



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS BASADOS EN EL CUESTIONARIO WHOQOL-
BREF DENTRO DEL CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCION,
INVESTIGACION, Y CAPACITACION GERONTOLOGICA “ARTURO
MUNDET”.**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

GERIATRIA

PRESENTA

DR. ULISES SUMANO SALAZAR

ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA DE GUADALUPE JUAREZ HERNANDEZ

Facultad de Medicina



CIUDAD DE MEXICO A 28 DE FEBRERO DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su ejemplo y apoyo, con mi agradecimiento y recuerdo amoroso.

A Tania, por su amor y apoyo.

A mis compañeros, por su paciencia.

A mis profesores, con mi agradecimiento y aprecio.

En especial a la Dra. María de Guadalupe Juárez Hernández, por darme la oportunidad de conocer el cuidado del adulto mayor.

INDICE

	Pagina
Resumen	4
Summary.....	5
Marco Teórico	6
Antecedentes.....	6
Envejecimiento.....	6
Envejecimiento activo.....	7
Calidad de vida.....	8
Medición de la calidad de vida.....	12
Residencia de ancianos.....	21
Justificación	24
Pregunta de investigación	24
Hipótesis	25
Objetivos	25
Tipo de estudio	26
Diseño de estudio	26
Material y métodos	26
Universo de trabajo	27
Consideraciones éticas	29
Resultados	30
Discusión	64
Conclusiones	67
Referencias	69
Anexos	72

RESUMEN

La calidad de vida es un concepto subjetivo, y va a depender de la percepción de los individuos respecto a sus condiciones de salud, sociales, económicas y de sus relaciones personales. En el proceso de envejecimiento, este concepto va a estar determinado por condiciones como el declive de las funciones fisiológicas, la dependencia funcional, la pauperización y la falta de perspectivas de vida. Para poder utilizar el concepto, se necesita medirlo, debido a eso, se emplean diversas pruebas y cuestionarios que tratan de clasificar de manera objetiva los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales, entre estos destaca el cuestionario WHOQOL y su versión abreviada WHOQOL-BREF.

Se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF a un total de 48 adultos mayores institucionalizados en el Centro Nacional Modelo De Atención, Investigación, y Capacitación Gerontológica “ARTURO MUNDET”. Aplicando el puntaje desarrollado en el mismo cuestionario, se observaron en la dimensión física un 32.29% de satisfacción normal; en la dimensión psicológica, se refirió un 29.68% de satisfacción normal; en la dimensión social, hubo un reporte del 58.04% de satisfacción normal y, finalmente, se encontró un 31.23% de satisfacción normal en la dimensión ambiental. A nivel global se encontró un 35.65% de satisfacción normal.

La población residente del Centro Nacional Modelo De Atención, Investigación, y Capacitación Gerontológica “ARTURO MUNDET” se refiere satisfecha tanto en su estado de salud general como en sus relaciones sociales y en el ambiente que les rodea, sin embargo, no se tomaron en cuenta otros factores como los grupos etarios o la presencia de padecimientos concomitantes. Este estudio puede dar pie a la aplicación de otro tipo de test o que tomen en cuenta otras variables.

Palabras clave: envejecimiento, calidad de vida, escala WHOQOL-BREF.

SUMMARY

The quality of life is a subjective concept, and will depend on the perception of individuals regarding their health, social, economic and personal relationships. In the aging process, this concept will be determined by conditions such as the decline of physiological functions, functional dependence, pauperization and lack of life prospects. To be able to use the concept, it is necessary to measure it, because of that, various tests are used and questioned that try to classify in an objective way the different biological, psychological and social aspects, among them the WHOQOL questionnaire and its abbreviated version WHOQOL-BREF.

The WHOQOL-BREF questionnaire was applied to a total of 48 older adults institutionalized in the Centro Nacional Modelo De Atención, Investigación, y Capacitación Gerontológica "ARTURO MUNDET". Applying the score developed in the same questionnaire, 32.29% of normal satisfaction was observed in the physical dimension; in the psychological dimension, 29.68% of normal satisfaction was reported; In the social dimension, there was a report of 58.04% of normal satisfaction and, finally, a 31.23% of normal satisfaction in the environmental dimension was found. Globally, 35.65% of normal satisfaction was found.

The resident population of the National Model Center for Attention, Research, and Gerontological Training "ARTURO MUNDET" refers satisfied both in their general state of health and in their social relations and in the surrounding environment, however, they were not taken into account other factors such as age groups or the presence of concomitant conditions. This study may lead to the application of another type of test or to take into account other variables.

Keywords: aging, quality of life, WHOQOL-BREF scale.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES.

Nuestro país experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento de la población. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (conapo), en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5 por ciento de la población total (conapo, 2012).

(1)

Esta transición demográfica traerá nuevos retos en el cuidado, prevención y protección de la salud de una población vulnerable y cada vez más numerosa.

Envejecimiento

Se define al envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. Sin embargo, este no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y las secuelas en el funcionamiento y la participación social, sino que también involucra aspectos acumulados como los procesos patológicos previos y las ganancias psicológicas y sociales en cada una de las etapas de la vida. (2)

Junto con las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes, como son los cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. De esta manera, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, optimizaran sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensaran la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar tareas.

Asimismo, también pueden cambiar sus metas, sus prioridades motivacionales y sus preferencias; la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes. Algunos de estos cambios bien pueden ser el resultado de la adaptación a la pérdida, mientras que otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con “la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados”. Los cambios psicosociales explican en buena medida por que, en muchos entornos, la vejez puede ser un periodo de bienestar subjetivo elevado (3).

Envejecimiento activo.

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (4).

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia (5).

El envejecimiento también se define como un proceso en el que las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, en el marco del envejecimiento activo, este es el resultado de una combinación de los elementos propios del envejecimiento productivo con énfasis en la calidad de vida y bienestar físico y mental. En este sentido, se define al

envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento (6).

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto difícil de definir y va a depender de la escala de valores por la que cada individuo ha elegido de manera más o menos libre, así como de los recursos emocionales y personales de cada uno. Por otro lado, estará sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, y será modificada con el paso del tiempo para un mismo individuo. (7).

El concepto de calidad de vida comenzó a utilizarse en los años sesenta, en política y en ciencias sociales, para superar la insuficiencia de los indicadores económicos tradicionales. En los años ochenta, el concepto de calidad de vida llegó a las ciencias biomédicas motivado por la insuficiencia de los índices exclusivamente orgánicos de salud y enfermedad. Hasta entonces, los índices médicos sólo eran capaces de detectar la normalización de las cifras analíticas, la restitución funcional de los órganos, la mejoría motriz o la prolongación de la vida. Pero esos índices eran incapaces de detectar aspectos esenciales de la vida y las expectativas de los pacientes (8).

Se necesita un concepto de calidad de vida que diferencie la vida personal de la vida meramente biológica, y reconozca que la vida biológica es sólo la condición para los valores y realizaciones propiamente humanos, que afiance el valor igual de toda persona, pero que al mismo tiempo reconozca que no toda forma de vida tiene igual valor para esa persona. Un concepto tal sólo podrá invocarse en beneficio del paciente en cuestión, y de nadie más, el balance decisivo de estos beneficios deberá ser hecho por el propio paciente o sus sustitutos legales.

En las definiciones actuales de la calidad de vida existen dos perspectivas contrapuestas: por un lado están los puntos de vista llamados “perfectistas”, que estiman que la calidad consiste en el ejercicio de ciertas capacidades humanas; entre ellas, las cognoscitivas, de creatividad, vida independiente o relación interpersonal, se apoyan en un juicio previo sobre las cualidades, actividades o capacidades que confieren calidad a una vida, van a evaluar la calidad de un modo más activo y objetivo teniendo en cuenta cualidades objetivas, actividades exteriores o capacidades para realizar objetivos. Por otro lado, están los criterios “utilitaristas” que se apoyan en alguna noción de la utilidad que tiene la vida para el propio individuo, van a estimar la calidad de

vida de un modo más pasivo y subjetivo, atendiendo al disfrute de ciertos estados emocionales o de satisfacción subjetiva. (9).

Para el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta se define como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores, que cada persona vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones» (10).

Existe un amplio consenso en que se debe considerar a la calidad de vida como una condición multidimensional, y que no se puede asumir como sólo algún factor de la vida del individuo sino todos los que influyan en él. Entre los factores implicados se han descrito capacidad funcional, estado físico, dolor, sueño, alimentación, comunicación, espiritualidad, situación emocional y psicológica, sexualidad, situación familiar, funcionamiento social, ocupación laboral y productividad, expectativas de futuro, preocupación ecológica, estado de salud y satisfacción con el tratamiento (11).

El concepto de “calidad de vida” comienza a escucharse en la década de los sesenta como una forma de referirse al medio ambiente y a las condiciones de vida en el medio urbano. Este concepto va a evolucionar incorporando componentes objetivos como las condiciones de vida, y otros componentes subjetivos como la satisfacción personal y los valores personales (12).

Se pueden señalar al menos cuatro conceptualizaciones respecto a la calidad de vida. En una primera aproximación se va a definir como la calidad de las condiciones de vida de una persona; la segunda va a enfatizar la subjetividad por medio de la satisfacción de la persona respecto a sus condiciones de vida. Una tercera va a ser el resultado de la combinación de factores subjetivos y objetivos. Finalmente, una cuarta aproximación va a presentar a la calidad de vida como una combinación entre las condiciones de vida y la satisfacción personal matizada por los valores, las aspiraciones y las expectativas de cada persona (13).

Otro modelo multidimensional es elaborado por Schalock y Verdugo, expresada como las condiciones deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales y que son, a su vez, el núcleo de las dimensiones en la vida de un adulto (cuadro 1) (14).

MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO	
DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar físico	Salud, Actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos Humanos, derechos legales

Cuadro 1

Mención aparte merece el modelo de calidad de vida propuesto por Fernández-Ballesteros y Zamarrón que, aunque también tiene una aproximación multidimensional, va a incorporar elementos personales objetivos y subjetivos (como las habilidades funcionales o la salud percibida) junto con factores externos tales como acceso a servicios y apoyo social (figura 1) (15).



Figura 1.

Otro concepto que hay que tomar en cuenta es el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este va a integrar aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico, mental y con el estado de bienestar asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento (16). Autores como Patrick y Erickson, la van a definir como «el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias» (17). La novedad que tiene la CVRS es que va a incorporar la percepción del individuo como una necesidad de evaluación de resultados en salud y que van a medir aspectos de la vida del paciente tales como el funcionamiento físico (salud, el

bienestar físico y la sintomatología clínica), el bienestar psicológico, el estado emocional, el dolor, el funcionamiento social, la percepción general de la salud y otras (función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral, las actividades de la vida diaria, el número de visitas al médico y la necesidad de utilizar fármacos) (18)

Podemos concluir que la calidad de vida se fundamenta en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas del individuo. En el adulto mayor, esto implica condiciones de vida mínimas como tener salud, alimentación, estabilidad en sus relaciones sociales, vestido, tiempo para ocio, recreación y respeto a sus derechos humanos. Otras características específicas de este grupo de edad, incluyen el retiro laboral, el aumento en la presencia de enfermedades crónicas, alteraciones en la funcionalidad, cambios en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. Estas características van a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto individual como grupal). Por lo tanto, las características individuales, sociales y socioeconómicas determinarán tanto sus condiciones de vida como sus expectativas y valoraciones, y, en consecuencia, su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.

Medición de calidad de vida.

Definir la calidad de vida no es suficiente, es necesario medirla para que sea un concepto utilizable. También es conveniente que las evaluaciones de la calidad de vida sean multidimensionales, y que abarquen no sólo la esfera física sino también la psicológica, la social, la económica e incluso la espiritual. Para ello son necesarios índices o perfiles cuantitativos que posibiliten las comparaciones intersubjetivas.

Se denominan índices las escalas que suministran una única medida global, mientras que los perfiles dan una puntuación a cada una de las dimensiones de salud que consideran. Estos están contruidos de la siguiente manera:

1. Especifican algún aspecto de la vida en el que se establecen varios niveles o categorías de calidad teniendo en cuenta la literatura médica, las percepciones e interpretaciones de los propios pacientes o las declaraciones de profesionales, pacientes y familiares.
2. A continuación se asigna una puntuación al impacto que ejerce cada categoría sobre la calidad de vida.

Para aplicar estos tests se utilizan cuestionarios o entrevistas que deben tener ciertas propiedades psicométricas, entre ellas:

1. Fiabilidad: producir resultados semejantes en situaciones similares.
2. Validez, para medir el concepto que se pretende medir.
3. Duración del test: la extensión aumenta la fiabilidad pero también aumenta la fatiga del paciente.
4. Facilidad de administración: se puede suministrar una gama de respuestas posibles, o valerse de escalas lineales en cuya longitud el paciente señala su propia situación.
5. Facilidad de análisis: las escalas cuantitativas son más fáciles de analizar que las cualitativas (19).

La valoración de una construcción multidimensional como es la calidad de vida va a entrañar problemas especiales que se deben tener en cuenta. Aunque en principio puede asumirse que el sujeto con mejor CVRS es el que se encuentra en el mejor estado posible en todas las dimensiones evaluadas, no es fácil valorar el nivel de un paciente cuando varias dimensiones en su perfil no corresponden con su salud total. Aunque en la práctica clínica es útil disponer de una puntuación global para el diagnóstico de cada caso, la puntuación global no es más que un resumen. Cuando se desea un diagnóstico pormenorizado, se debe recurrir a la interpretación individual de cada dimensión, y el diagnóstico más certero se obtendrá valorando cada dimensión por separado. Sin embargo, en la investigación empírica es frecuente encontrarse con

la necesidad de combinar todas las dimensiones en una única puntuación global para poder comparar grupos de pacientes o tratamientos (20).

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. Como se expuso anteriormente, resulta indispensable contar con cuestionarios sencillos de aplicar, fiables y eficaces para valorar de forma adecuada los aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud que permitan evaluar la situación de los pacientes.

A continuación se enlistaran (sin el afán de ser exhaustivos) los principales instrumentos de medición de calidad de vida con sus características principales.

Medical outcomes study, 36-item shortform (mos sf-36) (21)

Evalúa ocho dominios, cuatro corresponden a aspectos físicos (funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y salud general), y cuatro al área física o mental (vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Es uno de los más recomendados porque es universal, con un exhaustivo y riguroso estudio psicométrico, fácil de manejar, rápido y de utilidad en la interpretación de los resultados.

The schedule for evaluation of individual quality of life (seiql) (22).

Diseñado para evaluar la calidad de vida desde una perspectiva individual. Diseñada para ser aplicada en adultos, enfermos o sanos, pero no puede aplicarse a personas con discapacidad cognitiva. Consiste en una entrevista semiestructurada en la que el individuo nombra las cinco áreas de vida que considera más importantes para su calidad de vida general. El método de recogida de datos es laborioso y complejo.

The nottingham health profile (nph) (23).

Proporciona indicaciones sencillas acerca de problemas físicos, sociales y de salud emocional percibidas por el sujeto. La interpretación de los resultados se puede hacer tanto en función de un perfil como a partir de la puntuación global.

The sickness impact profile (sip) (24).

Se diseñó para medir el estado de salud mediante la evaluación del impacto de la enfermedad sobre las actividades cotidianas y la conducta, y para aplicarlo a todo el espectro de enfermedades y grados de gravedad.

Coop/wonca charts (25).

El cuestionario COOP/WONCA fue originalmente desarrollado por un grupo de médicos de atención primaria en The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project) En 1988, la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) utilizó este instrumento. Se compone de láminas; cada una de ellas mide una dimensión de la CVRS (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, dolor, apoyo social y calidad de vida).

European quality of life instrument (eq-5d) (26).

Es un instrumento genérico, rápido de cumplimentar y sencillo, que se compone de tres partes. La primera describe el estado de salud mediante el uso de cinco dimensiones (cuidado personal, actividades cotidianas, movilidad, dolor y ansiedad). La segunda parte la compone una escala analógica visual (EVA), con rango de 0 (el peor estado de salud actual imaginable) a 100 (el mejor estado de salud). La última parte es una pregunta acerca de la evolución del estado de salud en los últimos 12 meses.

Quality of life questionnaire (qlq). (27)

Evalúa de forma directa la calidad de vida, basándose en la asunción de que ciertas acciones o conductas de un individuo en respuesta a cinco áreas específicas de la vida que pueden ser consideradas como representativas de una buena calidad de vida: bienestar general, relaciones interpersonales, participación en organizaciones, actividad laboral, ocio y actividades recreativas.

Cuestionario breve de calidad de vida (cubrecavi) (28).

Está diseñado específicamente para medir la calidad de vida en personas mayores. Está compuesto por 21 subescalas agrupadas en nueve escalas: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios.

Older americans resources and services (oars) (29).

Diseñado para medir el estado funcional de individuos o poblaciones de personas mayores, en cinco dimensiones: recursos sociales, recursos económicos, salud física, salud mental y capacidad para el autocuidado e independencia instrumental para las actividades de la vida diaria.

Quality of life in alzheimer's disease (qol-ad) (30)

Es uno de los instrumentos específicos en pacientes con demencia más utilizados. Incluye siete dimensiones: bienestar físico, psicológico y social, funcionalidad, autopercepción de salud, interacción social y entorno.

Escala de calidad de vida de la organización mundial de la salud (WHOQOL-100) (31).

Se ha desarrollado de manera transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona una puntuación global, así como de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes, consta de 100 ítems y evalúa seis facetas (salud física, funciones psicológicas, independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/ religión/creencias personales), las cuales a su vez están subdivididas en un total de 24 áreas. El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 preguntas.

El WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) (32) de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

La OMS (1998) se basa en las siguientes dimensiones para crear los ítems:

Dimensión física.

1. Dolor y malestar

Se identifican las experiencias físicas desagradables y en qué grado forman parte de interferencias de su vida (la capacidad que tiene la persona para utilizar el dolor y la habilidad para poder sobrellevar y obtener la mejoría del mismo). Es por ello que a medida que les resulte menos complicado sobrellevar el dolor, menor será el temor que proyectan y las consecuencias como resultado en relación con su calidad de vida.

2. Energía y fatiga

Se examina el entusiasmo, la resistencia y la energía que obtiene un individuo con la finalidad de realizar actividades primarias en el día a día; así también el realizar tareas de su elección. En el que puede presentar desde un agotamiento que imposibilite hasta un grado adecuado de su vitalidad y energía.

3. Sueño y descanso

Se refiere al nivel en el que el descanso, el sueño y las dificultades relacionados al mismo, perjudican a la calidad de vida de las personas para que de esta manera pueda realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

4. Movilidad

Se determina el criterio del individuo en relación a su suficiencia para trasladarse de un sitio a otro sin necesitar la ayuda de otros, desplazarse por su hogar, en su centro de trabajo o asistir a los servicios de transporte.

5. Actividades de la vida diaria

Se evalúa la competencia de un individuo para llevar a cabo funciones comunes en el día a día, los cuales incluyen labores como el cuidado de sí mismo y su casa. Asimismo, el grado de dependencia hacia otras personas para que le ayuden a realizar dichas actividades lo cual podría afectar en su calidad de vida.

6. Dependencia de una medicación o de tratamiento

Se evalúa la necesidad que tiene una persona a una medicina alternativa o medicación para ayudar a su bienestar psicológico y físico. Asimismo, esta área implica las intervenciones médicas no farmacológicas, pero de las que todas maneras dependen el individuo (por ejemplo, un miembro artificial, un marcapasos, etc.).

7. Capacidad de trabajo

En esta fase se analiza el uso de su energía de una persona para laborar, lo cual implica cualquier actividad relevante en la que participe sea pagado o no remunerado, el cuidado de la casa, voluntario, de los niños, u otros.

Dimensión Psicológica

8. Sensaciones positivas

Se evalúa el grado que un sujeto experimenta felicidad, satisfacción, alegría, paz, esperanza, sensaciones positivas de equilibrio y disfrute de las cosas buenas de la vida. Así mismo, es de gran relevancia las ideas y opiniones de una persona hacia el futuro, ya que existe relación con la calidad de vida.

9. Espiritualidad/religión/creencias personales

Se evalúan las creencias del entrevistado y las consecuencias en la calidad de vida. Este ámbito comprende a individuos con creencias del tipo religiosas distintas, así también a personas que no tengan creencias espirituales o personales determinadas. Para muchos individuos las creencias personales, la religión, y la espiritualidad son una fuente de bienestar, alivio, sentido, seguridad y fuerza. En cambio, para otras personas tiene una influencia negativa en su vida.

10. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Esta referida a la exploración del criterio de un individuo sobre su memoria, aprendizaje, pensamiento, capacidad para tomar decisiones y concentración. Asimismo, se identifica que en algunos casos con dificultades o problemas cognoscitivos pueden no entender sus impedimentos, por lo que sería útil sumar a la calificación subjetiva del individuo otras ajenas.

11. Autoestima

Se evalúan los sentimientos que tienen las personas en relación a sí mismas, los cuales pueden ser sentimientos negativos o positivos,

y se evalúa la sensación que tiene el sujeto de su capacidad como tal, satisfacción consigo mismo y el control.

12. Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto
Se analiza la concepción que un sujeto tiene sobre su propio cuerpo, lo cual comprende si se observa de una manera negativa o positiva, centrándose en el agrado que siente el sujeto con su apariencia y su consecuencia en el concepto que tiene de sí mismo, y el cómo puede corregir dichos defectos percibidos o reales.

13. Sentimientos negativos
Esta área consiste en el nivel en que el sujeto experimenta sentimientos negativos, como la desesperanza, la culpa, intranquilidad, abatimiento, tristeza, nerviosismo y falta de placer en la vida; así mismo evalúa los efectos en el funcionamiento en el día a día de la persona implicada.

Dimensión de las relaciones sociales

14. Relaciones Personales
En esta área se evalúa el grado en que los sujetos perciben el amor, el soporte y compañía de su entorno cercanas en su vida. Así mismo, se indaga la experiencia presente, compromiso de proteger y sostener a otros sujetos (la suficiencia y la oportunidad de ser amado, amar y conservar relaciones cercanas, tanto físicas como afectivas).

15. Apoyo Social
Se evalúa el compromiso, la disponibilidad y aprobación que siente la persona de apoyo o asistencia por parte de su familia y sus amigos, en las cuales implica compartir responsabilidades, resolución de problemas y aliento.

16. Actividad Sexual
Esta área hace referencia al deseo e impulso sexual de un sujeto, y el nivel en que el sujeto logra expresar y disfrutar de su deseo sexual apropiadamente.

Dimensión ambiental

17. Seguridad Física
Esta fase hace referencia a la sensación de estabilidad de un sujeto respecto del daño físico, es decir, cualquier tipo de amenaza que la persona perciba y sienta en riesgo la sensación de libertad.

18. Medio Doméstico

Se evalúa el sitio principal en el que vive el sujeto, es decir, en donde descansa y cuida la mayor parte de sus bienes; y la manera de como el ambiente en donde vive influye en su vida ya sea positiva o negativamente.

19. Recursos Financieros

Se examina el criterio del sujeto en relación a los recursos económicos, financieros y hasta qué grado pueden suplir un estilo de vida saludable y placentero (se evalúa lo que el sujeto puede o no adquirir y en la medida que ello afecte a la calidad de su vida).

20. Salud y atención social: disponibilidad y calidad

Se evalúa la opinión del sujeto en relación a la asistencia y salud en la zona en donde vive, por motivos de que no transcurra demasiado tiempo para recibir asistencia o ayuda, en el caso sea necesario.

21. Oportunidades para obtener una nueva información y adquirir nuevas aptitudes.

Se evalúa el deseo y la oportunidad del sujeto para obtener nuevos conocimientos, de experimentar el contacto de lo que sucede con su entorno y aptitudes, tanto a través de programas educativos, actividades recreativas, cursos para adultos como en grupos grandes o individualmente.

22. Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto

Se indaga la competencia de un individuo para intervenir en actividades de tiempo libre, relajación y las oportunidades que se les brinda (leer, escuchar música, caminar, practicar deporte u otro en compañía o individualmente).

23. Medio físico (contaminación/ruido/trafico/clima)

Esta fase hace referencia a la percepción que tiene un sujeto en relación sobre el medio, en donde también se incluye el clima, la contaminación, el ruido, la estética general del medio, y su relación si todo aquello ayuda para desarrollar o perjudicar de una manera negativa la calidad de vida de un sujeto.

24. Transporte

Se evalúa la percepción que tiene un sujeto en relación al tiempo disponible o la facilidad para hallar y hacer uso de servicios de transportes con la finalidad de ir de un lado a otro. (33).

A diferencia de otros test, tanto el cuestionario WHOQOL-100 como el abreviado WHOQOL-BREF están traducidas y validadas en español. (34).

Debido a lo anteriormente expuesto, emplearemos el cuestionario WHOQOL-BREF como herramienta para nuestro estudio.

Residencia de ancianos

Asilo proviene del latín *asylum*, donde *a*: sin *ysylum*: quitar, despojar, o sea, sin quitar o sin despojar, también viene del griego que significa sitio inolvidable. Se le dio este nombre a todo lugar que por cuidar humanitariamente a toda persona desprotegida. Con el tiempo, el nombre asilo se identificó con una institución social en la que se proporcionaba protección, amparo y medios de subsistencia a los desvalidos, incapacitados, indigentes o menesterosos que no pudieran ejercer por sí mismos sus derechos humanos, llevando implícitamente en su nombre su condición peyorativa. Estos centros se mantenían con ayudas públicas, pero sobre todo, con donativos y limosnas, por lo tanto, añadían a lo anterior su condición de pobres dependiendo de la caridad. Es así como se llega a asumir que la función social del asilo es la de ser una institución de protección y amparo para las personas imposibilitadas de ejercer sus derechos humanos y que necesitan del auxilio de otros. Esta intervención estigmatizaba a la persona dependiente como carente de recursos y desprovista del afecto de los suyos.

La progresiva mejora de las condiciones socioeconómicas, la mejoría de la morbilidad en los últimos años de la vida a costa de un aumento de la discapacidad, la disminución de la disponibilidad de cuidadores informales (familiares), el relativo éxito de la idea de envejecer en casa y la creciente percepción de la necesidad de afrontar de forma adecuada la dependencia de los mayores llevó a que a inicios de la década de 1990 se enfocara el objetivo de las residencias de mayores en el anciano dependiente. Esto supuso una

profunda adaptación de los centros residenciales a una nueva realidad. La transformación de esos centros en modernos centros asistenciales todavía no ha suprimido el carácter estigmatizante de las residencias, (35).

Existen múltiples definiciones de residencia, pero entre ellas destacamos la de Rodríguez (1995) que la define como «centro gerontológico, abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia»(36). La definición del modelo básico de atención de Castilla-La Mancha asume que «la residencia es un centro social o socio sanitario para las personas mayores a quienes ofrece atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario en función de la situación de dependencia y las necesidades específicas de apoyo, en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno». Esta definición hace menos hincapié en la residencia como lugar de vivienda y más como lugar de atención integral, y porque coloca al mayor dependiente como objetivo central de la residencia. (37).

La definición mexicana contenida en la Norma Oficial Mexicana (NOM), considera a la casa hogar para adultos mayores como el establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas. (38).

En el caso del INAPAM, se van a denominar alberges, a los “centros donde se atiende de manera integral las 24 horas del día, los 365 días del año a personas adultas mayores que requieren servicios de estancia prolongada por razones personales y/o familiares, para favorecer su bienestar (...) Promover el bienestar de manera integral a los usuarios brindándoles protección y asistencia para una mejor calidad de vida.(...)centros que brinden servicios integrales que permitan a futuro mejorar la calidad de vida de los usuarios procurando su reintegración familiar o social. Que Ofrecen con calidad y amplio sentido humano protección física, mental y social a personas de 60 años de edad y más en estado de desamparo y/o abandono, proporcionándoles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, psicológica, rehabilitación y acciones de trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales retrasando su deterioro en la medida de lo posible o bien ofrecer los cuidados paliativos para un bien morir.”(39).

La heterogeneidad que caracteriza al entorno residencial dificulta el desarrollo de indicadores válidos, sensibles y específicos para la monitorización de la calidad asistencial en un centro socio sanitario.

Si definimos la atención de calidad como aquella que maximiza la calidad de vida del paciente, éstos son indicadores directos del impacto que la actividad del equipo multidisciplinario ejerce sobre el residente. Sin embargo, el grado de satisfacción va a estar relacionado con las expectativas del paciente y, por ello, por sí mismo no es un adecuado indicador de calidad, aunque la elaboración de encuestas de satisfacción es una práctica muy extendida.

En cuanto a los indicadores vinculados a la calidad de vida, no son más fáciles de establecer porque la calidad de vida se caracteriza por:

- Ser subjetiva, influida por la educación, experiencia, valores y expectativas.
- Ser multidimensional e influyen la función física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y la satisfacción personal (40).

JUSTIFICACION.

La institucionalización de los adultos mayores representa por sí misma un elemento que puede desencadenar una mala percepción de calidad de vida ya que muchas veces, desde la perspectiva de la familia y de los mismos ancianos, estos han perdido su independencia y capacidad funcional, y pueden llegar a ser una carga desde el punto de vista económico y de acompañamiento.

La calidad de vida en los ancianos se ve afectada por múltiples causas como son: la disminución de su capacidad funcional, la dependencia, la aparición de patologías crónicas y degenerativas y los cambios fisiológicos.

Durante el desarrollo de este trabajo, se buscaran esclarecer cuales son las esferas dentro del concepto de calidad de vida que se ven más afectadas en la población objetivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

- ¿Cuál es la percepción de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el Centro Nacional Modelo de Atención, investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet”? (a partir de ahora C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet”).

HIPOTESIS

Los adultos mayores institucionalizados del C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet” perciben su calidad de vida como mala.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Determinar el nivel de calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados en el C.N.M.A. I.C.G. “Arturo Mundet”.

Objetivos específicos:

Realizar un diagnóstico situacional del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet”.

Comparar el nivel de calidad de vida considerando los aspectos subjetivos y objetivos.

Determinar objetivamente el nivel de cada dimensión de la calidad de vida:

- a. Dimensión física.
- b. Dimensión psicológica.
- c. Dimensión social.
- d. Dimensión medio ambiente.

TIPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a sus características, se trata de un estudio de tipo

1. Exploratorio.
2. Descriptivo.
3. Inductivo.
4. Cualitativo.
5. Sincrónico.
6. Participativo.
7. De campo.
8. Transversal.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio no experimental transversal longitudinal.

MATERIAL Y METODOS.

Límite de tiempo.

Segunda quincena del mes de enero de 2019.

Límite de espacio.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet”.

Materiales

Cuestionarios impresos, lápices del 2 o 2 ½, gomas de borrar, sacapuntas.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Se aplicó el cuestionario a los adultos mayores residentes del C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet” para que fuera contestado de manera personal.

Criterios de inclusión.

Adultos mayores residentes de C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet”.

Adultos que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

Adultos mayores residentes de C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet” que por condición de discapacidad no puedan expresarse verbalmente; con diagnóstico de demencia y otras patologías que no les permita participar en el estudio.

Adultos mayores que tengan relación familiar con funcionarios del C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet”.

Adultos mayores que manifiesten no querer participar en el estudio.

En el caso de que el adulto mayor encuestado no comprendiera las preguntas y no pudiera leerlas, el encuestador aplicó el cuestionario sin un tiempo límite.

Procedimiento.

Se encuestaron a los adultos residentes en el C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet” por medio del cuestionario WHO QOL BREF validado en español, compuesto por 26 preguntas, cada una con 5 opciones de respuestas tipo Likert, puntuándose de 1 a 5; las primeras dos interrogantes se refieren a la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida y su salud, y los 24 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones que abarcan:

- a) Salud física, que le corresponden los ítems 3, 4, 10,15, 16, 17, evalúa: dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso actividad cotidiana, capacidad de trabajo.
- b) Psicológico conformada por los ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26: sentimiento positivo espiritualidad/religión/creencias/personales pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración, imagen corporal y apariencia, autoestima, pensamientos negativos.
- c) Relaciones sociales encontradas en los ítems 20, 21, 22: relaciones personales, actividad sexual, soporte social.
- d) Medio ambiente integrada por los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25: seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información, hogar, cuidados de salud y sociales, transporte.

Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida (41).

CONSIDERACIONES ETICAS.

Los adultos mayores participantes en el estudio no fueron expuestos a ningún riesgo debido a que el cuestionario se aplicó de manera personal y anónima. Se les explicó el proceso de recolección de datos y se les garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

Los datos obtenidos fueron vaciados y procesados en programa Excel de la paquetería Microsoft office profesional plus 2013.

RESULTADOS.

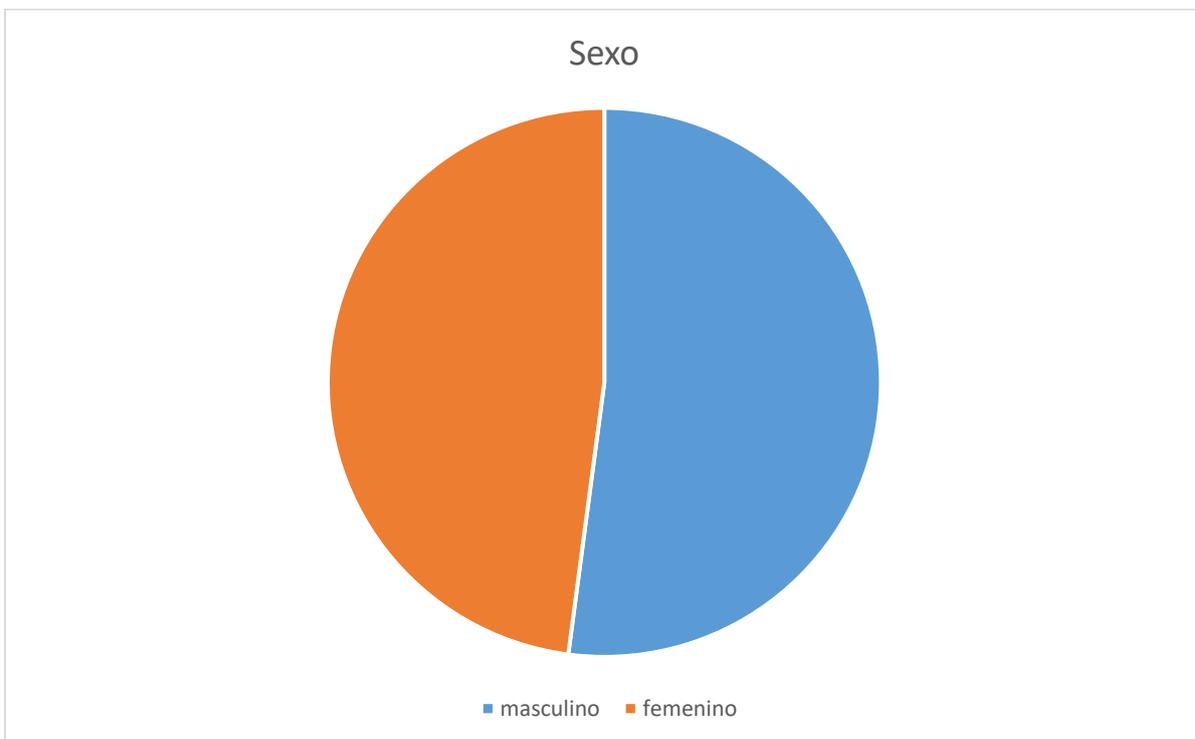
Se encuestaron un total de 48 adultos mayores institucionalizados en el C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet”, con las siguientes características:

Se encuestaron un total de 25 sujetos de sexo masculino y 23 de sexo femenino.

Tabla 1

Sexo.

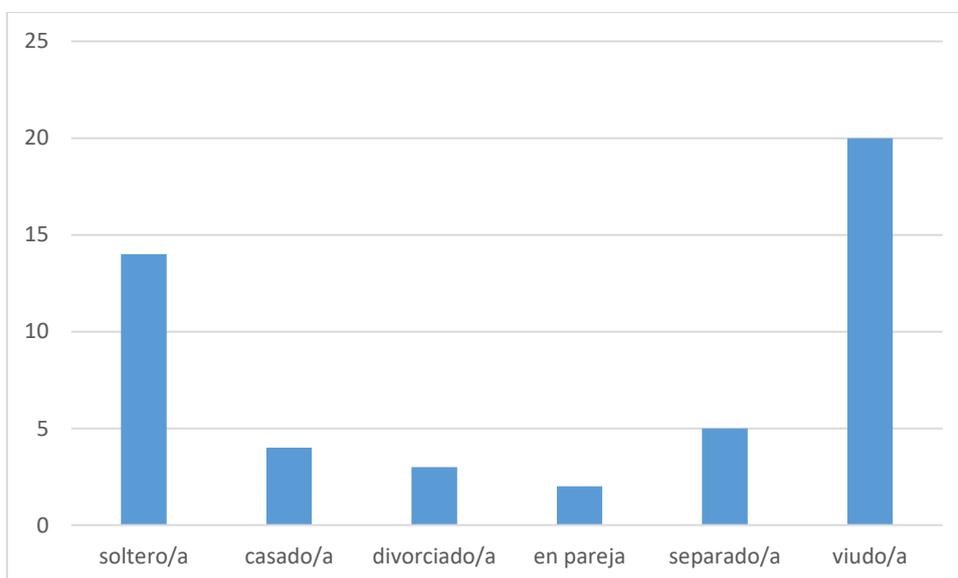
sexo	
masculino	25
femenino	23



Estado civil: la mayoría de los encuestados (41.6%) refirió ser viudo/a. A este le siguieron los solteros (29.1%)

Tabla 2

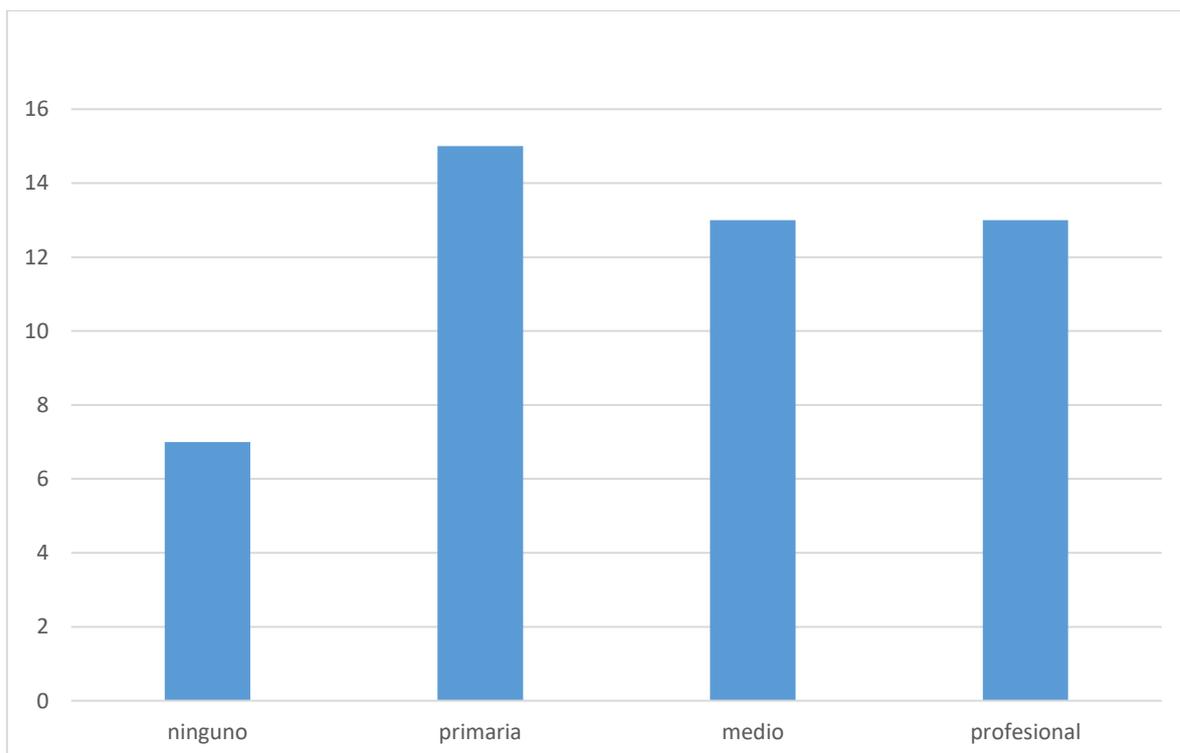
estado civil		
soltero/a	14	29.1%
casado/a	4	8.3%
divorciado/a	3	6.2%
en pareja	2	4.1%
separado/a	5	10.4%
viudo/a	20	41.6%



Nivel de estudios. Predominaron los estudios básicos, medios y profesionales casi en la misma proporción.

Tabla 3

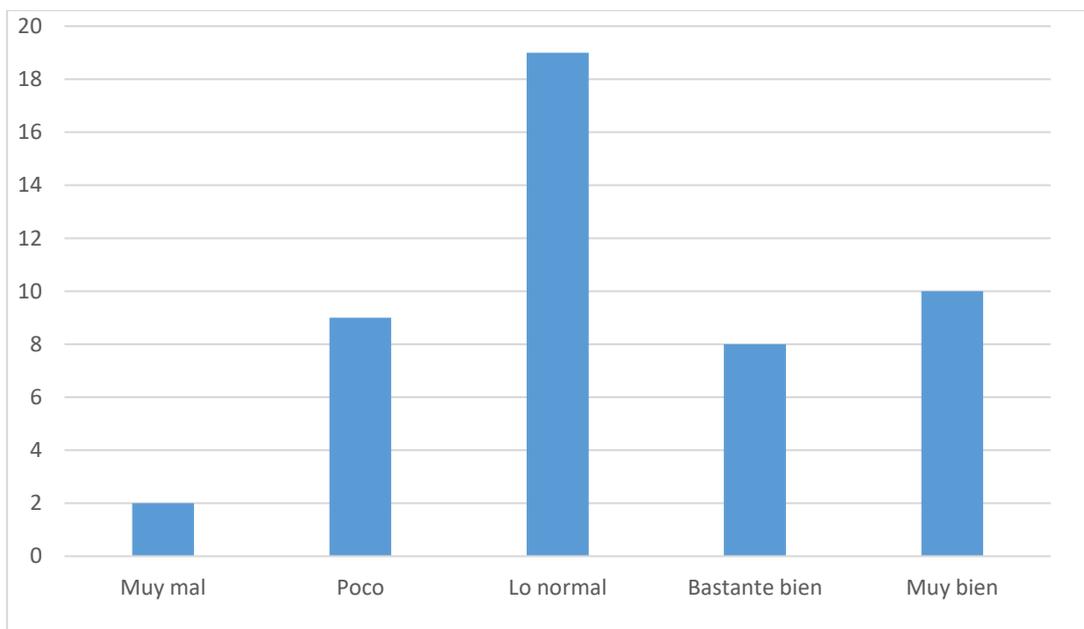
Nivel de estudios		
ninguno	7	15.5%
primaria	15	31.2%
medio	13	27%
profesional	13	27%



En la percepción de calidad de vida, solo dos (el 4.1%) respondió que muy mal, mientras que 19 (el 39.5%) respondieron que lo consideraban normal.

Tabla 4

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?		
Muy mal	2	4.1%
Poco	9	18.7%
Lo normal	19	39.5%
Bastante bien	8	16.6%
Muy bien	10	20.8%



□

En el estado de salud general, el 33.3% de los encuestados (16) refieren estar satisfechos con su estado de salud.

Tabla 5.

2. ¿Cuan satisfecho esta con su salud?			
muy insatisfecho	5		10.4%
Poco satisfecho	4		8.3%
Satisfecho	16		33.3%
Bastante satisfecho	9		18.7%
Muy satisfecho	14		29.1%

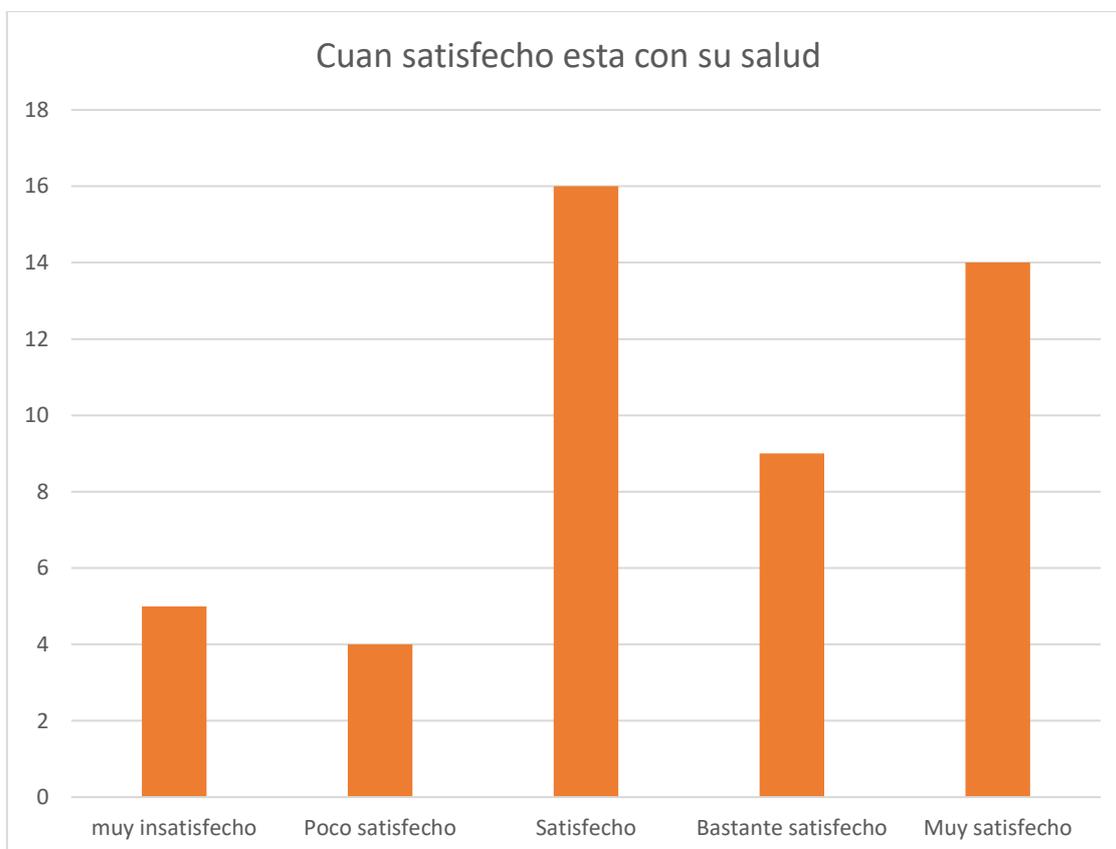
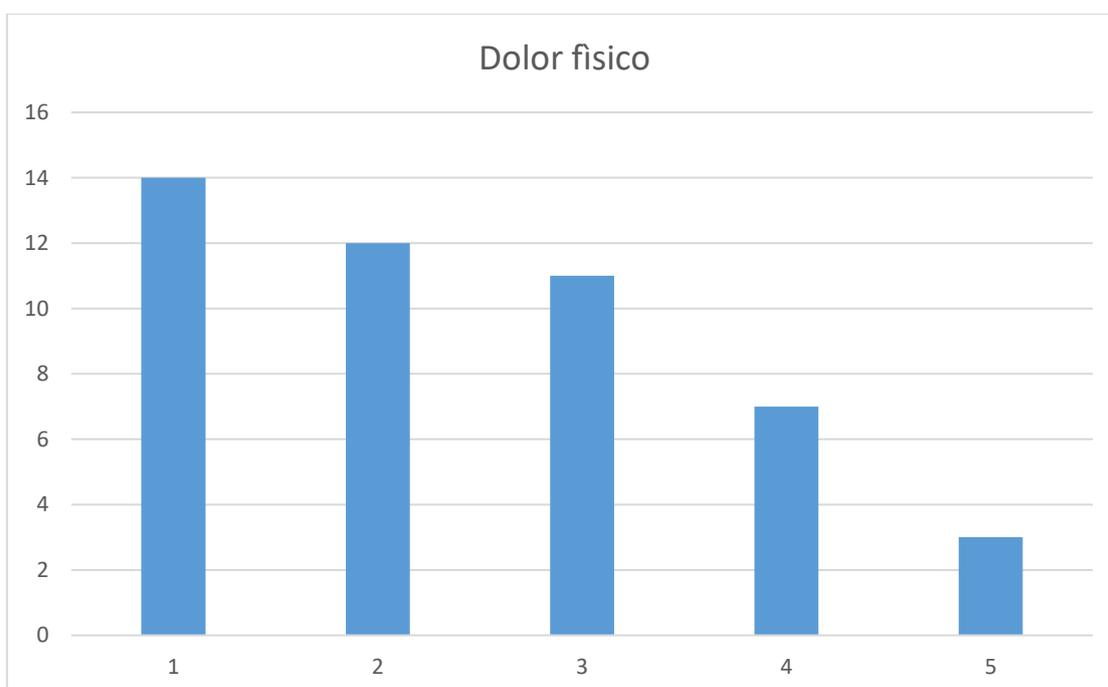


Tabla 6

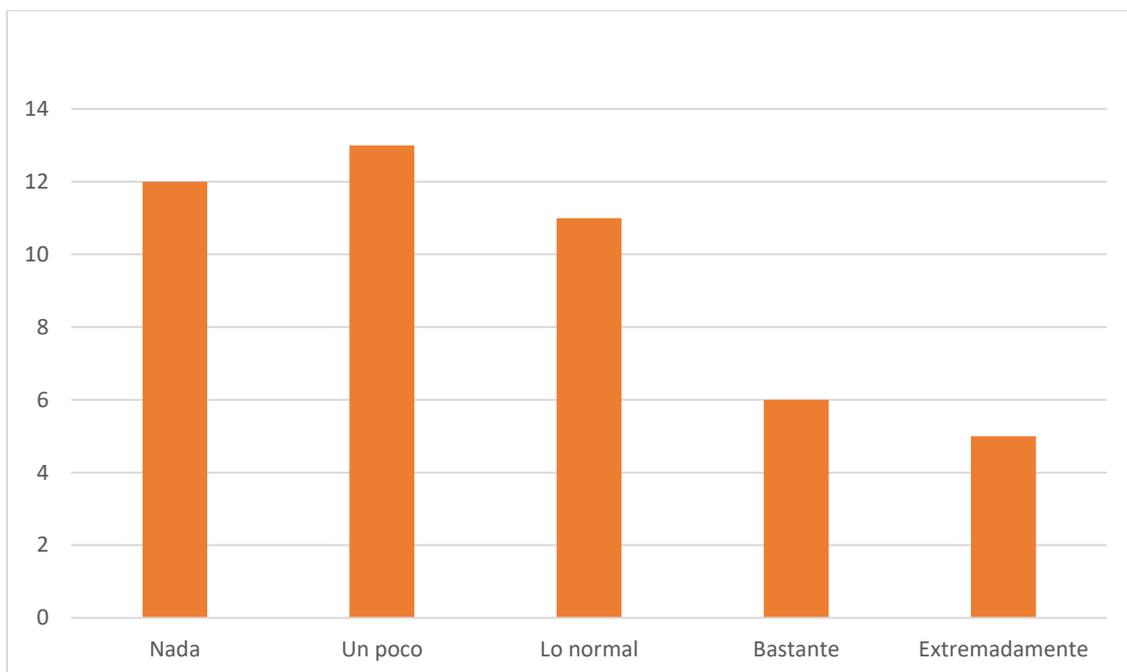
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?			
Nada		14	29.7%
Un poco		12	25.5%
Lo normal		11	22.9%
Bastante		7	14.8%
Extremadamente		3	6.3%



En la pregunta sobre tratamientos médicos, casi no hubo diferencia entre no necesitarlo, o necesitarlo de forma normal.

Tabla 7.

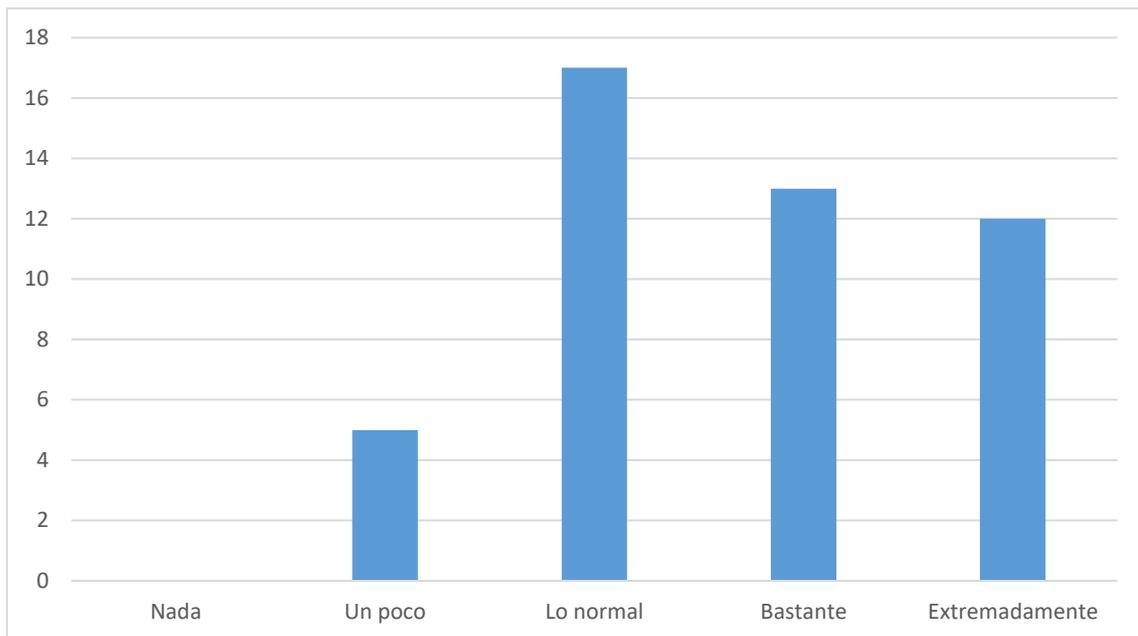
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?			
Nada		12	(25.5%)
Un poco		13	(27.6%)
Lo normal		11	(22.9%)
Bastante		6	(12.5%)
Extremadamente		5	(10.4%)



Respecto al disfrute de la vida, existen variaciones, pero la mayoría se inclina a disfrutarla en lo normal a extremadamente.

Tabla 8

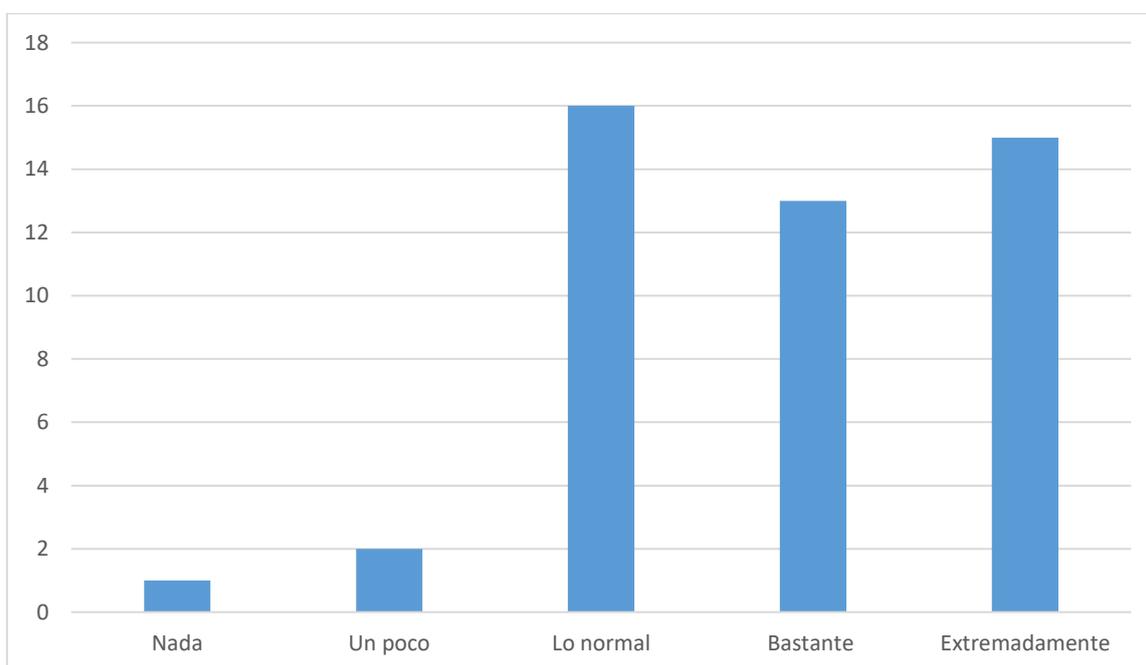
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?		
Nada	0	
Un poco	5	(10.4%)
Lo normal	17	(35.4%)
Bastante	13	(27.6%)
Extremadamente	12	(25.5%)



En el caso de encontrar sentido a la vida, solo un encuestado respondió que nada, siendo la mayoría (34%) que le encontraban sentido.

Tabla 9

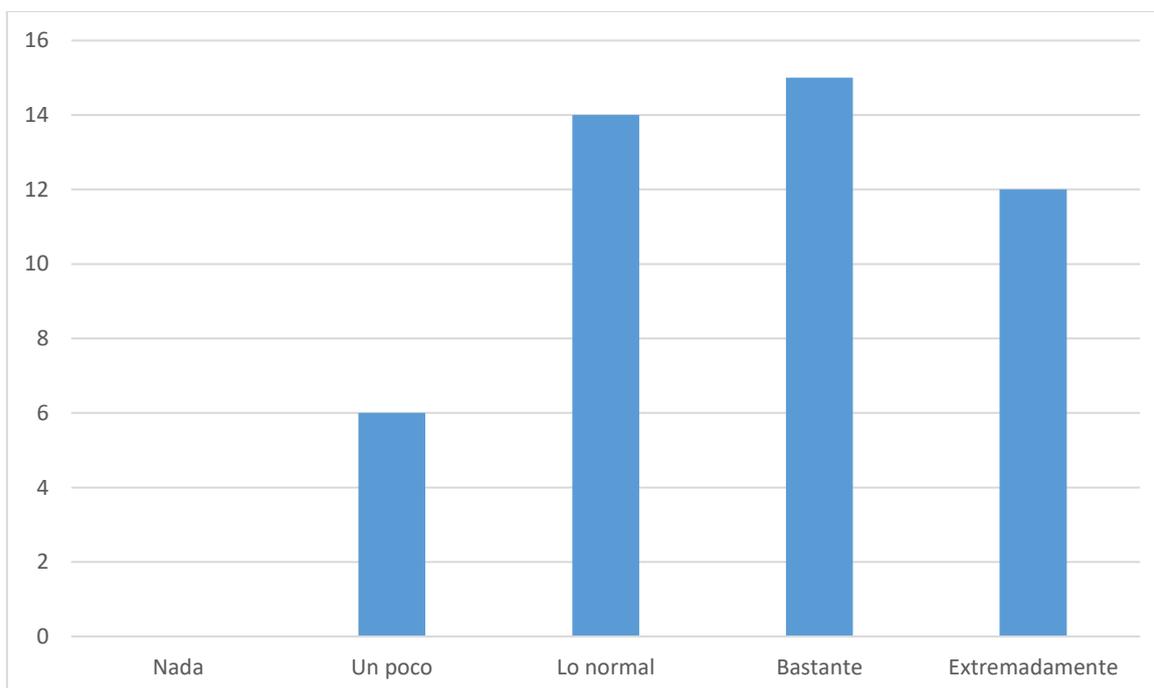
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	
Nada	1 (2.1%)
Un poco	2 (4.2%)
Lo normal	16 (34%)
Bastante	13 (27.6%)
Extremadamente	15 (31.9%)



No se encontraron diferencias profundas entre una capacidad de concentración normal y una extremadamente buena.

Tabla 10

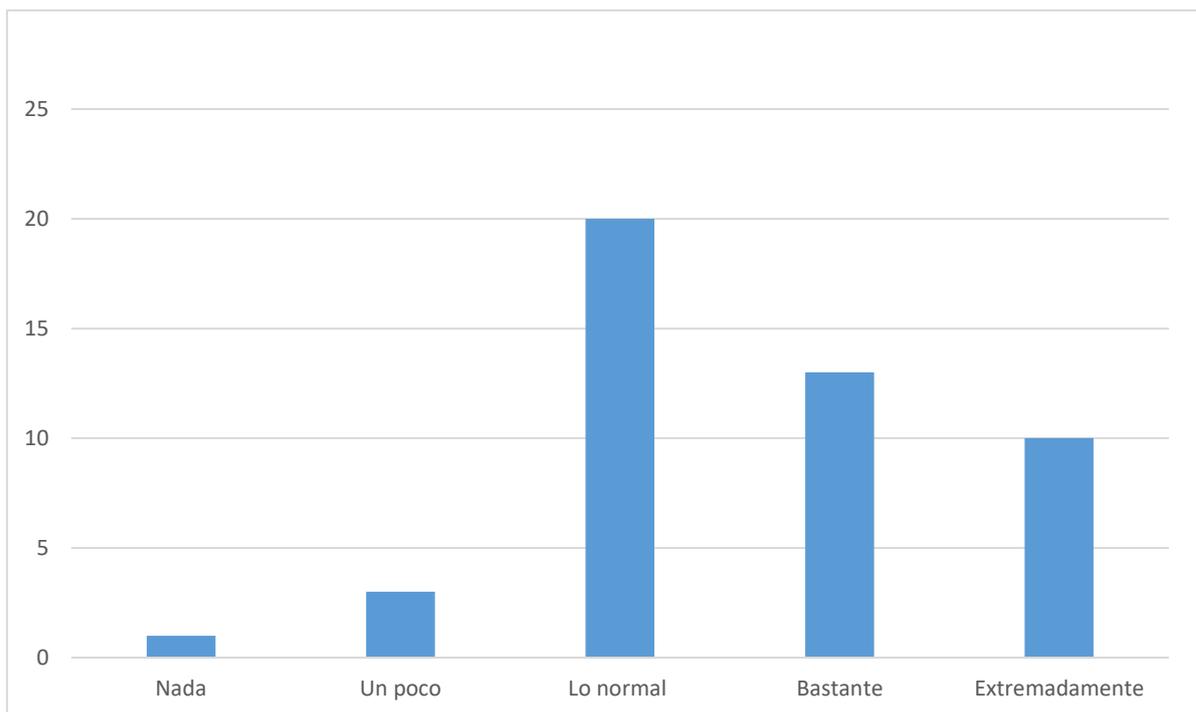
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?		
Nada	0	
Un poco	6	(12.5%)
Lo normal	14	(29.7%)
Bastante	15	(31.2%)
Extremadamente	12	(25.5%)



Un total de 20 encuestados (42.5%) refirieron sentirse seguros en su vida diaria.

Tabla 11

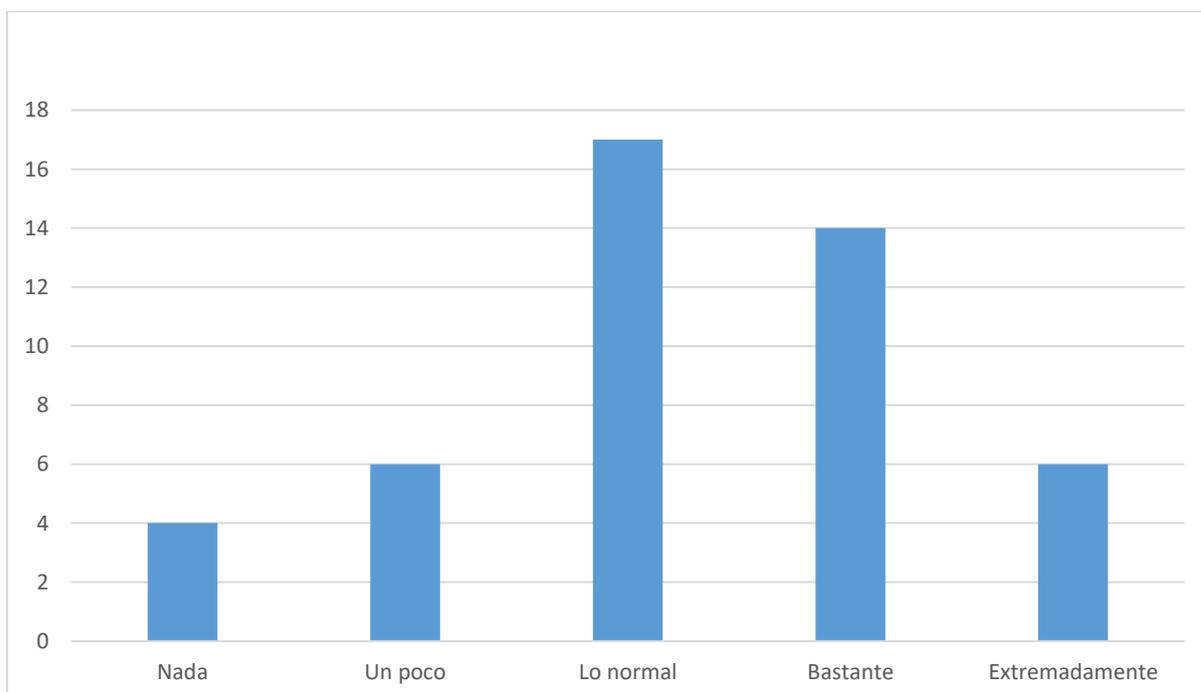
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?		
Nada	1	(2.1%)
Un poco	3	(6.3%)
Lo normal	20	(42.5%)
Bastante	13	(27.6%)
Extremadamente	10	(21.2%)



17 de los encuestados (36.1%) consideraron saludable el ambiente físico.

Tabla 12.

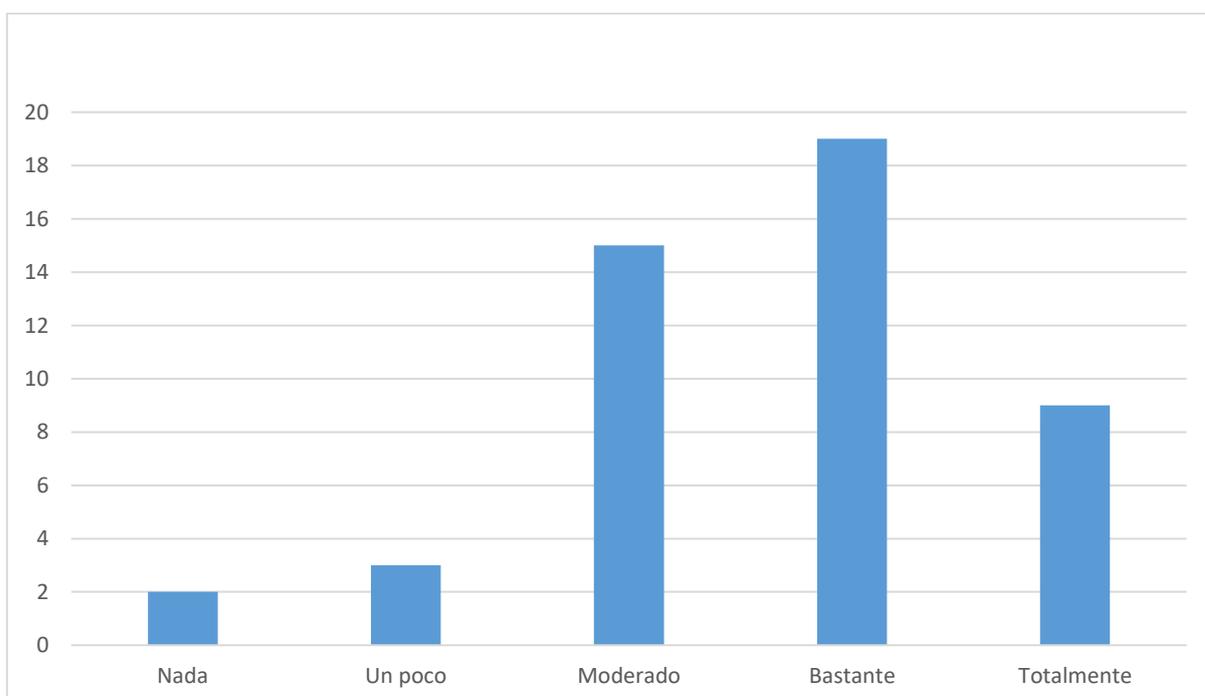
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	
Nada	4 (8.5%)
Un poco	6 (12.7%)
Lo normal	17 (36.1%)
Bastante	14 (29.1%)
Extremadamente	6 (12.7%)



La mayoría de los residentes encuestados (39.5%) mencionaron que tienen bastante energía para su vida diaria.

Tabla 13

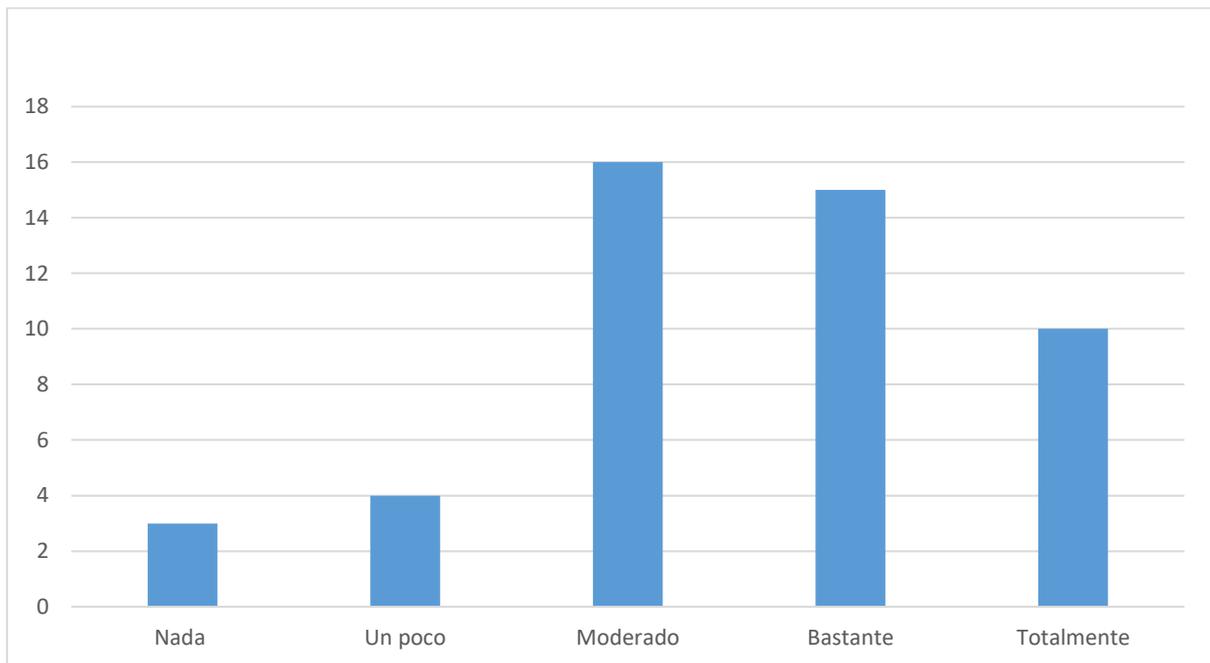
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?		
Nada	2	(4.1%)
Un poco	3	(6.2%)
Moderado	15	(31.2%)
Bastante	19	(39.5%)
Totalmente	9	(18.7%)



Existe una pequeña diferencia en aceptar moderadamente y bastante la apariencia física.

Tabla 14

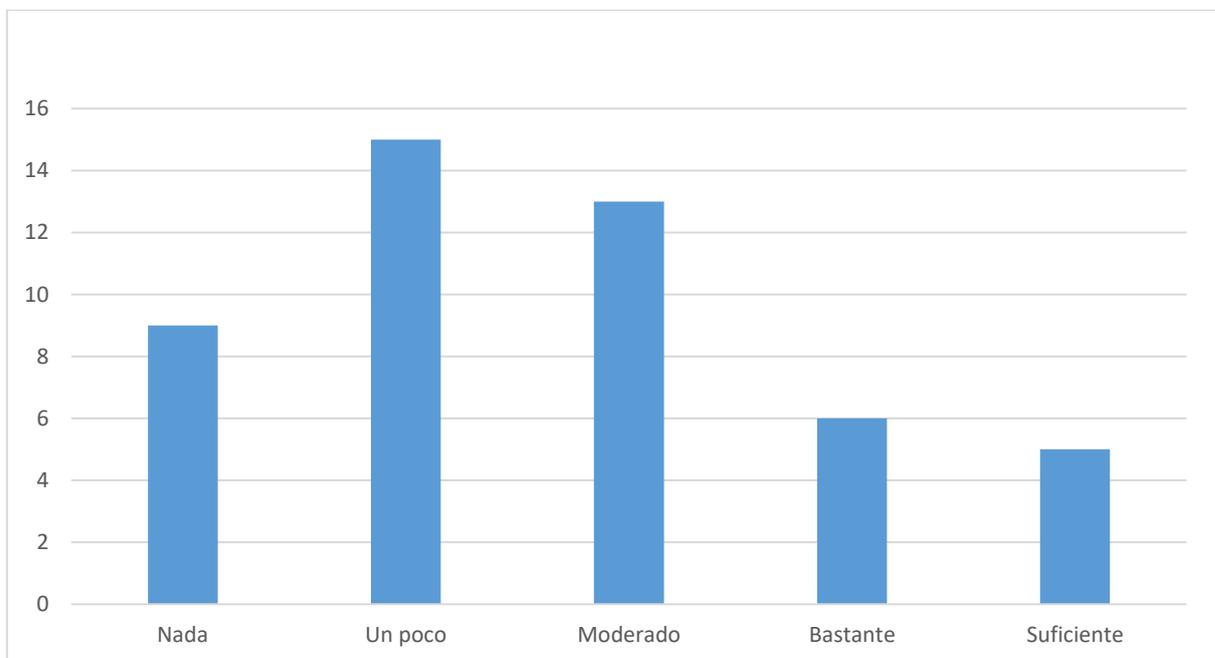
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?		
Nada	3	(6.25%)
Un poco	4	(8.33%)
Moderado	16	(33.3%)
Bastante	15	(31.2%)
Totalmente	10	(20.8%)



La mayoría de los encuestados refieren solo tener una moderada cantidad de dinero para sus necesidades.

Tabla 15

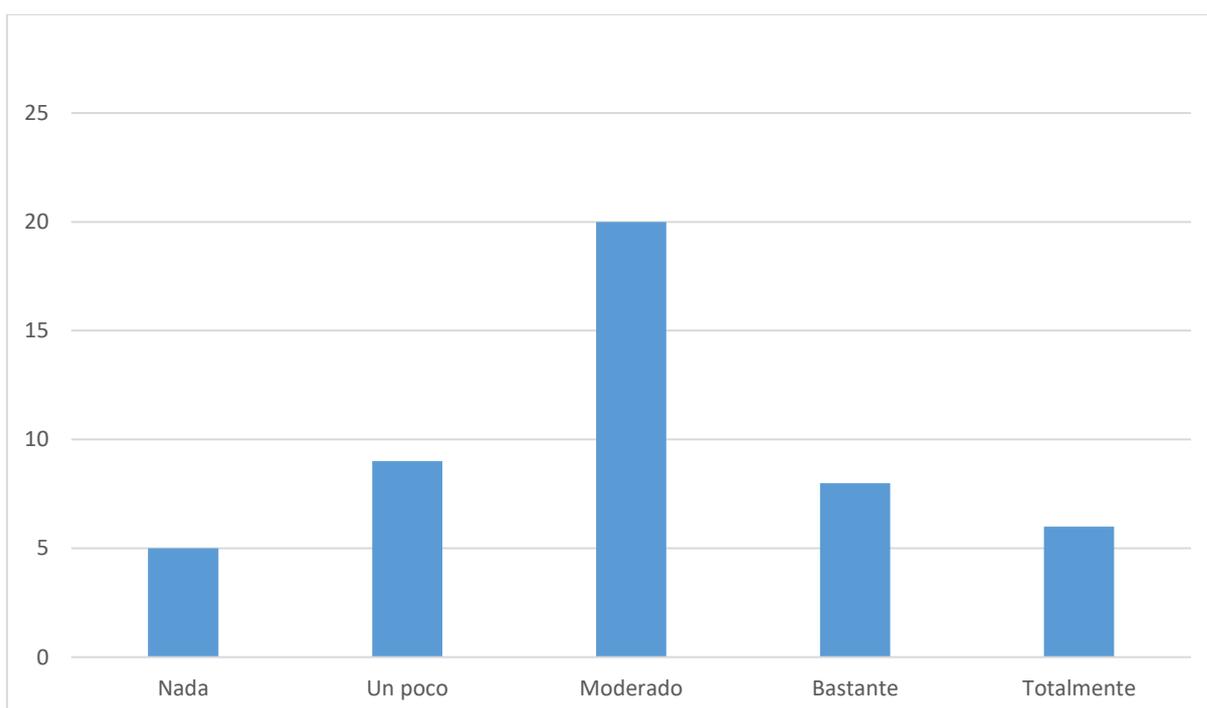
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	
Nada	9 (18.7%)
Un poco	15 (31.2%)
Moderado	13 (27%)
Bastante	6 (12.5%)
Suficiente	5 (10.4%)



La mayoría (el 41.6%) refieren tener disponible información útil para su vida diaria.

Tabla 16

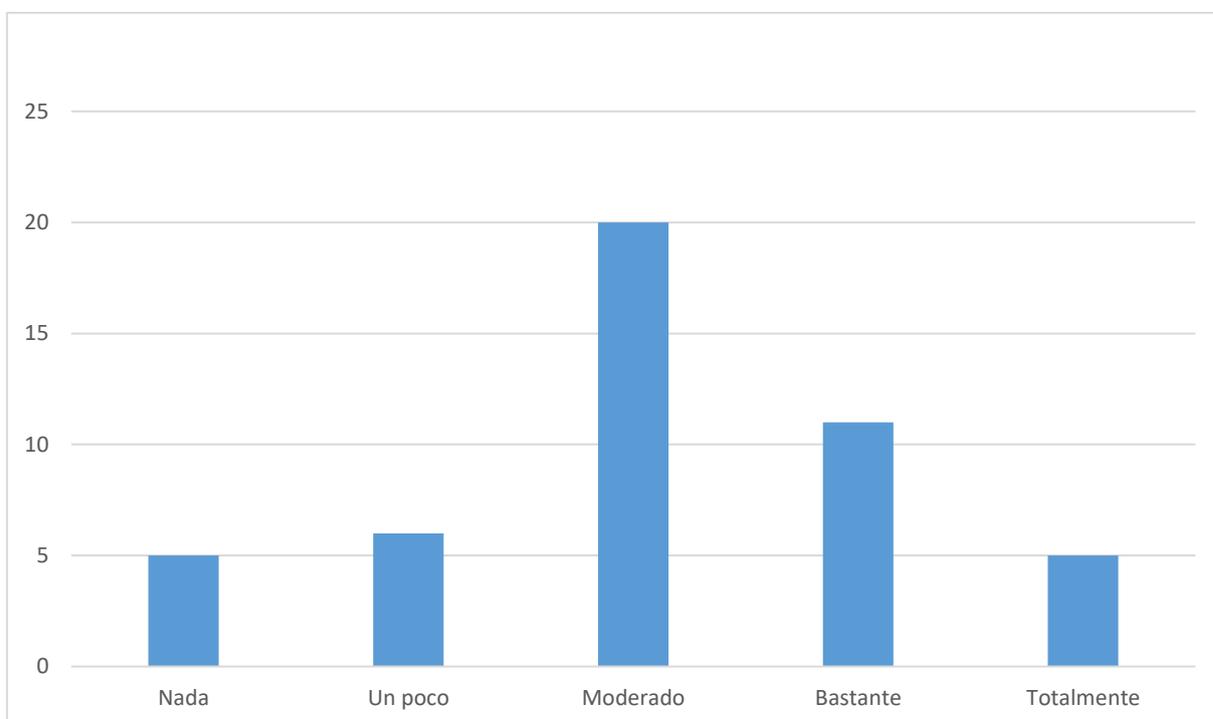
13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?		
Nada	5	(10.4%)
Un poco	9	(18.7%)
Moderado	20	(41.6%)
Bastante	8	(16.6%)
Totalmente	6	(12.5%)



Igualmente, el 41.6% de los encuestados refiere tener moderada oportunidad de poder hacer actividades de ocio.

Tabla 17

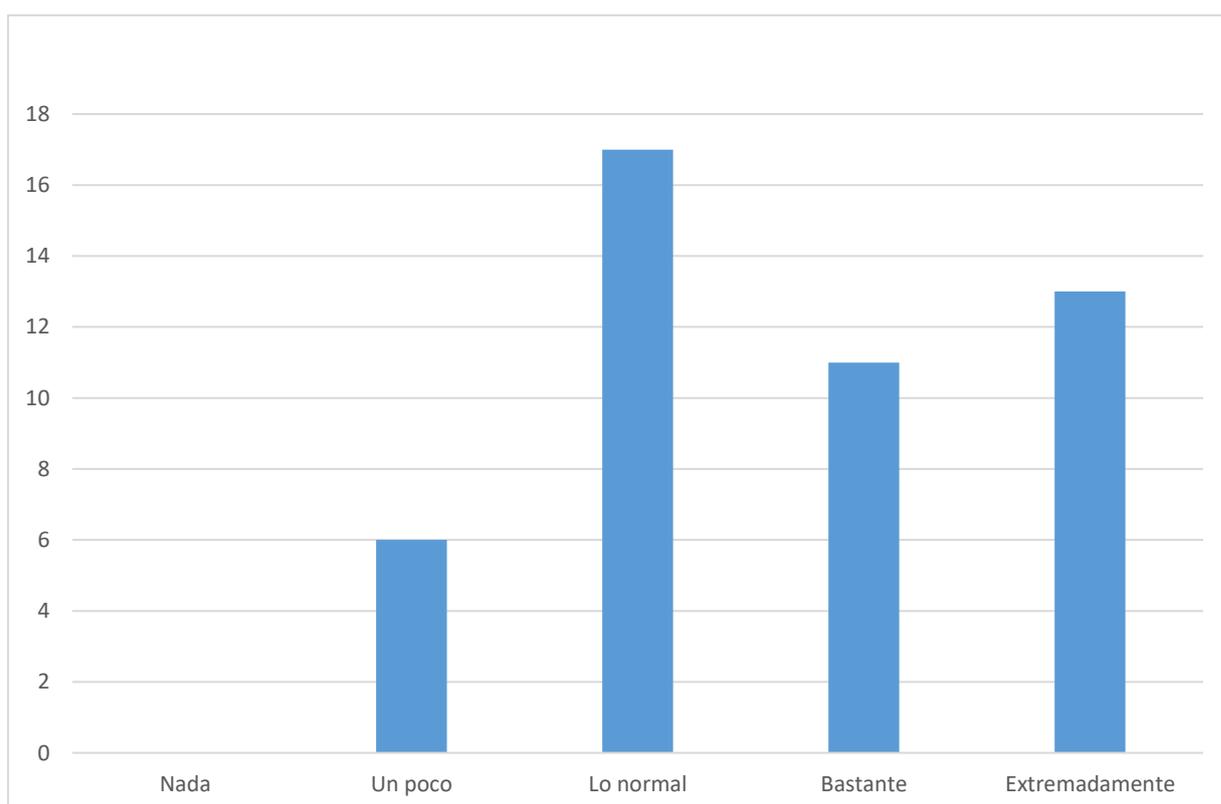
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?		
Nada	5	(10.6%)
Un poco	6	(12.7%)
Moderado	20	(41.6%)
Bastante	11	(23.4%)
Totalmente	5	(10.6%)



17 encuestados (36.1%) refieren poder desplazarse normalmente.

Tabla 18

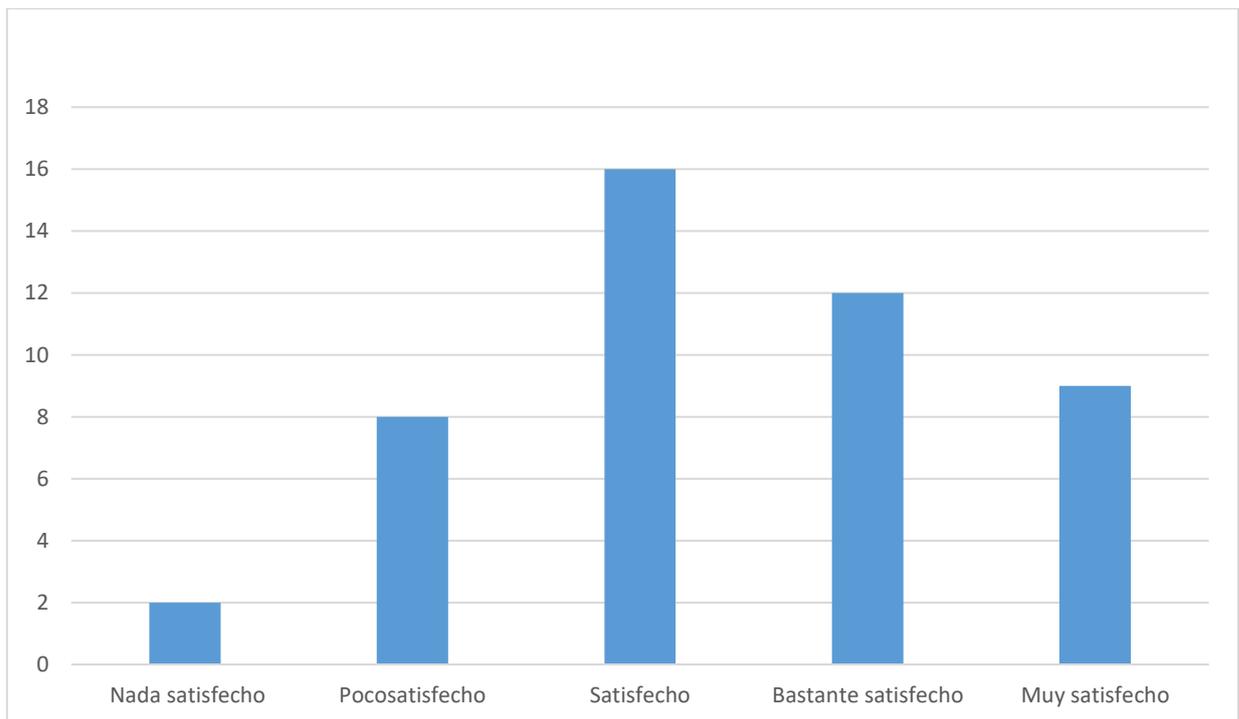
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?		
Nada	0	
Un poco	6	(12.7%)
Lo normal	17	(36.1%)
Bastante	11	(26.4%)
Extremadamente	13	(27.6%)



16 encuestados (34%) refieren estar satisfechos con su sueño, mientras que 8 (17%) se refieren poco satisfechos.

Tabla 19

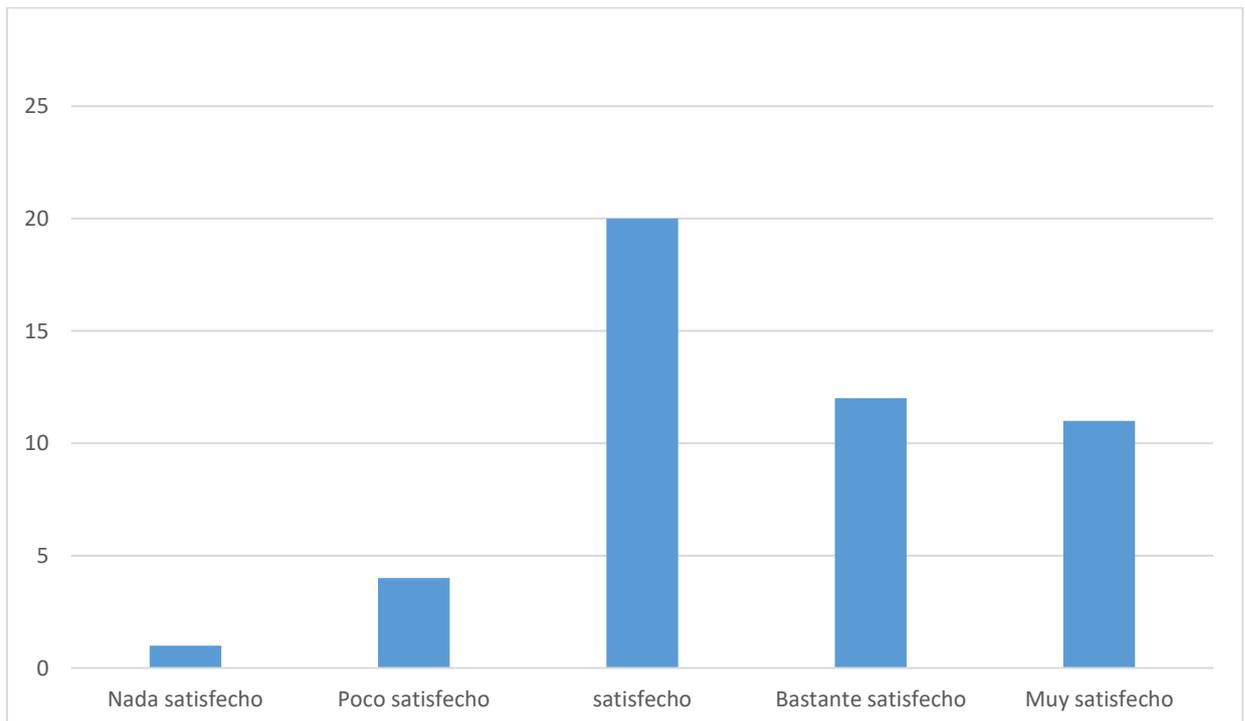
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?		
Nada satisfecho	2	(4.2%)
Poco satisfecho	8	(17%)
Satisfecho	16	(34%)
Bastante satisfecho	12	(25.5%)
Muy satisfecho	9	(19.1%)



La mayoría de los encuestados se refieren satisfechos a muy satisfechos de su habilidad para las actividades de la vida diaria.

Tabla 20

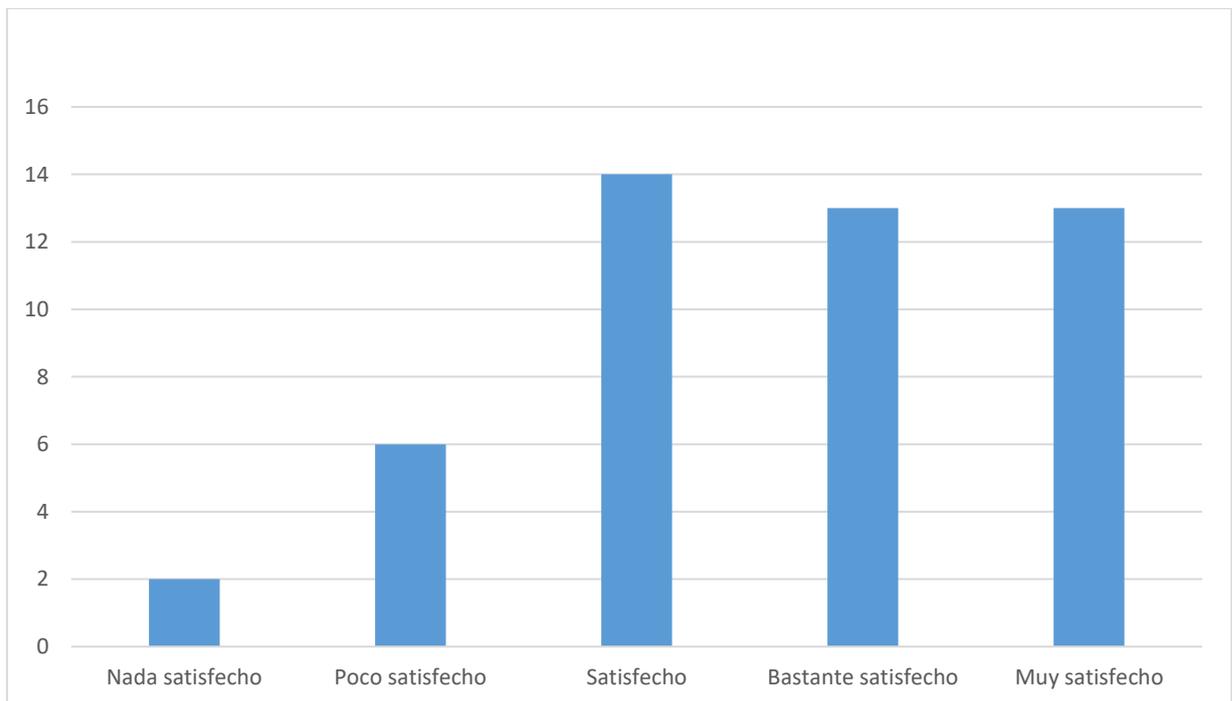
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?		
Nada satisfecho	1	(2%)
Poco satisfecho	4	(8.3%)
satisfecho	20	(41.6%)
Bastante satisfecho	12	(25%)
Muy satisfecho	11	(22.9%)



De igual manera, la mayoría de los encuestados se refieren de satisfechos a muy satisfechos con su capacidad de trabajo.

Tabla 21

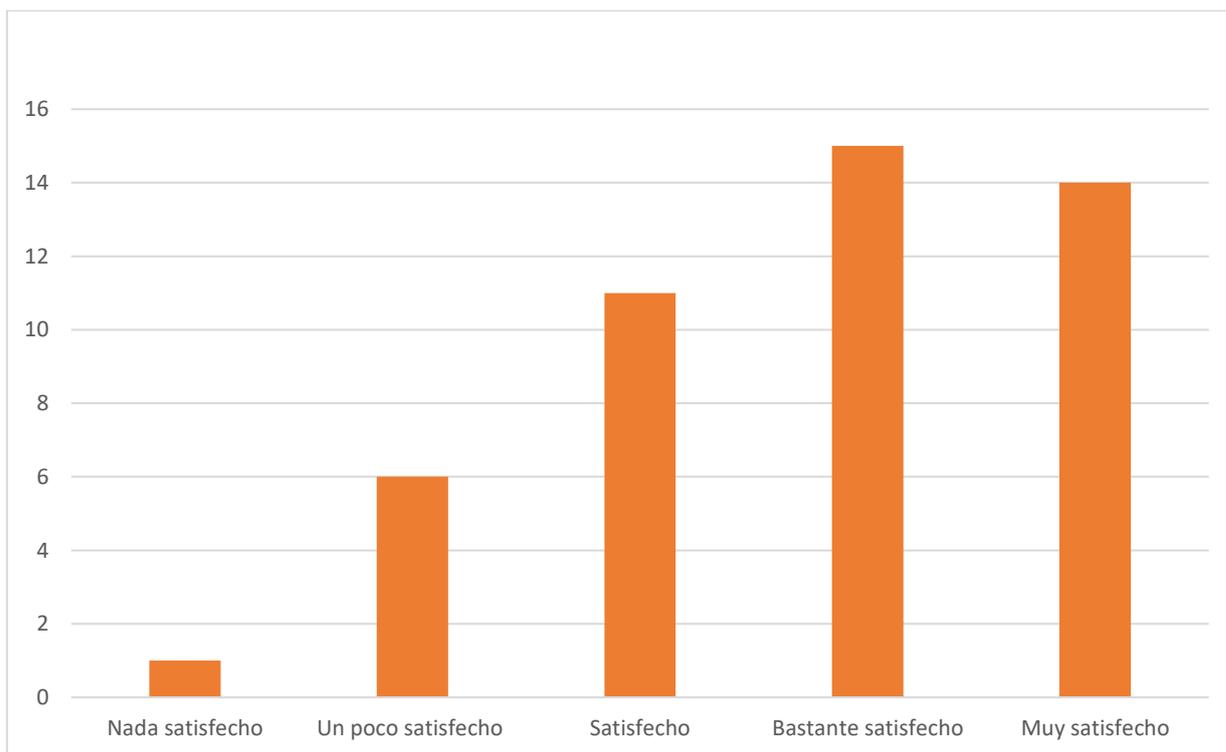
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?		
Nada satisfecho	2	(4.1%)
Poco satisfecho	6	(12.5%)
Satisfecho	14	(29.1%)
Bastante satisfecho	13	(27%)
Muy satisfecho	13	(27%)



En esta pregunta, 29 de los encuestados refieren estar de satisfechos (23.4%), a bastante satisfechos de sí mismos (31.9%).

Tabla 22

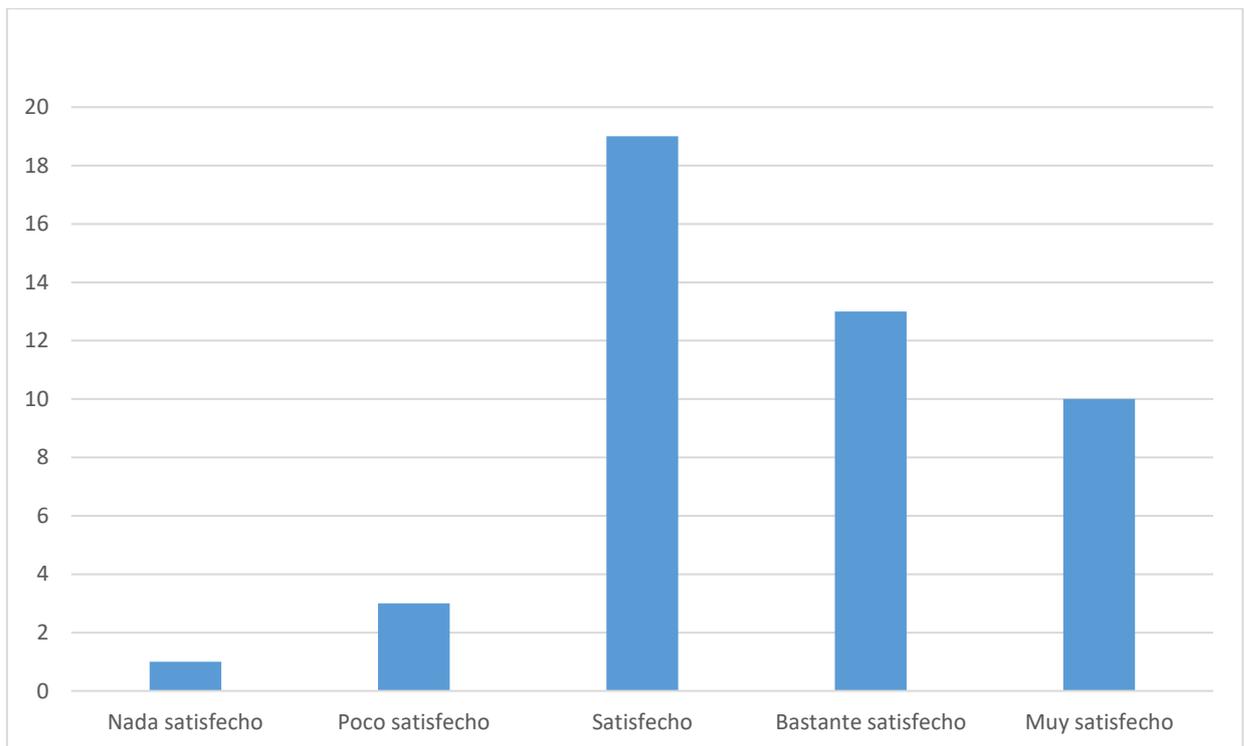
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?		
Nada satisfecho	1	(2.1%)
Un poco satisfecho	6	(12.5%)
Satisfecho	11	(23.4%)
Bastante satisfecho	15	(31.9%)
Muy satisfecho	14	(29.1%)



La mayoría de los encuestados (un 41.3%) están satisfechos con sus relaciones personales.

Tabla 23

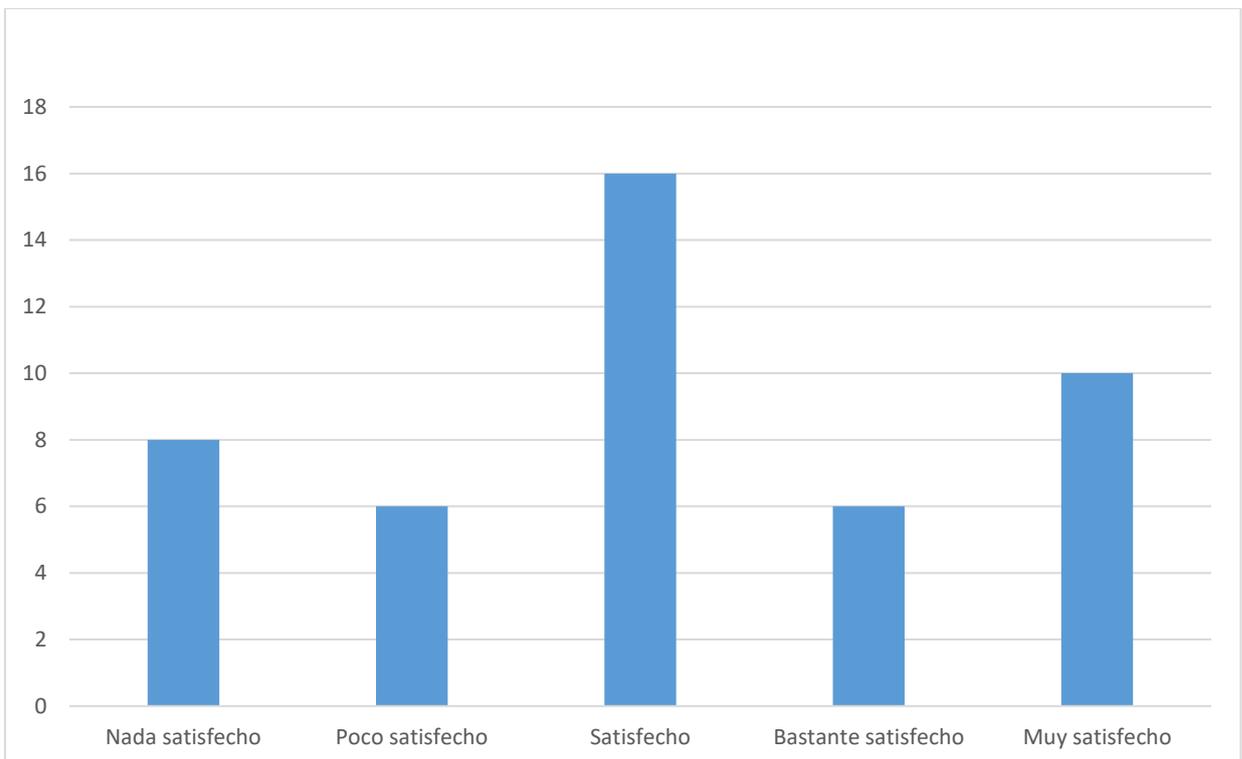
20 ¿Cuan satisfecho está con sus relaciones personales?		
Nada satisfecho	1	(2.1%)
Poco satisfecho	3	(6.5%)
Satisfecho	19	(41.3%)
Bastante satisfecho	13	(28.2%)
Muy satisfecho	10	(21.7%)



16 encuestados refieren estar satisfechos con su vida sexual (34.7%).

Tabla 24

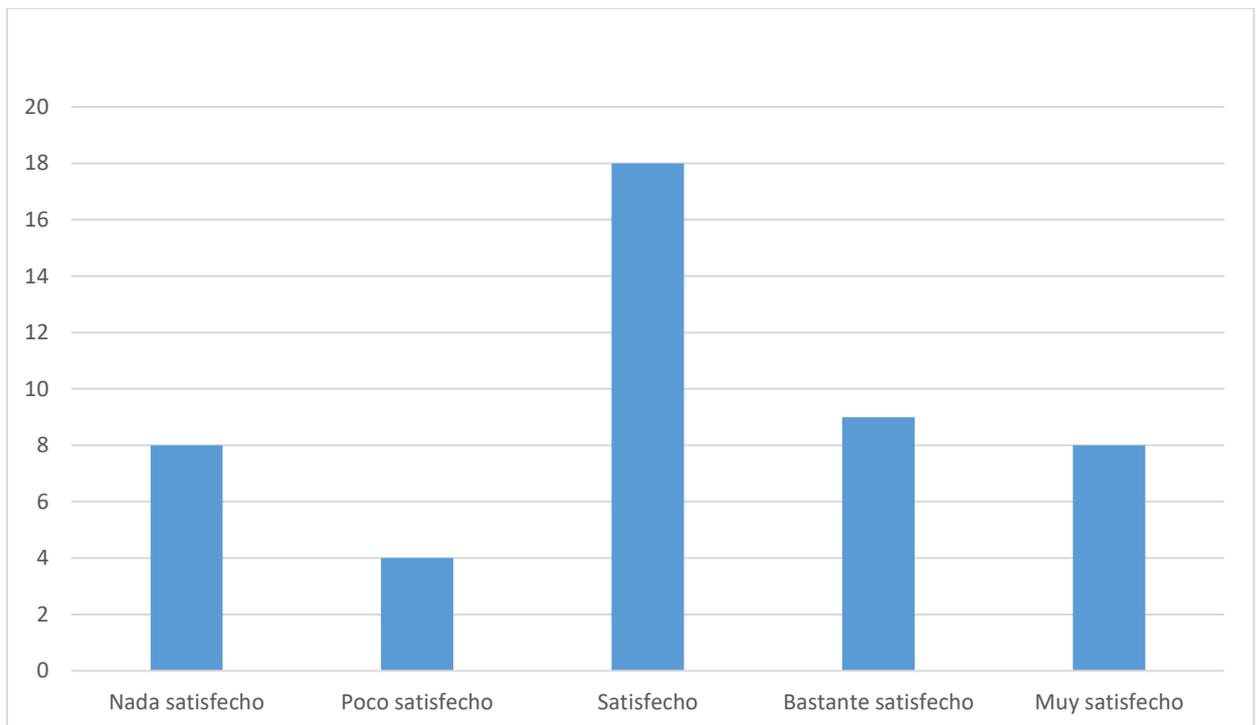
21 ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?		
Nada satisfecho	8	(17.3%)
Poco satisfecho	6	(13%)
Satisfecho	16	(34.7%)
Bastante satisfecho	6	(13%)
Muy satisfecho	10	(21.7%)



La mayoría de los residentes encuestados, (38.2%) está satisfecho con el apoyo de sus amigos.

Tabla 25

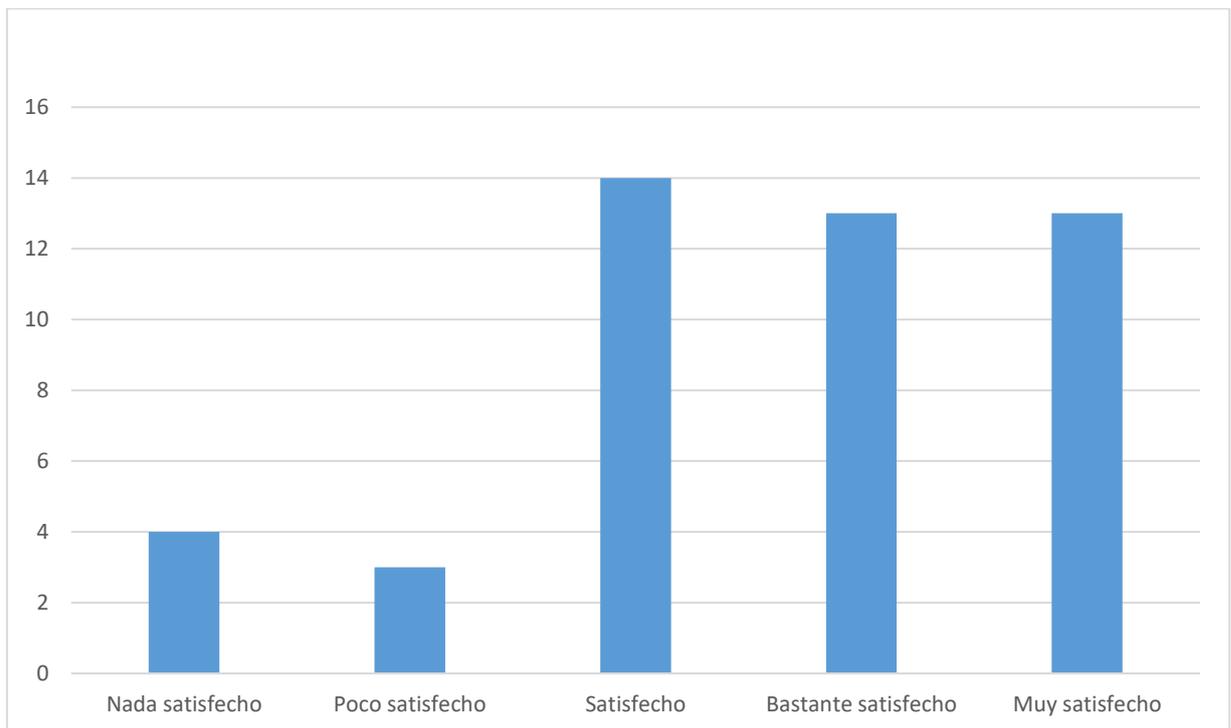
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?		
Nada satisfecho	8	(17%)
Poco satisfecho	4	(8.5%)
Satisfecho	18	(38.2%)
Bastante satisfecho	9	(19.1%)
Muy satisfecho	8	(17%)



Del total de los encuestados, no existe variación significativa entre estar satisfecho (29.7%), bastante satisfecho (27.6%) y muy satisfecho (27.6%) de las condiciones del lugar en donde vive.

Tabla 26

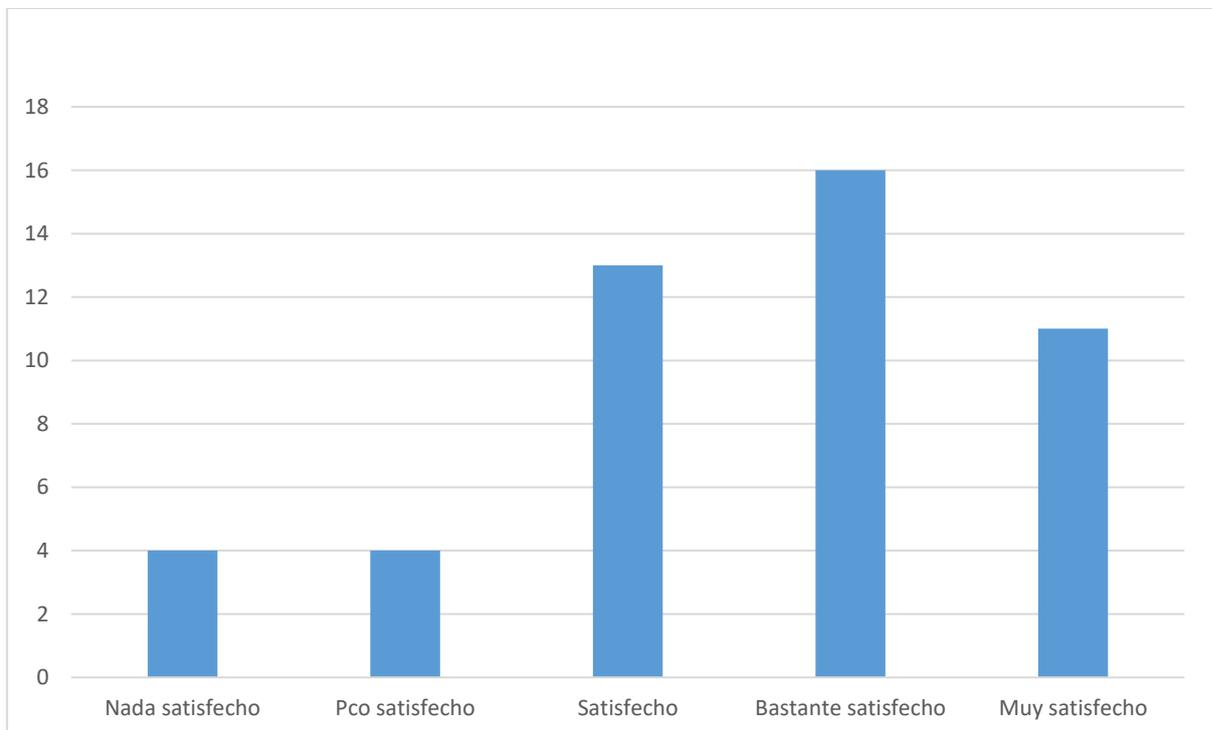
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	
Nada satisfecho	4 (8.5%)
Poco satisfecho	3 (6.3%)
Satisfecho	14 (29.7%)
Bastante satisfecho	13 (27.6%)
Muy satisfecho	13 (27.6%)



De igual manera, la mayoría refiere estar de satisfecho a muy satisfecho del acceso a servicios sanitarios.

Tabla 27

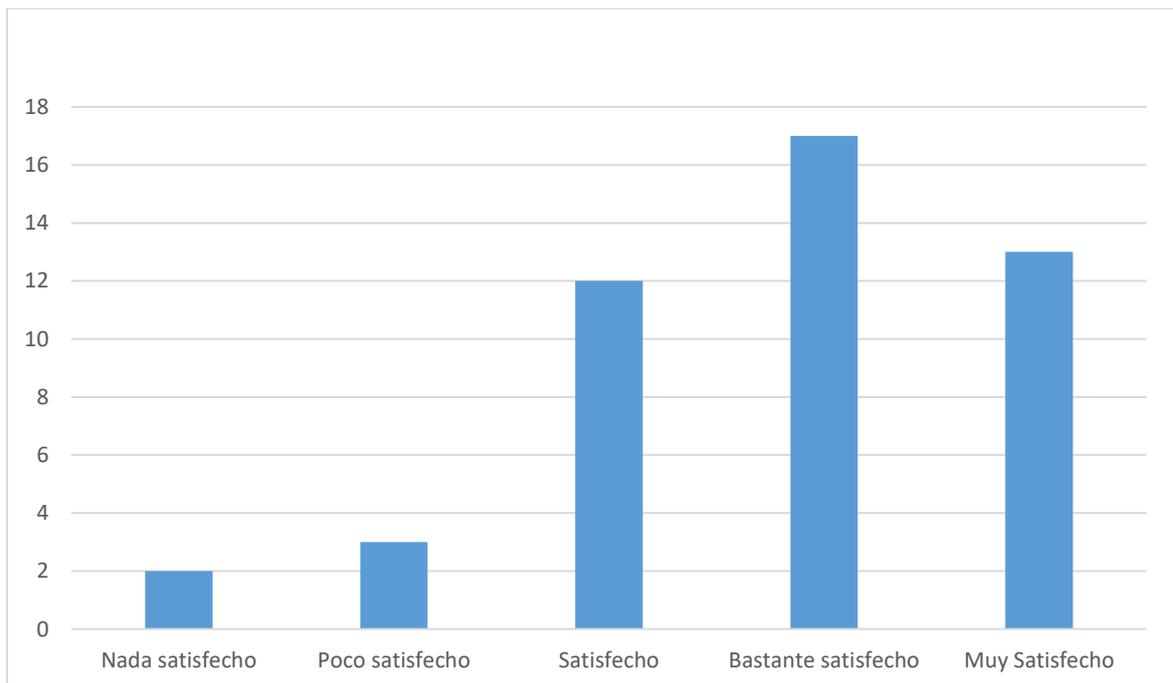
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?		
Nada satisfecho	4	(8.3%)
Poco satisfecho	4	(8.3%)
Satisfecho	13	(27%)
Bastante satisfecho	16	(33.3%)
Muy satisfecho	11	(22.9%)



La mayoría de los encuestados (36.1%) están bastante satisfechos con su transporte.

Tabla 28

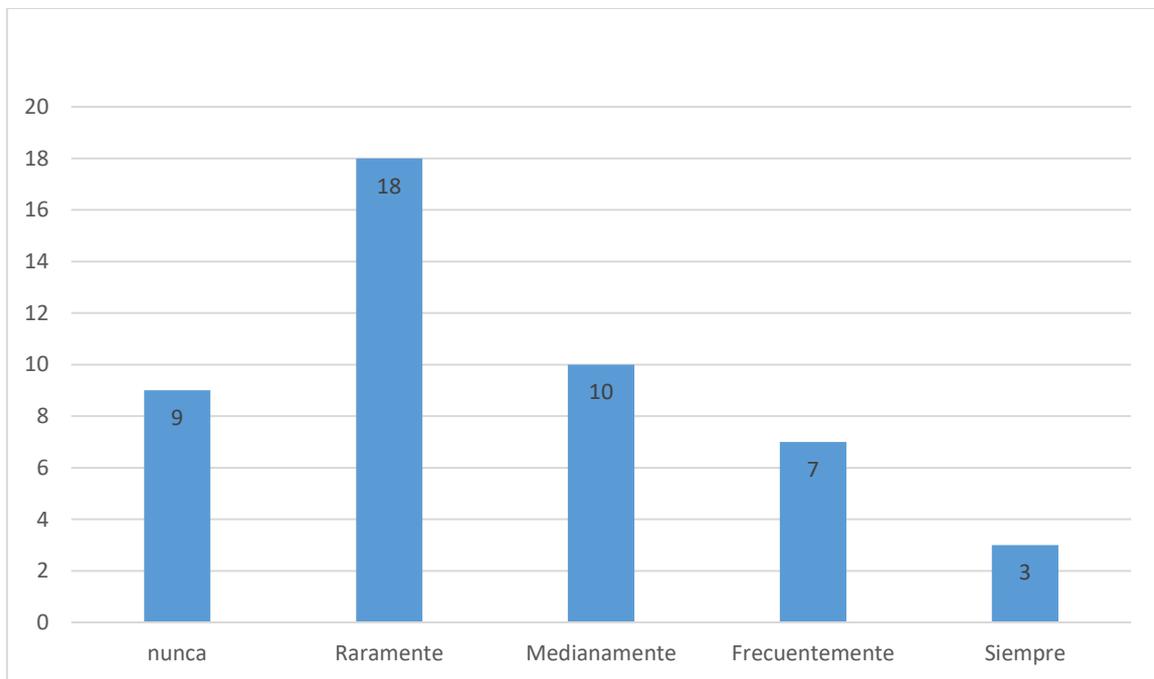
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?		
Nada satisfecho	2	(4.2%)
Poco satisfecho	3	(6.3%)
Satisfecho	12	(25.5%)
Bastante satisfecho	17	(36.1%)
Muy Satisfecho	13	(27.6%)



En los residentes encuestados, es rara la vez que se sienten tristeza, desesperanza o depresión.

Tabla 29

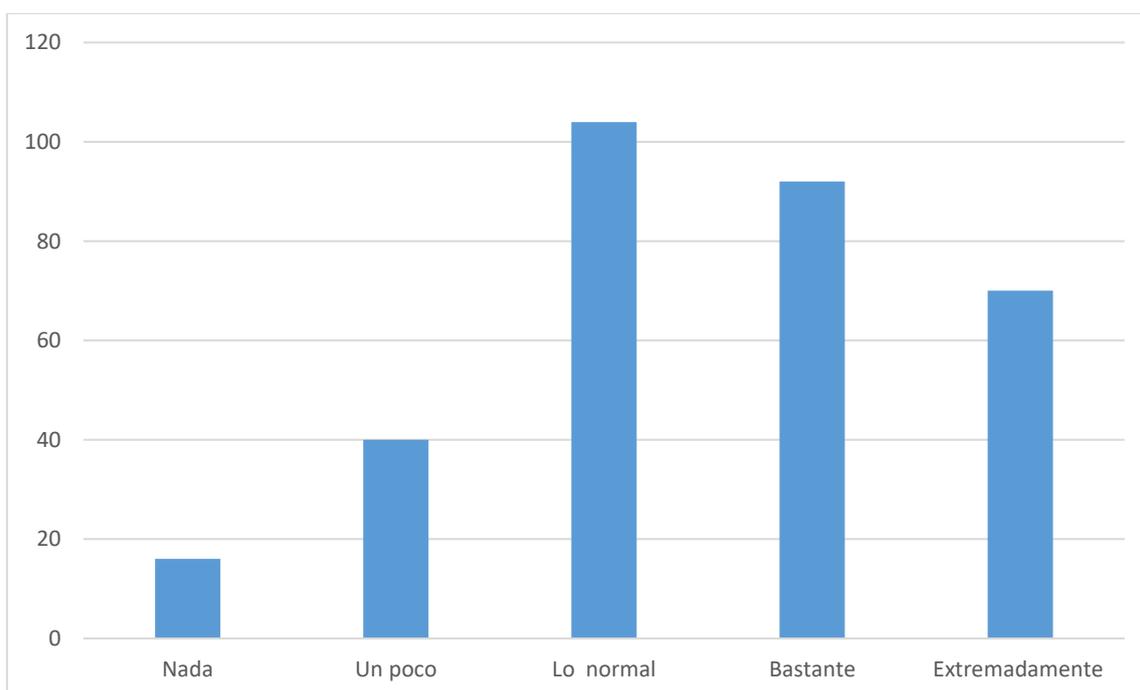
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?		
nunca	9	(19.1%)
Raramente	18	(38.2%)
Medianamente	10	(21.2%)
Frecuentemente	7	(14.8%)
Siempre	3	(6.3%)



Por puntuación, en la dimensión física se encuentra mayor puntuación en la percepción de la normalidad.

Tabla 31

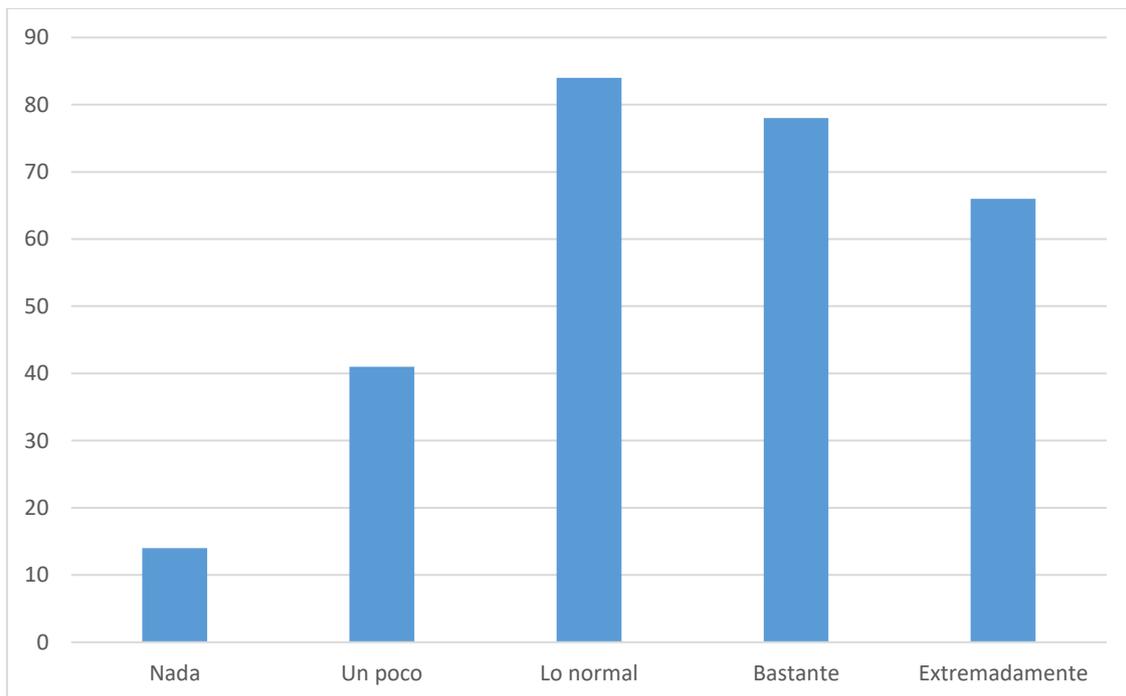
Dimensión física		
Nada satisfecho	16	(4.96%)
Un poco satisfecho	40	(12.42%)
Normalmente satisfecho	104	(32.29%)
Bastante satisfecho	92	(28.57%)
Extremadamente satisfecho	70	(21.73%)



En la dimensión psicológica, hay un mayor puntaje de la satisfacción normal, alta o extrema con poca diferencia.

Tabla 31.

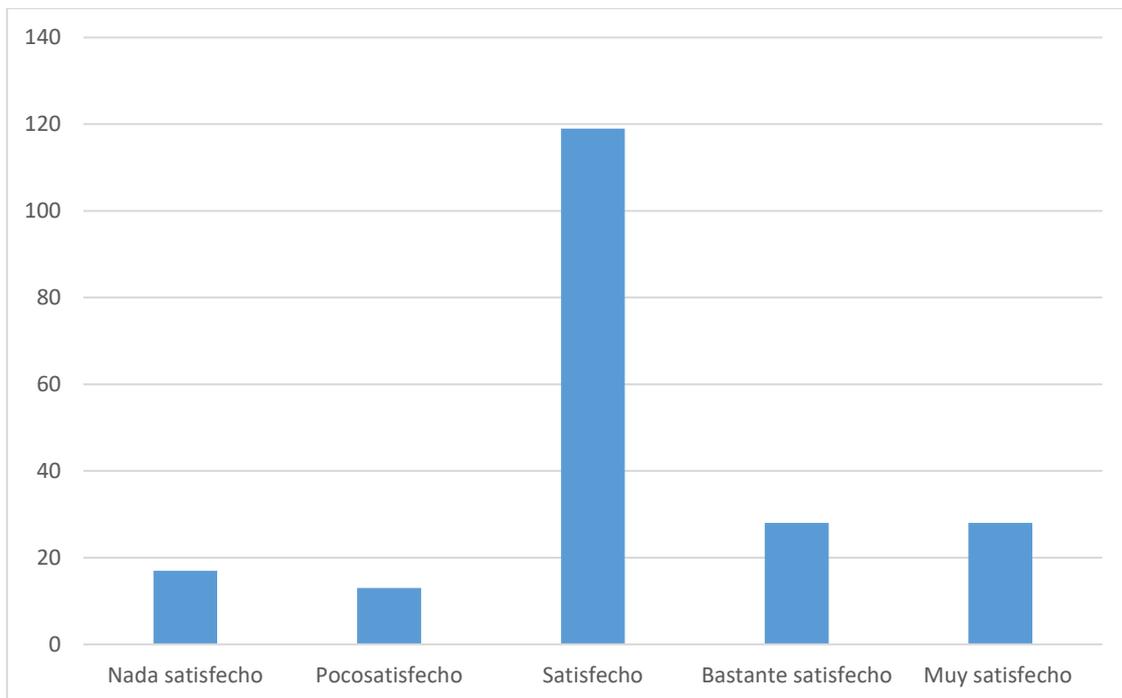
Dimensión psicológica		
Nada satisfecho	14	(4.94%)
Un poco satisfecho	41	(14.48%)
Normalmente satisfecho	84	(29.68%)
Bastante satisfecho	78	(27.56%)
Extremadamente satisfecho	66	(23.32%)



En la dimensión social, el mayor puntaje se refiere normalmente satisfecho.

Tabla 32

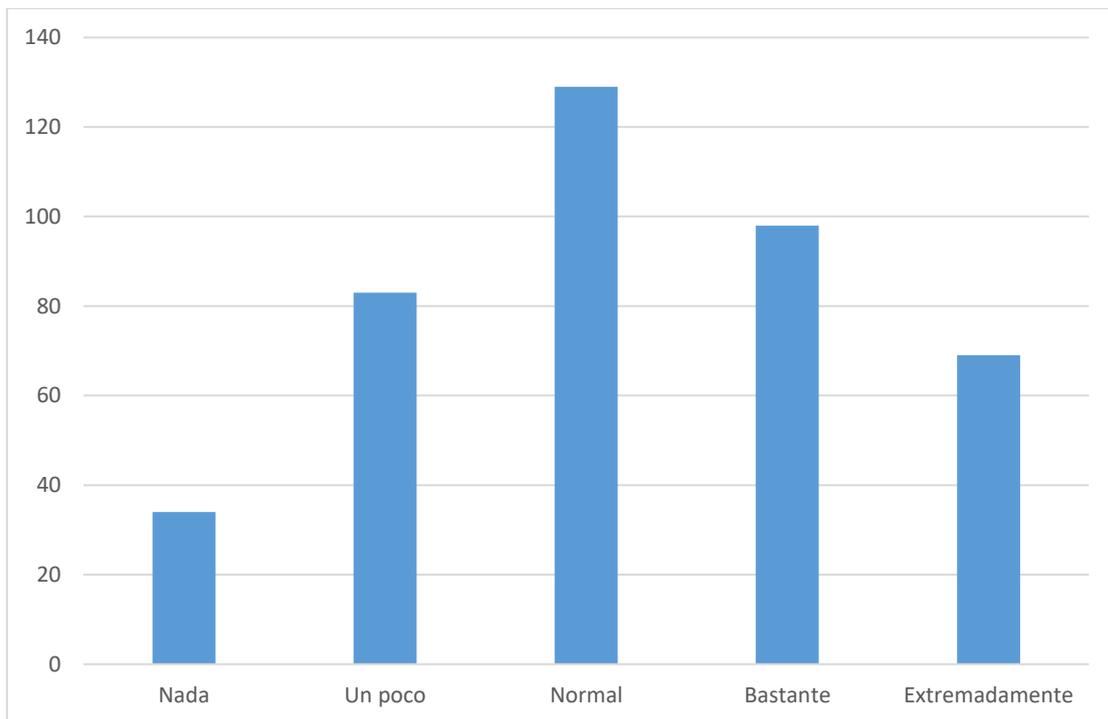
Dimensión social		
Nada satisfecho	17	(8.29%)
Poco satisfecho	13	(6.34%)
Normalmente satisfecho	119	(58.04%)
Bastante satisfecho	28	(13.65%)
Muy satisfecho	28	(13.65%)



En la dimensión ambiental, la satisfacción normal se reportó mayoritaria.

Tabla 33

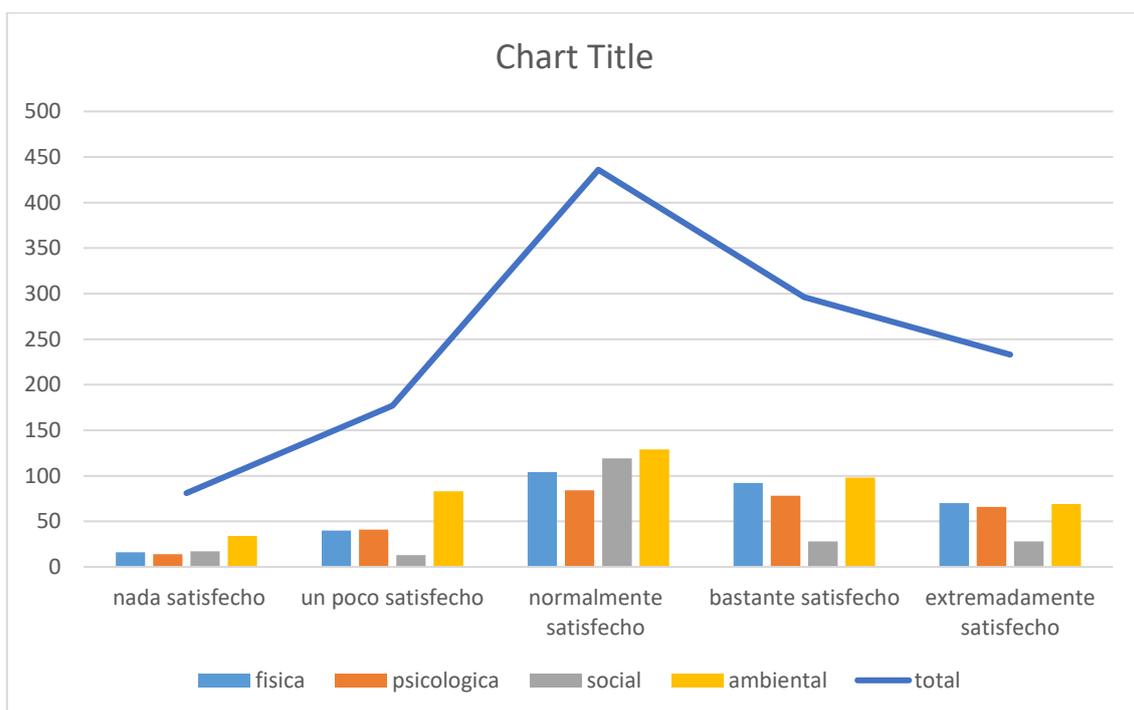
Dimensión ambiental		
Nada satisfecho	34	(8.23%)
Un poco satisfecho	83	(20.09%)
Normalmente satisfecho	129	(31.23%)
Bastante satisfecho	98	(23.70%)
Extremadamente satisfecho	69	(16.70%)



En una escala global, se observa una tendencia de la población encuestada respecto a referirse normalmente satisfecha en todas sus dimensiones (física, psicológica, social y ambiental).

Tabla 34

Dimensión	física	psicológica	social	ambiental	total
nada satisfecho	16	14	17	34	81
un poco satisfecho	40	41	13	83	177
normalmente satisfecho	104	84	119	129	436
bastante satisfecho	92	78	28	98	296
extremadamente satisfecho	70	66	28	69	233



DISCUSION.

Con base en los resultados obtenidos de la población encuestada, podemos observar lo siguiente:

La población soltera y viuda es mayoría en la población encuestada, lo que hace suponer una mala red de apoyo familiar, lo que llevo en última instancia a requerir de institucionalización para poder mejorar su calidad de vida.

Contrariamente a lo que pudiera pensarse, la gran mayoría de los residentes encuestados cuenta con algún grado de escolaridad, sin grandes variaciones entre la educación básica, la media y la superior. Lo que se considera normal tomando en cuenta de que se trata de una institución ubicada en un medio urbano.

Prácticamente en todas las dimensiones evaluadas en el WHOQOL-BREF se refirieron los encuestados como satisfechos.

Al confrontar estudios similares o relacionados nos encontramos con los siguientes:

En un estudio realizado en adultos mayores institucionalizados en los municipios de Bogotá y Cajica, con un total de 89 pacientes encuestados (42). Los resultados en los rubros de sexo se encontraron con mayoría de encuestadas mujeres (de un 49.65% a un 60.62% En lo que concierne a la escolaridad, no se encontraron diferencias significativas en el grado de escolaridad, de la básica hasta la universitaria. Respecto al estado civil tampoco se encontraron diferencias entre los encuestados casados, solteros o viudos. Respecto al porcentaje de satisfacción, este fue normalmente satisfecho en los tres municipios estudiados, yendo de un 63.75% en Cajicá hasta de un 29.32% en Bogotá. De las características a resaltar en este estudio, es que se hizo una correlación entre los porcentajes de satisfacción con el sexo, el estado civil, la escolaridad y la presencia de comorbilidades, aunque no se especifican el tipo de estas.

También en un contexto socioeconómico parecido tenemos dos estudios realizados en Brasil. El primero publicado en el 2014, un estudio transversal, que contó con 391 adultos mayores; En este se encontró una mayor participación femenina con un 62.9%, respecto al estado civil, un 40.5% están casados o tienen una relación estable, el 36.5% de la población encuestada tiene menos de 4 años de estudios, la edad promedio fue de 69,7 años; respecto a comorbilidades, al menos el 92,3% de los entrevistados manifestaron sufrir alguna enfermedad siendo la más prevalente la HTA (75,4%) seguida de la diabetes mellitus (24%). En cuanto a la puntuación de la calidad de vida, se encuentra que aproximadamente el 50% de los adultos mayores obtuvieron una calificación igual o inferior a 60%, sin embargo, el estudio utiliza un análisis diferente de la misma, relacionando el puntaje final obtenido con la respuesta a las preguntas de la dimensión global, agrupándolos en dos grupos: los que respondieron de manera favorable a la percepción global de calidad de vida y aquellos que lo hicieron de manera desfavorable. Lo impide una comparación más profunda de los datos obtenidos con el instrumento WHOQOL-BREF (43).

El Segundo estudio, fue publicado en el año 2015, un estudio transversal con 275 participantes con 60 o más años, pertenecientes a diversos programas del centro de referencia para los adultos mayores. La edad media del estudio fue de 70.8 ± 6.4 años, con una mayor presencia femenina (82%). Aproximadamente el 30% de la población no tuvieron ningún estudio o cursaron menos de cuatro años de educación, nuevamente fue la hipertensión arterial la comorbilidad más frecuente con un 63,4%, seguida por la dislipidemia (26.5%) y diabetes mellitus (23.7%). También se tomaron en cuenta otros rubros como el deterioro cognitivo, el ejercicio, el índice de masa corporal e incluso el tabaquismo. Los puntajes de calidad obtenidos en este estudio son en promedio de 63.91 ± 9.62 , siendo mejor calificada la dimensión psicológica y la de menor puntaje la dimensión social. Este estudio también dividió

los grupos que respondieron favorablemente a la percepción de calidad de vida con los que respondieron de forma no favorable. (44).

Otro estudio, realizado en Ecuador durante los meses de abril, mayo y junio, en la que se estudió una población de 46 adultos mayores ambulatorios de un centro de día, con un promedio de edad de 81.4 años, con una gran mayoría de mujeres encuestadas (82.6%), en nivel escolar, el 93.5% de los encuestados cuentan con nivel básico de estudios. En lo referente al estado civil predominaron los viudos con un 62.5% En los puntajes de las cuatro dimensiones se encontró un promedio de 60% con satisfacción normal (45).

En el contexto de nuestro país se encontraron dos estudios de aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF, el primero se aplicó a 333 adultos mayores que viven en edificios multifamiliares de la ciudad de Guadalajara, este estudio se enfocó en el nivel de satisfacción respecto a las características de la vivienda. Las edades promedio fueron de 69,03 años de edad para las mujeres y de 70,29 años para los hombres. Respecto al estado civil se identificó un porcentaje de 42,6% de viudos y 19,0% de viudas, encontrándose un nivel de satisfacción medio en los cuatro dimensiones. Incluso con un nivel de satisfacción medio con respecto a las características de la vivienda (46).

Otro estudio realizado en un total de 21 adultos mayores ambulatorios de un grupo de la tercera edad ubicado en el municipio de Tetepango, Hidalgo durante los meses de septiembre-octubre de 2010, con mayoría de mujeres, aunque no se establecen el intervalo ni promedio de edad, escolaridad ni comorbilidades. Se encontró un promedio de 47% de satisfacción normal en la percepción de calidad de vida y de un 52% en poco satisfecho en la autopercepción del estado de salud; en la dimensión física se encontró un 36% de bastante satisfecho; en la dimensión psicológica se alcanzó un 34% de encuestados normalmente

satisfechos; en la dimensión social se encontró un 38% de normalmente satisfechos; y, finalmente, en la dimensión ambiental, se refiere un 45% como normalmente satisfecho. Llama la atención en los investigadores el hecho de los niveles de satisfacción en los adultos mayores puesto que la población encuestada es de estatus socioeconómico bajo (47).

De los estudios arriba mencionados, el que tiene las características más parecidas a nuestro estudio, es el realizado en pacientes institucionalizados de los municipios de Bogotá, Cajicá y Tenjo. Sin embargo, las principales diferencias fueron que nosotros no investigamos la presencia de morbilidades, sexo y grupo de edad, ni tratamos de hacer correlación con los niveles de satisfacción generales ni por dimensiones.

CONCLUSIONES.

Después de analizar y confrontar los resultados obtenidos en la encuesta WHOQOL-BREF realizada en el C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet”, podemos concluir lo siguiente:

El concepto de calidad de vida es subjetivo, y va a depender de las expectativas, la cultura, los antecedentes, el ambiente y la situación socioeconómica del individuo de modo tal que va a variar en el adulto mayor, tomando en cuenta sus características propias como son el retiro, la disminución de su funcionalidad, el deterioro cognitivo y la perspectiva de estar al final de la vida.

La medición de la calidad de vida tiene como objeto la determinación del nivel de satisfacción del sujeto encuestado, y de esta manera, poder elaborar estrategias que eleven la calidad de vida de los adultos mayores que viven institucionalizados.

Los adultos mayores residentes en el C.N.M.A.I.C.G. “Arturo Mundet” se encuentran satisfechos con su calidad de vida en

general, con su estado de salud y con lo relacionado en las dimensiones física, psicológica, social y ambiental.

Las principales falencias que podríamos remarcar en el presente estudio, son el no tomar en cuenta los grupos etarios, y las comorbilidades presentes en los adultos mayores residentes y correlacionarlos con sus niveles de satisfacción.

El cuestionario WHOQOL-BREF tiene las ventajas de ser un test validado en español, transcultural y de fácil aplicación. Existen otras pruebas en lengua española o que se encuentran en proceso de validación. El presente estudio quiere, por último, dar pie a que haya nuevas investigaciones con otras pruebas y cuestionarios derivados.

REFERENCIAS.

1. González K. **Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas.** En: **La situación demográfica de México.** México: Consejo Nacional de Población; 2015:113-129. <http://bit.ly/1Y3lj0T>.
2. VVAA. OMS **informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.** 2015 pag. 27 <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
3. Ídem. pág. 27
4. VVAA. OMS **Envejecimiento activo: un marco político.** Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105pag.79 https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
5. Ídem. pág. 79
6. *Ibidem* Pág. 79
7. Gonzalez-Celis Rangel, Ana Luisa **Calidad de vida en el adulto mayor.** En http://pactemospaz.utsem-morelos.edu.mx/files/librosdocentesydirectivos/adultos_mayores/Calidad%20de%20Vida%20Adulto%20Mayor.pdf
8. Sánchez González, Miguel Ángel. **Bioética en ciencias de la salud** s/e Edit. Elsevier 2013 pág. 292.
9. Ídem. Págs. 294-296.
10. THE WHOQOL GROUP the World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 10, pp. 1403 1409, 1995.
11. Abizanda Soler, Pedro Et. Al. **Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas** 1ª. Ed. Edit. Elsevier 2012 Pág. 155.
12. Martínez Rodríguez, Teresa. **Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia.** 1ª ed. Editorial medica panamericana. pág.167.
13. Felce, David. Perry, Jonathan **Quality of Life: Its Definition and Measurement.** Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, No. 1, pp. 51-74, 1995 [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0891-4222(94)00028-8).
14. Schalock, R. y Verdugo, M.A. **Calidad de vida. Manual para los profesionales de la educación, salud y servicios sociales.** Alianza editorial 2003. Págs. 105-112.
15. Fernández-Ballesteros, Rocío. **Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales** *Anuario de Psicología.* 1997, no 73,89-104
16. Abizanda Soler, Pedro Et. Al. **Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas** 1ª. Ed. Edit. Elsevier 2012 Pág. 155.
17. Patrick, D., Erickson P.). **Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation.** Oxford University Press. New York. 1993.
18. Abizanda Soler, Pedro Et. Al. **Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas** 1ª. Ed. Edit. Elsevier 2012 Pág. 155.
19. Sánchez González, Miguel Ángel. **Bioética en ciencias de la salud** s/e Edit. Elsevier 2013 pág. 297.
20. Abizanda Soler, Pedro Et. Al. **Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas** 1ª. Ed. Edit. Elsevier 2012 Pág. 159.
21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
22. O'Boyle CA, McGee HM, et. al. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Administration Manual. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.
23. HuntSM, McKennaSP, et.al: The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *SocSciMed* 1981; 15A:221-229.
24. Gilson, Betty S; Gilson, Jonh S; et al. The Sickness Impact Profile Development of an Outcome Measure of Health Care. *AJPH* December,1975, Vol.65,No.12.

25. Bentsen BG, Natvig B and Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. *Family Practice* 1999; 16: 190–195.
26. Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2015). EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 78(3).
<https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>
27. King, M. T. The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5, 1996, pp. 555-567
28. Fernández-Ballesteros, R. ;. Zamarrón M. D. Cuestionario breve de calidad de vida : CUBRECAVI. 2007. Edit. TEA.
29. Fillenbaum, G. G., Smyer, A. The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, (1981) 36, 428–434.
30. Torissonet al. Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health and Quality of Life Outcomes* (2016) 14:90
31. WHOQOL Group (1993) Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) *Qual Life Res*, 2: 153-159.
32. The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment *Psychological Medicine*, 1998,28, 551-558.
33. WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT Field Trial Version December 1996.
34. Congost-Maestre, Nereida. La traducción de la escala de calidad de vida de la OMS: el cuestionario WHOQOL-BREF. *The Journal of Specialised Translation*. Issue 30 – July 2018. Págs.312-334.
35. Abizanda Soler, Pedro Et. Al. *Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas* 1ª. Ed. Edit. Elsevier 2012 Pág. 119.
36. Rodríguez, P., Izal, M., Cassinelo, A., Sancho, M. & Martínez, J. M., *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Editorial Médica Panamericana. 1999. Pág. 43.
37. Consejería de Salud y Bienestar Social Castilla-La Mancha. *Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores s/f*.
38. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.
39. INAPAM Modelos de Atención Gerontológica. s/f s/e. pág. 61 .
40. Gómez Busto F. Residencias de ancianos: de «casas de misericordia» a centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007;42(Supl 1):1.
41. Lucas Carrasco, Ramona. Versión española del WHOQOL. Edit. Ergón, D.L. 1998.
42. Alba, Jonathan Camilo; Beltrán, Nicolás Eduardo, et. al. **Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C. y municipios de Cajicá y Tenjo segundo periodo 2017** Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Medicina Humana.
43. Barbosa Silva I, Patrícia Aparecida. Soares, Sônia Maria. Et. al. **Ponto de corte para o WHOQOLbref como predictor de qualidade de vida de idosos**. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):390-397
44. Viana Miranda, Livia Carvalho. Maria Soares, Sônia. Et al. **Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11):3533-3544, 2016.
45. Auquilla Guzmán, Álvaro Fabián. Pacurucu Morocho, Álvaro Francisco. **Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo en Cuenca**. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico. Universidad de Cuenca. Facultad de Psicología. Carrera de Psicología Clínica. Ecuador. Octubre de 2018.
46. Flores Villavicencio, María Elena. Troyo Sanromán, Rogelio. Et. al. **Evaluación calidad de vida mediante el Whoqol-Bref en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco**. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. vol. XXII, núm. 2, agosto-, 2013, pp. 179-192.

47. Quintanar Guzmán, Annali. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo a través del instrumento WHOQOL-BREF. Tesina para obtener el título de licenciada en psicología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Escuela Superior Actopan. Noviembre 2010.

ANEXO

WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF

(World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group , 1993)

Propósito

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes.

Base conceptual

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones : personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes) , personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países.

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

Descripción

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREF. El WHOQOL-100 está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales; y de 24 facetas. Cada faceta está representada por 4 preguntas.

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo.

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales

sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a

Divorciado/a En pareja Viudo/a

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

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

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para	1	2	3	4	5

	funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que 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	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su 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	¿Qué disponible tiene la información	1	2	3	4	5

	que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus	1	2	3	4	5

	relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

