

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS: DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR QUE CURSO CON COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 7.

MÉDICO GENERAL
PALOMA VERONICA LOME QUEZADA

2024



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

Facultad de Medicina

**DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
QUE CURSO CON COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO.7**

Tesis

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Paloma Verónica Lome Quezada

Dirigido por:

Dr. Oscar Eduardo Durán Castillo

San Juan del Rio, Qro. Febrero 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“DEPEDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE CURSO
CON COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.7”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Paloma Verónica Lome Quezada

Dirigido por:

Dr. Oscar Eduardo Durán Castillo

Nombre del Sinodal: Med. Esp. Oscar Eduardo Durán Castillo
Presidente

Nombre del Sinodal: Med. Esp. Santiago Herrera Ortiz
Secretario

Nombre del Sinodal: Med. Esp. Marlet Araceli Rebolledo Gallardo
Vocal

Nombre del Sinodal: Med. Esp. Dzoara Aurora López Sánchez
Suplente

Nombre del Sinodal: Mtra. Verónica Escorcía Reyes
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero, 2024
México

Resumen

Antecedentes: La pandemia de la COVID 19 ha resaltado las necesidades y las vulnerabilidades que tienen las personas mayores con respecto a su derecho a la salud; evidenciado las tasas de mortalidad más altas en personas mayores, afecta su dependencia funcional y su calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con COVID 19 en la Unidad de Medicina Familiar No.7. **Materiales y métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo, en Adultos Mayores de 60 años y más, que cursaron con Covid 19 en la Unidad de Medicina Familiar No. 7, con técnica de muestro no aleatorizado por cuota, las variables que se estudiaran son la dependencia, calidad de vida y COVID 19. Se evaluaron con los instrumentos de actividades básica de la vida diaria (Katz) y calidad de vida (WHOQOL-BREF). **Análisis estadístico.** Se analizo los datos cualitativos y cuantitativos utilizando media, mediana, desviación estándar e intervalo de confianza. **Resultados:** Se estudiaron 246 pacientes, con una media de edad de 69 años de edad (IC al 95% 68.29-70.10), el sexo que predomina es el sexo femenino con 55.3% (IC al 95% 49.03-61.54), en relación al estado civil se encontró el 69.9% (IC 64.15-75.69) de las que son casados. En la variable religión es el 74.8% (IC al 95% 69.33-80.29) de la población pertenecen a la religión católica, en relación a las enfermedades crónica con predominio de hipertensión arterial sistémica con un 40.2% (IC al 95%; 34.07-46.41), toda la población se encuentra el 100% vacunada con cuartas dosis, presentando sintomatología leve 87.4%(IC al 95%; 83.22-91.57), de acuerdo con la variable de dependencia se encontró con un 94.7% (IC al 95% 91.90-97.53) que el predominio de los adultos mayores son independiente o presenta una dependencia leve, en relación a la percepción que tienen con la calidad de vida en deficiente con un 45.5% (IC al 95% 39.26-51.80). **Conclusión:** Se observo que los adultos mayores que cursaron con covid 19 no le afecto en la dependencia de las actividades diarias, pero sin embargo se observa que tienen una percepción de la calidad de vida deficiente.

Palabras clave: adulto mayor, dependencia, calidad de vida, Covid

19

Summary

Background: The COVID 19 pandemic has highlighted the needs and vulnerabilities that older people have with respect to their right to health; evidenced the highest mortality rates in older people, affects their functional dependence and quality of life. **Objective:** To determine the prevalence of dependence and quality of life in older adults undergoing COVID 19 in Family Medicine Unit No. 7. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional observational study in older adults aged 60 years and over, who were treated with COVID 19 in Family Medicine Unit No. 7, with a non-randomized sampling technique by quota, the variables to be studied are dependence, quality of life and COVID 19. The study will be evaluated with the instruments of basic activities of daily living (Katz) and quality of life (WHOQOL-BREF). **Statistical analysis.** Qualitative and quantitative data were analyzed using mean, median, standard deviation and confidence interval. **Results:** We studied 246 patients, with a mean age of 69 years (95% CI 68.29-70.10), the predominant sex was female with 55.3% (95% CI 49.03-61.54), in relation to marital status we found 69.9% (CI 64.15-75.69) of those who are married. In the variable religion 74.8% (CI 95% 69.33-80.29) of the population belong to the Catholic religion, in relation to chronic diseases with a predominance of systemic arterial hypertension with 40.2% (CI 95%; 34.07-46.41), the entire population is 100% vaccinated with fourth doses, presenting mild symptomatology 87.4% (CI 95%; 83.03-46.54). According to the dependency variable, 94.7% (95% CI 91.90-97.53) of the elderly were found to be independent or slightly dependent, and 45.5% (95% CI 39.26-51.80) were found to have a poor quality of life (95% CI 39.26-51.80). **Conclusion:** It was observed that the older adults who were treated with covid 19 did not affect their dependence in daily activities, but nevertheless it was observed that they have a poor perception of quality of life.

Key words: elderly, dependency, quality of life, Covid 19

Dedicatorias

Dedico este proyecto a Dios y a mis padre, aunque no se encuentre conmigo en estos momentos, sé que en donde quiera que estén, siempre me han protegido y sé que deben de estar orgullosos de mi, porque han sido mi pilar fundamental en mi vida, ha sido mi luz, mi fuerza, mi fortaleza y esperanza para no desfallecer.

A mis hermano y mis sobrinos por cada apoyo y motivación que me han dado durante este proceso.

A mi novio por siempre estar conmigo apoyándome, dándome fuerza para seguir y nunca dejarme vencer.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, misericordia y amor, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía todo el periodo de mis estudios. Me permite sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda, y cuando caigo tú me levantas para seguir con mayor fortaleza, aprendiendo de mis errores me ayudas a mejorar como ser humano y profesionalista.

Agradezco a mi familiar por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

A mis profesores médicos por sus enseñanzas para desarrollarme profesionalmente y haberme brindado todos sus conocimientos.

Y a todas las personas que estuvieron apoyándome en cada proceso y realización de este trabajo.

Índice

Contenido	Página
Resumen	iii
Summary	iv
Dedicatorias	v
Agradecimientos	vi
Índice	vii
Índice de cuadros	10
Abreviaturas y siglas	11
I. Introducción	12
II. Antecedentes	14
II.1 Antecedentes generales	14
II.2 Definición de COVID 19	15
II.2.1 Etiología	15
II.2.2 Clasificación de COVID 19	16
II.2.3 Diagnóstico y Tratamiento de COVID 19	17
II.2.4 COVID 19 en el adulto mayor	18

II.3 Definición de adulto mayor	21
II.3.1 Epidemiología	21
II.4 Definición de dependencia	22
II.4.1 Epidemiología de dependencia en el adulto mayor	22
II.4.2 Dependencia en el adulto mayor	24
II.4.3 Clasificación de Dependencia	25
II.4.4 Instrumento de nivel de dependencia	26
II.5 Definición de calidad de vida	27
II.5.1 Calidad de vida en el adulto mayor	28
II.5.2 Epidemiología de calidad de vida	29
II.5.3 Dimensión de la calidad de vida	30
II.5.4 Instrumento de calidad de vida	31
II.6 Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con COVID 19	32
III. Hipótesis o supuestos	33
IV. Objetivos	34
IV.1 General	34

IV.2 Específicos	34
V. Material y métodos	34
V.1 Tipo de investigación	34
V.2 Población o unidad de análisis	34
V.3 Muestra y tipo de muestra	35
V.3.1. Criterios de selección	35
V.3.2. Variables de estudio	35
V.4. Técnicas e instrumentos	36
V.5. Procedimientos	37
V.5.1. Análisis estadístico	39
V.5.2. Consideraciones éticas	39
VI. Resultados	42
VII. Discusión	54
VIII. Conclusiones	57
IX. Propuestas	59
X. Bibliografía	60
XI.1. Anexos	68
XI.2 Instrumentos de recolección de datos	69

Índice de tablas.

Tablas	Página
VI.1 Descriptivo sobre sexo en el adulto mayor	42
VI.2 Descriptivo sobre ocupación en el adulto mayor	43
VI.3. Descriptivo sobre escolaridad en el adulto mayor	44
VI.4 Descriptivo sobre estado civil	45
VI.5 Descriptivo sobre Religión	46
VI.6 Descriptivo de enfermedades crónicas degenerativas en el adulto mayor	47
VI.7 Descriptivo de Dosis de vacunación covid 19	48
VI.8 Descriptivo de sintomatología de Covid 19.	49
VI.9 Actividad básica de la vida diaria en el adulto mayor	50
VI. 10 Percepción de la calidad de vida	51
VI. 11 Dimensiones de calidad de vida	52
VI.12 Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19	53

Abreviaturas y sigla

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONU. Organización de las Naciones Unidas

OPS. Organización Panamericana de la Salud

SARS-CoV-2: Virus que causa una enfermedad respiratoria llamada coronavirus.

MERS. Síndrome respiratorio de Oriente Medio.

PaO₂. Presión parcial de oxígeno arterial

FiO₂. Fracción de oxígeno inspirado.

SDRA. Síndrome de dificultad respiratoria aguda.

TC. Tomografía Computarizada.

UCI. Unidad de cuidados intensivos

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

ABVD. Actividad Básica de la Vida Diaria.

AIVD. Actividad Básica de la Vida Diaria

EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva

ERC. Enfermedad Renal Crónica

I. Introducción.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la presencia de la pandemia por COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos. (Díaz & Toro, 2020).

El aumento en la población de los adultos mayores ha significado un gran desafío para la política pública, por lo cual la ONU ha mencionado que el envejecimiento de la población está en proceso de convertirse en unas de las transformaciones sociales de mayor importancia y trascendencia, afectando a la mayoría de los sectores sociales, económicos y públicos. (Organización de las Naciones Unidas, 2022).

Los adultos mayores en este periodo presentan cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen áreas de funcionamiento, favoreciendo la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de dependencia derivando en un impacto familiar y social, así como la alteración de la funcionalidad familiar. La magnitud del problema sobrepasa a lo estimado y esperado por los cálculos en base a los datos de comparación de otras pandemias, ya que la historia natural de la enfermedad no se conocía al 100% observando al inicio de la pandemia mayor índice de morbimortalidad en el adulto mayor lo que provocó la toma de decisiones súbitas siendo no tan certeras en beneficio de la población susceptible. (Quintero Osornio, 2020).

Los adultos mayores han sido los grupos más vulnerables ante la enfermedad SARS CoV-2, en la cual han presentado un mal pronóstico, además de las comorbilidades, los síndromes geriátricos y la fragilidad se ha asociado al envejecimiento, habiendo sido al inicio de la pandemia, como una emergencia geriátrica por la gran cantidad de defunciones en esta población. (Pinazo Hernández, 2020).

Desde el inicio de la pandemia, se notificaron un total de 257.626 casos en adultos mayores, tanto confirmados como probables, lo cual representa el 14,1% de los casos acumulados en el país. Se reportaron 29.262 defunciones en adultos mayores, de las cuales el 91,1% presentaron comorbilidades; en 2020 y 2021 la tasa de mortalidad en personas de 60 años o más fue de 433,5 defunciones por cada 100.000 adultos mayores y 425,6 defunciones por cada 100.000 adultos mayores, respectivamente. La tasa de letalidad disminuyó el 2.2% del 2020 al 2021 12.6%-10.4%. (Organización Panamericana de la Salud, 2021)

Los adultos mayores tienen mucha desventaja, como la exposición a diferentes enfermedades, que nos puede llegar a mostrar condiciones de dependencia perdidas de las capacidades físicas y mentales y disminución de su grado de autonomía y adaptación en la cual su calidad de vida puede ser muy deficiente. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Las personas mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia son un grupo con mayor vulnerabilidad, son una población prioritaria de las iniciativas de confinamiento y distanciamiento social para evitar el contagio por SARS-CoV-2 ya que fueron la población con mayor mortalidad que se observó en la primera y segunda ola de la enfermedad y los que sobrevivieron quedaron con un índice de secuelas a diferente niveles y demandaron más cuidados de acuerdo a la gravedad de las secuelas, Por ello es importante evaluar la dependencia y satisfacción de calidad de vida con la cual viven actualmente esta población. (Poncel et al, 2020)

La enfermedad de COVID-19 demostró la importancia de la transcendencia demográfica y epidemiológica, resaltando las necesidades y la vulnerabilidad que tiene las personas mayores con respecto a su estado de salud y evidenciando las deficiencias de esta por la alta tasa de mortalidad que se presentaron, aumentando su deterioro funcional y disminuyendo su calidad de vida, esto nos dará la

factibilidad de realizar la investigación mediante el instrumento de nivel de dependencia de Katz y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL- BREF.

II. Antecedentes

II.1. ANTECEDENTES GENERALES

Los coronavirus son importantes patógenos humanos y animales. A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei. Se propagó rápidamente, lo que provocó una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en otros países del mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019. El virus que causa COVID-19 se denomina síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2); anteriormente, se lo conocía como 2019-nCoV. El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el brote de COVID-19 una emergencia de salud pública de interés internacional y, en marzo de 2020, comenzó a caracterizarlo como una pandemia, con el fin de enfatizar la gravedad de la situación e instar a todos los países a tomar acción para detectar infecciones y prevenir la propagación. (Uzzo & Kutikov, 2021)

En México, el primer caso se detectó en febrero del 2020. La baja tasa de muestreo diagnóstico en nuestro país claramente subestima la incidencia e impacto de esta enfermedad. Los grupos más afectados son aquéllos con factores de riesgo como lo son la edad mayor a 60 años, hipertensión, diabetes o historia de enfermedad cardiovascular. De los casos confirmados, 15% son trabajadores del sector salud. (Escudero et al, 2020)

De acuerdo al análisis y perspectiva de Pineda et al (2020). La súbita irrupción de esta pandemia ha despertado gran temor en el mundo a principios del 2020 y viene a ratificar una vieja enseñanza de algunos estudiosos de la problemática de

la historia de la enfermedad en el mundo durante el siglo XX: “la enfermedad viral zoonótica de dispersión aérea es la única enfermedad epidémica infecciosa que en los países tecnológicamente avanzados representa actualmente una amenaza comparable a la experimentada en siglos anteriores a causa de enfermedades tales como la peste y el tifus. Es decir que es la única enfermedad que puede volver a revivir fenómenos ya olvidados por la humanidad.

De acuerdo al reporte de la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud (2020), informo el 04 de noviembre de 2021, a nivel mundial se han reportado 247, 968,227 casos confirmados (479,578 casos nuevos) y 5, 020,204 defunciones (7,706 nuevas defunciones). En las últimas 24 horas se reportaron 479,578 casos y 7,706 defunciones a nivel global. La letalidad global es de 2%. En México hasta el día de hoy se han confirmado 3, 818,216 casos totales y 289,131 defunciones totales por COVID-19. La tasa de incidencia de casos acumulados de 2,960.5 por cada 100,000 habitantes. La distribución por sexo en los casos confirmados muestra un predominio en mujeres (50.1%). La mediana de edad en general es de 39 años.

II.2 DEFINICIÓN COVID 19

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-Cov-2, llamado virus COVID 19) que actualmente se propaga principalmente de personas a persona. (Huenchuan, 2020). Enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 (OMS, 2020).

II.2.1 ETIOLOGIA

Los coronavirus son virus de ARN de cadena positiva envueltos. La secuenciación del genoma completo y el análisis filogenético indicaron que el coronavirus que causa COVID-19 es un betacoronavirus del mismo subgénero que el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) (así como varios coronavirus de murciélago), pero en un claro diferente. El Grupo de Estudio de Coronavirus del

Comité Internacional de Taxonomía de Virus ha propuesto que este virus se designe como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). El virus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), otro betacoronavirus, parece tener una relación más lejana. La similitud de secuencia de ARN más cercana es la de dos coronavirus de murciélago, y parece probable que los murciélagos sean la fuente principal; Se desconoce si el virus COVID-19 se transmite directamente de los murciélagos o mediante algún otro mecanismo a través de un huésped intermedio (Mc Intosh, 2021)

II.2.2.- CLASIFICACIÓN DE COVID 19.

1) Enfermedad leve: los casos que no presentan ninguna característica clínica que sugiera un curso complicado de enfermedad con síntomas leves del tracto respiratorio superior y un cuadro clínico estable con algunos síntomas inespecíficos como malestar general, tos, fiebre, mialgias, odinofagia o síntomas atípicos en ancianos y sin neumonía a través de imágenes radiológicas. (Souza et al, 2019).

2) Enfermedad moderada: los casos estables que presentan síntomas o signos respiratorios y/o sistémicos. Capaz de mantener la saturación de oxígeno por encima del 92% (o por encima del 90% para pacientes con enfermedad pulmonar crónica) con hasta 4 L/min de oxígeno a través de catéter nasales. Características: postración, astenia severa, fiebre > 38°C o tos persistente signos clínicos o radiológicos de afectación pulmonar sin indicadores clínicos o de laboratorio de gravedad clínica o insuficiencia respiratoria. (Souza et al, 2019).

3) Enfermedad severa: los casos que cumplen cualquiera de los siguientes criterios de dificultad respiratoria e hipoxia: frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min saturación de oxígeno $\leq 92\%$ en estado de reposo, presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂) /fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) ≤ 300 y gases en sangre arterial con PaO₂ 50 mmHg. (Souza et al, 2019).

4) Enfermedad crítica: los casos que cumplen cualquiera de los siguientes criterios: a) Insuficiencia respiratoria o presencia de insuficiencia respiratoria grave (relación $pao_2/fio_2 < 200$), dificultad respiratoria o síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Esto incluye pacientes que se deterioran a pesar de las formas avanzadas de soporte respiratorio que requieren ventilación mecánica. (Souza et al, 2019).

II.2.3.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La OMS recomienda que se realicen pruebas a todas las personas que cumplan la definición de caso sospechoso de COVID-19, independientemente del estado de vacunación o de los antecedentes de la enfermedad. Cuando los recursos son limitados, se debe dar prioridad a las personas con riesgo de desarrollar una enfermedad grave, a los profesionales de salud, a los pacientes hospitalizados y a las primeras personas sintomáticas en el entorno de un presunto brote. (Beeching, N. et al. 2021).

La Prueba diagnóstica rápida. Se basa en la detección directa de las proteínas virales del SARS-CoV-2 en frotis nasales y otras muestras respiratorias mediante un inmunoensayo de flujo lateral. Los resultados suelen estar disponibles en menos de 30 minutos. Si bien las pruebas de antígenos son sustancialmente menos sensibles que la RT-PCR, ofrecen la posibilidad de una detección rápida, económica y temprana de los casos más infecciosos en los contextos adecuados. Si se utiliza, las pruebas deben realizarse dentro de los primeros 5 a 7 días después del inicio de los síntomas. La Organización Mundial de la Salud recomienda la realización de pruebas de antígenos solo en determinados casos en que no se disponga de RT-PCR, o en que los prolongados plazos de entrega impidan la utilidad clínica, siempre y cuando la prueba cumpla los requisitos mínimos de rendimiento de sensibilidad del 80% y especificidad del $\geq 97\%$ en comparación con un ensayo de referencia de RT-PCR. Las pruebas moleculares son solo una ayuda para el diagnóstico (Beeching, N. et al. 2021).

La Tomografía computarizada de tórax es sensible y moderadamente específica para el diagnóstico de COVID-19. Los resultados agrupados encontraron que la TC de tórax diagnosticó correctamente la COVID-19 en el 87.9% de las personas que presentaban la enfermedad. (Beeching, N. et al. 2021).

Tratamiento: Leve: Tratamiento sintomático. Moderado y grave: Heparina no fraccionada/enoxaparina: Evaluar riesgo de trombosis para indicar el medicamento como tromboprolifaxis. Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes: Administrar exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario para mantener $SpO_2 \geq 94\%$. Aumenta 20% la mortalidad en aquellos con $SpO_2 \geq 94\%$, quienes no requieren oxígeno. Remdesivir: En pacientes hospitalizados mayores de 12 años y peso mayor a 40 kilos, con requerimiento menor a 15 litros por minuto de oxígeno. No en ventilación mecánica. Menos de 8 días desde el inicio de síntomas. Tocilizumab: En pacientes con uso actual o previo de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral, con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva. (“Guía Clínica para Tratamiento de la COVID 19”, 2021)

II.2.4.- COVID 19 EN EL ADULTO MAYOR

La OPS, (2021). Observo la tendencia desde el inicio de la pandemia, con relación a las tasas de mortalidad en adultos mayores, también se advierte en los Estados Unidos de América. Por esta razón, este grupo etario es considerado población vulnerable y fue priorizado durante las campañas de vacunación que comenzaron en diciembre de 2020.

Desde el inicio de la pandemia, se notificaron un total de 257.626 casos, tanto confirmados como probables, en adultos mayores, lo que representa el 14,1% de

los casos acumulados en el país. En 2020, esta población contribuyó al 16% del total de casos, mientras que esta proporción disminuyó al 13% durante año en curso. En relación con las hospitalizaciones, del total de casos registrados en adultos mayores, 53.222 (20,7%) casos fueron hospitalizados, 22.026 (41,4%) estuvieron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 9.181 (17,3%) requirieron ventilación mecánica. En 2020, el 26,9% de los casos confirmados en adultos mayores fueron hospitalizados; esta proporción disminuyó a 15,6% en 2021. Se han notificado 29.262 defunciones en adultos mayores, de las cuales el 91,1% presentaba comorbilidades; la tasa de mortalidad en los adultos mayores (60 años o más) en 2020 y 2021 fue de 433,5 defunciones por cada 100.000 adultos mayores y 425,6 defunciones por cada 100.000 adultos mayores, respectivamente. La tasa de letalidad disminuyó del 12.6% en 2020 al 10.4% en 2021. (OPS, 2021).

La pandemia de la COVID 19 ha resaltado las necesidades y las vulnerabilidades que tienen las personas mayores con respecto a su derecho a la salud; evidenciado las tasas de mortalidad más altas en personas mayores con comorbilidades y con deterioro funcional; y expuesto la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y considerar sus necesidades únicas, entre otras. (OMS, 2020)

Uno de los grupos más vulnerables son las personas mayores, cuya calidad de vida y derecho se están viendo directamente afectados por la pandemia y los factores de riesgo asociados a COVID-19 han demostrado que personas de cualquier edad puede contraer la enfermedad causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS- CoV-2). Sin embargo, las personas mayores tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas graves, complicaciones y muerte, especialmente aquellas de 80 años o más. Además, los estudios muestran que las condiciones crónicas o degenerativas preexistente también son factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de enfermedad grave y muerte a consecuencia del COVID 19, y es bien sabido que estas comorbilidades son más

frecuentes entre las personas mayores. (“Desafío de la Protección de las Personas Mayores”, 2020).

La mayor esperanza de vida, éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, ha conllevado también la existencia de un mayor envejecimiento poblacional con no siempre adecuados índices de calidad de vida y la existencia de altas tasas de fragilidad y vulnerabilidad asociadas. La dependencia se manifiesta con pérdida de capacidad física, psíquica y funcional, que se traduce en una alta complejidad en los procesos, con el consiguiente incremento de la demanda de asistencia y cuidados. Existe una evidencia demostrada de la relación entre el nivel de dependencia y la mortalidad. La población mayor es uno de los grupos sociales más vulnerable al impacto de las enfermedades infecciosas. La pandemia actual por SARSCoV-2 (COVID-19) muestra complicaciones sí, pero con mayor incidencia y gravedad, especialmente entre las personas mayores. Debido a ello, nos encontramos con una mayor vulnerabilidad a la propagación del virus y mortalidad en residencias de ancianos. (Poncel et al, 2020).

De Acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (2017), en Querétaro existen aproximadamente 175 000 habitantes mayores de 60 años, considerada población en riesgo para contraer el COVID-19.

En estudio de Suárez et al (2020). En Cuba fueron atendido 241 participante por la gravedad de su cuadro clínico, 126 (52.3%) presentaron síntomas leves o moderados de la infección, seguida de aquellos en los que curso con modo asintomático (33.6) y en 14.1% desarrollando complicaciones clínicas graves.

Los adultos mayores registros de decesos pertenecen a personas mayores de 65 años, son los adultos mayores quienes se encuentran en el grupo de mayor riesgo frente al virus Covid-19 que registro una alta mortalidad a nivel mundial, debido a que su sistema inmunológico disminuye por enfermedades crónicas

adquiridas en el transcurso de la vida, que agravan su cuadro clínico causando la muerte por coinfecciones (Taco, 2020).

II.3 DEFINICIÓN ADULTO MAYOR

La OMS define el adulto mayor a todas las personas mayores de 60 años, de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 son viejas o ancianas y mayores de 90 años se les denomina grades, viejos o longevos. Según las Naciones Unidas se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años en países en vías de desarrollo como México. (Quintana, 2010).

Adulto mayor. En términos legales y convencionales Adulto mayor la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales. En nuestro país se consideran adultos mayores a partir de los 60 años de edad. (Guía de Práctica Clínica de Valoración Geronto-Geriatria, 2011).

II.3.1. EPIDEMIOLOGIA

Según datos del INEGI (2020). La Información censal de 1990 y 2020 indica que la población de 60 años y más, pasó de 5 a 15.1 millones, lo cual representa 6% y 12 % de la población, respectivamente. Este incremento evidencia el proceso de envejecimiento que se observa a nivel mundial. Por grupo de edad, en 2020, 56% de las personas adultas mayores se ubican en el grupo de 60 a 69 años y según avanza la edad, disminuye a 29% entre quienes tienen 70 a 79 años y 15% en los que tienen 80 años o más.

En el estado de Querétaro se prevé que la población continúe aumentando en la década futura, en 2030 llegara a 2 403 016 habitantes con un ritmo de crecimiento menor, 0.97 por ciento anual. La cual proyecta un aumento en la proporción de población en edades adultas y avanzadas. En el porcentaje del grupo de 65 y más

años de edad respecto a la población total de la entidad, pasando de 6.5 por ciento en 2020 a 9.1 en 2030, el volumen del grupo también aumentará de 139 112 a 218 862 personas en los mismos años. (Llano, 2020)

Se estima que para 2050 se duplicará el número de personas mayores de 60 años a nivel mundial y en la región de las Américas. En 2025, las personas de 60 años y más representarán el 18,6% de la población total de la región. (OPS & OMS, 2020).

II.4 DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA

Se define a la dependencia como un evento que ocurre cuando la capacidad funcional o intrínseca ha disminuido hasta un punto en que la persona ya no puede realizar las tareas básicas de la vida diaria por sí misma. (Salina et al, 2020).

La dependencia se entiende generalmente como el resultado de una discapacidad funcional temporal o crónica en la que un individuo es incapaz de realizar una tarea que podía realizar solo. La dependencia puede también ser entendida como socialmente inducido y construido donde sus orígenes y mecanismo se encuentran en las estructuras sociales, (Timonen, 2020).

II.4.1 EPIDEMIOLOGIA DE DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR

La prevalencia de dependencia en los países de alto ingreso oscila entre el 15 y el 17 % mientras en los países de bajo y mediano ingresos el rango va de 3% al 16 %. En México, se ha reportado que 21.7% de los adultos mayores tienen limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y 5.1% son dependientes. (Salina et al, 2020).

En el año 2015, según el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas, mientras que 14.6% reportó tener dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales. La prevalencia de dificultades es mayor para las mujeres: un 25.1% de las mayores de 60 tiene dificultades para la realización de las actividades básicas (ABVD) y 18.5% para las actividades instrumentales (AIVD), en comparación con 18.6% y 10% en el caso de los hombres, respectivamente. (López & Aranco, 2019)

Un 26.9% de las personas adultas mayores presentó dificultad para realizar al menos una ABVD, 29.6% de las mujeres y 23.8% de los hombres; y 24.6% para realizar al menos una AIVD, 28.4% de las mujeres y 20.3% de los hombres. En ambas condiciones y en todos los casos, las prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad y son mayores en las mujeres. (Maurosis, 2015)

Tabla 1: Porcentaje de población con dependencia por edad y genero

Grupo de edad	ACTIVIDADES BASICA DE LA VIDA DIARIA(ABVD)			ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)		
	Mujeres	Hombre	Total	Mujeres	Hombres	Total
60 y más	25.1	18.6	22.1	18.5	10.0	14.6
60 a 69	18.2	12.0	15.4	10.0	4.6	7.6
70 a 79	26.7	19.9	23.5	21.9	11.9	17.2
80 y más	47.3	39.4	43.7	49.0	27.2	38.6

FUENTE: López-Ortega M, Aranco N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 indica que el cuidado de personas adultas mayores se da en un 80% por miembros cercanos de la familia (esposa o esposo, hijos e hijas), un 6.5% no recibe cuidados de nadie cuando se enferma, y apenas un 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares. Las personas de 60 años y más consideran más difícil conseguir ayuda para que las acompañen a recibir atención médica, que personas de otros grupos etarios. En este grupo de edad las diferencias entre mujeres y hombres son muy bajas (26.9% de los hombres y 27.9% de las mujeres). Las personas en situación de pobreza perciben mayor dificultad que las no pobres 33.8% y 34.4% de hombres y mujeres pobres, respectivamente y 21.7% y 22.9% de los hombres y mujeres no pobre. (Maurois, 2015).

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, promulgada en el año 2002, es el máximo ordenamiento encargado de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores en México, así como de establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. Los cuidados a la dependencia no se incluyen como parte de los derechos fundamentales de los adultos mayores. Si bien se establece que las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores, hasta la fecha esto no se ha visto aún reflejado en políticas o estrategias nacionales específicas. Se asigna, además, como responsabilidad de las instituciones de salud, el garantizar el derecho a la salud y la promoción del autocuidado (López & Aranco, 2019).

II.4.2 DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR

La dependencia de ancianos y niños se percibe de diferente manera. En primer lugar, la de los adultos mayores se concibe como una carga económica que va en constante crecimiento; en contraste, la de los niños se asume como una inversión a futuro. El fenómeno de la dependencia empieza a cobrar mayor relevancia en los actuales sobre el envejecimiento en el país, pues implica pensar y analizar el tema

el tema desde una perspectiva multi y transdisciplinaria, donde además se debe identificar con claridad quien es el adulto mayor dependiente. Hacer énfasis en revestir la imagen negativa que tiene del envejecimiento como sinónimo de enfermedad y dependencia. En el caso de México alrededor de 80% de las personas de 60 años y más es independiente, es libre de cualquier discapacidad, pero es un hecho que casi el 5% de los adultos mayores sufren de dependencia y el 20.7% tienen una discapacidad. Estas cifras adquieren dimensiones más desalentadoras al considerar la influencia del nivel socioeconómico en la dependencia, lo que hace que su potencia con mayor intensidad la vulnerabilidad a la que están expuestos determinados grupos de ancianos. (Gutiérrez et al, 2014).

En el adulto mayor el deterioro de la funcionalidad y autonomía limitan la ejecución de actividades de la vida diaria, situación que impacta en la dinámica familiar y donde se requiere una mayor red de apoyo. (Peña et al, 2019).

II.4.3 CLASIFICACION DE DEPENDENCIA

Dependencia física: Es producto de la pérdida funcional de capacidades corporales o sensoriales, relacionándola con la incapacidad para efectuar actividades básicas de la vida diaria: como vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse, comer, esenciales para el cuidado personal y la autonomía. (Gutiérrez et al, 2014).

Dependencia mental: Concomitante con la dependencia física, se encuentra la asociada con el deterioro de las capacidades de la población adulta. Los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognitiva de los ancianos y conducirlos al deterioro cognitivo o a la demencia, entre otros. Los trastornos de la salud mental son por naturaleza de carácter crónico, progresivo y lento e incluyen aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abusos de sustancias. (Gutiérrez et al, 2014).

Dependencia económica: ocurre cuando una persona pasa de ser un miembro activo económica y laboralmente, a cuando pasa a formar parte de la población inactiva, pasiva o dependiente. (Pérez & Yanguas, 2018).

Dependencia psicológica: es un modelo complejo de interacción personal, en todas sus dimensiones, ambientales y niveles, Así, los factores psicológicos y conductuales desempeñan un papel importante en la génesis, visión y mecanismo de enfrentamiento de la dependencia. (Gutiérrez et al, 2014).

Dependencia social: asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo. (Pérez & Yanguas, 2019).

II.4.4 INSTRUMENTO DE NIVEL DE DEPENDENCIA

La escala conocida como índice de Katz fue publicada en el año de 1958, siendo traducida en español en el año de 1963 por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz. (González et al, 2017).

La independencia funcional en las actividades de la vida diaria se valoró a través de las respuestas al Índice de Katz. Este instrumento permite evaluar el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona mayor en seis actividades de la vida diaria: baño, vestido, uso del sanitario, movilización, incontinencia y alimentación. El Índice de Katz permite la valoración de cada una de las actividades con una escala cualitativa constituida por siete categorías que van de la letra “A” a la “G”, de tal modo de que cuando una actividad está valorada como “A” indica máxima independencia y “G” máxima dependencia. (De Jesús & Guijo, 2012).

La fiabilidad de las pruebas utilizadas ha sido evaluada a través del cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados obtenidos establecen un grado de fiabilidad aceptable de 0,797 en el Índice de Katz. (De Jesús & Guijo, 2012).

Para interpretación del índice puede utilizarse los dos métodos: la escala numérica y la alfabética. con esta última lograríamos una interpretación más descriptiva. en cualquier caso, el orden jerárquico de la escala de Katz establece una equivalencia entre ambos métodos para valoración los grados dependencia en el adulto mayor que resultaría así: grados A-B= 0 a 1 punto, independiente o dependencia leve, grado C-D= 2-3 puntos, dependiente moderada y los grados E-G= 4-6 puntos, dependencia severa. (Álvarez et al,1992).

II.5-DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La OMS define la Calidad de Vida como la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo, utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador, y de las circunstancias externas estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. (Botero & Pico, 2007)

La calidad de vida se define como un estado de bienestar, físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectiva. la satisfacción de las necesidades condiciona la calidad de vida. Estas necesidades son entendidas como actividades de vida que las personas tienen que realizar cotidianamente, en las que influyen factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. (Velázquez, 2021)

Calidad de Vida: es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. (Marcel, 2014)

El concepto de calidad de vida es, un concepto complejo, que suele identificarse con otras nociones relacionadas como el bienestar, la satisfacción con la vida o la felicidad. La calidad de vida depende de las características del área en la que vive las personas, pero también depende de las características sociodemográficas y de sus percepciones. (Martínez et al, 2021).

II.5.1 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (Vera, 2007)

La calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa será vivida como continuación de un proceso vital o se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social. (Peña et al, 2019)

La calidad de vida en el adulto mayor según O'Shea, (2003). como: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en

el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y con relación a sus propios objetivos de vida.

La organización Mundial de la salud define la de calidad de vida, como la satisfacción que ocurre, en el individuo, de aspecto físico y del medio ambiente. Para el adulto mayor percibir la satisfacción de cada uno de estos aspectos es importante para definir su calidad de vida, pues el equilibrio de la interacción de ellos en su vida cotidiana y el contexto en el que viven presenta barreras sociales y culturales que limitan su desarrollo integral. (Nequiz y Munguía, 2017)

La calidad en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar el aumento de la calidad es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad. La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspecto tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. (Quintana, 2010).

La calidad de vida es un concepto multidimensional que está influenciado por variables socioeconómicas, estilos de vida, condiciones físicas y de salud, vivienda, satisfacción personal y entorno social en el que el adulto mayor se desenvuelve. (Flores et al, 2018)

Para lograr una adecuada calidad de vida en el adulto mayor, es decir, una longevidad satisfactoria es necesario que la persona comprendida en esta edad sepa cómo llevar estilos de vida equilibrados, que propicien salud para una mayor autonomía e independencia en sus decisiones, actividades y que faciliten el autocuidado. (García et al, 2020)

II.5.2 EPIDEMIOLOGIA DE CALIDAD DE VIDA

La percepción sobre la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores, y solo el 10.1% fue alta. Mas de la mitad de los adultos mayores (63.7%)

La autopercepción sobre la calidad de vida fue deficiente en el grupo > 81 años de edad (60%), de 71 a 80 54.9%, 60-70 35.8%. La dimensión de salud física se encontró una media de 39.32, en la salud psicológica 42.67, en relaciones sociales 39.32, y en medio ambiente 37.4. (Flores et al, 2018).

Se analizaron en un total de 1949 casos y los resultados de dicho análisis permiten afirmar que el 42.6 % de la población presenta calidad de vida de alta a muy alta, sin embargo, el 25 % del total de los adultos mayores en estudio caen la categoría de nivel medio y el resto 34.4% corresponde a niveles bajo y muy bajo. (Soria & Montoya, 2017).

En lo que respecta al nivel de calidad de vida por sexo, el género masculino presenta mejores condiciones. Se observa que 22.30% de los hombres presentan calidad de vida muy alta, el 23.15% alta, 23.47% media, 14.06% baja, 17.02 muy baja, mientras que el porcentaje es menor en las mujeres, con 12.36% muy baja, 27.52% alta, 26.42% media, 14.36% baja y 19.34% muy baja; de modo que es posible asumir que la variable sexo tiene cierta influencia en la calidad de vida. (Soria & Montoya, 2017).

II.5.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

De acuerdo al Programa Médico de Asistencia a la salud, (2020). Salud física hablamos sobre el estado de salud de las personas, los cuidados que requiere y la prevención de enfermedades, de igual modo interviene la higiene personal y la imagen que damos frente a otros, todo con el objetivo de sentirnos bien de manera holística, es decir, tanto interna como externamente.

Salud Psicológica: Siempre ha estado muy presente en la medición de la calidad de vida. Aspecto como la autoestima, la depresión o la ansiedad son evaluados con el objetivo de determinar la independencia, la autonomía y el control

del individuo sobre su vida y, por lo tanto, estima sus niveles de bienestar y de satisfacción con la vida. (Martínez et al, 2021).

Relación social: Se refiere a la habilidad del individuo de interactuar eficazmente con otros y el ambiente, dado que se satisfaga las relaciones personales e interpersonales. Puede considerarse como virtudes, destrezas o perspicacias sociales. Aquellos que poseen un bienestar social apropiado pueden integrarse efectivamente en su medio colectivo. Se caracteriza por tener buenas relaciones con otros, una cultura que apoya al individuo y adaptaciones exitosas en el entorno físico, cultural y social. (Lopategui, 2016).

Salud ambiental.: la salud se enfoca hacia los medios empleados por el ser humano para poder adaptarse ante los cambios ambientales continuos que ocurren diariamente. Se refiere al proceso que todo individuo sigue para tomar decisiones correctas que ayuden a la calidad del ambiente ecológico donde se vive. La salud ambiental implica poder protegerse ante los diversos contaminantes que se encuentran en la tierra, agua, aire, en los alimentos y en otros productos que se utilizan en el trabajo y el hogar. (Lopategui, 2016).

II.5.4 INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

El cuestionario de calidad de vida, versión breve de WHOQOL BREF fue traducida en versión español en 1998 por Lucas Carrasco, para medir la calidad de vida sin importar las diferencias entre culturas de diferentes países. (López et al, 2016).

Esta escala está compuesta por 26 ítem: las dos primeras preguntas son independiente e indagar la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y salud respectivamente, los 24 restantes evalúan cuatro dimensiones específicas de la calidad de vida: física (ítems 3, 4,10,15,16,17 y 18), psicológica (ítem 5,6,7,11,19 y 26), social (ítems 20,21,22) y ambiental (ítems 8,9,12,13,14,23,24,25).

Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5; mientras más alta sea la puntuación asignada, más alta será la calidad de vida. Se invierte los puntajes de los ítems negativos (3,4 y26) y los puntajes totales obtenidos se convierten en una escala de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre dominios, ya que estos están compuestos entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos. La puntuación de la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores se clasificó en deficiente cuando se encontró entre 0 y 2.99, aceptable de 3 a 3.99 y alta entre 4 y El alfa de Cronbach para cada dimensión fue: físico 0.82, psicológico 0.81, mental 0.80 y social 0.68. (Flores et al, 2018).

II.6 DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE CURSO CON COVID 19.

De acuerdo al estudio de Fernandez et al, (2022) se aplicó a 50 adultos mayores de 65 años en adelante los test de Barthel donde se observa que el 66% de este grupo corresponden al sexo femenino y el 34% al sexo masculino. Los rangos de edades corresponden el 60% al de 70 a 79 años, el 24% de 80 a 89 años, el 14% de 60 a 69 años de edad y finalmente el 2% de 90 a 99 años; en cuanto a la escala de Barthel, obteniendo el 44% independencia, el 40% dependencia moderada, el 12% dependencia escasa y un 4% dependencia severa, los resultados nos permite observar que hay un grupo pequeño que requieren atención prioritaria por la dependencia severa, sin dejar de observar que la dependencia moderada va en aumento por las enfermedades crónico degenerativas y que al final van a requerir de mayor apoyo para realizar sus actividades diarias.

Se realizó un estudio correlacional transversal, retrospectivo durante los años 2020 y 2021 en Perú. La muestra fue por conveniencia, quedó conformada por 404 participantes mayores de 60 años, positivos para COVID-19 mediante comprobación rápida o molecular, los participantes fueron atendidos en el servicio de geriatría del hospital. Los cuales el 138 (34,2%) fueron mujeres y 266 (65,8%) fueron hombres con una edad media de 69 años. El 45.8% no participa de

actividades comunitarias y el síntoma remanente después del COVID-19 fue dificultad para respirar (43,6%). Se observó que presentar un grado de dependencia funcional tipo moderado reduce 73% la probabilidad de poseer una calidad de vida alta ($PR_c = 0,27$; p -valor $< 0,001$; IC 95%: 0,14-0,47) y que el tener una dependencia grave aumenta 93% la probabilidad de poseer una calidad de vida baja ($PR_a = 0,07$; p -valor $= 0,007$; IC 95%: 0,00-0,30). En cuanto al análisis multivariable, comparando calidad de vida y dependencia funcional se observó que el tener una incapacidad funcional severa actúa como un factor predisponente a poseer una calidad de vida baja ($PR_a = 0,14$; IC 95%: 0,07-0,25).

III.-Hipótesis

- **Ho.** La prevalencia de dependencia en el adulto mayor que cursó con COVID 19 es igual o menor del 26.9%.
- **Ha.** La prevalencia de dependencia en el adulto mayor que cursó con COVID 19 es mayor del 26.9%.
- **Ho.** La prevalencia de deficiente calidad de vida en el adulto mayor que cursó con COVID 19 es igual o menor del 34.4%
- **Ha.** La prevalencia de deficiente calidad de vida en el adulto mayor que cursó con COVID 19 es mayor del 34.4%.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con COVID 19 en la unidad de medicina familiar no 7.

IV.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de dependencia en el adulto mayor que cursó con COVID 19 en la Unidad de Medicina Familiar No.7.
- Determinar la prevalencia de calidad de vida en el adulto mayor que cursó con COVID 19 en la Unidad de Medicina Familiar No.7

V. Material y métodos

V.1 Tipo de investigación

Estudio Transversal Descriptivo.

V.2 Población o unidad de análisis

Adulto mayor de 60 años y más, que curso con COVID19 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.7, San Juan el Río, Querétaro.

V.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para población infinita de porcentaje, con un nivel de confianza de 95% de una cola $Z_{\alpha} = 1.64$, con proporción (prevalencia) establecida en hipótesis ($P = 0.344$), la no ocurrencia del evento ($q = 0.656$) y con un margen de error en hipótesis de proporción ($d = 0.05$), con una muestra total de 243 individuos ($n = 243$).

V.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 60 años y más, que curso con COVID 19 durante el año 2020 - 2022
- Aceptar participar en el proyecto con firma del consentimiento informado
- Ser adscrito de la Unidad de Medicina Familiar No.7

Criterios de exclusión

- Adulto mayor que presente alguna condición de dependencia por alguna otra comorbilidad o condición. (discapacidad visual, auditiva o que presente enfermedades crónicas terminales).

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

V 3.2 Variables estudiadas

Entre las variables cualitativas sociodemográficas que fueron estudiadas tenemos al género, la escolaridad, el estado civil, la ocupación la religión y las enfermedades crónico-degenerativas.

Las variables cuantitativas discretas y continua como la edad, el peso, la talla, y la dosis de vacunas covid 19.

Dentro del rubro de dependencia se estudió las variables cualitativas ordinal: independiente o dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa y calidad de vida de forma, deficiente, aceptable o alta y sus dimensión con variables cuantitativas continua con dimensión física, psicológicas social y ambiental.

Dentro del rubro de covid 19 se estudió las variables cualitativas ordina como leve, moderada y severa.

V.4 Técnicas e instrumentos

Para evaluar la dependencia en los paciente que curso con covid 19 se utilizó el instrumento titulado índice de Katz, Este instrumento permite evaluar el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona mayor en seis actividades de la vida diaria: baño, vestido, uso del sanitario, movilización, incontinencia y alimentación. El Índice de Katz permite la valoración de cada una de las actividades con una escala cualitativa constituida por siete categorías que van de la letra "A" a la "G", de tal modo de que cuando una actividad está valorada como "A" indica máxima independencia y "G" máxima dependencia. (De Jesús & Guijo, 1998).

Para interpretación del índice puede utilizarse los dos métodos: la escala numérica y la alfabética. con esta última lograríamos una interpretación más descriptiva. en cualquier caso, el orden jerárquico de la escala de Katz establece una equivalencia entre ambos métodos para valoración los grados dependencia en el adulto mayor que resultaría así: grados A-B= 0 a 1 punto, independiente o dependencia leve, grado C-D= 2-3 puntos, dependiente moderada y los grados E-G= 4-6 puntos, dependencia severa. (Álvarez et al, 1992).

La fiabilidad de las pruebas utilizadas ha sido evaluada a través del cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados obtenidos establecen un grado de fiabilidad aceptable de 0,797 en el Índice de Katz. (De Jesús & Guijo, 1998).

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario de WHOQOL- BREF, Esta escala está compuesta por 26 ítem: las dos primeras preguntas son independiente e indagar la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y salud respectivamente, los 24 restantes evalúan cuatro dimensiones específicas de la calidad de vida: física (ítems 3, 4,10,15,16,17 y 18), psicológica (ítem 5,6,7,11,19 y 26), social (ítems 20,21,22) y ambiental (ítems 8,9,12,13,14,23,24,25). Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5; mientras más alta sea la puntuación asignada, más alta será la calidad de vida. Se invierte los puntajes de los ítems negativos (3,4 y26) y los puntajes totales obtenidos se convierten en una escala de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre dominios, ya que estos están compuestos entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos.

La puntuación de la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores se clasificó en deficiente cuando se encontró entre 0 y 2.99, aceptable de 3 a 3.99 y alta entre 4 y El alfa de Cronbach para cada dimensión fue: físico 0.82, psicológico 0.81, mental 0.80 y social 0.68. (Flores et al, 2018).

V.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de Ética e Investigación, se solicitó la autorización a las Autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7, para realizar la investigación.

Se llevo a cabo un estudio de tipo observacional, transversal descriptivo prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar No 7, San Juan del Rio, Querétaro evaluando el nivel de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso

con COVID 19. Se analizaron las variables: dependencia, calidad de vida a través de los instrumentos de medición de índice de Katz y calidad de vida (WHOQOL-BREF).

El procedimiento se llevó a cabo en una aula privada de la Unidad de Medicina Familiar No.7 con una duración aproximadamente de 30 minutos.

Se acudió en horario laboral a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 San Juan del Rio de la Delegación de Querétaro.

1.- Se seleccionaron los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, y que se encontraron en sala de espera, después de acudir a su cita médica, se les invito a participar en el protocolo de investigación.

2.- Otra alternativa para la localización de los pacientes adultos mayores con antecedente de COVID 19 será por medio de un listado nominal por medio de ARIMAC en dónde se identificarán a los pacientes que cursaron con covid 19, y se seleccionaran los que cumplan con los criterios de inclusión, se identificara su número telefónico por medio del SIMF para localizarlos e invitarlos a participar.

3.-Se explico al paciente sobre el objetivo del estudio, la aplicación de los instrumentos y los beneficios que adquiriría de decidir participar en el mismo.

4.- Una vez que el paciente aceptó participar en el estudio de investigación, se le invito a pasar a un aula del área de educación.

5.-Posteriormente se procedió a la firma de la hoja del consentimiento informado con los detalles del estudio por escrito.

6.- Se aplicaron los instrumentos de actividad básica de la vida diaria (Katz) y calidad de vida (WHOQOL-BREF)

7.- Se explico la dinámica de las encuestas y la forma del llenado de cada una

de las preguntas

8.- Se resolvieron las dudas que vayan surgiendo hasta que quedaran claras.

9.- Por último, se evaluó la dependencia y calidad de vida y se recabaron los datos sociodemográficos en la hoja de recolección de datos, posteriormente se concentraron en una base de datos para su posterior análisis.

V.5.1 Análisis estadístico

En los análisis estadísticos de esta investigación se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, específicamente, se analizaron los datos cualitativos mediante el uso de frecuencia y porcentaje, mientras que los datos cuantitativos se utilizaron la media, mediana y desviación estándar. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas o gráficos e intervalos de confianza para estimar la precisión de las estimaciones de los promedios y porcentajes.

Como fuente de análisis se utilizará el programa SPSS.

V.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempla la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentará para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizo solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respeta el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la

persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Así mismo de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, el estudio corresponde a una investigación sin riesgo. Ya que son estudios que emplea técnicas y métodos de investigación documental, y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera: cuestionario, entrevista, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Es importante aclarar, que el participante tuvo derecho de decidir no participar en el estudio, o abandonar la investigación en cualquier momento, incluso si contamos con su previa autorización, por lo que se contará con consentimiento informado cada participante. Esta decisión no repercutirá en ningún momento en su atención Médica en la Unidad de Medicina Familiar o Institucional.

Se trabajo con un solo grupo de estudio conformado por aquellos pacientes adultos mayores que cursaron con COVID 19 durante la pandemia. En la cual se convocó en la Unidad de Medicina Familiar No. 7, ubicándolos en un aula de forma libre y privada. Se realizo un cuestionario de índice de Katz y WHOQOL-BREF, con previo consentimiento informado, en el cual se aplicó al participante en un tiempo de 30 minutos.

Algunos reactivos de las pruebas psicológicos podrían provocar incomodidad, sentimiento de angustia, desesperación o molestia, en dado caso de que el participante presentara estrés, ansiedad o alguna otra alteración. Se presto la atención médica de forma inmediata en el servicio de Atención Medica Continua Unidad de Medicina Familiar No.7. Entren los beneficios que se obtengan el

participante es el que conocerá la prevalencia de dependencia y calidad de vida con la finalidad de poder generar estrategias como redes de apoyo social.

Si el paciente desea conocer los resultados, estos fueron otorgados al final de la aplicación de los cuestionarios. En caso de encontrar resultados negativos como dependencia y/o mala calidad de vida y si el paciente lo autoriza serán derivados a Trabajo Social para su atención correspondiente.

A los cuestionarios aplicados se asignaron un número de folio con la finalidad de mantener la confidencialidad de los datos.

Al concluir el estudio de investigación se hará el resguardo de la información por un lapso de 5 años, en el área de enseñanza con el coordinador clínico de educación e investigación en salud, los instrumentos utilizados serán resguardados de manera confidencial en archivo donde solo tendrá acceso el Coordinador y el investigador, el análisis estadístico y la base de datos será encriptado y resguardado en computadora personal.

VI. Resultados

Se estudiaron un total de 246 pacientes de la UMF No. 07 de la dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que cursaron con covid 19. A continuación se muestra los resultados de esta investigación:

La media de edad es de 69 años (IC 95%; 68.29-70.10), con una desviación estándar de ± 7.216 . El peso se encontró con una media de 71.36 kilogramo (IC 95%; 69.65-73.06) con una desviación estándar de ± 13.57 y la talla con una media de 1.59 m (IC 95%; 1.58-1.60) con una desviación estándar de ± 0.093 .

De acuerdo con el sexo predomina el género femenino en adultos mayores con un 55.3% (IC 95%; 49.03-61.54). Cuadro 1.

Cuadro 1. Descriptivo sobre Sexo en Adulto Mayor

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Femenino	136	55.3	49.03	61.54
Masculino	110	44.7	38.46	50.97

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

Dentro de las ocupaciones de los adultos mayores que cursaron con covid 19 el 40.7% (IC 95%; 34.47-46.83) son pensionados y jubilados, seguida del 34.1% (IC 95%;28.18-40.11) se dedican al hogar. Cuadro 2.

Cuadro 2. Descriptivo sobre Ocupación de los adultos mayores

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Pensionados/Jubilados	100	40.7	34.47	46.83
Hogar	84	34.1	28.18	40.11
Empleados	45	18.1	13.43	23.16
Desempleados	10	4.1	1.58	6.55
Obreros	5	2	0.26	3.81
Profesionista	2	0.8	-0.32	1.94

n= 246

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

De acuerdo con el nivel de escolaridad en este estudio es de 36.2% (IC al 95%; 30.13-42.23) primaria, seguida de 26.8% (IC al 95% 21.25-32.40) secundaria.

Cuadro 3.

Cuadro 3. Descriptivo sobre Escolaridad en el adulto mayor

n= 246				
	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Primaria	89	36.2	30.13	42.23
Secundaria	66	26.8	21.25	32.40
Preparatoria	43	17.5	12.70	22.26
Licenciatura	17	6.9	3.72	10.10
Sin escolaridad	31	12.6	8.43	16.78

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no 7.

En relación al estado civil de los pacientes estudiados se encontró que el 69.9% (IC del 95%; 64.15-75.69) de la que son casados seguido de 16.3% (IC del 95%11.62-20.90) son viudos. Cuadro 4.

Cuadro 4. Descriptivo sobre Estado civil en el adulto mayor

n= 246				
	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Soltero	17	36.2	3.72	10.10
Casado	172	26.8	64.15	75.69
Divorciado	10	17.5	1.58	6.55
Separado	7	6.9	0.75	4.94
Viudo	40	12.6	11.62	20.90

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no.7.

Se identifico que en la variable de religión el 74.8% (IC al 95%; 69.33-80.29) de la población de adultos mayores que cursaron con covid 19 pertenecen a la religión católica seguida del 11% (IC al 95%; 7.04-14.91) cristiana. Cuadro 5.

Cuadro 5. Descriptivo sobre Religión

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Católica	184	74.8	69.33	80.26
Cristiana	27	11	7.04	14.91
Testigo de Jehová	15	6.1	3.09	9.11
Mormón	4	1.6	0.03	3.22
Ateo	14	5.7	2.78	8.61
Otros	2	0.8	-0.32	1.94

n= 246

*Otros= Evangelista y Judío

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

En relación con las enfermedades crónico degenerativo en los adultos mayores que cursaron con covid 19 se encontró que el 63.4% (IC al 95%; 57.35-69.48) son hipertenso, seguido del 40.2% (IC al 95%; 34.07-46.41) que son diabéticos. Cuadro 6.

Cuadro 6. Descriptivo de Enfermedades Crónico Degenerativo en el adulto mayor

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Diabetes Mellitus	99	40.2	34.07	46.41
Hipertensión Arterial	156	63.4	57.35	69.48
Obesidad	63	25.6	20.12	31.10
Dislipidemia	16	6.5	3.40	9.61
Asma	1	4	0.39	1.21
Cardiacas	25	10.2	6.36	13.96
Ninguna	26	10.6	6.70	14.44
Otros	24	9.8	6.02	13.49

*Otros: Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC), Hipotiroidismo, Artritis Reumatoide, Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

En relación con la variable covid 19 el 100% de la población adulto mayor fue vacunada con el 44.7% (IC al 95%; 38.46-50.97) recibieron tercera dosis seguida de 35% (IC al 95%; 28.96-40.96) que recibieron cuatro dosis. Cuadro 7. La cual presenta predominio de sintomatología leve con un 87.4% (IC al 95%; 83.22-91.57). Cuadro 8.

Cuadro 7. Descriptivo de Dosis de Vacunación COVID 19

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Primera Dosis	1	0.4	-0.39	1.21
Segunda Dosis	49	19.9	14.89	24.94
Tercera Dosis	110	44.7	38.46	50.97
Cuarta Dosis	86	35	28.96	40.96

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7

Cuadro 8. Descriptivo de sintomatología de COVID 19 en el adulto mayor.

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Leve	215	87.4	83.22	91.57
Moderado	25	10.2	6.36	13.96
Severo	6	2.4	0.50	4.38

n= 246

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7

De acuerdo a las actividades básicas de la vida diaria. Aplicando el instrumento de índice de Katz se encontró en los adultos mayores que el 94.7% (IC al 95%; 91.90-97.53) son independientes o presenta una dependencia leve. Cuadro 9.

Cuadro 9. Actividad básica de la vida Diaria en el Adulto Mayor.

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Independiente o Dependencia Leve	233	94.7	91.90	97.53
Dependencia Moderada	11	4.5	1.87	7.07
Dependencia Severa	2	0.8	0.32	1.94

n= 246

Fuente: Hoja de actividad básica de la vida diaria (índice de Katz). Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

En relación de la variable de calidad de vida se encontró que el 45.5% (IC al 95%; 39.26-51.80) es deficiente. Cuadro 10. Y de acuerdo con sus dimensiones, la media de dimensión de salud física es del 56.82 (IC al 95%; 55.23-58.40) con una desviación estándar de ± 12.64 , dimensión salud psicología de 58.97 (IC al 95%; 57.71-60.23) con desviación estándar de ± 10.05 , dimensión de salud social de 55.11 (IC al 95%; 53.23-56.98) con desviación estándar de ± 14.89 , dimensión de salud ambiental de 57.48 (IC al 95%; 56.41-58.55) con desviación estándar de ± 8.53 . Cuadro 11.

Cuadro 10. Percepción de la Calidad de vida

	Frecuencia	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Deficiente	112	45.53	39.26	51.80
Aceptable	99	40.24	34.07	46.41
Alta	35	14.23	9.83	18.62

n= 246

Fuente: Recolección de datos de escala de calidad de vida de WHOQOL- BREF. Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

Cuadro 11. Dimensiones de Calidad de Vida

n= 246

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	IC de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Salud física	28.57	77.14	56.82	12.64	55.23	58.40
Salud psicológica	40	80	58.97	10.05	57.71	60.23
Relación Social	20	80	55.11	14.89	53.23	56.98
Medio Ambiente	32.50	75	57.48	14.89	56.41	58.55

Fuente: recolección de datos de escala de calidad de vida de WHOQOL- BREF. Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7.

Dentro de las variables de investigación de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que cursaron con covid 19 con un 40.7% que son independiente o que tienen una dependencia leve con una calidad de vida deficiente. Cuadro 12

Cuadro 12. Dependencia y Calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19.

		CALIDAD DE VIDA					
		Deficiente		Aceptable		Alta	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
DEPENDENCIA	Independiente	100	40.7	98	39.8	35	14.2
	o Dependencia Leve	10	4.1	1	0.4	0	0
	Dependencia Moderada	2	0.8	0	0	0	0
	Dependencia Severa						

n=246

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: Dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que curso con covid 19 en la UMF no. 7

VII. Discusión

En este estudio la media de edad es de 69 años, con un rango de edad de 58.53% correspondiente de 60 a 69 años de edad. De acuerdo al estudio realizado por Fernández et al. (2022) encontró con una población de 50 adultos mayores con un rango de edad en dependencia y calidad de vida que cursaron con covid 19 corresponde de un 60% de 70 a 79 años de edad seguida de un 24 % de 80 a 89 años de edad. Suarez et al. (2020) realizó un estudio de 241 adultos mayor que cursaron con covid con una media de edad de 70 años de edad, con un rango de 60 a 64 años.

Correspondiente al género Pineda et al (2020), analizaron que el predominio es del sexo masculino de 48.7%, pero si embargo de acuerdo a las investigaciones de un estudio de 50 adultos mayores se encontró que el predominio de sexo era en mujeres con un 66%. Al igual del estudio de Suarez et al (2020). Predominaron los paciente del sexo femenino. Un análisis que se remite a los resultados proporcionado por 8 países presento la incidencia es más elevada en las mujeres que en los hombre con un 43% frente a un 38.8. (Hunchuan, 2020). Con lo que concuerda con este tipo de estudio predominando del sexo femenino con un 55.3%.

Se encontró de acuerdo a ocupación en paciente con covid 19 con predominio de adultos mayores que trabajan en un 22.4% seguido de un 21.2 que son amas de casa. (Suarez et al, 2020). En comparado con los resultados de este estudio el 40.3% son jubilados o pensionados, seguidas de amas de casa.

De acuerdo al estudio realizado a 241 pacientes adultos mayor con covid 19 en Cuba respecto con la escolaridad se encontró que el 26.6%, seguida de 21.9 %, (Suarez et al, 2020). En comparación con este estudio concuerda el predominio de la escolaridad primaria.

En cuanto al estado civil se puede observar en el estudio de Guamán & Sotomayor (2022). Se observa que el 46% son casados, el 32 % son solteros y un 22% son viudos. (pp. 1443), lo que concuerda con este trabajo que predomina el estado civil casados con un 69.9 % seguido de 16.3% que son viudos.

Respecto a la religión no se encuentra estudios en relación con las variables de dependencia y calidad de vida post covid en adulto mayor, en calidad de vida por separado por ejemplo Flores et al (2018) estudio a 99 adultos mayores con predominio de la religión católica.

Las enfermedades crónicas en las diferentes investigaciones se encontraron que la principal comorbilidad es la hipertensión arterial sistémicas, como en el estudio de Fernández & Guamán (2022), con una población de 50 adultos mayores con un 42%, (pp.1444), y de acuerdo a la investigación de Reyes et al (2020) en una población de 404 adultos mayores con un 47%. (pp.24), lo cual podemos observar que concuerda con este trabajo de investigación en la unidad de medicina familiar no. 7 con un 63.4%.

De acuerdo al estudio de Suarez et al (2020). El 52.3% presentaron sintomatologías leves a moderados. Seguido de modo asintomático con un 33.6% (pp.6). En este trabajo concuerda con la sintomatología leve con un 87.4%.

En México, se ha reportado que el 27.7 % de los adultos mayores tienen limitaciones en las actividades básicas de la vida y el 5.1% son dependientes. (Salinas et al, 2020). En investigaciones de López & Aranco, (2019), reporto que el 25.1 % de las personas mayores de 60 años experimenta dificultad para al menos una de las actividades básicas de la vida, con prevalencia de dependencia mayor en mujeres, en comparación con un 18.6% en caso de los hombres. (pp.12). por ejemplo, Maurosis, (2014). encontró un 26.9% de las personas adultas mayores con

dificultad de las la ABVD, de predominio en mujeres y en comparación con los hombre de un 23.8%. (pp 21). En este trabajo encontramos que el 94.7% de los adultos mayores tienen independencia o dependencia leve.

La percepción sobre la calidad de vida en la investigación de Flores et al (2018). Analizaron a una población de 99 adultos mayores con resultados de una calidad de vida deficiente en el 43.5% y solo el 10.1% fue alta. Con lo que respecta a las dimensiones de la salud se encontró una media de 39.32, en la salud psicológica 42.67, en relación sociales 39.32 y en medio ambiente 37.4 (pp. 85). En comparación en el caso de Soria & Montoya (2017). Se analizaron en un total de 1949 casos encontraron que el 42,6% de la población presenta calidad de vida alta, el 25% en estudio caen en la categoría de nivel aceptable y el resto de 34.4% en nivel deficiente. En el estudio que se realizó en la unidad de medicina familiar se encontró con una prevalencia de 45.5% en adultos mayores con calidad de vida deficiente seguida de 40.2% aceptable. De acuerdo a las dimensiones de salud físicas encontramos una media de 56.82, salud psicológica 58.97, relación social 55.11, medio ambiente 57.48.

En un estudio peruano de dependencia funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores post covid 19 en un hospital geriátrico, de los resultados con predominio fueron mujeres con un 34.2%, con una edad media de 69 años, Se observo que presenta un grado de dependencia funcional de tipo moderado, reduce el 73% la probabilidad de poseer una calidad de vida alta. En cuanto al análisis multivariantes, comparando calidad de vida y dependencia funcional se observó que le tener una incapacidad funcional severa actúa como un factor protector predisponente a poseer una calidad de vida baja (Mayuri, 2023). En comparación con este trabajo encontramos que son independiente o tienen algunas dependencia leve, sin embargo, con una perspectiva de la calidad de vida deficiente en un 40.7%.

VIII. Conclusiones

En el adulto mayor con covid 19 el promedio de edad es de 69 años, con predominio de género femenino.

Respecto a la ocupación de los adultos mayores que cursaron con covid 19, están pensionado o jubilados, con predominio en escolaridad primaria. En relación con el estado civil son casados, perteneciente a la religión católica.

Hay una homogeneidad en la variable de las enfermedades crónicas degenerativas como es la hipertensión arterial sistémicas ya que concuerda con otras investigaciones anteriores.

Los adultos mayores presentan una vida independiente o una dependencia leve en algunas de las actividades diaria de la vida posterior a la pandemia. (94.7%).

En relación con la variable de calidad de vida a comparación con otros estudios de investigación en este estudio presenta aumento de la deficiencia de la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor (45.5%). De acuerdo con las diferente dimensiones de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor que curso con covid 19 con una media en salud física de 56.82, salud psicológica 58.97, relación social 55.11, media ambiente 57.48 con una percepción aceptable de acuerdo a las dimensiones.

En cuanto a COVID 19 en el periodo 2021 a 2023 el 100% de la población de adultos mayor ya contaba con vacuna con la mayoría de tercera dosis, lo cual se disminuyó la sintomatología severas a leve.

La adultos mayores que cursaron con covid 19 con una independencia o una dependencia leve manifestaba que tenían una percepción de la calidad de vida deficiente.

Este estudio realizado nos ayudo mucho en conocer el grado de dependencia y la percepción de la calidad de vida que tienen los adultos mayores después de la pandemia, ya que de acuerdo a gastos generados en servicios de salud y cuidados en la familias por ser dependiente representa un gran reto para el sistema de salud en cuanto al financiamiento, puesto que representa altos costos. Se estima que el 15 % de las personas mayores en el país se encuentra en esta condición que los lleva a depender de los cuidados de su familia o de especialidades. Cuando las personas tienen incapacidad para realizar una actividad básica de la vida diaria los gastos oscilan los 8 mil 34 pesos trimestrales, mientras para realizar actividades instrumentadas el gasto es de 5 mil 708 pesos. En futuros estudios se podría continuar para saber si la vacuna covid 19 ayudo a no llegar a un dependencia severa.

En cuanto a la deficiencia de la calidad de vida nos ayudó a saber mediante el instrumento de WHOQOL BREF que desconoce temas como relaciones sociales, descuentos de servicios públicos y redes de apoyo para poder tener una mejor percepción de la calidad de vida.

a. Propuestas

Concientizar sobre el cuidado integral del adulto mayor para mejorar la percepción de la calidad de vida de esta población, promoviendo un envejecimiento saludable (estabilización de enfermedades crónico degenerativa), con el objetivo de disminuir el riesgo de dependencia precoz.

Mejorar el programa empleado por el servicio de Trabajo Social como el de “Envejecimiento Activo” para tratar los temas de la vejez, como actividad física, alimentación correcta, redes de apoyo y autoconocimiento de las relaciones sociales y sobre descuentos de los servicios públicos (agua, luz y transporte) para que tengan una mejor percepción de la calidad de vida.

Promover la detección oportuna mediante la aplicación de cuestionarios de calidad de vida y actividades básica de la vida diaria en esta población

Fortalecer los criterios de envío a segundo nivel al servicio de geriatría y psicología para su valoración integral

X. Bibliografía

Álvarez M, Alaiz A.T., Brun E. (1992). Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atenc. Prim.*; 10: 812-815. <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>

Beeching, N.J. Fletcher, T. E., Fowler R. (2021). Enfermedad de coronavirus 2019 (COVI 19). <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201>

Botero- Mejía B.E., Pico-Merchán M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 12(1); 11-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>

Comisión Económica para América latina y el caribe. (2020). Desafío para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de covid-19. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46487/1/S2000723_es.pdf

De Jesús -Martins M.R, Guijo-Blanco V. (2012).Evaluación Funcional en la vejez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*: 3(1):329-336. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832338033.pdf>.

Diaz Castrillón F. J., Toro Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID 19: el virus, la enfermedad y la pandemia. 24 (3); 183-205. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>.

Escudero X, Guarner J, Galindo Fraga A, Escudero Salamanca M, Alcocer Gamba M.A. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) situación actual e implicaciones para México. *Arch Cardiol. Mex.*90 (2); 7-14 <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v90s1/1405-9940-ACM-90-Supl-7.pdf>

Fernández–Bedoya, J. S., Guamán-Zumba, B. L., Sotomayor- Preciado, A. M.

(2022). Impacto Post Covid 19 en la calidad de vida del adulto Mayor. *Pol.Con.* 7(8);1439-1455. [Dialnet-ImpactoPostCovid19EnLaCalidadDeVidaDelAdultoMayor-9042785.pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042785)

Flores-Herrera B.I, Castillo-Muraira Y, Miranda- Posadas C, Peralta- Cerda E.G, Durán Badillo T. (2018). Percepción de los adultos mayores de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar.; *Rev. Enferm Inst Mex. Seguro Social*; 26(2): 83-88. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>

García-López L.E, Quevedo-Navarro M, La rosa -Pons Y., Leyva- Hernández A. (2020). Calidad de vida percibida por adultos mayores. *ECIMED.* 27(1): 16-24. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2020/cmh201c.pdf>

González – Rodríguez, R., Gandoy – Crego, M., Clementes – Diaz, M. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación mas utilizados. 28 (4); 184. <http://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00184.pdf>

Guía clínica para el tratamiento de la COVID 19 en México. (2021). https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf

Guía de Práctica Clínica de Valoración Geronto-Geriatría Integral en el adulto mayor ambulatorio. (2011) Evidencia y recomendaciones, México. Instituto Mexicano de Seguro Social <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>

Gutiérrez-Robledo L.M.F., García- Peña M.C., Jiménez- Bolón J.E. (2014) Envejecimiento y dependencia; realidades y previsión para los próximos años. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y->

[dependencia.pdf](#)

Huenchuan S. (2020). COVID19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf

Informe Técnico Diario COVID-19 México Subsecretaria de Prevención y Promoción de la salud. (2021). <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf

Llano-López E. (2020). Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF9 IMSS, Querétaro. (Tesis de investigación). Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro. <http://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/2184/1/MEESC-266905-0620-829-Edwin%20Llanos%20Lopez.pdf%20%20-A.pdf>

Lopategui -Corsino E. Conceptos generales de salud. (2016). http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf

López- Huerta, J. A., González – Romo, R. A., Tejeda – Tayabas, J. M. (2016). Propiedades Psicométricas de la versión en Español de la escala de vida Whoqol Bref en una muestra de adultos mexicanos. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-09/R44-Art9.pdf>

López-Ortega M, Aranco N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección social y salud, México. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf

Marcel W.M. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How To Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.*; 20(3):167-180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257148/pdf/sci-20-167.pdf>

Martínez- Roget, F, Gandoy-Creyo M, López-Rodríguez L, Vázquez-Sampayo B. (2021). Estudio sobre el impacto de la covid 19 en la calidad de vida de las personas mayores. https://reader.xebook.es/index.php?_anyIpIm2mq9vqmyZpNjNhWWEqXS1uaDbn6ibxZupnFZoenh5g4rFq2nVbsyep9Zl4J4dbKGnKlypWueoKqag2h8eqWJh57ab6RqyKCuml9nuLKquMCXqKPmpJugqt6RorW4dMDCyeKfrHObm6mlhaC5tLrAxNvo dMN8rA%253D%253D&sna=SqableJant&sid=5nliek13jsl567tmpkr3mmcmf9

Maurois A. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Mc Intosh K. (2021). COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=COVID-19:%20Epidemiolog%C3%ADa,%20virolog%C3%ADa%20y%20prevenci%C3%B3n&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=

1

Nequiz-Jasso J.M., Munguía- Gómez A. (2017). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria Reforma. *Enf Neurol.* 16(3): 167-175. <https://reventerferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/245/245>

Organización de las Naciones Unidas (2022). Envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización Mundial de la salud. Informe Básica sobre la COVID19. (2020). <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Actualización Epidemiológica. Enfermedad por coronavirus (COVID 19). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54539/EpiUpdate22July2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la salud. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

O'shea E (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Febr 2003. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/mejoradecalidad.pdf>

Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza L.I., Ávila L.R., Pérez-Cabañas R, Onofe-Ocampo D.A., Cruz -Arteaga I.A. (2019). Calidad de vida en Adultos Mayores de Guerrero, México. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-113.pdf>

Pérez-Sabinova M, Yanguas-Lezaun J.J. (2018). Dependencia, personas

mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones <https://www.redalyc.org/pdf/167/16714109.pdf>

Pinazo Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID- 19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 55 (5);249-252. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>

Pineda López R.F., García Gasca M.T., Ochoa Cervantes A.C., Hernández Guerrero J.A. (2020). Análisis y perspectiva sobre la pandemia de COVID-19 en Querétaro. <http://www.concyteq.edu.mx/concyteq/uploads/publicacionArchivo/2020-10-2772.pdf>

Poncel-Gálvez A.M., Barrientos -Trigo S, Lima-Serrano M. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Elsevier.* 31: S18-S23. : <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-personas-mayores-dependencia-vulnerabilidad-pandemia-S1130862120303004>

Programa Médico Coordinado de Asistencia a la Salud A.C. Disponible en: <https://promedicas.mx/el-bienestar-integral-y-sus-dimensiones-que-lo-conforman/>

Quintana-Guzmán, A. (2010). Análisis de la calidad de vida en adulto mayor del municipio de Tetepango, Hidalgo a través del instrumento de Whoqol-Bref (tesis de investigación), Hidalgo. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Quintero-Osorio, M.A. (2020). La salud de los adultos mayores una visión compartida. OPS. <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/1066>

5.2/51598/9789275332504_spa.pdf

Ramos-Quispe, M. P., (2023). Dependencia funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores peruanos post Covid-19 en un hospital geriátrico. (Tesis de licenciatura). Peruano.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6565>

Salina-Rodriguez A, Mariquez- Espinoza B, Torres Mussot I, Montañez Hernández J.C. (2020) Out of pocket Healthcare expenditures in dependent older adults: Results from an Economic Evaluation Study in Mexico. 8; 1-10.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00329/full>

Soria- Romero Z, Montoya-Arce B.J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México. *Scielo*. 23(93):59-93.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059

Souza Chávez T.S., Pinho Rodríguez K.M., Rojas R, Morales M, Rodríguez Morales A.J. (2019) Consenso Panamericano para la Atención Basada en Evidencias de la infección por SARS-CoV2 y Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID19). *Asoc. Panamericana de Infectología*; 3 (1): 8-9,
<https://www.apiinfectologia.org/consenso-panamericano/>

Timonen V, Lolich L. (2020). Dependency as Status: Older Adults' Presentations of Self as Recipients of Care. *Updates*.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244020963590>

Uzzo R.G., Kutikov A, Geynisman D.M. (2021). COVID-19 Risks for infection, clinic presentation, testing, and approach to infected patients with cancer. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-risks-for-infection-clinical-presentation-testing-and-approach-to-infected-patients-with>.

Velázquez- Balderas Y.C. (2021). Enfermedad prevalente y calidad de vida en el adulto mayor funcional. (Tesis de investigación). Universidad Autónoma de Querétaro. <http://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/3041/1/ENLIN-212659-0821-821-Yessica%20Cecilia%20Vel%c3%a1zquez%20Balderas%20%20-A.pdf>

Vera M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. 68(3): 284-290. *Scielo*. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE CURSO CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.7
Patrocinador externo (si aplica) *:	
Lugar y fecha:	U.M.F. 07 IMSS, San Juan del Río, Querétaro.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es conocer la cantidad de personas adultos mayores que cursaron con Covid 19 y como esta situación afectó su vida diaria, su entorno, su estado físico y emocional. Y si posterior al Covid 19 requirieron ayuda permanente de algún familiar o conocido para realizar sus actividades diarias.
Procedimientos:	Si usted autoriza participar en este estudio, le entregaremos una carta de autorización y después le invitaremos a pasar a un aula de la unidad para la aplicación de unos cuestionarios (realizar unas preguntas). Serán 3 cuestionarios con un tiempo de aplicación de 30 minutos. En todo momento el médico estará con usted para aclarar dudas. Con estos cuestionarios podemos saber sus datos generales, como se sintió con la enfermedad de Covid 19, si le ha ocasionado limitación física, dependencia de sus familiares y si esto afecta a su estado de salud.
Posibles riesgos y molestias:	Estos cuestionarios no representan un riesgo para usted. Pero si en algún momento le causan incomodidad, algún sentimiento o que está invirtiendo mucho tiempo por favor notificarlo con el Médico.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Estos resultados ayudarán a conocer su estado de salud después del COVID 19, en caso de encontrar algún resultado negativo, se podrá facilitar la información necesaria para canalizarlo a los servicios pertinentes para su atención y fortalecer la red de apoyo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted lo desea le daremos a conocer los resultados de sus cuestionarios al terminar de contestarlos. Y en caso necesario y si usted así lo desea enviarlo con otros especialistas como Trabajo Social, Psicología, Médico Familiar o Geriatría.
Participación o retiro:	Usted es libre de retirarse en cualquier momento. Si no desea continuar con las preguntas puede retirarse. Es importante que usted sepa que esto no repercute en ninguna forma su atención en la Unidad o en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información será resguardada por un lapso de 5 años, en el área de enseñanza con el coordinador clínico de educación e investigación en salud, los instrumentos utilizados serán resguardados de manera confidencial en archivo donde solo tendrá acceso el Coordinador y el investigador, el análisis estadístico y la base de datos será encriptado y resguardado en computadora personal.

Autorización de participación:

No autorizo participar en el estudio.
Si autorizo participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Podemos conocer cuántos adultos mayores que tuvieron Covid 19, quedaron con limitaciones físicas, dependencia de su familia y como esta enfermedad está afectando su calidad de vida.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
 Investigador Responsable: DR. OSCAR EDUARDO DURÁN CASTILLO. MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF NO.7 TEL. 5539763466
 CORREO: doctor.duran_rf@gmail.com
 Colaboradores: DRA. PALOMA VERÓNICA LOME QUEZADA MÉDICO GENERAL, RESIDENTE DE LA UMF NO. 7. TEL 744 1573861 CORREO: paloma_pvlg92@hotmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en investigación localizado en la coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en Avenida 5 de Febrero # 102, Colonia Centro, C.P.76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes A Viernes de 08 a 16:00 Hrs. Al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comitecainvestacionhgrloro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. * En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-01

XI.2 Instrumento de Recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



"NIVEL DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE CURSO CON COVID 19

FOLIO:

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____

SEXO: 1) Femenino 2) Masculino	OCUPACIÓN: 1) Hogar 2) Empleado 3) Obrero 4) Profesionista 5) Desempleado 6) Pensionado/jubilado 7) Otro	ESCOLARIDAD: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria o Bachillerato 4) Licenciatura 5) Maestría o más 6) Sin escolaridad	ESTADO CIVIL: 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Separado 5) Viudo 6) Unión Libre
RELIGIÓN: 1) católica 2) cristiana 3) Testigo de Jehová 4) mormón 5) Ateo 6) Otro			
ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA: 1) Diabetes 2) Hipertensión Arterial 3) Obesidad 4) Dislipidemia 5) Asma 6) Cardíacas 7) Otros		COVID 19: 1) Enfermedad Leve 2) Enfermedad Moderada 3) Enfermedad Severa	
DEPENDENCIA: A-G: _____ 1) Independiente o dependencia leve 2) Dependencia moderada 3) Dependencia severa		CALIDAD DE VIDA: 1) Deficiente 2) Aceptable 3) Alta	
VACUNA COVID 19 1) SI 2) NO		DOSIS DE VACUNA COVID 19 1) 1 DOSIS 2) 2 DOSIS 3) 3 DOSIS 4) 4 DOSIS	

ÍNDICE DE KATZ

	SI	NO
1) BAÑO (Esponja, regadera o tina).		
Si: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).		
Si: Que recibe asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo. (ej. Espalda o pierna).		
No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.		
2) VESTIDO		
Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.		
Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.		
No: Que reciba asistencias para tomar las prendas y vestirse.		
3) USO DEL SANITARIO		
Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).		
Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo.		
No. Que no vaya al baño por sí mismo/a		
4) TRANSFERENCIAS		
Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).		
Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.		

No: Que no pueda salir de la cama.		
5) CONTINENCIA		
Sí: Control total de esfínteres.		
Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social.		
No: Que no pueda salir de la cama		
6) ALIMENTACIÓN		
Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna.		
Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.		
No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.		

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL- BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas, Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar.

Por favor, lea las preguntas, 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	Norma	Bastante satisfecho	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a esta con su salud?	1	2	3	4	6

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

		Nada	Un poco	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	1	2	3	4	5

	para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto sientes que la vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad sientes 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

		Nada	Un poco	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	1	2	3	4	5

	oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Normal	Bastante Satisfecho/a	Muy satisfecho
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

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

		Nunca	Raramente	Moderada	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales	1	2	3	4	5

	como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión					
--	--	--	--	--	--	--