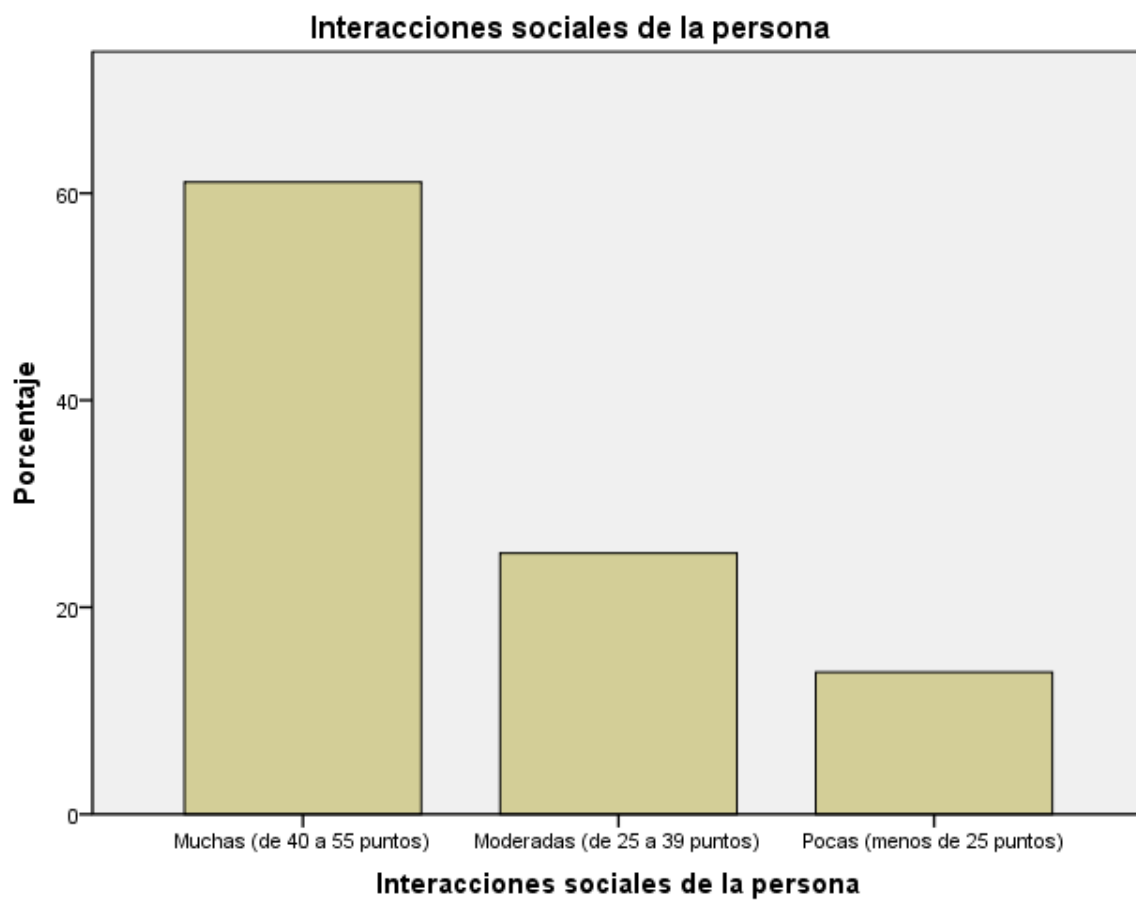
GRÁFICA 12, TIEMPO LIBRE



Actividad en su tiempo libre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Buena de (21 a 30 puntos)	112	49,6	49,6
Regular (de 20 a 34 puntos)	32	14,2	63,7
Mala (menos de 11 puntos)	6	2,7	66,4
No tiene actividad	76	33,6	100,0
TOTAL	226	100,0	

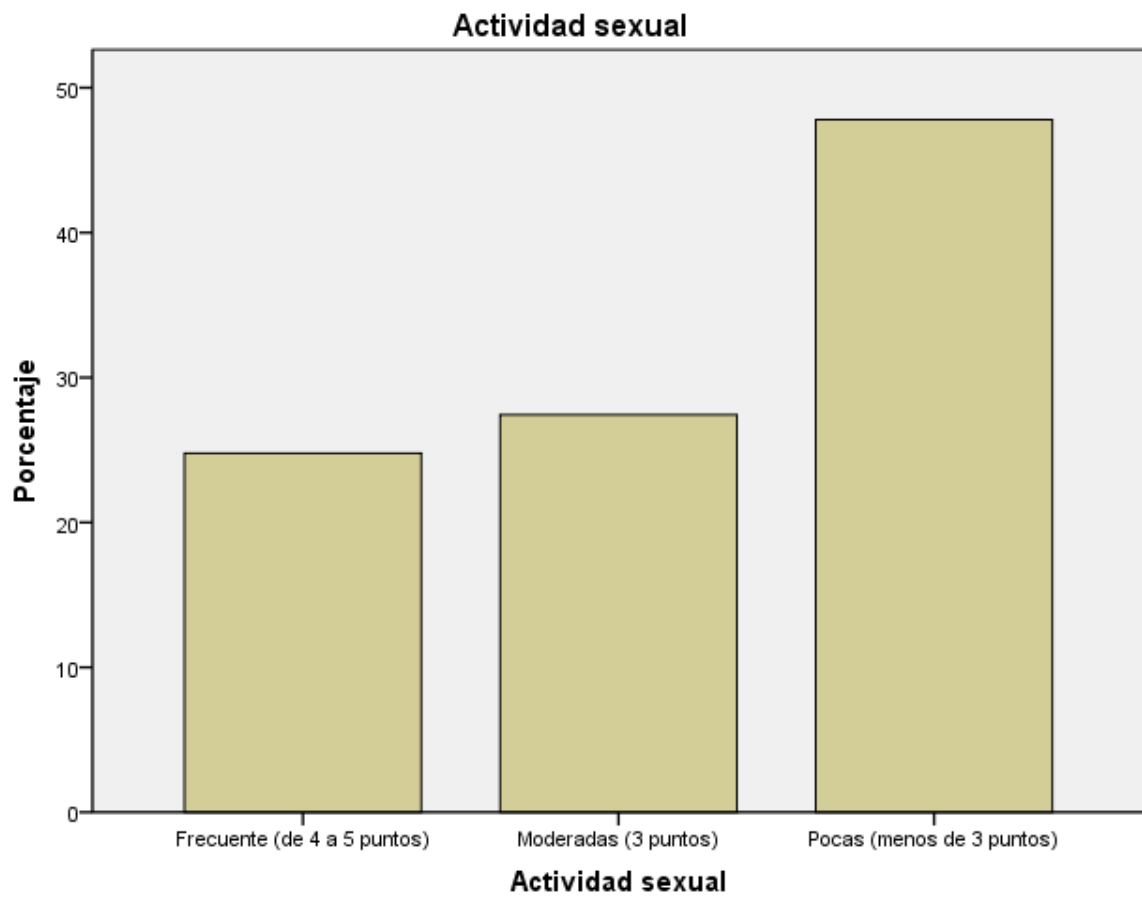
GRÁFICA 13, INTERACCIÓN SOCIAL



Interacciones sociales de la persona

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Muchas (de 40 a 55 puntos)	138	61,1	61,1
Moderadas (de 25 a 39 puntos)	57	25,2	86,3
Pocas (menos de 25 puntos)	31	13,7	100,0
TOTAL	226	100,0	

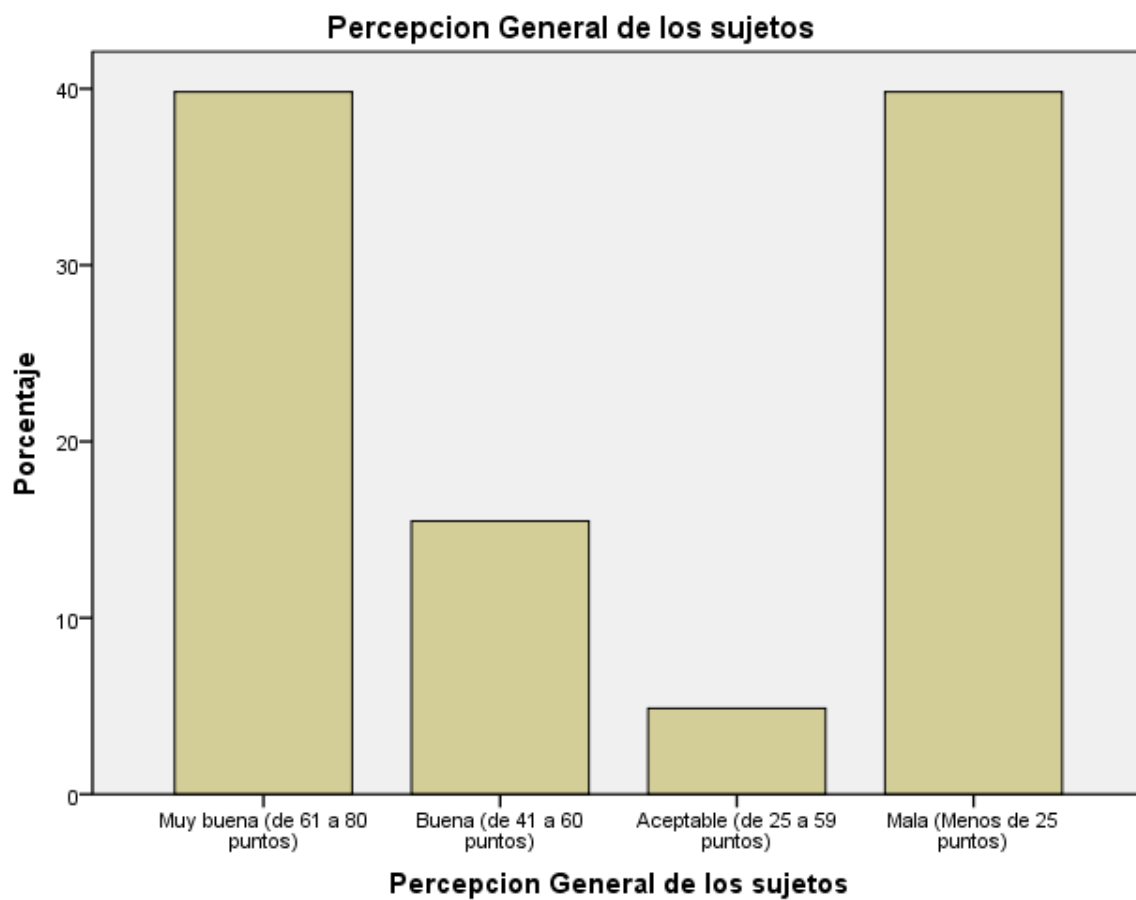
GRÁFICA 14, ACTIVIDAD SEXUAL



Actividad sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Frecuente (de 4 a 5 puntos)	56	24,8	24,8
Moderadas (3 puntos)	62	27,4	52,2
Pocas (menos de 3 puntos)	108	47,8	100,0
TOTAL	226	100,0	

GRÁFICA 15, PERCEPCIÓN GENERAL DE LOS SUJETOS

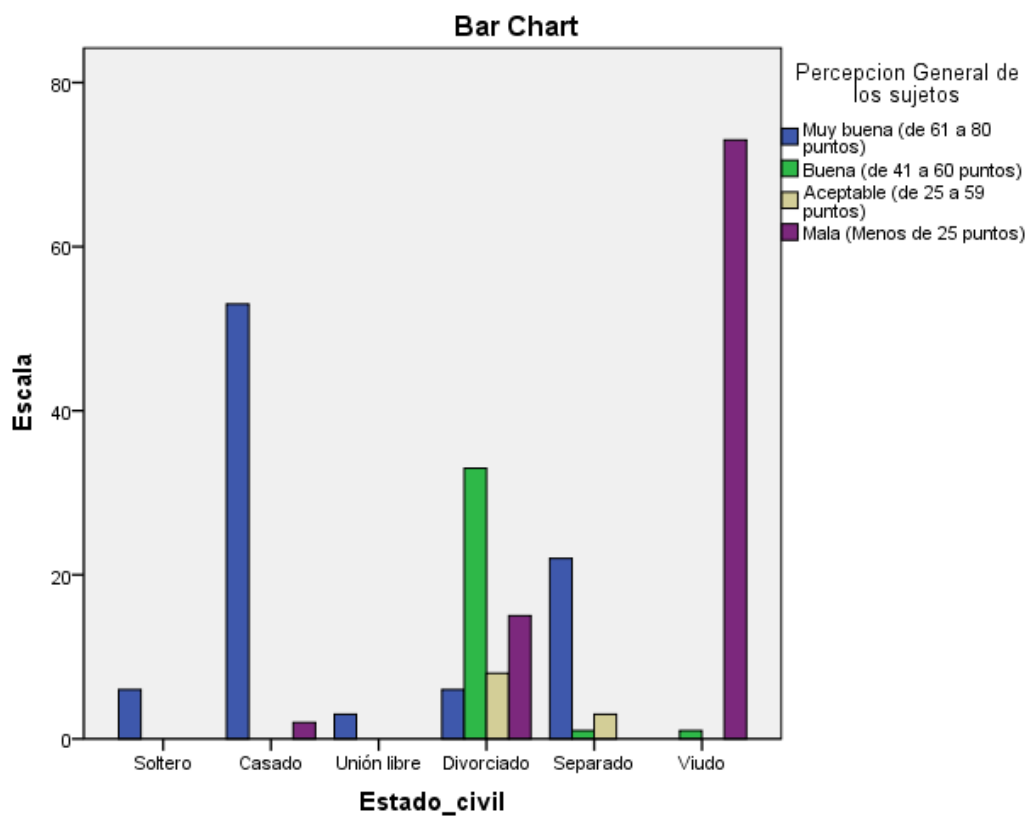


Percepción general de los sujetos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Muy buena (de 61 a 80 puntos)	90	39,8	39,8
Buena (de 41 a 60 puntos)	35	15,5	55,3
Aceptable (de 25 a 59 puntos)	11	4,9	60,2
Mala (Menos de 25 puntos)	90	39,8	100,0
TOTAL	226	100,0	

CRUCE DE VARIABLES

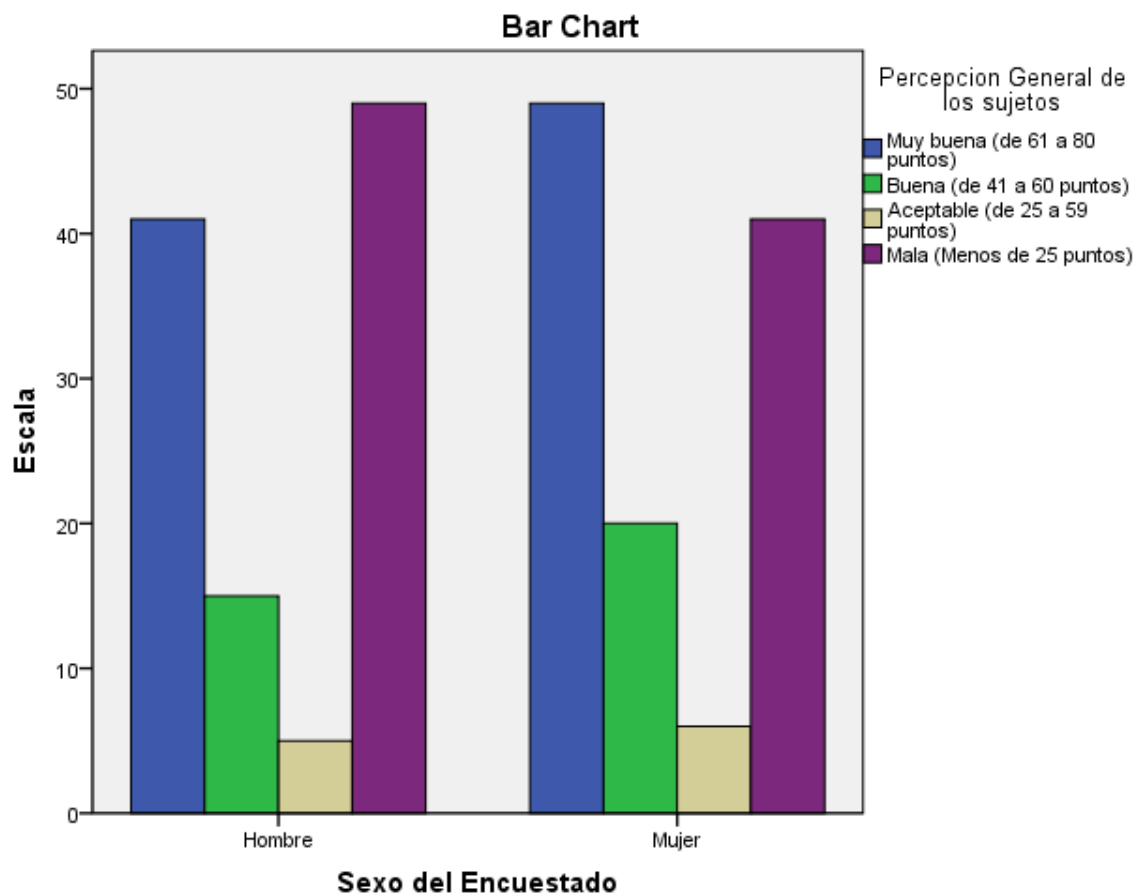
GRÁFICA I, ESTADO CIVIL Y PERCEPCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE VIDA



Estado civil * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)

	Percepción General de los sujetos				TOTAL
	Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Estado civil					
Soltero	6	0	0	0	6
Casado	53	0	0	2	55
Unión libre	3	0	0	0	3
Divorciado	6	33	8	15	62
Separado	22	1	3	0	26
Viudo	0	1	0	73	74
TOTAL	90	35	11	90	226

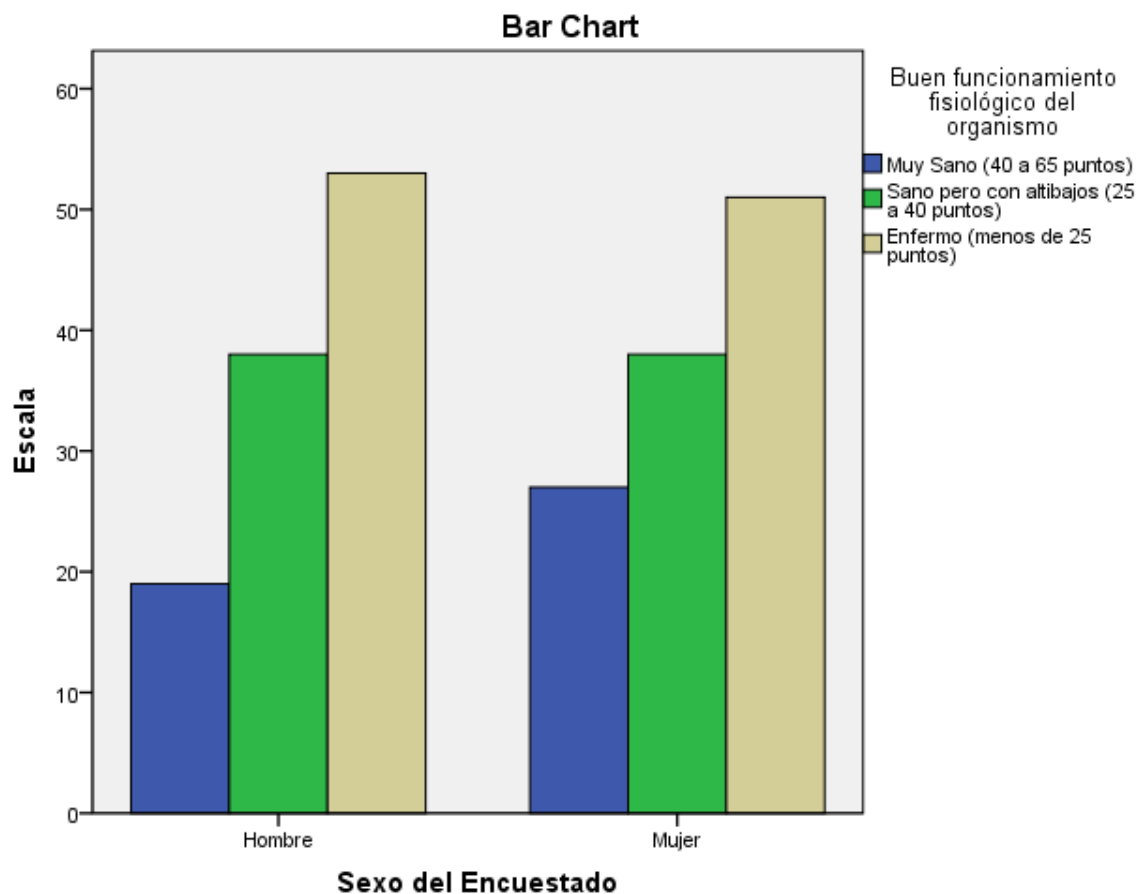
GRÁFICA II, GÉNERO Y CALIDAD DE VIDA



Sexo del encuestado * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)

		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Sexo del encuestado	Hombre	41	15	5	49	110
	Mujer	49	20	6	41	116
TOTAL		90	35	11	90	226

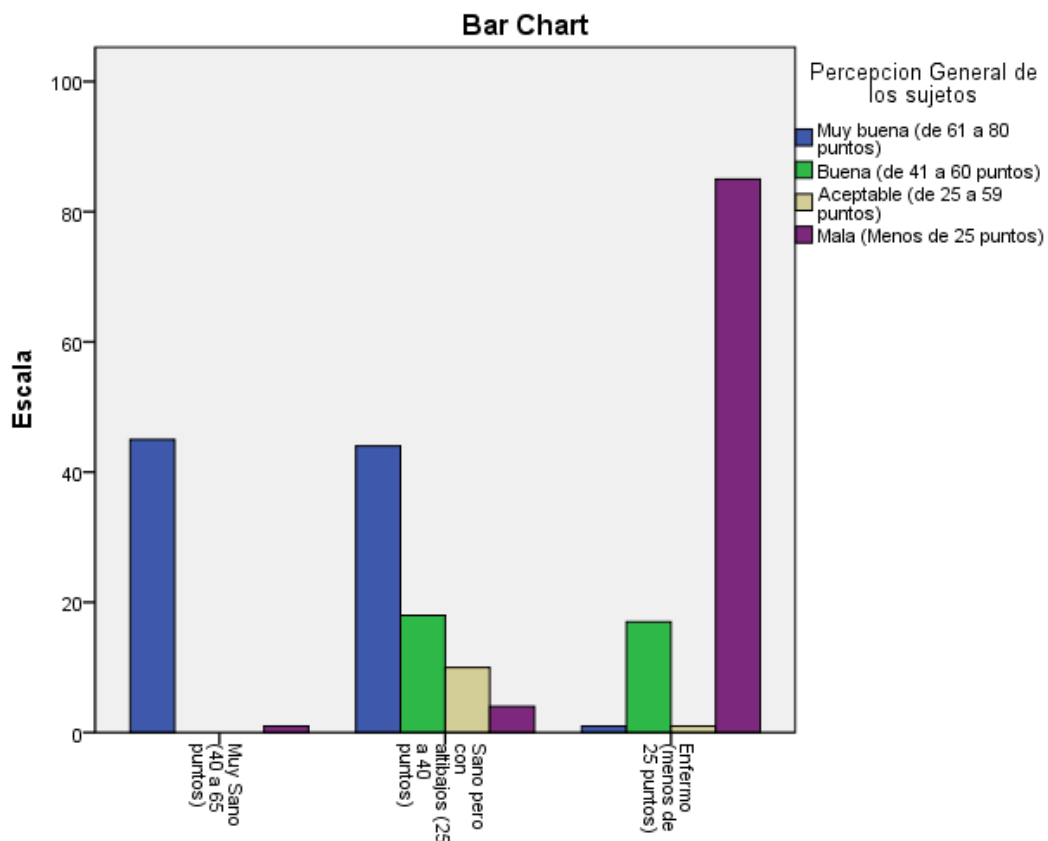
GRÁFICA III, GÉNERO Y SALUD FÍSICA



Sexo del encuestado * Buen funcionamiento fisiológico del organismo (Cruce de Variables)

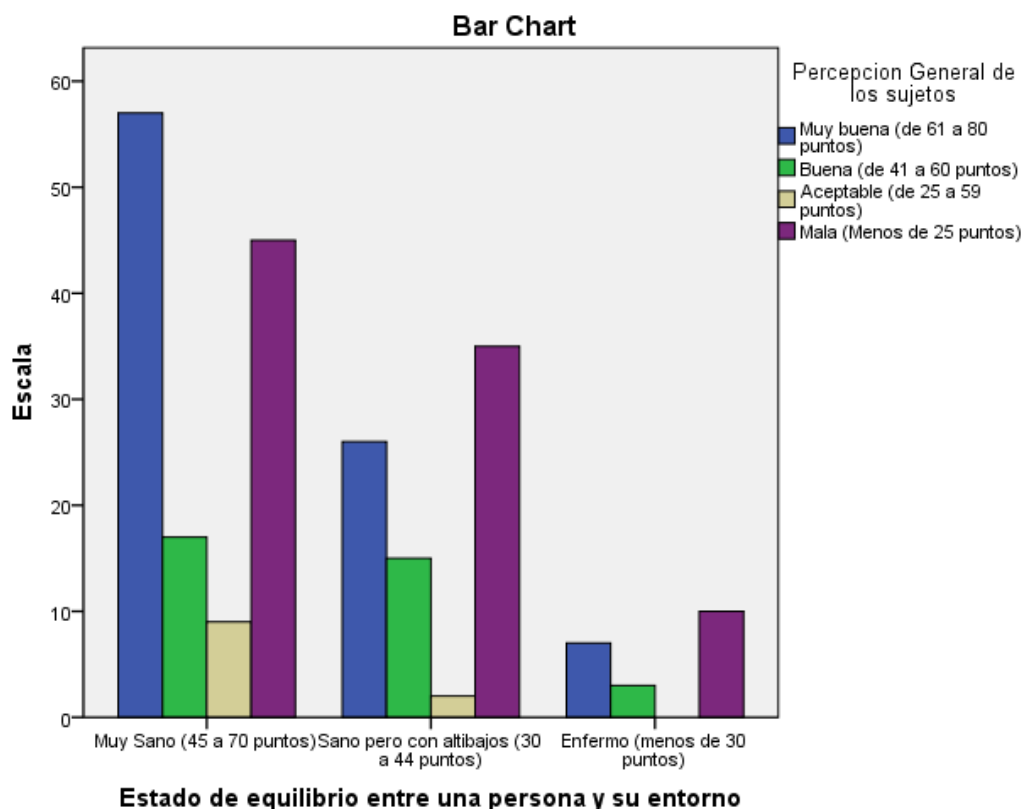
	Buen funcionamiento fisiológico del organismo			TOTAL
	Muy Sano (40 a 65 puntos)	Sano pero con altibajos (25 a 40 puntos)	Enfermo (menos de 25 puntos)	
Sexo del encuestado				
Hombre	19	38	53	110
Mujer	27	38	51	116
TOTAL	46	76	104	226

GRÁFICA IV, SALUD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA



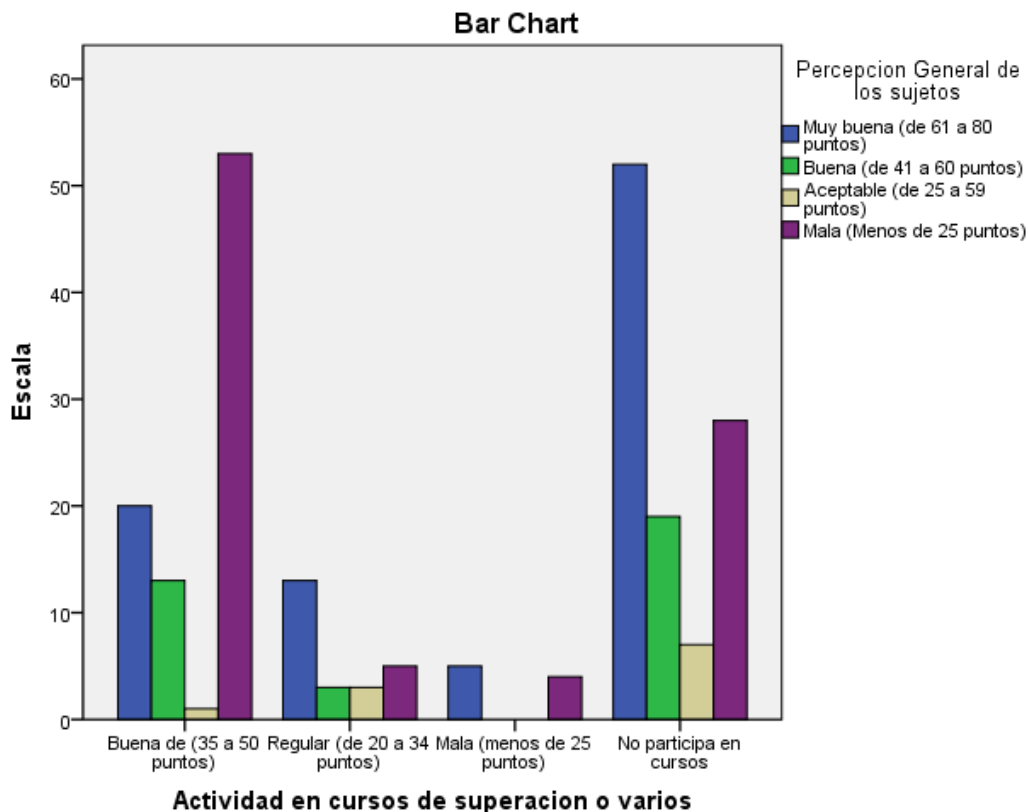
Buen funcionamiento fisiológico del organismo * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)						
		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Buen funcionamiento fisiológico del organismo	Muy Sano (40 a 65 puntos)	45	0	0	1	46
	Sano pero con altibajos (25 a 40 puntos)	44	18	10	4	76
	Enfermo (menos de 25 puntos)	1	17	1	85	104
TOTAL		90	35	11	90	226

GRÁFICA V, SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA



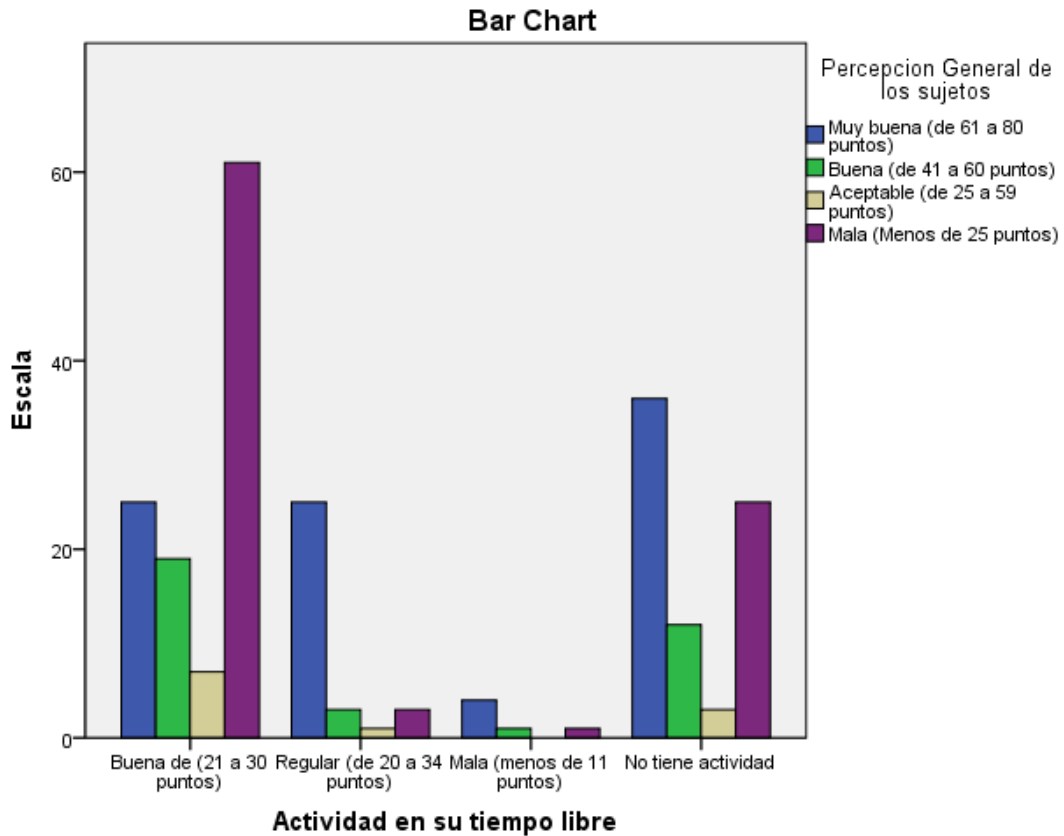
Estado de equilibrio entre una persona y su entorno * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)						
		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Estado de equilibrio entre una persona y su entorno	Muy Sano (45 a 70 puntos)	57	17	9	45	128
	Sano pero con altibajos (30 a 44 puntos)	26	15	2	35	78
	Enfermo (menos de 30 puntos)	7	3	0	10	20
TOTAL		90	35	11	90	226

GRÁFICA VI, ACTIVIDAD EN CURSOS DE SUPERACIÓN Y CALIDAD DE VIDA



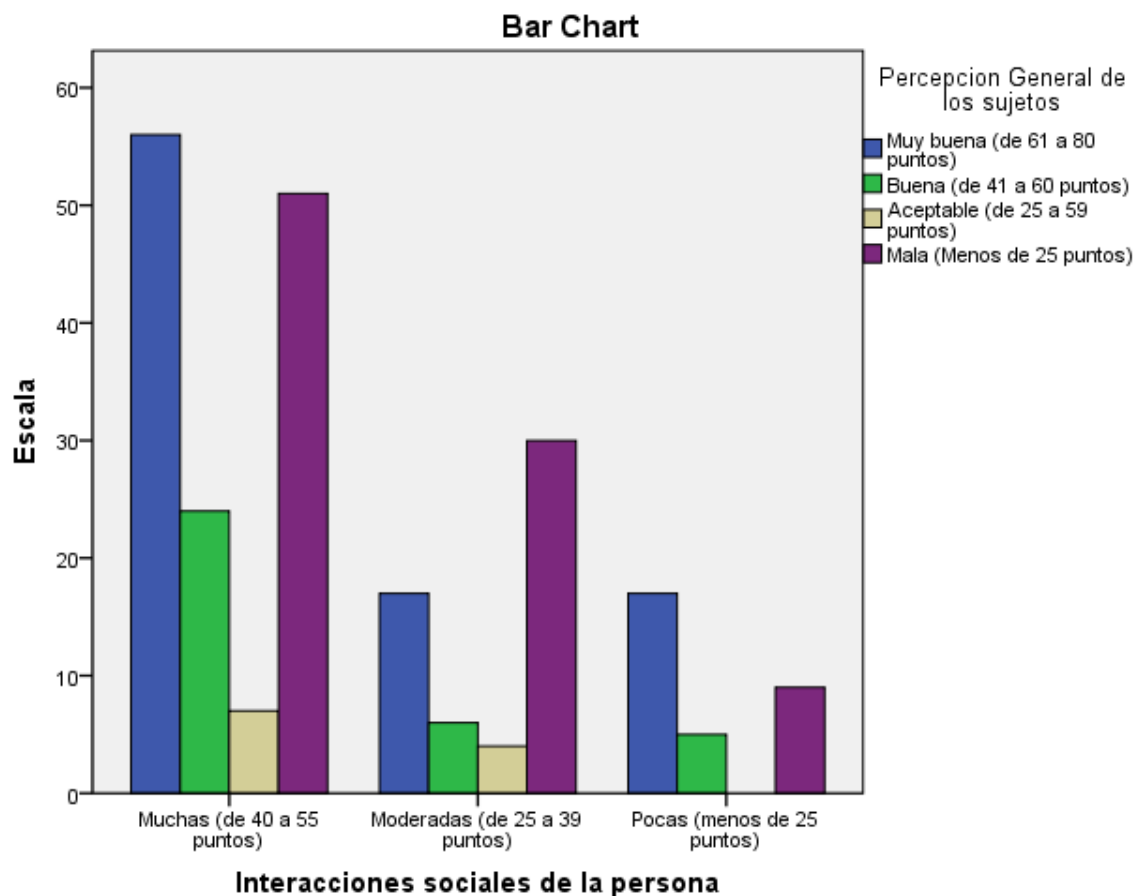
Actividad en cursos de superación o varios * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)						
		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Actividad en cursos de superación o varios	Buena de (35 a 50 puntos)	20	13	1	53	87
	Regular (de 20 a 34 puntos)	13	3	3	5	24
	Mala (menos de 25 puntos)	5	0	0	4	9
	No participa en cursos	52	19	7	28	106
TOTAL		90	35	11	90	226

GRÁFICA VII, RELACIONES INTERPERSONALES Y CALIDAD DE VIDA



Interacciones sociales de la persona * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)						
		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Interacciones sociales de la persona	Muchas (de 40 a 55 puntos)	56	24	7	51	138
	Moderadas (de 25 a 39 puntos)	17	6	4	30	57
	Pocas (menos de 25 puntos)	17	5	0	9	31
TOTAL		90	35	11	90	226

GRÁFICA VIII, ACTIVIDAD SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA



Actividad sexual * Percepción general de los sujetos (Cruce de Variables)						
		Percepción general de los sujetos				TOTAL
		Muy buena (de 61 a 80 puntos)	Buena (de 41 a 60 puntos)	Aceptable (de 25 a 59 puntos)	Mala (Menos de 25 puntos)	
Actividad sexual	Frecuente (de 4 a 5 puntos)	56	0	0	0	56
	Moderadas (3 puntos)	28	21	10	3	62
	Pocas (menos de 3 puntos)	6	14	1	87	108
TOTAL		90	35	11	90	226

DISCUSIÓN

Según los resultados y coincidiendo con la literatura que reporta en nuestra unidad un 52% de población femenina contra 48% de población masculina, también en nuestro estudio se realizó encuestas a 51.5% de mujeres. En relación a la edad el grupo de mayor proporción fue en el rango de 60 a 65 años, la mayoría de los encuestados tienen un nivel académico de primaria y de ellos muchos sin concluirlo. El estado civil lo encabezan los viudos. La mayoría de los encuestados pertenecen a la religión católica. También la mayoría de los pacientes son jubilados. En cuanto a salud física la mayoría se refiere con alguna enfermedad, pero respecto a salud mental la mayoría refiere estar bien. La mayoría de los adultos mayores disfruta de hacer trabajo en casa; un poco más de la mitad acude a pláticas o cursos de manualidades. Casi tres cuartas partes de los adultos mayores encuestados realizan actividades al aire libre, así como buenas relaciones sociales. Pero casi la mitad de ellos refiere pocas relaciones sexuales. Cabe mencionar que de los encuestados hay una proporción semejante entre los que refieren en términos generales una muy buena calidad de vida y otros refieren mala calidad de vida. (8, 11, 12, 16, 17)

El primer punto a discutir es el objetivo general de este trabajo. Como se observa en la gráfica resulta completamente polarizada la situación entre los adultos mayores viudos y los no viudos. En especial la dicotomía viudez-casamiento. Los casados presentan la mejor calidad de vida mientras que los viudos presentan la más mala calidad de vida; aunado a ello los márgenes son muy distantes entre lo muy bueno de los primeros y malo de los segundos. Ello comprueba lo establecido en los estudios hechos al respecto donde indican que son los viudos (as) quienes presentan mayores problemas de calidad de vida ⁽⁸⁾. Lo que llama la atención a esta situación es la gran diferencia que nos lleva a pensar como profesionales de la salud y poner atención a este sector de la población canalizando la ayuda respectiva a otros servicios como trabajo social, medicina preventiva, dental, etcétera, para que su atención sea multidisciplinaria y mejor en nuestras unidades de adscripción.

En relación al objetivo específico de la relación del género y la calidad de vida se observa una diferencia entre el género y la calidad de vida de los

derechohabientes de la unidad. Siendo las mujeres quienes tienen mejor percepción de calidad de vida. Sin embargo a pesar de la pequeña diferencia no es posible ser concluyentes al respecto pues no alcanza el 5%.

Referente a la salud física y el género los datos son muy similares por lo que no se encuentra relevancia en ellos. Únicamente se ubica a las mujeres con una leve diferencia a favor en muy sano. Pero al igual que los datos anteriores no es posible una diferenciación clara.

Sí existe una relación clara entre la salud mental y la calidad de vida. Aquellos que presentan buena salud mental también lo hacen con buena calidad de vida. De igual manera quienes tienen mala salud mental presentan mala calidad de vida. Probablemente este dato tenga que ver más con factores psicológicos. Por ello este dato deja pauta para posteriores trabajos. No obstante este dato nos da luz como profesionales de la salud para poner mayor atención a la salud mental.

No existe relación entre la asistencia a cursos y la calidad de vida. La mayoría que mencionan tener buena asistencia a cursos también indican tener mala calidad de vida. Este parámetro debe ser estudiado a más profundidad pues si presenta un gran número de adultos mayores con mala calidad de vida.

Si se encontró una relación muy buena entre las relaciones sociales y la percepción de la calidad de vida de los encuestados. Se puede decir que a mayores relaciones sociales la calidad de vida aumenta. Ello puede darnos la pauta a nosotros como médicos a encaminar a nuestros pacientes a que busquen las interrelaciones sociales con amigos y familiares para que su calidad de vida aumente. Ello encarna lo mencionado en la bibliografía donde se indica que para edades avanzadas el contacto social es de vital importancia ⁽¹⁷⁾.

La sexualidad juega un papel importante en la percepción de la calidad de vida de los pacientes atendidos en la unidad. Es muy marcada la diferencia donde a mayor porcentaje de relaciones sexuales mayor es la calidad de vida y a menor cantidad de relaciones sexuales la calidad de vida decrece. Este dato puede darnos mucha información para atender la problemática de complicaciones o enfermedades que dificulten las relaciones sexuales, esto además inherente a la edad del adulto mayor y otras enfermedades asociadas. Pero que si se mejora la sexualidad también tendrán mejor la calidad de vida.

CONCLUSIONES

Lo establecido en las fuentes consultadas es evidente en este trabajo pues son los adultos mayores viudos atendidos en esta unidad quienes presentan los mayores índices de mala calidad de vida y los adultos mayores casados presentan el mejor panorama de buena calidad de vida. Se sugiere poner mayor atención y durante la consulta de medicina familiar profundizar en el núcleo familiar de los adultos mayores para localizar a los viudos y poder darles manejo conjunto y así ellos puedan tener una mejor calidad de vida.

A pesar de encontrarse una diferencia a favor de las mujeres con una mayor apreciación de su calidad de vida la corta asimetría entre ambos no permite dar conclusión.

Tampoco se encuentran diferencias entre el género y la salud física. A pesar de no haber diferencias sabemos por la literatura que un gran porcentaje de adultos mayores cursa con enfermedades como las llamadas crónico degenerativas, las cuales obviamente van a tener grandes repercusiones para que el adulto mayor refiera una mala calidad de vida. En este estudio no se aborda de manera directa las enfermedades comunes ya que el estudio y sus resultados se basan solo en lo obtenido en las encuestas del cuestionario de calidad de vida Q-LES-Q sobre satisfacción y placer. Se recomienda realizar estudios en población mexicana de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas para determinar de manera directa la repercusión en su calidad de vida.

Se encontró una correlación entre la salud mental y la calidad de vida. Dándose que a mejor salud mental mayor calidad de vida y viceversa ya que los pacientes con mala salud mental tienen más mala calidad de vida. Se recomienda también identificar en la consulta de medicina familiar a pacientes con enfermedades que tengan relación con salud mental para dar manejo o en su caso canalizar a otros servicios para su control.

Se recomienda profundizar en la relación entre la asistencia a cursos o pláticas y la calidad de vida, toda vez que los datos emanados de este trabajo son muy contrastantes por lo que solo se indica que no existe una relación entre ellos. Se sugiere analizar y comentar con los pacientes la perspectiva personal de

cada uno y la razón de asistir a cursos o pláticas para poder orientarlos y en su caso recomendarles una actividad apropiada a cada caso en particular.

También se ubica en este trabajo una correlación marcada entre el contacto social y la calidad de vida. Respondiendo a mayor número de socialización mayor calidad de vida percibida. Se debe recomendar en consulta de medicina familiar a los adultos mayores que busquen mayor socialización, lo cual repercutirá en una mejor calidad de vida.

Se encontró que la sexualidad es un factor determinante para la percepción de la calidad de vida de los pacientes. La relación es a mayor sexualidad mayor calidad de vida y viceversa. Se sugiere en los casos de los adultos mayores dar orientación sobre una sexualidad libre y plena pero con sus precauciones pertinentes, ya que se ha mencionado también a los adultos mayores como personas más vulnerables en todos los aspectos. Los adultos mayores deben de tener derecho a continuar con actividad sexual de acuerdo a sus alcances o limitaciones personales.

Creo que es un estudio recomendado para el médico familiar ya que nos acerca más a los adultos mayores, de los cuales debemos aprender y a la vez poder ayudar en sus limitaciones individuales de cada uno; también según la justificación del estudio actualmente en México la población de adultos mayores es de aproximadamente el 9% y se espera un incremento hasta del 20%, por lo que se espera que en la consulta de medicina familiar se siga incrementando el número de adultos mayores, lo cual es de vital importancia para poder detectar crisis normativas o paranormativas en el núcleo familiar y a su vez nosotros como médicos familiares poder tener una mayor y mejor interacción médico-paciente-familia y así se espera que los adultos mayores puedan tener una mejor calidad de vida.

Respecto a la hipótesis de esta investigación se concluye que la calidad de vida del adulto mayor viudo no es mejor que la del adulto mayor no viudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. De León-Arcila R., Milián-Suazo F., Camacho Calderón N., Arévalo-Cedena R. E. y Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 277-284
2. Wiswell A. María del Amparo y Arbelaez Julio E. Beneficios de la Orientación Comunitaria en el Programa del Adulto Mayor del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD). VIII Congreso Nacional de Recreación Vicepresidencia de la República / Coldeporte / FUNLIBRE / Mayo de 2004, Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en: www.redcreacion.org/documentos/congreso8/idrd1.html. Revisado en noviembre del 2010
3. Sepúlveda et al. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. Colombia. Aceptado: 27 mayo 2009
4. Vera Martha. Artículo. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. ISSN 1025-5583, Págs. 284-290 An Fac Med Lima 2007; 68(3) 285
5. Alonso Galbán P., Sansó Soberats F. J., Díaz-Canel Navarro A. M., Carrasco García M. y Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(1)
6. Peña Pérez B., Terán Trillo M., Moreno Aguilera F. y Bazán Castro M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009; 14(2):53-61
7. Pagola Leyva Javier, Oramas Hernández Lissette y Sarmientos Brooks Gil Vicente. La sexualidad en el adulto mayor. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/FAMIL010.pdf. Revisado en noviembre del 2010
8. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010. Disponible en: www.censo2010.org.mx/, revisado en agosto del 2011

9. Calidad de Vida. Wikipedia es una marca registrada. Wikimedia Foundation, Inc. Página Wikipedia. Disponible en: Org/wiki/calidad_de_vida. Revisado en diciembre del 2010.
10. Martínez-San isidro. Calidad De Vida, (54) (11). Provincia de Buenos Aires, ReDIE, Otamendi 629 (1405), ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, (54) (11) 4793 8187, 1997-2009
11. Maldonado Guzmán Gabriela y Mendiola Infante Susana Virginia. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Disponible en: edumed.net/Revistas/CCCSS. Revisado en diciembre del 2010
12. Mora Mónica, Villalobos Delia, Araya Gerardo y Ozols Antonieta. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista M H Salud. (ISSN: 1659-097X) Vol.1. No. 1. Septiembre, 2004. Disponible en: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2370/237017928002.pdf Revisado en diciembre del 2010
13. Tello, et al. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, Es Salud, Lima Perú. Acta méd. Peruana v.26 n. 1 Lima ene./mar.2009
14. Mella Rafael y González Luis. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe v. 13 n.1 Santiago, Chile. Mayo 2004. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282004000100007...sci... Revisado en enero del 2011.
15. Tapia Mejía M S, Morales Hernández J J, Cruz Ortega R M y de la Rosa Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Departamento de Educación e Investigación Médica. Hospital General de Zona 1. IMSS. Tlaxcala 2000. Rev Enf IMSS 2000; 8 (2): 87-90
16. Gutiérrez Zurbarán G T, Gil Rojo I, Jiménez Acosta V A y Lugo Jáuriga B. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. Policlínico Docente de Manicaragua, Villa Clara. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39 (2): 147-51
17. Cervera Estrada L, Hernández Riera R, Pereira Jiménez I y Sardiñas Montes de Oca O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Sector 7 de la Parroquia Cartanal, municipio Independencia del

- estado de Miranda de la República Boliviana de Venezuela. Aceptado 21 de noviembre 2008. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552008000600006&script... Revisado en enero del 2011.
18. Índice de Calidad de Vida en México. Universidad de Monterrey. Disponible en: [www.udem.edu.mx/home/noticias/indice de calidad de vida en mexico/6276](http://www.udem.edu.mx/home/noticias/indice_de_calidad_de_vida_en_mexico/6276) Revisado en noviembre del 2010
 19. Consejo Nacional de Población. CONAPO. Boletín Número. 5/2010, México, D. F., 7 abril 2010. Disponible en: www.gerontogeriatría.org/index.php?...325%Aboletin... Revisado en febrero del 2011
 20. El adulto mayor. Definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos. (Klin, 2003)...Revisado 29 de noviembre del 2010. Disponible en: catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales//documentos/.../capitulo1.pdf. Revisado 02 diciembre del 2010 21. Monroy López Anameli. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. Hospital de México. Diciembre 2005. Disponible en: www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=103... Revisado en enero del 2011.
 22. Aguilera Grovas Adriana. El duelo en la tercera edad. Sociedad Psicoanalítica de México AC. Parque México. Sociedad Componente de la IPA. 2007 07-17. Disponible en: 2011.spm.org.mx/spots/index.php?mod=spot&id=19. Revisado en febrero del 2011.
 23. Donoso Sepúlveda Archibaldo. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. 2004. Disponible en: www.gerontologia.chile.cl/docs/cuidado.htm Revisado en diciembre del 2010
 24. Viudez. Wikipedia es una marca registrada. Wikimedia Foundation, Inc. Página Wikipedia. Disponible en: es.wikipedia.org/Wiki/viudez Revisado en noviembre del 2010
 25. Barraza Blanco Margarita y Uranga Barri Rossina. Reflexiones de una vida. Guía de orientación para familiares y amigos del Adulto Mayor en

- su fase terminal. Consejo Directivo Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C.
26. Herrera de Noble E. Tercera edad: el apoyo familiar es clave para superar el duelo. Cómo sobrellevar mejor la viudez. (1) marzo del 2006. Disponible en: old.clarin.com/diario/2006/03/02/sociedad/s-03501.htm – Argentina. Revisado en enero del 2011.
 27. Pérez Cárdenas Clara e Infante Román Nildamary. Artículo. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Revista Cubana Med Gen Integr 2005; 21 (3-4). Reparto D beche, Guanabacoa, Ciudad de la Habana. Aprobado 30 de abril 2005. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext...21252005000300011. revisado en diciembre del 2010.
 28. Albala Cecilia y Cols. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panamericana Salud Pública. 2005;17(5/6):307-22
 29. Rubinstein A, Terrasa S y Cols. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana, S.A. 2001, Pág. 545
 30. Olivares C. y Sepulveda M. Redes sociales en la tercera edad. Psicología del desarrollo III, Universidad del Desarrollo, 2000. Disponible en: www.psicologia-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml. revisado en noviembre del 2010
 31. La tercera edad. Jubilación. Hobby. Demencia senil. Viudez. Volumen 6 Sociología y Trabajo Social. Editorial, Rueda y Folio Editores. S.A. 2009
 32. Gispert Carlos y Cols. Diccionario enciclopédico ilustrado. Océano uno. 2008

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

San Luis Potosí, S.L.P. a: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Calidad de vida del adulto mayor viudo en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 49 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación San Luis Potosí en el periodo comprendido de abril a septiembre de 2011”**

Registrado ante el Comité local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: identificar los factores relacionados con la calidad de vida del adulto mayor viudo o no viudo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de un cuestionario sobre calidad de vida.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio son los siguientes:

- 1.- El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- 2.- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
- 3.- El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información

actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

Dr. Francisco Javier Jiménez Cárdenas, matrícula: 11532777

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos: _____

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACION:

Género: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

Responda según su criterio con una cruz de la siguiente manera:

Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), A menudo o la mayor parte del tiempo (4) y muy a menudo o siempre (5).

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con que frecuencia...recuerde...

1= Nunca, 2= Casi nunca, 3= A veces, 4= A menudo o la mayor parte del tiempo y 5= Muy a menudo o siempre.

	1	2	3	4	5
1. Se sintió sin dolores ni molestias?					
2. Se sintió descansado (a)?					
3. Se sintió con energía?					
4. Se sintió en un excelente estado de salud física?					
5. sintió por lo menos, un estado de salud física muy bueno?					
6. No se preocupó de su estado de salud física?					
7. Sintió que durmió lo suficiente?					
8. Se sintió suficientemente activo (a)?					
9. Sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?					
10. Sintió que su memoria funcionaba bien?					
11. Se sintió bien físicamente?					
12. Se sintió lleno (a) de energía y vitalidad?					
13. No experimentó problemas visuales?					

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con que frecuencia se sintió...

	1	2	3	4	5
14. Con la mente despejada?					
15. Satisfecho (a) con su vida?					
16. A gusto con su aspecto físico?					
17. Alegre o animado (a)?					
18. Independiente?					
19. Contento (a)?					
20. Capaz de comunicarse con otras personas?					
21. Interesado (a) en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?					
22. Capaz de tomar decisiones?					
23. Relajado (a)?					
24. A gusto con su vida?					
25. Capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuera necesario?					
26. Capaz de hacer frente a los problemas de la vida?					
27. Capaz de cuidar de sí mismo (a)?					

LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comida) para usted mismo (a) o para otras personas? NoSí

Si responde que no, anote la razón.

- Si no ¿por qué no?
1. Demasiado enfermo (a) físicamente.
 2. Demasiado alterado (a) emocionalmente.
 3. Nadie espera que haga algo.
 98. Otra razón _____

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con que frecuencia...

	1	2	3	4	5
41. Quedó satisfecho (a) con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?					
42. Quedó satisfecho (a) con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?					
43. Quedó satisfecho (a) con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?					
44. Quedó satisfecho (a) en la manera en que preparó la comida?					
45. Quedó satisfecho (a) en la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?					
46. Quedó satisfecho (a) con las tareas domésticas que realizó?					
47. Se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?					
48. Resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?					
49. Fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a tareas de la casa?					
50. Hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?					

TAREAS DE CURSO/CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o universidad? No

Sí

Si responde que no, anote la razón.

- Si no, ¿por qué no?
1. Demasiado enfermo (a) físicamente.
 2. Demasiado alterado (a) emocionalmente.
 3. Nadie espera que haga esto.
 98. Otra razón _____

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con que frecuencia...

	1	2	3	4	5
51. Disfrutó con las tareas del curso/clase?					
52. Deseó empezar las tareas del curso o de la clase?					
53. Desarrolló las tareas del curso/clase sin demasiada tensión?					
54. Pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?					
55. Se mostró decidido (a) con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?					
56. Se sintió satisfecho (a) con los logros conseguidos en el trabajo del curso/clase?					
57. Se interesó en las tareas del curso/clase?					
58. Se concentró en las tareas del curso/clase?					
59. Se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?					
60. Se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros (as) del curso/clase?					

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	1	2	3	4	5
61. Cuando tuvo tiempo ¿con que frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?					
62. Con que frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?					
63. Con que frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?					
64. Con que frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?					
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con que frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?					
66. Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?					

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	1	2	3	4	5
67. Se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?					
68. Deseó reunirse con amigos o familiares?					
69. Hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?					
70. Disfrutó conversando con compañeros (as) de trabajo o vecinos?					
71. Se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?					
72. Se interesó por los problemas de otras personas?					
73. Sintió cariño por una o más personas?					
74. Se llevó bien con otras personas?					
75. Bromeó o se rió con otras personas?					
76. Sintió que ayudo a amigos o familiares?					
77. Sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?					

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción.

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	1	2	3	4	5
78. Su estado de salud física?					
79. Su estado de ánimo?					
80. Su trabajo?					
81. Las tareas de la casa?					
82. Sus relaciones sociales?					
83. Sus relaciones familiares?					
84. Sus actividades de tiempo libre?					
85. Su capacidad de participar en la vida diaria?					
86. Su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*					
87. Su situación económica?					
88. La situación de alojamiento o vivienda?*					
89. Su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*					
90. Su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*					
91. Su sensación general de bienestar?					
92. la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí () y deje la respuesta en blanco)					
93. Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?					

* Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo o regular en estas respuestas por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.