



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE LA ESCALA WHOQoL-BREF EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

PRESENTA

DRA. DINORAH ALEMÁN DOMÍNGUEZ

ASESORES

DR. ALEJANDRO URIBE HERNÁNDEZ
DRA. ANGELINA PEREZ ZEA
DR. GUILLERMO NAHÚM LÓPEZ SÁNCHEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., JULIO 2017



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.

DR. JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ BAZÁN
ED. DIRECCIÓN HOSPITAL CENTRAL NORTE PETRÓLEOS MEXICANOS

DRA. GLORIA LOURDES LLAMOSA GARCÍA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ALEJANDRO URIBE HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA
JEFE DE SERVICIO DE GERIATRÍA

DRA. ANGELINA PÉREZ ZEA
MÉDICO GERIÁTRA
TUTOR DE TESIS



DEDICATORIA

A Dios y los Seres de Luz,

Por acompañarme siempre en mí camino. Por la guía divina que me brindan cada día de mi vida.

A mis Padres,

Silvia y Carlos por su amor incondicional y confianza en mí desde el primer día de mi vida. Por ser mi soporte, mi apoyo, mi motor en cada etapa de mi vida. Por guiarme, aconsejarme y acompañarme a lo largo de este camino con sabiduría, amor y paciencia. Por ser los mejores padres del mundo, enseñándome que la vida es maravillosa, llena de colores, ilusiones y sueños que se cumplen con perseverancia, responsabilidad y humildad.

A mi Hermano,

Juan Carlos por creer en mí siempre. Por apoyarme de forma incondicional, amarme, escucharme y aconsejarme cuando lo he necesitado. Por ser el mejor hermano que la vida me pudo dar. Por todos esos momentos de complicidad y de risas que han hecho que mi vida sea maravillosa.

A mis Amigos,

Por ser su apoyo incondicional, complicidad y risas desde el comienzo de este camino. Por sus buenos consejos y escucharme siempre que lo he necesitado.

A mis Tíos y Primos,

Beni, Domin, Sabis e Ingrid por su amor y apoyo incondicional durante estos años. Por siempre tener una palabra de aliento, una sonrisa, un consejo, un abrazo en el momento que lo he necesitado. Por abrirme las puertas de su hogar y adoptarme como un miembro de su familia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por siempre guiar mi camino con su luz y amor puro, por no soltarme de su mano guiándome para convertirme en una mejor persona cada día y ayudándome a vencer los obstáculos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional desde el momento que nací hasta este punto de mi vida. Quiero agradecerles por siempre estar ahí para mí, por apoyarme, guiarme, amarme e impulsarme cuando sentía que no podía más. Por enseñarme a ser una persona que siempre lucha por sus sueños, a ser perseverante, humilde, valiente y sobre todo agradecida con la vida por todas las bendiciones que me ha dado. Agradezco infinitamente a Dios por haberlos elegido como mis padres, son los mejores del mundo, con ustedes a mi lado nada me hace falta.

A mí querido hermano por ser siempre mi cómplice, mi mejor amigo, mi consejero, mi apoyo, por escucharme y siempre estar al pendiente de mí. Por todo ese amor y esa gran sonrisa que hace que mis días se llenen de luz.

Agradezco a mis profesores por todo el apoyo, confianza, dedicación y tiempo que me brindaron durante mi formación como médico especialista en Geriatria. Por los conocimientos, enseñanzas y consejos que me brindaron durante estos 5 años, que son la base de mi formación. Gracias a todo el personal médico, de enfermería y paramédico del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos por su paciencia, apoyo, amabilidad y disposición durante este camino.

A mis amigos y compañeros de residencia por su apoyo incondicional, por esas noches de desvelo eternas, por las risas, por su paciencia, por esas palabras de aliento y consejos en los momentos que más los necesite. Por hacer de esta etapa una de las mejores de mi vida, porque sin ustedes este camino hubiera sido muy difícil.

A mis asesores de tesis por creer en mí, por su dedicación, tiempo, ayuda y disposición para orientarme durante la elaboración de este proyecto. Por trabajar hombro a hombro conmigo para hacer posible este sueño.

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE LA ESCALA
WHOQoL-BREF EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN
CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE
PETRÓLEOS MEXICANOS”**

ÍNDICE

Resumen	8
Introducción	10
Marco teórico	12
1. Cuidados paliativos	12
1.1. Origen de los Cuidados Paliativos	12
1.2. Los Cuidados Paliativos del enfermo terminal. Definición	14
1.3. Cuidados Paliativos en México	15
2. Calidad de vida	17
2.1. Definición de calidad de vida	17
2.2. Medición de la Calidad de vida	17
2.2.1. Propiedades y características de las Escalas	17
2.3. Calidad de vida y cuidados paliativos	20
2.3.1. Factores pronósticos y criterios de terminalidad en enfermedad oncológica y en enfermedades avanzadas no oncológicas	22
2.3.2. Factores determinantes de la Calidad de vida	25
Planteamiento del problema	27
Pregunta de investigación	27
Justificación	27
Hipótesis	27
Objetivos	28
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Material y métodos	28
Tipo y diseño de investigación	28

Población y muestra	28
Tiempo y espacio	28
Criterios de selección	29
i. Criterios de inclusión y exclusión	29
Métodos de medición	29
Operacionalización de variables	32
Desarrollo del proyecto	32
Análisis de datos	32
Implicaciones éticas	33
Resultados	34
Discusión	39
Conclusión	42
Anexos	43
Referencias	46

RESUMEN

Objetivo.

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados paliativos, así como determinar el perfil medio de calidad de vida y cuáles son los factores que están asociados con la percepción de calidad de vida. Se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF para obtener esta información.

Material y métodos. Estudio observacional, indagatorio de tipo diagnóstico situacional, en el que participaron 50 pacientes mayores de 60 años de la consulta externa de cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, durante Diciembre del 2016 a Abril del 2017. Se evaluó la calidad de vida y la satisfacción mediante el cuestionario WHOQOL-BREF.

Resultados. Los participantes fueron 27 mujeres (54%) y 23 hombres (46%), con una media de edad de 74,3, de los cuales el 82% tenía diagnóstico de enfermedad terminal oncológica y el 12% no oncológica. Los pacientes consideraron que tenían un perfil medio de calidad de vida regular, con una media de 42.5 Se identificaron elevados porcentajes en los dominios: Ambiente 21% y Salud física 16%. Los pacientes manifestaron insatisfacción con respecto a su salud (46% un poco insatisfecho y el 8% muy insatisfecho), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción con la salud general del adulto mayor y el perfil medio de calidad de vida ($p < 0.05$).

Conclusiones. Con estos datos se determinó que la calidad de vida de los adultos mayores del servicio de cuidados paliativos es regular, identificándose como principales factores determinantes la condición de salud del paciente, la seguridad que siente en su vida diaria, residencia, factores socio-económicos, funcionalidad y servicios sanitarios.

Palabras clave. Calidad de vida, satisfacción, adultos mayores, cuidados paliativos, WHOQOL-BREF.

ABSTRACT

Objective. The objective of the study was to evaluate the quality of life of patients over 60 years of age in the palliative care service, as well as to determine the average quality of life profile and the factors that are associated with the perception of quality of life. The WHOQOL-BREF instrument was used to obtain this information.

Materials and methods. An observational, situational diagnostic questionnaire, was conducted on 50 elderly patients on palliative care in the North central hospital of PEMEX, during December 2016 to April 2017. Quality of life and Satisfaction were evaluates using the WHOQOL-BREF questionnaire.

Results. The participants were 27 women (54%) and 23 men (46%), with a mean age of 74.3, of whom 82% had a diagnosis of end-stage cancer and 12% had non-oncologic terminal disease. The patients considered that they had an average profile of regular quality of life, with an average of 42.5. High percentages were identified in the domains: Environment 21% and Physical health 16%. Patients expressed dissatisfaction with their health (46% slightly dissatisfied and 8% highly dissatisfied), with statistically significant differences between the degree of satisfaction with the general health of the older adult and the average quality of life profile.

Conclusión. With these data it was determined that the quality of life of the elderly in the palliative care service is regular, identifying as main determining factors the health condition of the patient, the security they feel in their daily life, residence, socio-economic factors, Functionality and health services

Key words. Quality of life, dissatisfaction, older adults, palliative care, WHOQOL-BREF

INTRODUCCIÓN

En México, la transición demográfica, caracterizada por la reducción de la fecundidad y la mortalidad, está ocurriendo más rápido que en naciones desarrolladas, secundario al aumento de la esperanza de vida por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud. Estos cambios han llevado a un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento poblacional acelerado, que se mantendrá en continuo crecimiento y a una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. (1)

Según información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) durante el segundo trimestre de 2016, la población ocupada de 60 y más años representa 33.6 por ciento. La Encuesta Intercensal 2015 reporta 12.4 millones de personas de 60 y más años, lo que representa 10.4% de la población total. (2)

En 2014, poco más de las 633 mil muertes registradas (63.8%), correspondieron a personas de 60 y más años. Y del total de egresos hospitalarios en el país por hipertensión arterial, 56.2% ocurrieron en personas de edad, con una tasa más alta de letalidad por hipertensión arterial en mujeres de 85 años y más (32.27 por cada 100 egresos hospitalarios). (2)

En 2014 el 26% del total de la población de 60 y más años tienen discapacidad, mientras que 36.1% cuenta con alguna limitación, asociándose a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos. (1,2) Dentro de este nuevo contexto las demandas y el objetivo del sistema de salud ha cambiado a no solo incrementar los años de vida sino también incrementar la calidad de vida.

A pesar que en la década de los sesenta se originan, en distintos países pero principalmente en Inglaterra, movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias y que tenían como objetivo mejorar el apoyo dado a

enfermos en fase terminal. ⁽¹⁾ En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida relacionada a la salud en la población mayor de 60 años. Es por esto que nosotros proponemos determinar el perfil medio de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQoL-BREF en pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos. Y con ello planificar y establecer intervenciones y programas de atención a la salud que aseguren el éxito terapéutico.

MARCO TEÓRICO

1. Cuidados paliativos

A lo largo de la historia la actitud y perspectiva del hombre ante la muerte no siempre ha sido la misma. A partir del siglo XIX la fascinación por la muerte de uno mismo es transferida a la preocupación por la muerte del ser querido, la llamada “*muerte del otro*”. Manifestándose en la expresión pública y exagerada del duelo y en el inicio del culto a los cementerios, tal como los conocemos en la actualidad. Hasta este siglo, el alivio de síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural. Durante el siglo XX la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades.⁽¹⁾

Posteriormente, durante la primera guerra mundial comienza un proceso llamado “*muerte prohibida*”, en el que la muerte es apartada de la vida cotidiana. En este período la muerte es eliminada del lenguaje, arrinconada como un fenómeno lejano, extraño y vergonzoso.⁽¹⁾

1.1. Origen de los Cuidados paliativos

La palabra latina “*Hospitium*” significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba.⁽¹⁾

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares que daban refugio, alimento, cuidaban y proporcionaban ayuda espiritual a moribundos, viajeros y peregrinos. Sin embargo, la mayoría de los hospicios tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma.

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, fue en Francia, en 1842, fecha en que Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente,

en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublin y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesa. ⁽³⁾

Cecily Saunders, una enfermera y trabajadora social británica del siglo XX, decide desde muy joven dedicar su vida profesional al cuidado de enfermos terminales, ofreciéndose como voluntaria en el St Casa de Luke para los pobres moribundos en Inglaterra. ⁽³⁾ Sus experiencias la llevaron a obtener un título médico en 1957. En las próximas décadas, juega un papel predominante en la formación de los principios utilizados en hospicios en todo el mundo, incluyendo:

1. El concepto de "dolor total" (físico, espiritual y psicológico).
2. El uso adecuado de opiáceos para pacientes con dolor físico.
3. Atención a las necesidades de los miembros de la familia y amigos que prestan atención a los moribundos. ⁽³⁾

En 1967, observa que la tendencia actual de esconder al moribundo la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida, son todos fenómenos que dan cuenta de cómo, como sociedad no hemos encontrado, o hemos perdido, la manera de hacer frente y de asumir nuestra mortalidad y la del resto. Surgiendo la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, a la cual se le atribuye el "inicio oficial" del llamado *Movimiento de Hospicios Moderno*. ⁽¹⁾ Por todo esto, se le conoce como pionera de la medicina paliativa contemporánea.

Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos en fin de vida y de sus familias. Dando lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos".

Posteriormente en 1969, Elisabeth Kübler Ross, una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, publicó un libro llamado "Sobre la Muerte y los Moribundos", donde expone su conocido modelo de Kübler-Ross por primera vez. Sentando las bases de

los modernos cuidados paliativos, cuyo objetivo es que el enfermo afronte la muerte con serenidad y hasta con alegría.⁽³⁾

1.2. Los cuidados paliativos del enfermo terminal. Definición.

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina "*Pallium*", que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento.⁽⁴⁾ Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Definiendo en 1990 a los Cuidados paliativos como: *"El cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo y es primordial el control del dolor y otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales"*.⁽⁵⁾

En el 2002, realiza la última definición de los Cuidados Paliativos:

"Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia".⁽⁶⁾

Cuidado Paliativo es un concepto amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado por médicos y otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, representantes de la pastoral y voluntarios.⁽⁵⁾ Todo esto con la finalidad de proporcionar una alta calidad de vida en pacientes y familiares, ayudándolos a enfrentar la enfermedad y el duelo.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) considera enfermedad terminal como: la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en ausencia de

posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado inferior a seis meses.⁽⁷⁾

La definición del *American College of Physicians*, cataloga al paciente en estado terminal como: “aquél enfermo que se encuentra en una situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que en un periodo de 4 a 6 meses fallecerá”.⁽⁶⁾

1.3. Cuidados paliativos en México

Con el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónico-degenerativas, se hace necesario diseñar programas de Cuidados Paliativos (CP) en México a partir de la atención de los pacientes con cáncer en fase terminal.⁽⁶⁾

En 1972, se inaugura la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

En 1976, se instala la Clínica del Dolor en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por el Dr. Miguel Herrera Barroso.

En 1979, nace la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara.

En 1981, se inicia la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Y en 1989 desarrolla el primer programa académico de Cuidados Paliativos.

El 19 de octubre de 1992 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se asigna a la Clínica del Dolor del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” como Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor (Acuerdo No. 106 DOF), este hecho generó la divulgación del tratamiento del dolor a nivel nacional.⁽⁶⁾

En 1992, se crea la Unidad de CP del Hospital Civil de Guadalajara, así como la del Centro Médico 20 de Noviembre del ISSSTE.

En 1999, en la Clínica del Dolor del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se crea la clínica de CP, atendiendo principalmente a pacientes oncológicos y realizando visita domiciliaria durante un breve tiempo.⁽⁶⁾

En el 2002, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, se conforma el programa de CP que incluye el apoyo domiciliario.

En el 2007, inicia la Unidad de CP en Pediatría, en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realiza el seguimiento a domicilio y asistencia telefónica.

Actualmente, se mantiene activa la clínica de CP del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital General Regional de Querétaro.

El 5 de enero del 2009 se lleva a cabo un cambio en la Ley General de Salud, agregando el título octavo bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, donde se puntualiza evitar el sufrimiento del enfermo terminal, aceptar los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, controlar el dolor y atender los aspectos psicosociales y espirituales.⁽⁶⁾

El 31 de Diciembre del 2010 surge el Programa del sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), a partir del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2012). A través, del cual se establece el Programa Nacional de CP (PALIAR) con el objetivo de dar una vida digna a los mexicanos a través de servicios de salud eficientes y de calidad.⁽⁶⁾

2. Calidad de vida

2.1. Definición de calidad de vida

El concepto de Calidad de Vida (CV) se origina en 1975, como un estado de satisfacción general, en cuanto al sentimiento de bienestar personal y material, como son la salud, la educación, el trabajo, de la funcionalidad, de la vivienda, de la seguridad social, y subjetivamente es la sensación de bienestar físico, psicológico y social.⁽⁶⁾

En 1994 la Organización Mundial de la Salud propuso una definición en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida: "Es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".⁽⁸⁾ Posteriormente, el Programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de la Salud de 1996 toma este concepto de calidad de vida y refiere que este es matizado por distintas dimensiones o facetas (físico, psicológico, grado de dependencia, relaciones sociales, entorno y espiritual).

En el ámbito de la salud, se hace una diferenciación entre calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), debido a que la enfermedad afecta la funcionalidad y el sentimiento de bienestar. Definiéndose como Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) "al estado de salud y la calidad de vida en la enfermedad, involucra a la sensación de los síntomas, autocuidado personal, aspectos emocionales como ansiedad y depresión, al tratamiento y a las relaciones sociales".⁽⁶⁾

2.2. Medición de la Calidad de vida

2.2.1. Propiedades y características de las Escalas

En los últimos años se ha observado que ha aumentado progresivamente la proporción de personas mayores de 60 años secundario a la mejoras en la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades. Sin embargo, esto ha condicionado que aumente el

número de personas mayores que viven solas, cambios en la carga de la enfermedad y mayor riesgo de discapacidad, por lo que ha sido de gran importancia evaluar la calidad de vida en esta población.

En la actualidad, existen cuestionarios de amplio reconocimiento y uso en todo el mundo, con los que se puede medir la calidad de vida en personas mayores. (9) (10) Los instrumentos representativos de lo anterior son el EuroQoL-5D (EQ-5D), WHOQOL-OLD y el WHOQOL-BREF.⁽¹¹⁾

El cuestionario EQ-5D (The EuroQoL Group, 1990) es un instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud y está compuesto por cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y estado de ánimo. Con consistencia interna de (alfa Cronbach) de 0.55. ⁽¹¹⁾

En el 2002, González-Celis (2002) y en el 2003 González-Celis y Sánchez- Sosa aplicaron el EQ-5D a un grupo de 124 adultos de 55 a 74 años de edad. Los resultados encontrados respecto a la consistencia interna (alfa Cronbach) entre ítems revelaron un valor de 0.55. Sin embargo, la validez concurrente de las calificaciones obtenidas con este instrumento fue más alta al encontrarse correlaciones significativas entre este y la presencia de problemas visuales, enfermedades pulmonares e hipertensión arterial. ⁽¹¹⁾

La organización Mundial de la Salud (OMS) con la participación de 15 centros alrededor del mundo desarrolló los instrumentos WHOQOL para medir la calidad de vida. Estos instrumentos centrándose en las opiniones de los individuos sobre su bienestar, proporcionan una nueva perspectiva sobre la enfermedad. Debido a que evalúan el efecto de la enfermedad sobre la percepción que tienen los individuos en las relaciones sociales, capacidad de trabajo y estatus financiero.⁽¹²⁾ Existen 2 representativos, estos fueron WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

La división de Salud Mental de la OMS impulsó a principios de los años 90 el proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) con el objetivo de construir una medida que pudiera ser utilizada de manera universal para evaluar la calidad de vida de las personas que utilizaban los servicios sanitarios de salud. Una característica única del proyecto fue que se desarrolló de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. ⁽¹²⁾

Obteniéndose el cuestionario WHOQOL-100, compuesto por 100 preguntas agrupadas en 6 áreas y 24 facetas. ⁽¹³⁾ Evaluando la CV global y la satisfacción con la salud general. La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach para el WHOQOL-100 osciló entre dominios de 0.69 a 0.90, mostrando propiedades psicométricas satisfactorias como fiabilidad, validez de constructo y discriminante. ⁽¹⁴⁾

Posteriormente en el año 1998, surge el cuestionario WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) una versión breve del WHOQOL-100, para evaluar la Calidad de Vida en diferentes culturas y estratos sociales. Es un cuestionario de 26 preguntas: una pregunta de cada una de las 24 facetas del WHOQOL-100, agrupándose en 4 dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) y dos preguntas globales (Calidad de vida global y salud general). ⁽¹⁵⁾

Obteniéndose una puntuación global de Calidad de vida y de los perfiles de las 4 áreas o dominios que incluye. Siendo cada dominio puntuado de forma independiente y a mayor puntuación, mejor es el perfil de calidad de vida. ⁽¹⁵⁾ Las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron consistencia interna (alfa Cronbach) de 0.90 y una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas. ⁽¹⁶⁾

En el 2002, Sánchez-Sosa y González-Celis aplicaron el cuestionario de WHOQOL-BREF a través de un proceso de traducción, retraducción y adaptación al lenguaje de uso común mediante una evaluación de los ítems por 21 jueces expertos, encontrándose un acuerdo entre los ítems de 69.05% para dar validez de contenido. ⁽¹¹⁾

En el 2003 se utilizó el instrumento como una medida de significación clínica para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en una muestra de 27 sujetos adultos de edades comprendidas entre 55 y 74 años, de nivel económico medio-bajo y con una escolaridad promedio de casi cuatro años. En relación con sus propiedades psicométricas, muestra valores apropiados de consistencia interna (alfa Cronbach) de 0.75.⁽¹¹⁾

En el 2000, se conformó el instrumento de medición WHOQOL-OLD de 24 reactivos con seis diferentes facetas o dimensiones y sus respectivos valores de consistencia interna: Capacidad sensorial de 0.84, Autonomía de 0.72, Actividades pasadas, presentes y futuras de 0.74, Participación/aislamiento de 0.79, Intimidad de 0.88 y Muerte y agonía de 0.84, obteniendo el total de los ítems una consistencia interna de 0.89.⁽¹¹⁾

2.3. Calidad de vida y cuidados paliativos

Sin duda uno de los grandes retos de la medicina del siglo XXI será cómo dar respuesta con eficacia y eficiencia a todas las necesidades planteadas por aquellas personas, que cada vez en mayor número se enfrenta al proceso de morir. Es por esto, que el objetivo primordial de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida (17).

La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han establecido a los CP como programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer.⁽⁶⁾ Debido a que los tratamientos afectan la vida física, emocional y social de los enfermos.

En la actualidad, el término cuidados paliativos se ha empleado como una construcción amplia que sirve a pacientes y familias desde el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica o aguda progresiva a lo largo de todo el curso de la enfermedad.(18) Enfatizando en el tratamiento de los síntomas, en el apoyo práctico y la movilización de recursos comunitarios para garantizar un entorno de vida sostenible y segura.⁽¹¹⁾

Dentro de este contexto surgió el Proyecto ENABLE, un ensayo aleatorizado controlado, donde la intervención de cuidados paliativos desde el momento de un nuevo diagnóstico de cáncer avanzado (educación y apoyo continuo a pacientes y cuidadores) se comparó con el cuidado habitual de las personas recién diagnosticadas con cáncer avanzado. Donde el objetivo era determinar si esta intervención podría influir en la calidad de vida, la intensidad de los síntomas, el estado de ánimo y la utilización de recursos. ⁽¹⁹⁾ Demostrando lo que recomienda la OMS, que el prestar cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico mejora la calidad de vida, reduce el uso innecesario de hospitales, pruebas e intervenciones, disminuyendo los días de estancia, los ingresos y el gasto farmacéutico. ^{(20) (21)}

En otras investigaciones, se ha visto que el cuidado paliativo también mejora el bienestar de paciente y la familia, y en algunos entornos la supervivencia. Además, de reducir el uso innecesario de los hospitales, las intervenciones de diagnóstico, de tratamiento y los cuidados intensivos no benéficos. ⁽¹¹⁾ Es por esto que en Salud pública, la calidad de vida puede ser considerada como un indicador útil para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud. ⁽²²⁾

Actualmente la transición demográfica acelerada han aumentado de forma progresiva las enfermedades crónico-degenerativas en fase terminal, por lo que surgió la necesidad de que los pacientes con insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas al final de la vida se incluyeran en los programas de cuidados paliativos. Sin embargo, la principal dificultad a la que nos enfrentamos para incluirlos en estos programas es la dificultad para predecir la supervivencia. ⁽²³⁾

Por lo que se establecieron criterios de terminalidad para estas enfermedades, criterios generales de supervivencia (fundamentalmente la estimación clínica de supervivencia, la funcionalidad, la comorbilidad y el estado nutricional) y criterios de complejidad para seleccionar a los pacientes no oncológicos que se beneficien de los programas de cuidados paliativos. ⁽²³⁾

Los criterios de terminalidad universalmente utilizados son los acuñados en 1996 por el National Hospice Organization Estadounidense (NHO). Estos se basan en 3 criterios generales de naturaleza mixta clínica, asistencial y de preferencias del paciente y en criterios específicos para cada una de las insuficiencias orgánicas terminales (cardiológica, pulmonar, hepática, nefrológica, neurológica y VIH).⁽²⁴⁾

2.3.1. Factores pronósticos y criterios de terminalidad en enfermedad oncológica y en enfermedades avanzadas no oncológicas

Los criterios de terminalidad y factores pronósticos para enfermedad oncológica son:

- a) Enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en ausencia de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado inferior a seis meses. Con gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- b) Índice de Karnofsky < 40, menor supervivencia
- c) ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) < 2, menor supervivencia.
- d) Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium. La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico < 2 semanas. Parámetros analíticos demostrativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.⁽⁷⁾

Criterios de terminalidad para enfermedades avanzadas no oncológicas.

Enfermedad pulmonar avanzada: OCFA

1. Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.

2. Progresión de la enfermedad evidenciada por:
Incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
3. Hipoxemia, pO₂ 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 88 % con O₂ suplementario, o hipercapnia, pCO₂ 50 mmHg .
4. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
5. Pérdida de peso no intencionada de >10% durante los últimos seis meses.
6. Taquicardia de > 100 ppm en reposo.

Insuficiencia cardíaca avanzada

La situación clínica de terminalidad viene dada cuando la insuficiencia cardíaca avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco. Son factores pronóstico relacionados:

1. Disnea grado IV de la NYHA
2. Fracción de eyección del 20%
3. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
4. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico. ⁽⁷⁾

Enfermedad hepática avanzada: cirrosis hepática

Factores pronóstico relacionados:

1. Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh :
Encefalopatía grado III-IV
Ascitis masiva
Bilirrubina > 3 mg/dl
Albúmina < 2.8 g/dl
T. de protrombina < 30 % y en la que se ha descartado el trasplante hepático
2. El síndrome hepatorenal debido a que carece de tratamiento médico eficaz

ya suele ser un indicador de situación clínica terminal.

Insuficiencia renal cronica avanzada

Factores pronóstico relacionados:

La situación terminal en pacientes con enfermedad renal avanzada y que no van a ser dializados viene dada ante:

1. Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.
2. Diuresis < 400 cc/día
3. Hiperkalemia > 7 y que no responde al tratamiento
4. Pericarditis urémica
5. Síndrome hepatorenal
6. Sobrecarga de fluidos intratable.

Demencias y enfermedad cerebrovascular cronica avanzada

En estos pacientes también existe dificultad para hacer pronósticos a medio plazo. Existen múltiples factores que si son considerados nos ayudarán a individualizar la toma de decisiones y/ a decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico a emplear. Entre otros cabe destacar:

1. Edad > 70 años
2. FAST (Functional Assessment Staging) > 7c
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination < 14)
4. Dependencia absoluta
5. Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición - urinarias, respiratorias-, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia,...)
6. Disfagia
7. Desnutrición

8. Ulceras por presión refractarias grado 3-4

2.3.2. Factores determinantes de la Calidad de vida

La calidad de vida es un componente clave del cuidado que deben recibir los pacientes con cáncer, sin embargo, los factores que determinan la calidad de vida no han sido bien estudiados. ⁽²⁵⁾ En 1998, Fernández-Ballesteros señaló una serie de factores que determinan la calidad de vida, estos son: salud, aptitudes funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, actividad, servicios sociales y de salud, calidad en casa, satisfacción de vida y oportunidades culturales y de educación. ⁽²⁶⁾

Posteriormente se observó que algunos de estos factores permanecen constantes, entre ellos destacan la edad, sexo, condición de salud y residencia, soporte social, factores socioeconómicos y escolaridad. ⁽²²⁾

Sin embargo, existen otros factores de orden psicológico que influyen directamente la calidad de vida, esto se debe a que en los adultos mayores se concentran las pérdidas cualitativas más que cuantitativas en el estado de salud. Según Izal y Montorio (1999), en términos globales, parece ser que las personas mayores manejan mejor la enfermedad crónica que las personas de menos edad, ya que una mayor experiencia de afrontamiento de situaciones lleva a desarrollar habilidades más eficaces. ⁽²⁷⁾

En este sentido, es importante señalar el concepto de *“plasticidad comportamental”* introducido por Baltes (1990), se expresa como una medida de adaptación a las demandas y cambios que se producen durante el proceso del envejecimiento. Establecido como una de las bases del envejecimiento exitoso. Según Baltes (1996), si se refuerza a los individuos por actuar de forma independiente y asumir responsabilidades en sus necesidades, se aumentará su sentimiento de autoeficacia.

En el 2003 para Triadó (2003), existe una tendencia evolutiva hacia un tipo de estrategias adaptativas sustentadas en mayor medida en la acomodación que en la asimilación. Así, los adultos mayores tienden a redefinir y reestructurar la percepción

de uno mismo y de la situación (sustitución de unos objetivos por otros más realistas que ayuden a optimizar los recursos y a tener un mayor control de la situación).⁽²⁷⁾

Dentro de este contexto, es importante tener en cuenta que el apoyo social es un factor importante dentro del concepto de bienestar y de envejecimiento óptimo y por lo tanto de la calidad de vida. Siendo también un facilitador de las conductas de promoción de la salud y disminuyendo el riesgo de mortalidad.

El INSERSO (1995), reporta que el 71.9% del apoyo recibido por parte de los ancianos obtenido desde el apoyo informal, es la familia cercana (cónyuge e hijos) la mayor proveedora (63.8%), seguida de parientes, amigos y vecinos, que asumen un 8.1% del total. Y según Stefani y Feldberg (2006), las personas mayores que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados.⁽²⁷⁾

Es por esto, que se estableció que la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones.⁽²⁸⁾

Existen pocas investigaciones que se han dedicado al estudio de la calidad de vida a nivel poblacional, dado que en la mayoría se han contrastado las condiciones de algún grupo de pacientes. Por lo que es importante determinar cuáles son los factores que se asocian con la percepción de calidad de vida en los adultos mayores, dado que este grupo etario, es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida. Dichos factores asociados a la calidad de vida son una medida estándar para evaluar el éxito y efectividad de intervenciones y programas de atención a la salud, por lo que nosotros proponemos realizar una evaluación de la calidad de vida mediante la escala WHOQoL-BREF en pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos para determinar la media de este factor en esta población. Y con ello planificar y establecer intervenciones terapéuticas adecuadas que aseguren el éxito terapéutico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Conocer el perfil medio de calidad de vida percibida por los pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Pemex mediante la escala WHOQOL-BREF?

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce el perfil de calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años que se encuentra en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Pemex, así como sus consecuencias médico-económicas. Siendo necesario con una medida de desempeño que nos permita oportunamente tomar decisiones sobre los diferentes caminos terapéuticos a seguir en el manejo integral de las enfermedades terminales. El instrumento WHOQOL-BREF proporciona un perfil global de calidad de vida y satisfacción con la salud general, dando una puntuación global de las áreas y de las facetas que lo componen, de manera rápida y sencilla.

HIPÓTESIS

Al tratarse de un estudio observacional, indagatorio de tipo diagnóstico situacional no se plantea ninguna hipótesis.

OBJETIVOS

General

Evaluar la calidad de vida mediante la escala WHOQOL-BREF en pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos.

Específicos

- Determinar el perfil medio de calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Pemex.
- Determinar cuáles son los factores que pueden estar asociados con la percepción de calidad de vida.
- Realizar y presentar un análisis de tipo FODA para reportar el diagnóstico situacional del perfil medio de calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Pemex.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación

Observacional, indagatorio de tipo diagnóstico situacional.

Población y muestra

Se realizó con pacientes mayores de 60 años de la consulta externa de cuidados paliativos en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos que cumplieran con los factores de inclusión.

Tiempo

Período de Diciembre del 2016 a Abril del 2017.

Espacio

Consulta externa de Cuidados Paliativos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Pacientes diagnosticados de enfermedad terminal que recibían cuidados paliativos en el momento del estudio.
- Pacientes que accedieron a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con incapacidad para contestar la encuesta por alteraciones cognitivas.
- Pacientes con incapacidad para contestar la encuesta por privación sensorial.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Métodos de medición

La variable principal se evaluó utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire), una versión breve del WHOQOL-100, diseñado por la división de Salud Mental de la OMS en 1998 de forma transcultural, para evaluar la calidad de vida de las personas que utilizaban los servicios sanitarios de salud.

Este cuestionario consta de 26 ítems: dos preguntas globales (Calidad de vida global y salud general) y una pregunta de cada una de las 24 facetas del WHOQoL-100, agrupándose en 4 dominios o áreas (Salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente).

Para realizar el cuestionario se le pidió al paciente que pensará en su vida durante las últimas dos semanas y conforme a esta percepción contestó todas las preguntas. Utilizando una escala tipo Likert de 5 valores de frecuencia que oscilan entre 1 (Nada) y 5 (Extremadamente/Casi siempre). Obteniéndose un perfil de calidad de vida, siendo cada dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida del paciente evaluado.

Además, se consideró conveniente valorar el nivel de satisfacción relacionado con la salud general del paciente mediante la pregunta 2 del cuestionario, utilizando una escala tipo Likert de 5 valores que oscilan entre 1 (Muy insatisfecho) y 5 (Muy satisfecho).

Las variables clínicas y sociodemográficas incluyen género, edad, escolaridad, estado civil, enfermedad terminal y comorbilidades. Dichos datos se obtuvieron directamente de la entrevista y el expediente, para posteriormente ser registradas en la hoja de captura de datos elaborada por el investigador responsable del proyecto.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida del entrevistado	Cuantitativa discreta	Años de vida
Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Determinación del sexo biológico del entrevistado.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Es la situación de las	Relación	Cualitativa	1. Casado

	personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	conyugal	nominal	2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado/ Separado
Nivel de Escolaridad	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional.	Grado de estudios de los entrevistados.	Cualitativa ordinal	1. Primarios 2. Medios 3. Universitarios
Enfermedad terminal	Aquél enfermo que se encuentra en una situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que en un periodo de 4 a 6 meses fallecerá	Es un estado de salud con recuperación irreversible reciba o no tratamiento que condicione atención en cuidados paliativos y registrado en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	1. Oncológica 2. No Oncológica
Índice de comorbilidad de Charlson	Sistema de evaluación de la esperanza de vida a 10 años, en dependencia de la edad y de las comorbilidades del sujeto.	Número de enfermedades que tiene un individuo registradas en el expediente electrónico.	Cualitativa ordinal	0-1 punto: Ausencia de comorbilidad. 2 puntos: comorbilidad baja: >3 puntos: comorbilidad alta.
Calidad de vida global	Es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida,	El grado de placer manifestado por el entrevistado	Cualitativa ordinal	1. Muy mala 2. Regular 3. Normal 4. Bastante buena

	dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.	en el cuestionario.		5. Muy buena
Satisfacción	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.	El grado de bienestar de acuerdo a su salud general manifestado por el entrevistado en el cuestionario.	Cualitativa ordinal	1. Muy satisfecho 2. Un poco satisfecho 3. Lo normal 4. Bastante satisfecho 5. Muy satisfecho
Perfil medio de calidad de vida (WHOQOL-BREF)	Es un instrumento de evaluación de calidad de vida y satisfacción de la salud general, que proporciona un perfil de calidad de vida.	Es el perfil de la calidad de vida percibido por el entrevistado en el cuestionario.	Cualitativa ordinal	Extremadamente buena: 106-120 puntos. Bastante buena: 80-105 puntos. Normal: 54-79 puntos. Regular: 28-53 puntos. Muy mala: < 27 puntos.

Desarrollo del proyecto

Se seleccionaron a los pacientes mayores de 60 años que cumplían con los criterios de inclusión del servicio de cuidados paliativos en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Posteriormente, los datos se obtuvieron a través de una entrevista con el paciente, quien previo a la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF validado al español se le explico de forma breve, clara y sencilla este instrumento.

Llenándose la hoja de captura de datos clínicos y sociodemográficos.

Se otorgó la hoja de consentimiento informado al entrevistado y a su familiar acompañante, solicitándole la firma de dicho documento, posterior a la lectura a conciencia del mismo.

Finalmente, se recaba la información obtenida en una base de datos en el programa Excel.

Análisis de datos. La información obtenida por el instrumento de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa Excel para su análisis estadístico con el programa SPSS versión 22 para Windows.

Los resultados de la estadística descriptiva fueron expresados en porcentajes, medias, desviación estándar, valores mínimo y máximo previa comprobación de la normalidad de las variables estudiadas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Finalmente, se establecieron pruebas t de Student para muestras independientes, considerando una significancia de p menor a 0.05.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Sin conflicto de interés, estudio de no intervención.

El presente estudio fue diseñado en base a la NOM-012-SSA3-2012 Título II, Capítulo I, Art.17, Sección 2, "Investigación con riesgo mínimo". Y siguiendo las recomendaciones emitidas por la declaración de Helsinki y los lineamientos para las buenas prácticas clínicas de conferencia interior de armonización con estricto apego a las especificaciones de confidencialidad y anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Participaron un total de 50 pacientes mayores de 60 años de la consulta externa de cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, de los cuales 27 fueron mujeres (54%) y 23 hombres (46%), con edades comprendidas entre los 60 y 94 años, con una media de 74.3. En cuanto a su estado civil, 82% eran casados, 14% viudos y 2% solteros o divorciados. El 46% de los adultos mayores realizaron estudios universitarios, 42% medios y el 12% primarios. (Ver tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO (N=50)

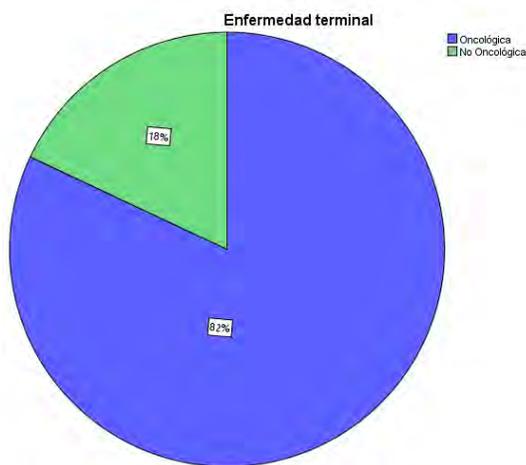
Variable	Categorías	N (%)	X (SD)
n		50	
Edad (años)	>60	50	74.3 (8.8)
Genero	Femenino	27 (54%)	
	Masculino	23 (46%)	
Estado civil	Casado	41 (82%)	
	Soltero	1 (2%)	
	Separado/divorciado	1 (2%)	
	Viudo	7 (14%)	

Escolaridad	Primarios	6 (12%)
	Medios	21 (42%)
	Universitarios	23 (46%)

Índice de Charlson	Ausencia de comorbilidad	5 (10%)
	Comorbilidad alta	45 (90%)

Con respecto al diagnóstico el 82% de los adultos mayores tenía diagnóstico de enfermedad terminal oncológica y el 12% no oncológica. (Fig. 1)

Figura 1. Distribución en porcentaje del tipo de enfermedad terminal de los pacientes del estudio



Con respecto a la variable satisfacción de la salud general de los adultos mayores, se evaluó con la pregunta: ¿Cómo de satisfecho está con su salud?, demostrándose que el mayor porcentaje de los adultos mayores manifestaban insatisfacción con respecto a su salud (46% un poco insatisfecho y el 8% muy insatisfecho). Y sólo el 4% se mostraba bastante satisfecho con su salud y el 42% lo manifestó como “normal”. (Fig. 2)

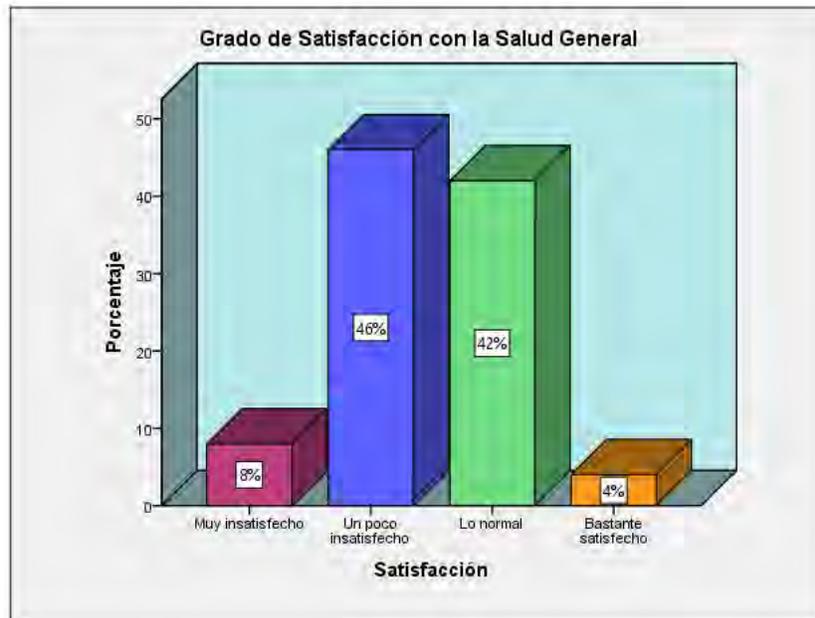
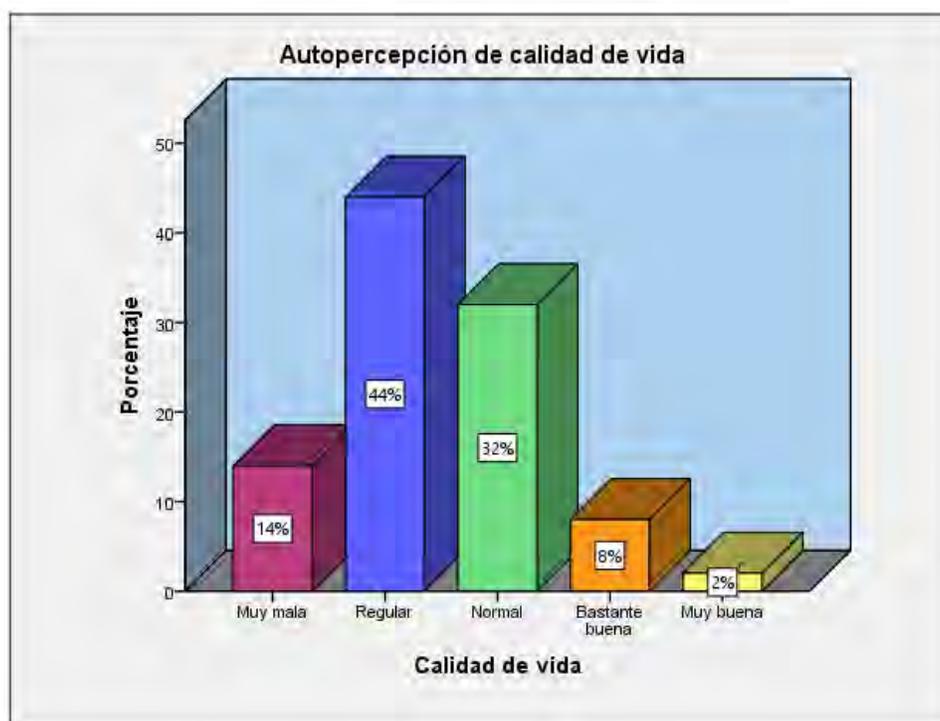


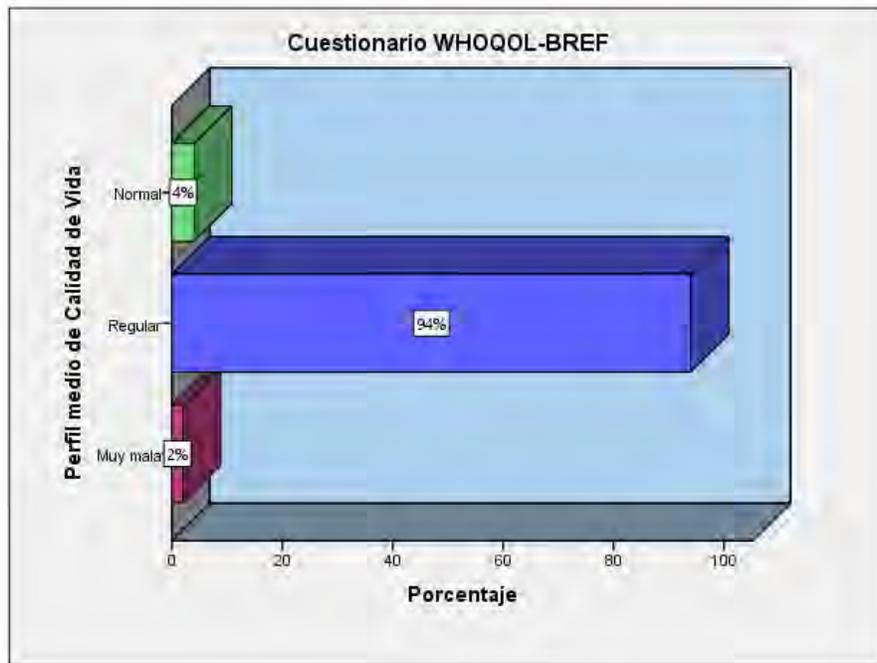
Figura 2. Distribución en porcentaje de la satisfacción que manifiesta el adulto mayor con respecto a su salud general. Para evaluar la autopercepción de calidad de vida en el adulto mayor, se realiza una pregunta global: ¿Cómo calificaría su calidad de vida?, los resultados demostraron que un porcentaje de 44% de los adultos mayores señalaron que su calidad de vida era regular, el 32% normal, el 14% muy mala y solo un porcentaje muy bajo del 8% señalaron que era bastante buena y el 2% muy buena. (Fig. 3)

Figura 3. Distribución en porcentaje de la autopercepción que manifiesta el adulto mayor sobre su calidad de vida.



Para determinar el perfil medio de calidad de vida del adulto mayor se utilizó la puntuación obtenida en el cuestionario WHOQOL-BREF puntuándose de forma independiente cada dominio, obteniéndose un valor mínimo de 27 y máximo de 66, con una media de 42.5. Estos resultados demostraron que un porcentaje alto del 94% de los adultos mayores señaló que su calidad de vida era regular, el 4% normal y solo el 2% señaló que era muy mala. En relación al género y a la edad no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. (Fig. 4)

Figura 4. Distribución en porcentaje del perfil medio de calidad de vida del adulto mayor obtenido según el cuestionario WHOQOL-BREF



Tras los análisis mediante pruebas t de Student para muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de enfermedad terminal (oncológica y no oncológica) y el perfil medio de calidad de vida del adulto mayor y el grado de satisfacción con la salud general.

Mientras que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción con la salud general del adulto mayor y el perfil medio de calidad de vida ($p=0.021$). (Fig. 5)

En relación, con los 4 dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) que evalúan la calidad de vida, obtuvimos una media de 24.96 para el dominio "Ambiente" de 18.94 para "Salud física", de 16.84 para "Salud psicológica" y de 8.34 para "Relaciones sociales". Demostrándose un mayor porcentaje en el dominio ambiente de 21%, seguido de 16% salud física y 14 % para salud psicológica y relaciones sociales. (Fig. 6)

Figura 5. Distribución de porcentajes de la Calidad de vida en relación al grado de satisfacción

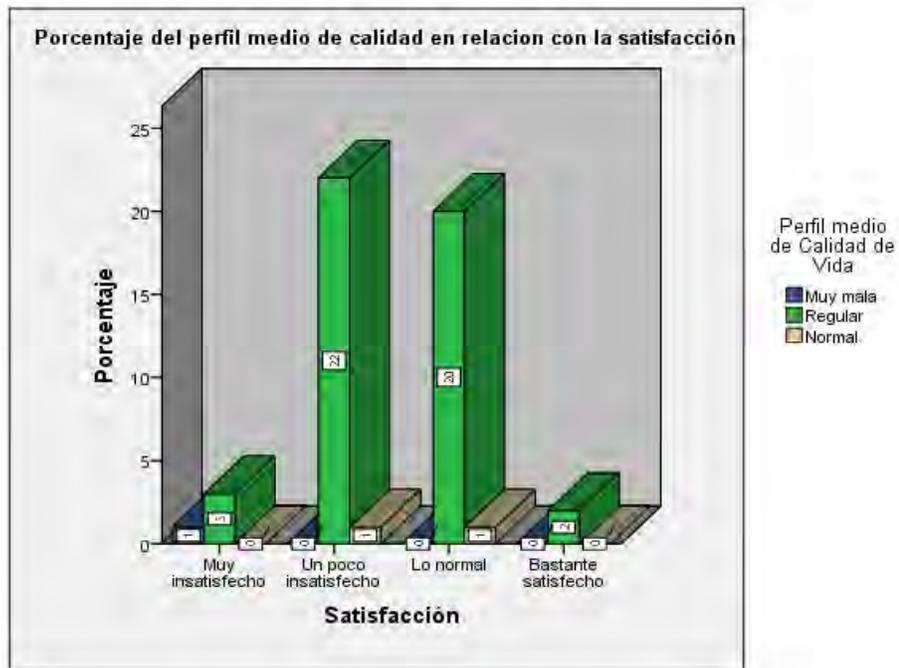
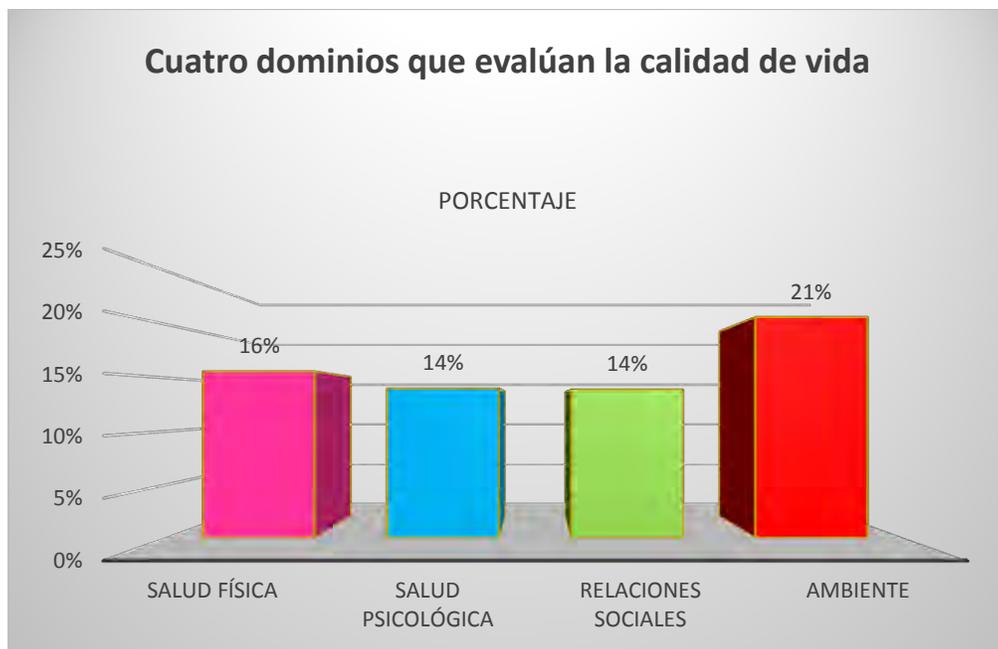


Figura 6. Distribución de porcentajes totales de las dimensiones: Ambiente, Relaciones Sociales, Psicológica y Salud Física, que evalúan la Calidad de Vida del Adulto Mayor.



DISCUSIÓN

La transición demográfica que está viviendo nuestro país caracterizada por el envejecimiento poblacional acelerado, que se ha mantenido de forma continua, ha llevado a una alta prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas que conllevan a mayor discapacidad y gran impacto social y económico. Es por esto que el objetivo de los sistemas de salud ha cambiado a incrementar la calidad de vida de los adultos mayores que presentan enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas.

En los estudios realizados por K. Koo et al. en Canadá, K. Hermann et al. en Alemania y A. Brédart et al (2007) en Francia, Italia, Alemania, España y Taiwan, ⁽²⁹⁻³¹⁾ la población mayoritaria fueron hombres con un 60%, 61.5% y 53% respectivamente. Estos resultados comparados con los obtenidos en nuestra población de adultos mayores en cuidados paliativos mostraron que nuestra población mayoritaria fueron mujeres en un 54%. Resultados comparables con los obtenidos por L.M.A Balderas Peña et al. en México, Flores Villavicencio et al (2013), Arraras et al. en Navarra (2009) y A. Brédart et al. (2005) en nueve países diferentes, ^(4,32,33) donde la población mayoritaria fueron mujeres con porcentajes de 84.7%, 81.08%, 56. 2% y 59% respectivamente.

En la relación con dichos estudios, donde la media de edad fue de 61 años para A. Brédart et al. (2007), 69 años para K. Hermann et al.; la media de edad de nuestra población fue mayor (74.3).

Con respecto al nivel de escolaridad en nuestro estudio se muestra que la mayoría de los adultos mayores realizaron estudios universitarios con un 46%, medios 42% y 12% primarios, comparado con el estudio de Flores Villavicencio et al (2013) ⁽⁴⁾, donde el 58.5% de adultos mayores solo realizaron la primaria y el 17.7% eran analfabetas.

Los datos publicados por Balderas-Peña et al (2011), Arraras et al (2009), Brédart A et al (2007) y Jayasekara H (2008) concuerdan con lo observado en nuestro estudio; el grado de satisfacción es independiente de la enfermedad. Encontrándose que la mayor parte de nuestra población manifiesta insatisfacción con respecto a su salud (46% un poco insatisfecho y el 8% muy insatisfecho).

Diversos estudios evidencian la disminución de la percepción de calidad de vida en los pacientes que cursan con enfermedad terminal,^(34,35) lo cual confirmamos con nuestros resultados, ya que la **autopercepción de calidad de vida manifestada por los adultos mayores en una pregunta global y el perfil medio de calidad de vida obtenido mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF fue en un alto porcentaje “regular”**. Lo que demuestra que la condición de salud es un factor determinante de la calidad de vida del paciente. Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de enfermedad terminal oncológica y no oncológica.⁽⁴⁾

Fernández-Ballesteros, señaló que existen otros factores determinantes como la edad, genero, aptitudes funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, actividad, residencia, satisfacción de vida y oportunidades culturales y de educación.⁽⁴⁾ En otro estudio en el que analizaban la Calidad de vida a través del instrumento 15D y el SGRQ se reveló que la edad correlacionaba significativamente con todos los dominios de los instrumentos, diferenciándose, de nuestro estudio donde no se observó correlación.

Por otro lado, otra investigación señaló que a mayor edad los pacientes presentaban peor calidad de vida, hecho que no sucedió en nuestro estudio debido a que en nuestra población la edad y el género no se correlacionaban significativamente con la calidad de vida. Nuestros resultados son comparables con los obtenidos por Flores Villavicencio (2013), donde no se observaron diferencias significativas por género en tres de los dominio solo se encontró diferencia significativa en el dominio ambiente.

Sharifa Ezat et al. (2014), demostró que la satisfacción del paciente estaba fuertemente asociada con buena calidad de vida entre los pacientes de cáncer, al igual que nuestro estudio, donde encontramos que a mayor calidad de vida manifestaba por el adulto mayor en cuidados paliativos mayor era el grado de satisfacción. ⁽³⁶⁾

En este estudio se observó la importancia de medir la calidad la vida en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Pemex, debido a que aportó información valiosa, sobre las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con las que cuenta el servicio. Encontrándose, que la condición de salud del paciente, la seguridad que siente en su vida diaria, residencia, factores socio-económicos, funcionalidad, servicios sanitarios y el dolor como principal síntoma físico son los principales determinantes. Por lo tanto, es importante mantener una buena calidad de vida y promover el apoyo social, ya que es un facilitador de las conductas de promoción de la salud, disminuye las hospitalizaciones, reingreso y el riesgo de mortalidad.

Por otra parte, la medición de la calidad de vida mediante un instrumento como el WHOQOL-BREF permite monitorizar la atención sanitaria y realizar un diagnóstico situacional de los pacientes que llegan y forman parte del servicio de cuidados paliativos. Con esta información podemos planificar y establecer protocolos específicos **que aseguren el éxito terapéutico.**

CONCLUSIÓN

Este estudio fue una de las primeras investigaciones que se realizó en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, comprobándose comprobó que el instrumento WHOQOL-BREF es una herramienta apropiada para evaluar la percepción de calidad de vida de una manera rápida y eficaz. Y a su vez, se identificó el grado de satisfacción del paciente y los indicadores que influyen directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el adulto mayor.

Con los datos de esta investigación, se proyecta establecer este instrumento de medición de calidad de vida como parte de la valoración integral del paciente en el servicio de cuidados paliativos. Además, de crear una línea de investigación que permita establecer de manera universal la evaluación de calidad de vida de los adultos mayores en relación con sus condiciones sociales y de salud.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

2

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas

		Nunca	Raramente	Modestamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

REFERENCIAS

1. Del rio M.I., Palma A. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. Boletín escuela de medicina U.C. Pontificia Universidad Católica De Chile. 2007; 32(1):16-22
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). XI Censo General de Población y Vivienda, 2010.
3. Lutz S. The History of Hospice and Palliative Care. *Curr Probl Cancer*, 2011; 35:304-309.
4. Flores Villavicencio et al. Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Rev Argentina de Clínica Psicológica*. 2013; 22(2):179-191
5. Hernández-Bello et al. Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un hospital de Zaragoza, España. *Rev Colomb Cancerol*. 2016; 20(3):110-116
6. González et al. Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2012; 75(3):173-179
7. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2008
8. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010.
9. Albers et al. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*. 2010; 24(1): 17–37
10. De Sousa Pinto JM, Calvo Arenillas JI, Martín Noguerras AM, Ramos González J, Gómez Gómez FP. La calidad de vida de pacientes asmáticos evaluada por el WHOQOL-BREF y el SGRQ. *Fisioterapia*. 2010;32(3):116–22
11. Acosta Quiroz et al. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 2015; 23(2): 241-250
12. Division of mental health and prevention of substance abuse world health organization. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
13. Lucas C.R, Ma. Rosa Güell Rous, Fátima Morante Vélez. Cuestionarios genéricos WHOQoL. Manual Separ de procedimiento. Barcelona España: Publicaciones Pemaner; 2007
14. Lucas-Carrasco. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res*. 2012; 21(1):161–165
15. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF.pdf [Internet]. [citado el 7 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf

16. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].
17. Cid VE. Los Cuidados Paliativos: Acompañando a Las Personas En El Final De La Vida. *Cuad Bioét.* 2012;23(1):169–76.
18. Meier et al. Palliative Care and the Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology.* 2011; 29(20): 2750-2752
19. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial to Improve Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. *JAMA J Am Med Assoc.* el 19 de agosto de 2009;302(7):741–9.
20. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *The Oncologist.* 2012;17(2):267–73.
21. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care--translating data in oncology into practice. *N Engl J Med.* 2013;369(24):2347–51.
22. Arenas, L. D., Escudero, G. S., & Gallegos-Carrillo. Salud del adulto mayor. Calidad de vida.pdf [Internet]. [citado el 4 de julio de 2017]. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CALIDAD%20DE%20VIDA.PDF>
23. Babarro AA, Cano LR, Aguilar AG. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Paliativa.* 2010;17(3):161–71.
24. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A. et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2010;45(4):203–12.
25. Laird BJA, et al. Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: Differential Association With Performance Status and Systemic Inflammatory Response. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* e2016;34(23):2769–75.
26. Lis CG, Patel K, Gupta D. The Relationship between Patient Satisfaction with Service Quality and Survival in Non-Small Cell Lung Cancer – Is Self-Rated Health a Potential Confounder? *PLOS ONE.* 2015;10(7):e0134617.
27. Cristina Molina Sena et al. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología.* 2008; 24(2): 312-319
28. Catania G, Costantini M, Beccaro M, Bagnasco A, Sasso L. Does quality of life assessment in palliative care look like a complex screening program? *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:7.
29. Koo K, Kerba M, Zeng L, Zhang L, Chen E, Chow E, et al. Quality of life in patients with brain metastases receiving upfront as compared to salvage stereotactic radiosurgery using the EORTC QLQ-C15-PAL and the EORTC QLQ BN20 + 2: a pilot study. *J Radiat Oncol.* 2013;2:217:24.

30. Hermann K et al. Palliative patients cared for at home by PAMINO-trained and other GPs-healthrelated quality of life as measured by QLQ-C15-PAL and POS. *BMC Palliat Care*. 2012;11:1---7.
31. Brédart A, et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Eur J Cancer Care*. 2007;43:323---30.
32. Balderas Peña et al. Análisis de la Satisfacción con los Cuidados en Salud a través del cuestionario EORTC IN-PATSAT32 en pacientes con Cáncer de Mama, Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en diferentes etapas clínicas. Relación con las características socio-demográficas, estados comórbidos y variables del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value Health*. 2011;14:96-9.
33. Arraras JI et al. The EORTC cancer in-patient satisfaction with care questionnaire: EORTC IN-PATSAT32. Validation study for Spanish patients. *Clin Transl Oncol*. 2009;11:237-42.
34. Smith TJ et al. Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management. *Ann Oncol*. 2012;23:70-5.
35. Robles Agudo F et al. Alivio del dolor como parte de los cuidados al final de la vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:357-64.
36. Ezat et al. Observational Study on Patient's Satisfactions and Quality of Life (QoL) Among Cancer Patients Receiving Treatment with Palliative Care Intent in a Tertiary Hospital in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014, 15(2): 695-701