



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**Calidad de Vida en el adulto Mayor posterior a realización del Programa de
Atención Social a la Salud
Protocolo de investigación**

CON FINES DE TITULACION DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Maribel Hernández Chávez

Médico Residente del

Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98366203

E-mail: mary51083@yahoo.com.mx

Teléfono: 55 87 82 52

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Esther Azcarate García

Médico Especialista en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar no 94 IMSS

Matricula: 99362280

estherazcarate@gmail.com

Teléfono: 57 57 32 89

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Médico Especialista en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS

Matricula: 99366361

E-mail: rodriguin60@hotmail.com

Teléfono: 57672799 extensión 21465

Febrero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizaciones

Autorizado por el comité Local de Investigación en salud no.3511

Número de Registro del Proyecto

Dra. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

Dr. Celso Marcelo Juárez Paredes
Director de la UMF No. 94 IMSS

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF No.94 IMSS

Dra. Esther Azcarate García
Profesora titular del Curso de Especialidad en Medicina Familiar UMF 94 IMSS

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que confiaron en mí, agradezco su cariño y apoyo que han brindado a mi vida y a mi formación profesional, siendo este el producto de la dedicación que han ofrecido a lo largo de una lucha constante.

A mis Asesores y Médicos por el interés y dedicación ofrecidos a mi desempeño y formación profesional a lo largo de de mi vida académica.

A la Institución por haber hecho posible la culminación de mis estudios y una adecuada formación profesional para iniciar el desarrollo en el ambiente laboral.

A mi esposo, hijos, padres, suegros, hermanos, familiares, médicos y amigos.

Gracias.

INDICE

1. Introducción	5
2. Marco teórico.....	7
a) Antecedentes científicos.....	14
3. Planteamiento del problema	16
4. Pregunta de investigación	17
5. Objetivos de estudio.....	17
a) Objetivos generales	17
b) Objetivos específicos.....	17
6. Hipótesis del trabajo.....	18
7. Hipótesis alterna	18
8. Identificación de variables	18
a) Variables universales	19
b) Variables de estudio.....	20
9. Metodología.....	21
a) Diseño de estudio.....	21
b) Universo de estudio	21
c) Población de estudio.....	21
d) Muestra.....	21
10. Determinación estadística del tamaño de la muestra... ..	22
a) Tipo de muestra.....	22
b) Procedimiento de integración de la muestra.....	22
11. Criterios de inclusión	22
12. Criterios de no inclusión	22
13. Cronograma de actividades.....	22
14. Hoja de recolección, información y descripción del instrumento	23
15. Análisis estadístico.....	23
16. Recursos	24
17. Difusión del estudio.....	24
18. Consideraciones éticas	24
19. Resultados	25
20. Análisis de Resultados	41
21. Conclusiones.....	44
22. Bibliografía	45
23. Anexos	47
a) Anexo 1. cronograma de actividades	48
b) Anexo 2. Hoja de recolección de información.....	49
c) Anexo 3. Consentimiento informado	53

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR POSTERIOR A LA REALIZACION DEL PROGRAMA DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD

Introducción

Actualmente debido al desarrollo de la ciencia y la tecnología, aumenta la esperanza de vida al nacer y con ello el envejecimiento poblacional. Las representaciones que socialmente se tienen de la vejez, así como los cambios físicos y psíquicos que se producen, hacen que el adulto mayor se sienta muchas veces alejado de esa sociedad y que aparezcan sentimientos de inutilidad y vacío existencial. La valoración integral del adulto mayor resulta un proceso saludable que contribuye a trabajar en base al desarrollo, potencialidades, autovaloración y conocimiento de sí mismo; lo referente a la esfera cognoscitiva y afectiva, propiciando bienestar en el anciano y reflejándose como una necesidad de primer orden en nuestros días.

Podemos darnos cuenta que el fenómeno del envejecimiento resulta un campo interesante para la investigación; siendo relevante el indagar el modo en que experimentan las personas esta etapa de la vida y como estimularlos; viendo el envejecimiento como un proceso inherente al hombre que ocurre a lo largo de la vida, pero que requiere de atención debido a los cambios que se producen y al estereotipo que se tiene del adulto mayor, así como tener enfoque a la sensación de bienestar, funcionalidad y satisfacción en esta edad, incluyendo las condiciones en las que se desarrolla y modo de vida asociado de acuerdo a cada caso.

Calidad de vida es un término multidimensional, que abarca condiciones de vida objetiva y grado de bienestar subjetivo de la satisfacción hasta la cobertura de necesidades en todos los ámbitos del individuo; dicho lo anterior, está fuertemente ligada a la funcionalidad y desempeño, así como a la sensación de bienestar físico, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y relaciones de su entorno. Este concepto en edades avanzadas es una problemática debido a diferentes circunstancias, donde predomina el incremento de este grupo etario con expresión de comorbilidades que condicionan mayor dependencia familiar con disminución en el área funcional, lo que aunado a una deficiencia neuropsíquica para la adaptación al medio, obliga a la necesidad de atención en sus múltiples y variadas facetas.

El adulto mayor, al igual que las demás personas, necesitan independencia, participación autorrealización, dignidad, cuidados, socialización e inserción social; debido a la inversión de la pirámide poblacional, el envejecimiento se ha transformado de un problema individual, a un problema social, ya que en esta etapa se puede producir un descenso en el estado de ánimo general, predominando componentes depresivos, de soledad, disminución de la capacidad de satisfacción y en la de alegrarse.

Un aspecto importante para medir la calidad de vida en el adulto mayor es las actividades de la vida diaria, consideradas un elemento esencial como el comer, bañarse, vestirse y complementarlas con otras actividades como interactuar en el medio y actividades de enriquecimiento personal; estas forman parte de un elemento clave para estimarla, refiriéndose a un conjunto de tareas cotidianas que se necesitan para el cuidado personal y una vida independiente.

El ser humano, y más en edades avanzadas, cuenta con una necesidad de socializarse con personas que tengan sus mismos intereses, necesidades, gustos y preferencias; ya que al mejorar el aspecto psicológico se busca mejorar su calidad y condiciones de vida, al adquirir nuevos roles en la sociedad y en la familia, conservando sus capacidades de funcionalidad, adaptación y aceptación por los círculos sociales de este grupo etario que cada día va en incremento.

La recreación desde este punto de vista se utiliza como una estimulación para la satisfacción de las necesidades de socialización de los adultos mayores, con lo que se espera un efecto positivo en la esfera individual y social, ya que contribuirá a satisfacer diversas necesidades, actuando como integradora del adulto mayor con repercusión positiva en su calidad de vida.

La promoción del envejecimiento saludable, promoverá de manera secundaria, la capacidad funcional y autónoma, los cuales son objetivos de toda acción de salud; por lo que la inclusión a una actividad recreativa, buscará fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre, la comunicación y relaciones interpersonales, bienestar y satisfacción social, aunado el esparcimiento y actividad física del adulto mayor que en conjunto se reflejara en una mejoría de la calidad de vida de este grupo etario.

MARCO TEORICO

Adulto mayor y Calidad de Vida

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural; cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; aunque sin excepciones la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social.

La edad puede ser conceptualizada al menos en base a tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social.

La edad cronológica es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional, se refiere a la edad en años; según este criterio, la vejez se define por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir de los 60 años para países en desarrollo y 65 años para países desarrollados, y a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”.¹

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la gradual disminución de densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años.^{1,2}

Un término asociado a la edad fisiológica es la senilidad, la cual se define como el proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico o mental o ambos y que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima. Otros términos relacionados son los “viejos-viejos”, (correspondiente a una minoría débil y enfermiza) y los “viejos jóvenes”, (que incluye a las personas mayores que a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas y activas).^{1,3}

La edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. Esto significa que la edad de la vejez es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural da a los procesos biológicos que la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas, como con la edad imputada. Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona,

esta intrínsecamente determinada por el proceso de producción, ciertas tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad.

Una expresión ligada a la edad social es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada, pero dentro del marco de la funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente, llena de satisfacción, y que constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la “edad dorada”, luego del retiro de la actividad laboral que supone que las personas mayores tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión. Para algunos no es más que un eufemismo para disimular la realidad de la vejez que es considerada un estigma y que se emplea para alejar la idea de la muerte que se le asocia.¹

Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo de Adultos mayores y se espera que para el año 2025 esta proporción sea uno por cada cinco. El proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. La proporción de adulto mayor en los países desarrollados es mayor que la de los países en desarrollo (21% y 8% de la población total, respectivamente).²

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural e inevitable, ya que de acuerdo con la ley de la vida, se considera una etapa de la vida que se debe aprender a vivir y disfrutar al máximo, pues por lo general, ya se han logrado plasmar todos los proyectos de vida y es el momento de disfrutar lo que se logró a través de los años.³

El fenómeno del envejecimiento como parte de un ciclo vital es irremediable, pero la manera en cómo se viva modifica el bienestar personal en dicha etapa. Si bien es cierto que existe pérdida en la autonomía y en la adaptabilidad en las personas, y se incrementa la posibilidad de fragilidad en la salud, de abandono del trabajo y de disminución de los roles familiares y sociales, no se consideran estas situaciones determinantes ni generalizables para todos los seres humanos.⁴

Es importante considerar al adulto mayor en su dignidad de persona, la cual no merma con el pasar de los años, a pesar del deterioro de la salud física y psíquica. Resulta evidente que esta consideración positiva solo puede encontrar terreno fértil en una cultura capaz de superar los estereotipos sociales, según los que el valor de la persona consiste en la juventud, la eficiencia, la vitalidad física, y la plena salud. Cuando falta esta visión positiva, es fácil que se margine al adulto mayor y se le relegue a una soledad comparable a una verdadera muerte social. Además, se debe adquirir el compromiso de preparar el camino hacia esa etapa de vida.^{3,4}

México atraviesa por una fase de acelerada transición demográfica, que se inicia en la década de los años 30 con el descenso de la mortalidad y se acentúa en los años 60 con la declinación de la fecundidad. Transitamos en la actualidad de una población joven a otra más entrada en años y hoy nos encontramos ante la necesidad de atender sus efectos generando respuestas institucionales y sociales, para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico.⁵

De acuerdo al censo de población y vivienda la población de personas adultas mayores en México son 10.1 millones de personas, un 48.2% cuentan con alguna discapacidad; el 71.4% del total de adultos mayores cuenta con derechohabencia a los servicios de salud; 30.5% cursan con alguna ocupación laboral, 38.4% realiza labores del hogar.⁶

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010 la distribución de la población adulta mayor 53.42 % son mujeres y el 46.58% son hombres, de esta un 55.63% de esta población es casada, de esta población adulta mayor seis de cada diez son hombres. En cuanto a las encuestas laborales 4 de cada 10 adulto mayor tuvo que trabajar al menos una hora o un día en la semana para sostener a su familia o cubrir sus propios gastos; cinco de cada diez no trabajan por dedicarse a los quehaceres del hogar; seis de cada cien hombres y mujeres tiene una limitación para moverse caminar o lo hacen con ayuda de alguien, y refieren ser secundario mayormente a la edad avanzada o a causa de una enfermedad.^{5,6}

El fenómeno del envejecimiento de las personas, producto del aumento en la expectativa de vida y de la disminución en el tamaño de los hogares, ha determinado que las redes familiares y la diversificación del apoyo relacionado con el número de integrantes de la familia estén disminuyendo. A diferencia de lo que sucedía anteriormente, la presencia de cinco o más miembros por hogar es una característica que ha disminuido, lo que también implica una disminución en el número de cuidadores potenciales que podrían tener los adultos mayores lo que disminuye su grado de dependencia.⁵

El envejecimiento activo, se ha conceptualizado como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida saludable, la productividad y calidad de vida en la vejez.^{3,6}

La calidad de vida es un concepto que se presenta desde tiempos inmemorables, ha sido íntimamente relacionado con los aspectos que nos rodean en la vida diaria y deterioro de las condiciones de la misma. Con el desarrollo de las ciencias sociales y demográficas, se crean indicadores estadísticos que permiten medir

hechos y datos vinculados con el bienestar social de la población. Dichos indicadores inicialmente fueron fundamentados en actividades económicas y sociales, posteriormente cambiando la expresión como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida.⁷

En la medicina en un término nuevo, a tan solo dos décadas desde su introducción y en sus inicios fue usada como un complemento a la de sobrevivencia en los enfermos terminales de recuperación del paciente frente al médico. La calidad de vida relacionada con la salud está fundamentada en el bienestar, la serenidad del alma y la salud del cuerpo.⁸

El concepto es complejo, ya que no se cuenta con un consenso en su definición, para la organización mundial de la salud (OMS) la calidad de vida “es la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de cultura y de sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Se entiende por bienestar el estado por el cual una persona se siente satisfecha con su vida, como una situación de ser feliz, saludable y próspero, es el estado ideal el cual aspiran todos los seres humanos.⁹

En esta etapa, el bienestar personal o la satisfacción con la vida, percepción de la calidad de vida, constituyen en los principales criterios para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.^{4,6}

La calidad de vida como un indicador de bienestar, es construido utilizando la percepción de bienestar de los ciudadanos, combinando indicadores objetivos y subjetivos; un mayor bienestar para la población implica un progreso en las condiciones de la misma; existen varias investigaciones que sustentan la posibilidad de considerar este concepto como bienestar en la calidad de vida de las personas, ciertamente la adopción de una o varias medidas de bienestar es una discusión que apenas empieza.⁹

En México, de acuerdo a la encuesta ENADIS 2010, tres de cada diez personas consideran que los derechos de nuestros adultos mayores no se respetan, sin embargo se cree que en decisiones familiares deben tomarse muy en cuenta; un 27.9% ha percibido que la edad ha sido motivo para que no se le respeten sus derechos. Entre el 71.6% afirma que nunca realiza actividades recreativas.^{6, 9}

En nuestro país, al igual que en otras regiones en vías de desarrollo, la longevidad no va de la mano con la salud. La morbilidad y discapacidad frecuentes en gran parte de la población de los adultos mayores dirigen la atención sobre su calidad de vida, donde el bienestar personal y social dependerá en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional que reciba.⁵

A mejor estilo de vida mejor proceso de envejecimiento y en consecuencia una vejez más sana, más activa y participativa. Esto puede ser posible si seguimos unas pautas que nos permitan llegar a una mayor longevidad en mejores condiciones y con capacidad para afrontar las dificultades físicas que normalmente se presentan con la edad.^{5, 9}

La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, reflejadas en la calidad de vida han servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países, como España, Francia, Alemania y Gran Bretaña. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y bienestar de la población de adultos mayores.

Las valoraciones dentro de esta esfera funcional nos permiten diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de ciertos grupos etarios, así como a necesidad de mantener su autonomía e independencia incluyendo las actividades básicas. Fomentar la movilidad disminuyendo aislamiento social y tristeza, con promoción a la salud, formulando y estructurando acciones de orden preventivo para aspectos sociales, cognitivos y físicos.¹⁰

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al

inicio de comorbilidades, diagnósticos y a los cambios de síntomas a través del tiempo.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos siendo un concepto multidimensional.¹¹

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medida del estado de salud percibida, en el que el propio sujeto valora su estado de salud según la percibe, diseñado originariamente como herramienta para valorar resultados clínicos y validado en numerosos estudios internacionales utilizado para la evaluación de la calidad de vida. Además de discriminar diferencias en salud por grupos de edad y sexo, el SF-36 ha demostrado su capacidad para detectar variaciones en salud según el nivel socioeconómico, así como cambios de salud de la población a través del tiempo.^{11, 12}

Todas estas cualidades sumadas a la facilidad de su uso y al propio contenido del SF-36, que contempla aspectos de salud tanto física como psíquica y social, hacen de este cuestionario una herramienta potencialmente aplicable y útil para la valoración de la calidad de vida. El cuestionario SF-36 incluye 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones o escalas de salud percibida, que nos permiten valorar funcionalidad física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional salud mental y evolución de la salud.¹²

Fue diseñado por Ware a principios de los noventa; el SF-36 proporciona un está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica. Asimismo, la información combinada sobre calidad de vida y cantidad de vida en lo que se denomina años de vida ajustados por calidad de vida se ha utilizado ampliamente en la evaluación económica y la toma de decisiones en la asignación de recursos sanitarios sin embargo, existe mucha menos literatura publicada.¹³

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con salud o subgrupos específicos, detecta los beneficios de la salud producidos por un amplio rango de tratamientos o actitudes clínicas diversas y valorar los resultados de manera individual.¹⁴

En la actualidad existe una tendencia, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo, a aumentar la expectativa de vida al nacer y a al incremento de la población adulta mayor así como mejora de sus condiciones de vida. Por ello, es importante desarrollar programas que apoyen cambios en la actitud cultural hacia la vejez, con la promoción de un envejecimiento activo como estilo de vida, donde el adulto mayor sea más independiente con respecto a la ejecución de actividades cotidianas como caminar, bañarse, sentarse, peinarse, sentarse y acostarse en forma autónoma, buscando que sus capacidades se mantengan en un buen nivel, reduciendo así el riesgo de lesiones y caídas ocasionadas por la pérdida progresiva de sus capacidades físicas y de tal manera se tendrá adultos mayores sanos.¹⁵

Ciertamente, hay una base de conocimiento suficiente como para respaldar el desarrollo prioritario de intervenciones en algunas áreas temáticas que tienen un impacto significativo en la de los adultos calidad de vida de los adultos mayores, como fortalecimiento de las redes sociales, promoción de la actividad física, educación para la promoción de una alimentación sana.^{5, 10}

Toda intervención tendrá mayor probabilidad de éxito y mayor impacto para propiciar además una longevidad saludable si contribuye a fortalecer los lazos intergeneracionales promoviendo el intercambio a través de programas que apoyen a los adultos mayores en su papel como tales y en su proyección en la sociedad.^{5,11}

Algunos centros del adulto mayor, dependiendo de su tamaño, el presupuesto, y el enfoque programático, pueden variar en el diseño de los clubes recreativos o de los sitios de nutrición para actividad de mayores de la comunidad tradicional, mejorando el desarrollo cognitivo, beneficios sociales y de salud. El programa de atención social a la salud, es un programa integral dirigido a orientar a la atención integral de problemas prioritarios de salud pública, basándose en conceptos fundamentales como atención integral de la salud y fortalecimiento de las capacidades personales, favoreciendo la participación social, a base de realización de ejercicio físico, educación para la salud, orientación alimentaria, grupo de ayuda mutua y apoyo familiar así como de participación social y actividad recreativa.¹⁶

Participar de los programas dirigidos al adulto mayor les resulta beneficioso; conocen a otras personas de su misma edad que comparten intereses semejantes, realizan actividades que los entretienen y que son buenas para su salud, además les brindan la oportunidad de mantenerse activos dentro de la familia con reinserción en la sociedad, al mejorar la habitabilidad de las ciudades, condicionando programas para incrementar la calidad de vida de sus habitantes, y

con ello la sustentabilidad social en su interior; involucrando las esferas psíquicas y sociales, lo que podría equipararse con las cualidades que permiten el sano desarrollo físico, biológico, psicológico y social de la persona, con lo que se pretende la adición a dichos programas.^{3, 16, 18,19}

Antecedentes Científicos

En 1992 la organización mundial de la salud (OMS) incorpora en el concepto de calidad de vida a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características de su ambiente, como el medio socio demográfico, arquitectónico y sanitario que de alguna manera afectan las capacidad funcionales primarias de protección salud de una persona y en su búsqueda de la satisfacción de sus deseos dentro de una descripción de la buena calidad de vida.

En 1994 la OMS, conceptualiza la calidad de vida del individuo, en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida, en el contexto de la cultura, sistemas de valores en el cual ellos viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.¹⁹

Años más adelante en 1997 se enfatiza las condiciones que integran el concepto de calidad de vida en la personas mayores, como autonomía, el género, la edad o la posición social. Diferencia el estado de salud del individuo con la calidad de vida, y concreta los múltiples factores personales como la salud, las habilidades funcionales las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad los servicios sociales y sanitarios, la calidad en el propio domicilio y la satisfacción con la vida así como las oportunidades culturales, de aprendizaje y recreativas.²⁰

En el ámbito internacional, diversos estudios reflejan la tendencia al descenso de la mortalidad en la población adulta mayor y al incremento de la esperanza de vida a los 65 años, así como al incremento de la población más longeva de 80 año o más y la necesidad de mayores recursos para la atención que estos cambios suponen; los hallazgos invocan un nuevo paradigma para el envejecimiento que destaca las contribuciones únicas de las personas mayores como un recurso social básico. Se discuten las implicaciones para movilizar la acción comunitaria para promover el envejecimiento con dignidad e independencia.^{18, 19}

Algunos estudios realizados en el 2005 han encontrado que los participantes de centros de adultos mayores tienen un mejor bienestar psicológico a través de varias medidas que los no participantes, incluidos los beneficios sociales y de salud. Estudios realizados en el 2006 han encontrado respuesta en niveles de

socialización y disminución del estrés. Dentro de los hallazgos reportados se visualizo que las mujeres que vivían solas eran más propensas a participar en centros de personas mayores, desarrollar amistades y ampliar sus redes sociales, fuera del centro para personas mayores.¹⁹

El apoyo recibido a través de los consejos de amigos y el personal de un centro para personas mayores está directamente relacionado con la percepción positiva de la salud entre los participantes. Se ha encontrado que los programas de salud y de enfermería estructurados ofrecidos en los centros de adultos mayores aumentaron las relaciones sociales y de apoyo, la mejora de la dieta y la nutrición, así como mejoras en la percepción de la salud general.^{16, 19}

Otros estudios han evaluado el impacto de los programas específicos de salud ofrecidos en los centros de mayores de la actividad y el funcionamiento físico de los participantes, incluyendo Tai Chi, la actividad física y el ejercicio, con disminución en las caídas y la prevención de lesiones; el entrenamiento de resistencia, baile en línea, el aumento de los hábitos alimenticios sanos han demostrado un impacto positivo en la salud y el bienestar de sus respectivos participantes.^{16, 20}

En estudios realizados en América Latina se describe el crecimiento de la población en el adulto mayor, con disminución de la mortalidad en las mismas, lo que nos coloca cerca un millón y medio de habitantes de 80 años y más, esto genera una notable demanda de recursos y servicios, que irán incrementando ya que las nuevas proyecciones indican que esta población se puede triplicar en los próximos 25 años. Concluyendo que el país se encuentra en envejecimiento demográfico, con ello mayor atención a los cambios que se suponen. Por decirlo de otro modo implican reflexionar a fondo sobre las condiciones de vida que rodean a la población adulta mayor en México, asumiendo la importancia no solo de que estas personas vivan más, sino que vivan mejor, en una sociedad más saludable y menos desigual desde una perspectiva social.¹⁹

Así el programa de atención social a la salud creado por el instituto mexicano del seguro social e impartido en centros de seguridad recreativa, promueve hábitos de vida saludable entre la familia y el paciente, el cual se orienta a la realización de la activación mediante ejercicio físico, actividades optativas recreativas, de orientación nutricional, así como de integración social, que aunque no está directamente enfocado al adulto mayor cubre con las necesidades para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor funcional.²¹

Planteamiento del problema

El concepto de la calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especial en la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las últimas décadas.

La vida de las personas mayores se encuentra llena de cambios, frecuentemente asociada a pérdidas de diverso tipo, forzando a nuevas adaptaciones, aunado a el aumento en la expectativa de vida con inversión en la pirámide poblacional haciendo de este grupo etario cada vez en mayor aumento requiriendo de estrategias para su valoración y evaluación de su calidad de vida, así como implementos para su mejora.

La evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del adulto mayor así como creación o reforzamiento de los programas sociales orientados a hacia el área específica para cada individuo.

El presente estudio surge como una necesidad en el primer nivel de atención para evaluar la calidad de vida en el adulto mayor, en el cual se realiza intervención de tipo social, educativa, recreativa y de promoción a la salud que presentan mediante aplicación de instrumento previo y posterior para valorar y determinar el impacto que dicha intervención ha tenido en esta población en particular ya que dicho programa no es específico para el adulto mayor sin embargo se espera obtener beneficios en el adulto mayor funcional.

Pregunta de Investigación

¿Qué repercusión tiene la calidad de vida del adulto mayor adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social posterior a cursar el programa de atención social a la salud (PASS)?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Determinar la repercusión en la calidad de vida del adulto mayor adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social que realizó el programa programa de atención social a la salud (PASS).

Objetivos Específicos

- 1.-Identificar la calidad de vida de los adultos mayores inscritos al PASS del Instituto Mexicano del Seguro Social en la unidad recreativa Morelos al inicio.
- 2.-Identificar la calidad de vida de los adultos mayores inscritos al PASS del Instituto Mexicano del Seguro Social en la unidad recreativa Morelos al término.
- 3.-Reconocer los cambios en la calidad de vida de los adultos mayores inscritos al PASS del Instituto Mexicano del Seguro Social en la unidad recreativa Morelos del inicio al término.

Hipótesis de Trabajo

Existe repercusión positiva en calidad de vida del adulto mayor adscritos al instituto mexicano del seguro social que realiza el programa PASS en la unidad recreativa Morelos.

Hipótesis Alternativa

No existe repercusión positiva en la calidad de vida del adulto mayor adscritos al instituto mexicano del seguro social que realiza el programa PASS en la unidad recreativa Morelos.

Identificación de Variables

Variables universales

- Edad
- Género
- Ocupación
- Estado civil

VER CUADRO (No. 1)

Variable de estudio

- Calidad de vida

VER CUADRO (No. 2)

Cuadro No.1

Calidad de Vida en el adulto Mayor posterior a realización del Programa de Atención Social a la Salud

Variables universales						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad referida por el participante de la encuesta	lo referido por el participante	Cuantitativa Discreta	Ordinal	1.-60 a 75 años 2.-76 a 85 años
Ocupación	Trabajo o actividad en que emplea el tiempo	Tipo de trabajo actividad que realiza y que es referida por la participante	Lo referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Hogar 2. Laboral
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Tipo de estado civil referido por el participante	Lo referido por el participante	Cualitativa policotómica	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Unión libre
Genero	El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres determinado biológicamente	Sexo biológico referido por el participante	No necesario	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. femenino 2. masculino

Cuadro No. 2

Variable de estudio						
Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
Calidad de vida	Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas.	Evaluación utilizada de la percepción del bienestar del individuo	En escala numérica se exploran las 8 áreas de este concepto por medio del instrumento, el rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100, lo cual es valuado en lo referido por el participante de las siguientes áreas: -función física -función social -limitaciones del rol: de problemas físicos -limitaciones del rol: problemas emocionales -salud mental -vitalidad -dolor -percepción de la salud general.	Cualitativa Policotómica	Nominal	1) Muy buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala

Metodología

Diseño de Estudio

Observacional, analítico, prolectivo y longitudinal.

Universo de Estudio

Adultos Mayores que se inscriben a un programa de atención a la salud

Población

Adultos Mayores adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social que se inscriban en el programa de atención a la salud en la Unidad Recreativa Morelos

Muestra

Adultos Mayores adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social que se inscriban en el programa de atención a la salud en la Unidad Recreativa Morelos durante el periodo de estudio.

Determinación estadística del Tamaño de la Muestra

No necesaria por incluir a todos los participantes de dicho periodo.

Tipo de Muestra

No probabilístico, por conveniencia.

Procedimiento para la integración de la Muestra

La integración de la muestra de los pacientes adultos mayores adscritos a el Instituto Mexicano del Seguro Social inscritos en el programa de atención social a la salud, será con base a los datos de pacientes nuevos enlistados en dicho programa en la Unidad Recreativa Morelos, donde previo consentimiento informado e inicio de actividades, se procederá a la aplicación inicial del instrumento SF-36 con interrogatorio directo de los ítems para evaluar la calidad de vida y con nueva medición posterior a esta, tras 4 semanas como mínimo en seguimiento de dichas actividades.

CRITERIOS PARA LA MUESTRA

De inclusión:

- Adulto mayor (60 años o más) adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social
- Contar con inscripción para realizar programa de atención social a la salud en la Unidad Recreativa Morelos
- Que se inscriban durante el periodo en que se realiza el estudio
- Que acepten ingresar al trabajo de investigación bajo consentimiento informado

De no inclusión:

- Que no acepten ingresar al trabajo de investigación

Cronograma de Actividades

El inicio del protocolo fue planteando el problema de investigación y culminará con la publicación.

Se realiza cronograma de acuerdo a actividades programadas y realizadas.

(Anexo 1)

Hoja de recolección de la información y descripción del instrumento

Los datos obtenidos serán vertidos en un formato ex profeso para el instrumento y los siguientes datos:

-Demográficos: edad, sexo, ocupación y estado civil

El instrumento denominado SF-36, desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study -MOS-). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud

general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Se trata de un cuestionario auto administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Si es auto administrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.

(Anexo 2)

Consentimiento informado

Esta carta es para la participación de los adultos en el protocolo de estudio, la cual será firmada por el participante; donde estará especificado motivo de estudio, confidencialidad, y transparencia en la investigación así como datos de los investigadores participantes, de acuerdo a la ley de confidencialidad de datos personales.

(Anexo 3)

Análisis Estadístico

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con ayuda del programa estadístico SPSS V. 16, dados los objetivos del estudio, para las variables cualitativas se emplearon porcentajes y tablas de frecuencia. Para determinar la influencia de los indicadores de la variable calidad de vida se empleará la prueba estadística Wilcoxon la cual es una prueba no paramétrica, aplicándose a los resultados del instrumento SF-36 antes y después de realizada la actividad recreativa por un periodo de 4 semanas.

Recursos

Se cuenta con el apoyo de la Unidad Deportiva Recreativa Morelos del IMSS, para identificar los grupos de actividades recreativas donde se encuentren adultos mayores para su inserción a el estudio, además de apoyo por el equipo de trabajo social de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, para la identificación de los adultos mayores derivados a dicha unidad, así como papelería, material para llenado de dicho instrumento, y consentimientos informados.

DIFUSION DEL ESTUDIO

El presente trabajo se presentará en sesión médica de la unidad y en artículo de revista médica indexada

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo está considerado de bajo riesgo para los participantes por limitarse a ser su maniobra en una encuesta de 36 ítems, además de tener base ética en los lineamientos internacionales de la declaración Helsinski de 1964, con su última actualización realizada por la Asociación Médica Mundial efectuada en Tokio en el año 2004 y en los principios estipulados en el código de Núremberg de 1947, que determinan que la experimentación médica sea permisible en seres humanos con base en el consentimiento informado voluntario del sujeto humano con absoluta comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, implicando reducción del riesgo, daño al mínimo y la proporción favorable de riesgo a beneficio, así como la libertad de retirarse de la investigación por voluntad en cualquier momento.

RESULTADOS

Se obtiene como resultado de la muestra, que el total de pacientes que completaron la muestra en dos tomas, es de 11 pacientes, los cuales 4 (36.4.0%) fueron del sexo masculino y 7 (63.6%) del sexo femenino. (cuadro 1,2) ya que inicialmente fueron 43 encuestas aplicadas.

Sexo

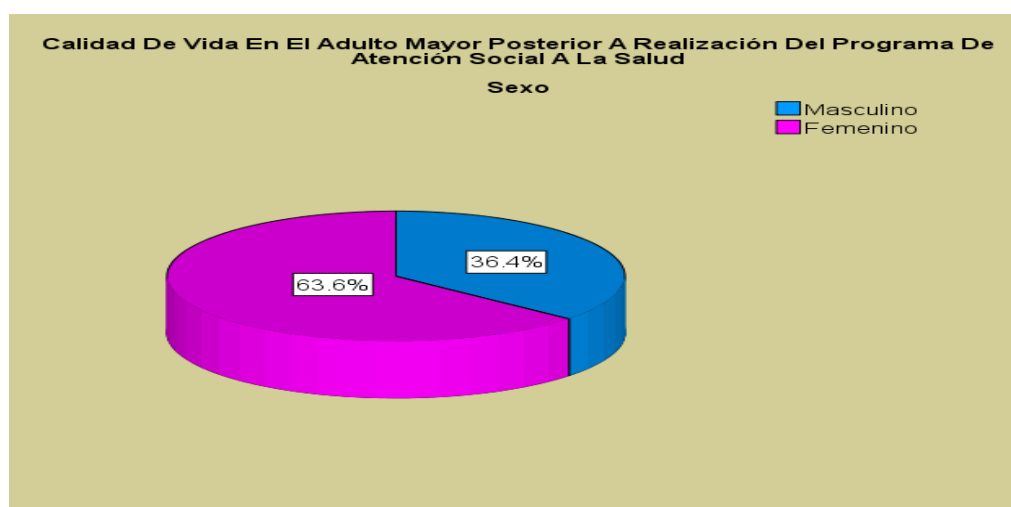
N	Válidos	11
	Perdidos	0

Cuadro 1

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	4	36.4	36.4	36.4
	Femenino	7	63.6	63.6	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Cuadro 2



Grafica 1

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad *	10	90.9%	1	9.1%	11	100.0%
Sexo						

Cuadro 3

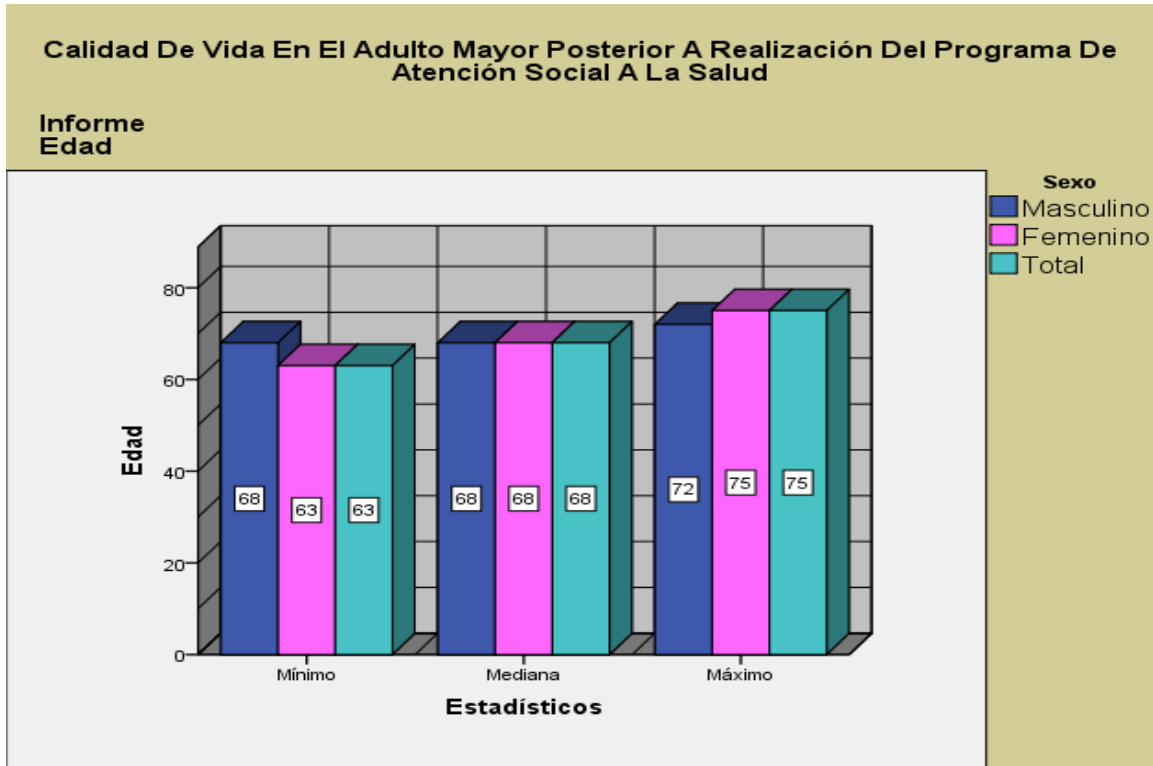
Informe

Edad

Sexo	Mínimo	Mediana	Máximo
Masculino	68	68	72
Femenino	63	68	75
Total	63	68	75

Cuadro 4

De los 11 pacientes que contestaron la encuesta, 1 no respondió sobre su edad. La mínima de edad para los pacientes fue de 63 años, la mediana de 68 años y la máxima de 75 años. (cuadro 3,4)



Grafica 2

Para los pacientes del sexo masculino, la mínima fue de 68 años, la mediana de 68 años y la máxima de 72 años.

Para los pacientes del sexo femenino, la mínima fue de 63 años, la mediana de 68 años y la máxima de 75 años. (cuadro 3,4)

Frecuencia y porcentaje de Ocupación por Sexo de los pacientes.

Tabla de contingencia Ocupación * Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Femenino		
Ocupación	Recuento	1	0	1	
	% dentro de Ocupación	100.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	25.0%	0.0%	9.1%	
	Hogar	Recuento	0	7	7
	% dentro de Ocupación	0.0%	100.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	0.0%	100.0%	63.6%	
	Jubilado(a)	Recuento	2	0	2
	% dentro de Ocupación	100.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	50.0%	0.0%	18.2%	
Taller	Recuento	1	0	1	
% dentro de Ocupación	100.0%	0.0%	100.0%		
% dentro de Sexo	25.0%	0.0%	9.1%		
Total	Recuento	4	7	11	
	% dentro de Ocupación	36.4%	63.6%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Cuadro 5

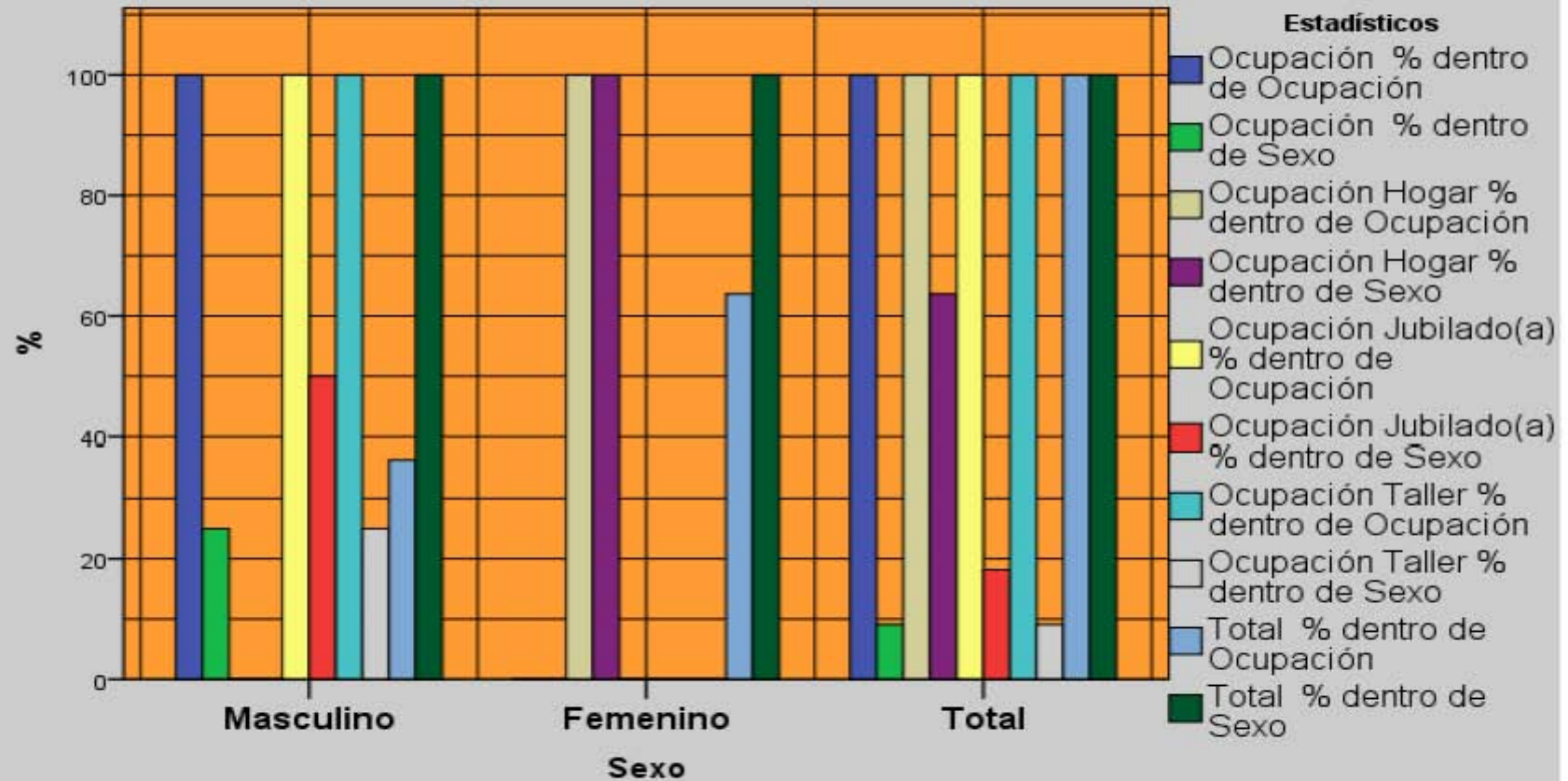
De los 11 pacientes que contestaron la encuesta de ocupación, 4 (36.4%) son del género masculino, y 7 (63.6%) son del género femenino. 1 (9.1%) No respondió la pregunta, 7 (63.6%), respondió ocuparse en el Hogar, 2 (18.2%), respondió estar Jubilado y 1 (9.1%) respondió dedicarse a algún Taller.

Dentro de la ocupación: De aquellos que no respondieron tener ocupación, fue 1 (100%) paciente del sexo masculino. De aquellos que respondieron dedicarse al Hogar, 7 (100%) son del sexo femenino. Aquellos que dijeron estar Jubilado(a), 2 (100%) son del género masculino. Y aquellos que dijeron dedicarse a un Taller, 1 (100%) es del género masculino.

Dentro del sexo: En el género masculino, 1 (25.0%) no respondió, 2 (50%) respondió estar Jubilado y 1 (50%) se dedica a un Taller. En el género femenino 7 (100%) respondió dedicarse al Hogar. (Cuadro 5)

Calidad De Vida En El Adulto Mayor Posterior A Realización Del Programa De Atención Social A La Salud

Tabla de contingencia Ocupación * Sexo



Grafica 3

Frecuencia y porcentaje de estado civil por sexo de los pacientes

Tabla de contingencia Edo. Civil * Sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Edo. Civil	Recuento	1	0	1
	% dentro de Edo. Civil	100.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de Sexo	25.0%	0.0%	9.1%
Casado(a)	Recuento	3	5	8
	% dentro de Edo. Civil	37.5%	62.5%	100.0%
	% dentro de Sexo	75.0%	71.4%	72.7%
Viudo(a)	Recuento	0	2	2
	% dentro de Edo. Civil	0.0%	100.0%	100.0%
	% dentro de Sexo	0.0%	28.6%	18.2%
Total	Recuento	4	7	11
	% dentro de Edo. Civil	36.4%	63.6%	100.0%
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

Cuadro 6

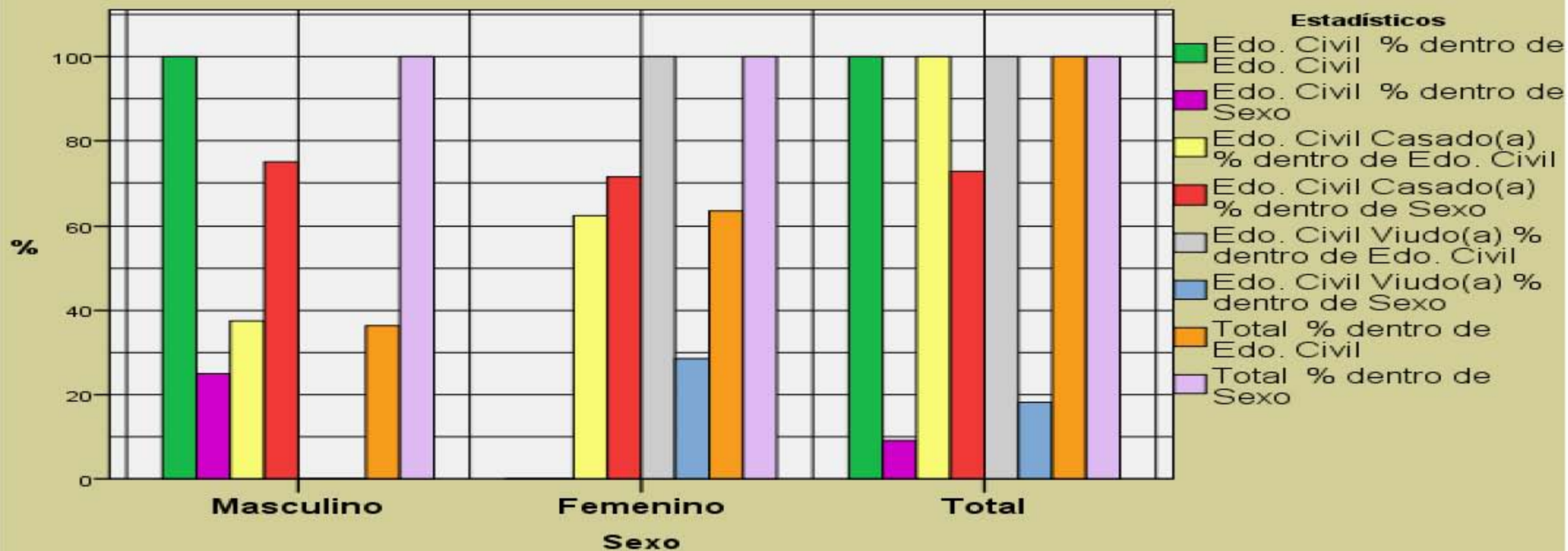
De los 11 pacientes que contestaron la encuesta de ocupación, 4 (36.4%) son del género masculino, y 7 (63.6%) son del género femenino. 1 (9.1%) No respondió la pregunta, 8 (72.7%), respondió estar Casado, 2 (18.2%), respondió ser Viudo(a).

Dentro del Estado Civil: De aquellos que no respondió, 1 (100%). De aquellos que respondieron estar Casado(a), 3 (37.5%) son del género masculino y 5 (62.5%) son del género femenino. Aquellos que dijeron ser Viudo(a), 2 (100%) son del género femenino. Dentro del sexo: En el género masculino, 1 (25.0%) No Respondió, 3 (75%) respondió ser Casado.

En el género femenino, 5 (71.4%) respondió ser Casada y 2 (28.6%) ser Viuda.
(Cuadro 6)

Calidad De Vida En El Adulto Mayor Posterior A Realización Del Programa De Atención Social A La Salud

Tabla de contingencia Edo. Civil * Sexo



Grafica 4

Media de los Componentes de Salud Física antes y después (Comp. De Salud Física 2) y de los Componentes De Salud Mental antes y después (Comp. De Salud Mental 2)

(Cuadro 7)

Resumen del procesamiento de los casos

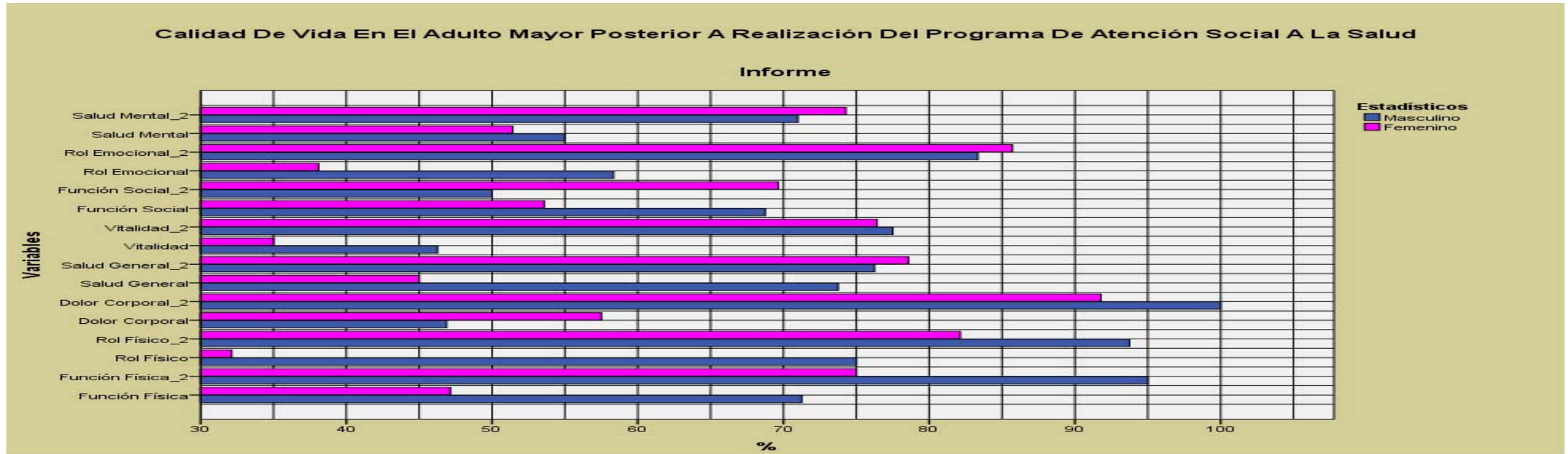
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Función Física * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Función Física_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Rol Físico * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Rol Físico_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Dolor Corporal * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Dolor Corporal_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Salud General * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Salud General_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Vitalidad * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Vitalidad_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Función Social * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Función Social_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Rol Emocional * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Rol Emocional_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Salud Mental * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Salud Mental_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%

Cuadro 7

Informe

Sexo		Función Física	Función Física_2	Rol Físico	Rol Físico_2	Dolor Corporal	Dolor Corporal_2	Salud General	Salud General_2	Vitalidad	Vitalidad_2	Función Social	Función Social_2	Rol Emocional	Rol Emocional_2	Salud Mental	Salud Mental_2
Masculino	Media	71.25	95.00	75.00	93.75	46.88	100.00	73.75	76.25	46.25	77.50	68.75	50.00	58.33	83.33	55.00	71.00
	Mediana	67.50	97.50	75.00	100.00	47.50	100.00	82.50	75.00	45.00	80.00	75.00	43.75	66.67	100.00	56.00	68.00
	Mínimo	65.00	85.00	50.00	75.00	35.00	100.00	40.00	70.00	30.00	60.00	37.50	25.00	.00	33.33	36.00	48.00
	Máximo	85.00	100.00	100.00	100.00	57.50	100.00	90.00	85.00	65.00	90.00	87.50	87.50	100.00	100.00	72.00	100.00
Femenino	Media	47.14	75.00	32.14	82.14	57.50	91.79	45.00	78.57	35.00	76.43	53.57	69.64	38.10	85.71	51.43	74.29
	Mediana	45.00	75.00	50.00	100.00	57.50	100.00	50.00	80.00	35.00	85.00	62.50	75.00	33.33	100.00	48.00	64.00
	Mínimo	15.00	40.00	.00	.00	20.00	77.50	15.00	50.00	20.00	50.00	25.00	37.50	.00	.00	24.00	40.00
	Máximo	85.00	100.00	75.00	100.00	100.00	100.00	65.00	100.00	50.00	90.00	75.00	100.00	100.00	100.00	84.00	100.00
Total	Media	55.91	82.27	47.73	86.36	53.64	94.77	55.45	77.73	39.09	76.82	59.09	62.50	45.45	84.85	52.73	73.09
	Mediana	60.00	85.00	50.00	100.00	50.00	100.00	60.00	75.00	35.00	85.00	62.50	75.00	33.33	100.00	52.00	64.00
	Mínimo	15.00	40.00	.00	.00	20.00	77.50	15.00	50.00	20.00	50.00	25.00	25.00	.00	.00	24.00	40.00
	Máximo	85.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	90.00	100.00	65.00	90.00	87.50	100.00	100.00	100.00	84.00	100.00

cuadro 8



Grafica 5

Es de fácil observación que fueron mucho mejor su promedio (media) de respuestas, después de que los pacientes participaron en el programa PASS. Por ejemplo, en el caso de la Función Física, aumentó de un 71.3% a 95.0% para el caso de los hombres; y de 47.1% a 75.0% para el caso de las mujeres, de progreso.

También es interesante ver que en el caso de la vitalidad, para las pacientes de sexo femenino, tuvo un promedio de 35.0% en la primera prueba, y en la segunda aumentó a 76.4%, más del doble. Para el caso de los hombres, sucedió algo similar, de 46.2% a 77.5%, casi el doble de promedio con respecto a la primera prueba. (grafica5)

Media de componentes de Salud Física y Salud Mental antes y después

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Componentes de Salud Física * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Componentes de Salud Física_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Componente de Salud Mental * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
Componente de Salud Mental_2 * Sexo	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%

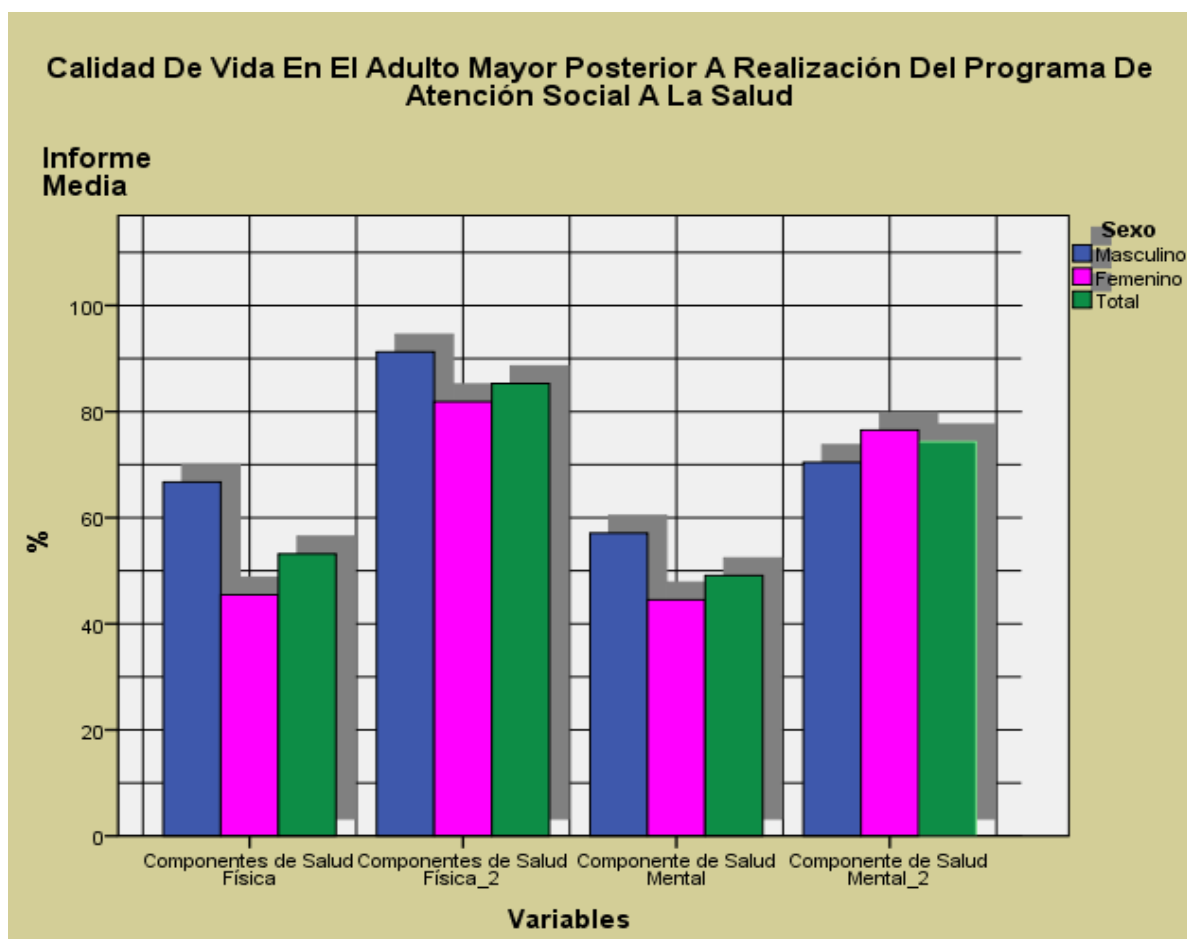
Cuadro 9

Informe

Media

Sexo	Componentes de Salud Física	Componentes de Salud Física_2	Componente de Salud Mental	Componente de Salud Mental_2
Masculino	66.7188	91.2500	57.0833	70.4583
Femenino	45.4464	81.8750	44.5238	76.5179
Total	53.1818	85.2841	49.0909	74.3144

Cuadro 10



Grafica 6

Como resultado de Componentes, es observable que después de que los pacientes presentaron el PASS, los componentes de Salud Física y de Salud Mental, aumentaron en su promedio.

En general para el componente de Salud Física, de 53.2% aumentó a 85.3%; en el género masculino, de 66.7% a 91.3%; en el género femenino de 45.4% a 81.8%

En general para el componente de Salud Mental, de 49.1% a 74.3%; en el género masculino, de 57.1% a 70.4%; y en el género femenino de 44.5% a 76.5%.

(Cuadro 9, 10, grafica 6)

Prueba de Wilcoxon

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Componentes de Salud Física_2 - Componentes de Salud Física	Rangos negativos	<i>1^a</i>	<i>1.00</i>	<i>1.00</i>
	Rangos positivos	<i>10^b</i>	<i>6.50</i>	<i>65.00</i>
	Empates	<i>0^c</i>		
	Total	<i>11</i>		
Componente de Salud Mental_2 - Componente de Salud Mental	Rangos negativos	<i>2^d</i>	<i>1.50</i>	<i>3.00</i>
	Rangos positivos	<i>9^e</i>	<i>7.00</i>	<i>63.00</i>
	Empates	<i>0^f</i>		
	Total	<i>11</i>		

Cuadro 11

- a. Componentes de Salud Física_2 < Componentes de Salud Física
- b. Componentes de Salud Física_2 > Componentes de Salud Física
- c. Componentes de Salud Física_2 = Componentes de Salud Física
- d. Componente de Salud Mental_2 < Componente de Salud Mental
- e. Componente de Salud Mental_2 > Componente de Salud Mental
- f. Componente de Salud Mental_2 = Componente de Salud Mental

Estadísticos de contraste^a

	Componen tes de Salud Física_2 - Componen tes de Salud Física	Componen te de Salud Mental_2 - Componen te de Salud Mental
Z	-2.845^b	-2.667^b
Sig. asintót. (bilateral)	.004	.008

Cuadro 12

- a.. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. Basado en los rangos negativos.

En éste caso, hay que recordar que la prueba SF36, sirve para medir los *Componentes de Salud Física y los Componentes de Salud Mental*

Como el valor de Significancia en la diferencia de los componentes de Salud Física, $0.004 < 0.05$ y en la diferencia de los componentes de Salud Mental, $0.008 < 0.05$, se acepta la hipótesis planteada.

Esto quiere decir que existe una repercusión positiva en la calidad de vida del Adulto Mayor después de haber participado en el programa PASS de la Unidad Recreativa Morelos.(cuadro 11,12)

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados se redujo la muestra secundaria al incumplimiento del programa de acuerdo a los criterios de inclusión, no se investigo la causa de dicho suceso por no ser motivo de la investigación.

Se encuentra un mayor número de asistentes femeninos concordante con la pirámide poblacional, siendo de sexo masculino una tercera parte de la muestra final.

Se toma como edad mínima en los sujetos de estudio 63 años, concluyendo con una edad máxima de 75 años, y una mediana de 68 años por lo que no se realizo división por decenios ya que la edad promedio tiene diferencia de 12 años entre los participantes.

Se observa que los hombres asisten a este tipo de programas a mayor edad teniendo una mínima de 68 años con una media de 68 años; en cuanto a las mujeres inician adición a este tipo de programas de manera temprana con una edad mínima de 63 años y una media de 68 años.

Dentro de la ocupación por sexo se encuentra las participantes femeninas se encuentran en su totalidad dedicadas al hogar, sin actividad laboral actual, reflejándose así en la asistencia en este tipo de programas, en cuanto a los participantes masculinos, 25% no especifica actividad laboral. Mientras que un 50% refiere ser jubilado, 25% refiere aun continuar laborando, lo cual puede influir en la asistencia y continuidad en este tipo de programas, lo cual es esperado si se transpola a las estadísticas del INEGI.

En cuanto al estado civil podemos observar mayor afluencia de mujeres casadas, al igual que la del sexo masculino, sin tener asistencia de pacientes viudos en hombres.

Inicialmente en la primera muestra los pacientes femeninos cursaron con menor puntaje que los hombres para función física, con posterior mejoría en la toma posterior al programa con lo que se demuestra una mejor repercusión en la funcionalidad física.

A la valoración del rol físico los pacientes femeninos nuevamente cursaron con menor puntaje que los hombres y con una mejoría en la segunda toma con lo que demuestra mejoría en este rubro.

En cuanto a dolor corporal referido en su mayoría por hombres, se mostro una mejoría significativa para ambos sexos apoyando la teoría inicial.

En la salud en general percibida por los pacientes las mujeres refieren una mejor salud general sin embargo ambos presentaron mejoría con respecto a las iniciales.

En cuanto a vitalidad las mujeres cursaron con mejores puntaje con una toma posterior positiva.

De acuerdo a la función social los hombres cursaron con un una disminución en la función social lo cual no concuerda con la mejoría en los demás rubros analizados previamente lo que hace pensar si se dio una adecuada comprensión de las preguntas. Con respecto de las mujeres si presentaron una mejoría en cuanto a función social.

Al analizar el rol emocional inicialmente se encuentra una disminución con respecto a la inicial en hombres, la cual no parece concordante con respecto a la mejoría en rubros anteriores, sin embargo en mujeres se observa una mejoría en la toma posterior.

A la evaluación del rol emocional se observa una mejoría en ambos sexos siendo muy significativa en el sexo femenino con una percepción de mejoría.

En la salud mental inicialmente fue menor en mujeres con un incremento en la toma posterior.

En el análisis global se encontró incremento en todos los rubros sujetos a análisis, siendo más representativos en rol físico, dolor corporal, vitalidad, y rol emocional.

En la comparación de la media de salud física con salud mental se encuentra una mejoría más representativa en el ámbito físico.

En cuanto a la prueba de la cual compara la media de la primera muestra con respecto a la segunda, la cual para los componentes de salud física y salud mental nos afirma hipótesis inicial con respecto a la repercusión positiva.

CONCLUSIONES

Es importante desarrollar programas que apoyen cambios en la actitud cultural hacia la vejez, con la promoción de un envejecimiento activo como estilo de vida, donde el adulto mayor sea más independiente. A nivel internacional, se encuentran protocolos de ejercicio físico para el adulto mayor como el diseñado por Sandoval y otros (2007), quienes plantean la revisión de un programa de ejercicio físico para adultos mayores, aparentemente sanos, donde se evidenció que la fuerza y la flexibilidad pasaron de rangos deficientes a regulares y buenos. Igualmente se obtuvo adherencia y mantenimiento de la población durante el desarrollo del programa, para concluir, finalmente, que los adultos mayores adquieren cambios sobre sus cualidades.

Se considera importante señalar que no se cuentan con estudios sobre la calidad de vida relacionada con el adulto mayor en nuestro país, ya que es un campo poco explorado por el personal de salud.

Al revisar los resultados se comprobó un aumento en la calidad de vida del de vida en el adulto mayor posterior a la realización del programa de atención social a la salud. Lo cual refleja una repercusión positiva en el adulto mayor al cursar este tipo de programas.

Se encontró una mayor repercusión en el estado físico, con respecto al estado mental lo cual resulta relevante ya que en un país en vías de desarrollo se pronostica una inversión de la pirámide poblacional, aumentando el adulto mayor por ello la necesidad de mantener a un adulto mayor sano, funcional en todos los aspectos de la vida y activo.

Para los servidores de salud es importante saber la repercusión de este tipo de programas con los que cuenta el instituto mexicano del seguro social como una buena medida preventiva para en adulto mayor que inicia una nueva etapa en su vida y así actuar de manera preventiva. De una manera integral, ya que como se observa en nuestros resultados el incremento en la calidad de vida fue global.

SUGERENCIAS

Asistenciales:

- dado el cambio poblacional con un incremento de adultos mayores, con un gran porcentaje inactivo el médico de familia de priorizar la valoración integral y derivación oportuna a la integración de programas sociales para prolongar la funcionalidad en esta población.
- Continuar con el abordaje a pacientes adultos mayores con factores de riesgo mentales, así como los que requieran cambios en estilo de vida debido a los resultados prometedores.
- Continuar seguimiento de programas asistenciales en dichos pacientes y valoraciones de comorbilidades asociadas de manera conjunta.

De investigación:

- Se sugiere investigar causas por las que los pacientes no concluyen dichos programas ya que un porcentaje alto de pacientes no concluyo dicho ciclo y poder actuar en dicha población
- Continuar seguimiento posterior a pacientes que concluyen dicho ciclo a largo plazo para comparación con los que no ingresan y valorar calidad de vida en dichos pacientes
- Se sugiere valorar funcionalidad asociada a calidad de vida en estos pacientes
- Relacionar controles glucemicos y tensionales asociados a la calidad de vida.

De educación:

- Difundir los servicios con los que se cuentan a los diferentes médicos de familia para iniciar intervención oportuna de acuerdo a insumos disponibles.
- Fomentar los cambios en el estilo de vida para mejorar la calidad de vida en los pacientes.
- Conocer diferentes cuestionarios de calidad de vida que nos puedan orientar al estado actual del paciente adulto mayor.
- Identificar factores de riesgo para deterioro en la calidad de vida en el adulto mayor para intervención oportuna.

BIBLIOGRAFIA

1. Huenchuan S, Rodríguez Piñero L. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. CEPAL Colección documentos de proyectos. Naciones Unidas noviembre de 2010; Santiago de Chile: 1-144
2. Schkolnik Chamudes M. ENFOQUE ESTADISTICO-ADULTO MAYOR- Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago, Chile; Sep. 2007:
3. Rodríguez Hernández M. Percepción de la persona adulto en la sociedad ramonense actual. Pensamiento Actual. 2008 vol. (8) 10-11; Costa Rica: 31-39
4. Carmona Valdés S. EL BIENESTAR PERSONAL EN EL ENVEJECIMIENTO. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana; 2009; IV(7); Cd. De México :48-65
5. Resendiz Vázquez F. Flores López M. Por una cultura del envejecimiento. INAPAM (México). 2011; Ed.1: 1-77
6. Montenegro P, Castillo Medina L. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010: Resultados sobre personas adultas mayores: 1ª Ed. México: 2011
7. Aires, a. n. d. c. d. B., 2009. Medicina y Calidad de Vida. *Centro de Estudios Filosóficos Eugenio Pucciarelli*, pp. 1-76.
8. Gomez-Vela, S. & Maria, E., s.f. CALIDAD DE VIDA EVOLUCION DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACION Y LA PRACTICA. *INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA INTEGRACION EN LA COMUNIDAD* .
9. García Vega J.J. Hacia un nuevo sistema de indicadores de bienestar .Vol. 2Num 1 México: Enero-Abril 2011 pág. 78-95
10. Soberanes Fernández S, González Pedraza A, Moreno Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2009;14(4):161-72
11. Velarde Jurado E. Ávila Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública de Mex. 2002; 44:448-563
- 12.12 García AM. Santibañez M. Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (3): 88-98
13. Arostegui Madariaga I. Nuñez Anton V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)(*). ESTADISTICA ESPAÑOLA. 2008; 50(169):147-192
14. Vilagut G. Ferrer M. Ragmil L. y Col. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50

15. Jaramillo Parra L.C. Paramo Pineda C. Ariza Navarro J. J. Diferencia de dos programas de actividad física en adultos mayores.(Tesis) Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; Instituto Universitario de Educación Física;2011
16. Flores Villavicencio M E. Vega López M.G. González Pérez G. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. Univ. De Guadalajara; Centro Universitario de ciencias de la Salud: 2011 México: Ed. (1):1-175
17. Lee Smith M. Sang Nam A. Joseph R. S. and Col. Successful Falls Prevention Programming for Older Adults in Texas: Rural -Urban Variations. *Journal of Applied Gerontology*. 2012; 31(1) 3–27
18. Richard L. Gauvin L. Ducharme F. Leblanc M. Trudel M. Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults: An Exercise in Navigating the Headwinds. *Journal of Applied Gerontology*.2012;31(1) 101–125
19. Flores Villavicencio M E. Vega López M.G. González Pérez G. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. Univ. De Guadalajara; Centro Universitario de ciencias de la Salud: 2011 México: Ed. (1):1-175
20. Fernández Ballesteros R. Calidad de vida en la Vejez: Condiciones diferenciales*. Facultad de Psicología. Anuario de Psicología. Barcelona 1997;(73):89-104

ANEXOS.

ANEXO 1

Calidad de Vida en el adulto Mayor posterior a realización del Programa de Atención Social a la Salud

ACTIVIDADES	mes	2014			2015			
		OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL
Elaboración del Protocolo	P	P	P					
	R	R	R					
Búsqueda de Instrumento	P		P					
	R		R					
Prueba Piloto	P		P					
	R		R					
Presentación al CLIES para registro de protocolo	P		P					
	R							
Recolección de la información	P			P				
	R							
Elaboración de la base de datos	P				P	P		
	R							
Captura de los información	P					P		
	R							
Procesamiento de Datos	P						P	
	R							
Análisis de los Resultados	P						P	
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

(P) actividad planeada

(R) actividad realizada

Calidad de Vida en el adulto Mayor posterior a realización del Programa de Atención Social a la Salud

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCION DE INFORMACION
Y APLICACIÓN DE HERRAMIENTA

Fecha_____

Nombre_____ Edad_____

Ocupación_____ Estado Civil_____

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí,

me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ANEXO 3



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS) ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de Vida en el adulto Mayor posterior a realización del Programa de Atención Social a la Salud
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Noviembre de 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar la calidad de vida en el adulto mayor, en el cual se realiza intervención de tipo social, educativa, recreativa y de promoción a la salud que presentan mediante aplicación de instrumento previo y posterior para valorar y determinar el impacto que dicha intervención ha tenido en esta población en particular
Procedimientos:	Aplicación del instrumento SF-36 antes y después de realizada la actividad recreativa por un periodo mínimo de 4 semanas
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo necesario para contestar el instrumento
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el impacto de la actividad recreativa en su calidad de vida
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se ofrecerá el puntaje de calidad de vida a los participantes
Participación o retiro:	En cualquier momento del periodo del protocolo
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos se manejarán en confidencialidad
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de un panorama general de la estratificación de su calidad de vida
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo matricula 99366361 rodriguin60@hotmail.com 57672799 extensión 21465
Colaboradores:	Dra. Maribel Hernández Chávez matricula 98366203 mary51083@yahoo.com.mx teléfono 55878252
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

