



Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Medicina

"IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO
EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 9 IMSS, QUERÉTARO"

TESIS

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Edwin Llanos López

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

Querétaro, Qro. a marzo 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO
EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 9 IMSS, QUERÉTARO”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Edwin Llanos López

Dirigido por:

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes

Becerra

Presidente

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

Secretario

M.I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal

Vocal

M.E. Rosalía Cadenas Salazar

Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Marzo 2020

México

Resumen

Introducción. El adulto mayor sufre diversos cambios en su desarrollo, con el propósito de apoyar en la adaptación a su nuevo estilo de vida y mejor calidad de esta. En el año 2012 en el instituto Mexicano del Seguro Social Querétaro en la UMF 9, nace el programa pasos por la salud conformado por un grupo interdisciplinario el cual realiza estrategias de promoción y educación para la salud. **Objetivo:** Determinar el impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS Querétaro. **Material y métodos:** Estudio comparativo, longitudinal y prospectivo. La muestra fue de 72 pacientes calculada con la formula cuyo objetivo es comparar dos promedios. Muestreo por cuota de adultos mayores de 60 años o más, de nuevo ingreso al programa pasos por la salud modificado de la UMF 9 IMSS Querétaro. Las variables a considerar fueron sociodemográficas, clínicas y bioquímicas. Se evaluó la calidad de vida con el instrumento WHOQOL OLD validado en población mexicana y mediante el instrumento Fantastic el estilo de vida al inicio y termino del programa. Se aplicó estadística descriptiva para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes; para las cuantitativas, promedios y desviación estándar; el análisis inferencial fue con la prueba de t pareada. Respetándose los aspectos éticos de la investigación. **Resultados:** Se estudiaron 71 pacientes el promedio de edad de la población estudiada es 64.45 años (IC 95%; 63.21- 65.69), predomina las mujeres con 80.3% (IC 95%; 71.0 - 89.6), predomina la escolaridad secundaria o menos con 66.2% (IC 95%; 54.9- 77.4), y vive en pareja 63.3% (IC 95%; 59.9-74.8). En cuanto a la calidad de vida con el instrumento Whoqol-Old en las dimensiones participación y aislamiento entre el antes y el después hay un aumento significativo con valor de (p 0.00) lo mismo en la dimensión muerte y agonía con una frecuencia de 38% y posterior 47.9% una significancia con un valor de (p 0.007). En el estilo de vida medido por el instrumento Fantastic las dimensiones con mejoría estadística significativa se encontraron las dimensiones de introspección (p 0.01), alcohol (p 0.021) y tabaquismo con una (p 0.032) **Conclusiones:** Se puede afirmar que el efecto del programa pasos por la salud modificado impacta favorable para mejorar el estilo y calidad de vida, no existió diferencia significativa en las variables clínicas.

(Palabras clave: IMSS programa pasos por la salud, adulto mayor, estilo de vida, calidad de vida, impacto).

Summary

Introduction. The elderly suffer various changes in their development, with the purpose of supporting the adaptation to their new lifestyle and better quality of this. In 2012, at the Mexican Institute of Social Security Querétaro at UMF 9, the steps for health program was created, formed by an interdisciplinary group which carries out health promotion and education strategies. **Objective:** To determine the impact of the modified health steps program in the elderly of the UMF 9 IMSS Querétaro. **Material and methods:** Comparative, longitudinal and prospective study. The sample was 72 patients calculated with the formula whose objective is to compare two averages. Sampling by quota of adults over 60 years of age or older, again entering the modified health steps program of the UMF 9 IMSS Querétaro. The variables to consider were sociodemographic, clinical and biochemical. The quality of life was evaluated with the WHOQOL OLD instrument validated in the Mexican population and through the Fantastic instrument the lifestyle at the beginning and end of the program. Descriptive statistics were applied for qualitative variables, frequencies and percentages; for quantitative, averages and standard deviation; the inferential analysis was with the paired t test. Respecting the ethical aspects of research. **Results:** 71 patients were studied, the average age of the study population is 64.45 years (95% CI; 63.21-65.69), predominantly women with 80.3% (95% CI; 71.0 - 89.6), secondary schooling predominates or less with 66.2% (95% CI; 54.9-77.4), and lives in pairs 63.3% (95% CI; 59.9-74.8). Regarding the quality of life with the Whoqol-Old instrument in the participation and isolation dimensions between before and then there is a significant increase with the value of (p 0.00) the same in the death and agony dimension with a frequency of 38% and subsequent 47.9% a significance with a value of (p 0.007). In the lifestyle measured by the Fantastic instrument, the dimensions with significant statistical improvement were the dimensions of introspection (p 0.01), alcohol (p 0.021) and smoking with one (p 0.032) **Conclusions:** I know that the effect of the modified health steps program impacts favorably to improve the style and quality of life, there was no significant difference in the clinical variables.

(**Keywords:** IMSS program steps for health, lifestyle, quality of life, impact)

Dedicatorias

Dedico esta obra a: Mis padres Damián Llanos García y Aydee López Reyes por su amor, fortaleza, apoyo y comprensión en todo este proceso de aprendizaje, a mis hermanos que sin su apoyo emocional no lo hubiera logrado, así como sus enseñanzas en el camino de la vida para nunca rendirse, progresar y ser mejor cada día.

También la dedico a mis amigos que han sido una gran fortaleza en este camino de superación.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mis padres, hermanos y amigos por ser mis guías en este proceso de autoaprendizaje y progreso constante tanto personal como profesional.

Agradezco al a la Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra, por sus enseñanzas en el área de la investigación, por su paciencia y tutoría en este proyecto y por sus consejos.

Agradezco a la Dra. Leticia Blanco Castillo por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y consejos para ser mejor especialista día a día.

A mis compañeros de residencia por su apoyo, empeño y dedicación en el aprendizaje y empoderamiento de la especialidad.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	li
Dedicatorias	lii
Agradecimientos	lv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
II.1 Programa pasos por la salud	3
II.2 Pasos por la salud modificado en la UMF 9 Querétaro	3
II.3 Adulto mayor	5
II.4 Envejecimiento activo	7
II.5 Calidad de vida	8
II.5.1 Calidad de vida en el adulto mayor	9
II.6 Whoqol-Old: instrumento para medir la calidad de vida	11
II.7 Cuestionario Fantastic	13
III. Fundamentación teórica	16
III.1 Generalidades del adulto mayor y calidad de vida	16
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	19
V.1 General	19
V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos	20
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población o unidad de análisis	20
VI.3 Cálculo de muestra y tipo de muestreo	20
VI.3.1 Criterios de selección	21

VI 3.2 Variables estudiadas	21
VI. Técnicas e instrumentos	22
VI. Procedimientos	23
VI. 5.1 Análisis estadístico	23
VI. 5.2 Consideraciones éticas	24
VII. Resultados	25
VIII. Discusión	35
IX. Conclusiones	37
X. Propuestas	38
XI. Bibliografía	39
XII. Anexos	43

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de los pacientes del programa Pasos por la salud modificado.	27
VII.2	Impacto del programa pasos por la salud modificado, encontrados en la muestra a través de los parámetros clínicos y bioquímicos.	28
VII.3	Calidad de vida en los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.	29
VII.4	Calidad de vida en los adultos mayores en las dimensiones intimidad y capacidad sensorial, antes y después del programa pasos por la salud modificado.	30
VII.5	Calidad de vida en los adultos mayores en las dimensiones autonomía, muerte y agonía, antes y después del programa pasos por la salud modificado.	31
VII.6	Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.	32
VII.7	Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.	33
VII.8	Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.	34

Abreviaturas y siglas

IMC: Índice de masa corporal.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

OMS: Organización mundial de la salud.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

TAOD: Técnica de atención y orientación al derechohabiente.

INEGI: Instituto nacional de estadística y geografía.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. Introducción

La OMS considera adulto mayor a las personas de 60 años en adelante, por lo que en el año 2004 durante la 57ª asamblea Mundial de la Salud emitió la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió (ONU, 2007).

México es un país en transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos años como resultado de múltiples factores. Conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen 12 973 411 personas de 60 o más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. La proporción actual es que uno de cada trece habitantes es un adulto mayor, para el 2030 serán uno de cada seis y en el 2050 más de uno de cada cuatro, es decir, el tamaño de la población adulta mayor será de 18.4 millones en 2025 y 36.2 millones en 2050.

El adulto mayor sufre múltiples cambios en su desarrollo dentro del contexto que lo rodea, es por lo cual necesario garantizar una mejor calidad de vida la cual es entendida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Oblitas, 2007).

El adulto mayor al ser un pilar importante en la familia tiene mucho que aportar a la sociedad. Con la intención de habituarse a esta etapa y en busca de un mejor estilo de vida. En el año 2012 en la Unidad de Medicina Familiar 9 Ing. Ignacio García Téllez, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Querétaro, nace el programa pasos por la salud modificado, el cual está formado por un grupo multidisciplinario el cual incorpora la práctica de actividad física, intervención educativa y atención nutricional para la mejoría de salud en sus derechohabientes.

El programa “Pasos por la salud”, es una estrategia para promover un estilo de vida activo saludable, para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente de todos los grupos de edad. Se aplica en unidades de medicina familiar, centros de seguridad social y unidades deportivas del IMSS mediante la práctica de caminar, la alimentación correcta y el consumo de agua simple potable, acompañados de un modelo educativo, para crear la necesidad de un cambio en el estilo de vida de los participantes (IMSS, 2012).

El programa pasos por tu salud modificado es una herramienta que apuesta al cambio. En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el impacto de los programas de seguridad social sobre los parámetros clínicos, bioquímicos, estilo y calidad de vida en los adultos mayores, en vista de que este grupo etario va en aumento, se vuelve una prioridad buscar estrategias que contribuyan en la mejora de esta.

II. Antecedentes

II.1 Programa “pasos por la salud”

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realiza diversas estrategias de promoción y educación para la salud, con el fin de lograr que los derechohabientes adopten hábitos adecuados para cuidados de salud.

Se conforma por cuatro componentes: la práctica de caminar, alimentación correcta, consumo de agua simple potable y sesiones de sensibilización y educación para la salud, con duración de un trimestre, que permita a los participantes, iniciar un estilo de vida activo y saludable para continuarlo a lo largo de su vida (IMSS, 2012).

II.2 Pasos por la salud modificado en la UMF 9 IMSS Querétaro

El programa pasos por la salud modificado nace en el año 2012 en la Unidad de Medicina Familiar 9 Ing. Ignacio García Téllez, IMSS Querétaro, el cual está formado por un grupo interdisciplinario de esta unidad médica, entre los que se encuentra: nutrición, medicina física y rehabilitación, TAOD (técnica de atención y orientación al derechohabiente), enfermería, promotoras de salud, trabajo social y personal médico, bajo la coordinación de autoridades directivas.

El programa pasos por la salud, presentó gran éxito en la población derechohabiente de UMF9 Querétaro, los derechohabientes solicitaban más sesiones, es entonces que se realizó una modificación al programa aumentando temas de cuidado de su salud y bienestar social, por lo que requiere de un año para la conclusión del programa.

La duración de la estrategia es de 1 año en el cual se implementa la activación física mediante la realización de ejercicio aeróbico, rutina de zumba y baile. Este ejercicio deberá realizarse en la UMF durante 3 días a la semana en días alternos lunes, miércoles y viernes en los siguientes horarios: el turno

matutino de 9:00hrs a 10:00hrs y el turno vespertino de 17:00hrs a 18:00hrs y continuar 2 días en casa, sin dejar más de 2 días sin hacer ejercicio.

Se conforman 2 grupos de aproximadamente 50 personas, divididos en turno matutino y turno vespertino, a los cuales se les realiza las valoraciones iniciales de peso, I.M.C, perímetro abdominal, medición de perímetro de cadera, toma de presión arterial, glicemia capilar a su ingreso, dichas acciones son realizadas por personal de enfermería de los módulos PREVENIMSS, los resultados son entregados al personal de trabajo social para comparación con la conclusión al final del programa.

Además los días martes, jueves y sábados en un horario de 9:00 a 10:00 am se agrega la realización de *tai-chi*, el cual es un arte marcial chino donde se realizan ejercicios de bajo impacto con movimientos lentos y fluidos. Esta actividad es considerada una práctica físico-espiritual para mejorar la calidad de vida tanto física como mental, constituye una técnica de meditación (meditación en movimiento).

El programa busca una sensibilización en el cambio de estilo de vida, donde se abordan diversos contenidos:

- Modificación de hábitos alimenticios, impartida por el servicio de nutrición.
- Estrategia de envejecimiento activo, impartida por el servicio de trabajo social.
- Importancia del ejercicio, impartida por el instructor de ejercicios.
- Chequeo anual prevenIMSS, impartida por el servicio de enfermería.
- Estrategia yo puedo, impartida por el servicio de trabajo social.
- Higiene de columna: impartida por el servicio de medicina física y rehabilitación.
- Proceso de duelo, impartida por tanatóloga.
- Perdidas físicas, impartida por tanatóloga.

- Higiene articular, impartida por el servicio de medicina física y rehabilitación.
- Semana de la gente grande, impartida por el servicio de trabajo social.
- Trámites administrativos (pensiones, jubilaciones, etc.), impartida por el servicio de TAOD.
- Violencia en el adulto mayor. impartida por trabajo social.

II.3 Adulto mayor

La OMS define al adulto mayor a todas las personas mayores de 60 años a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005). Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países en vías de desarrollo.

El envejecimiento desde el punto de vista biológico, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2005).

En 2017, hay un estimado de 962 millones de personas de 60 años o más en el mundo, que comprende 13% de la población mundial. La población de 60 años o más está creciendo a un ritmo de alrededor del 3% al año. Actualmente, Europa tiene el mayor porcentaje de población de 60 años o más (25%). El rápido envejecimiento se verá reflejado en diferentes partes del mundo, de modo que para 2050 todas las regiones del mundo excepto África serán una cuarta parte o más de su población mayor de los 60 años. El número de personas mayores en el mundo se proyecta que será de 1.4 mil millones en 2030 y 2.1 mil millones en 2050, y podría elevarse a 3.1 mil millones en 2100. En los próximos años, un

aumento adicional en la población de personas mayores es casi inevitable, dado las últimas mediciones proyectadas en el mundo (Naciones Unidas, 2017).

En México conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. Cabe señalar que una cuarta parte de los adultos mayores (24.3%) reside en localidades menores de 2 500 habitantes. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer).

Entre 1970 y 1990, el porcentaje de adultos mayores respecto a la población total pasó de 5.6 a 6.2%; para 2017 dicho porcentaje es de 10.5% y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, la colocan como unas de las transformaciones sociales de mayor importancia del siglo XXI, debido a su tendencia al alza en los próximos años (INEGI, 2017).

En el estado de Querétaro se prevé que la población continúe aumentando en las décadas futuras, en 2030 llegará 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 (CONAPO, 2014).

El avance del envejecimiento en la entidad, se espera que sea en forma paulatina, habiendo una relación entre las nuevas generaciones y las más pasadas generaciones. En el año 2010, había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrá casi 38 adultos mayores por cada 100 jóvenes, al comparar al estado de Querétaro a nivel

nacional este se ubica en el lugar 27 en el proceso de envejecimiento poblacional del país (CONAPO, 2014).

La tendencia de este grupo etario es que duplique su volumen, lo cual significa un gran reto demográfico para las políticas públicas en dos principales vertientes: como son, la generación de espacios de trabajo para quienes continúen activos en el mercado laboral con protecciones adecuadas a la edad y tener en consideración un incremento del sistema de pensiones (CONAPO, 2014).

El incremento en el número de adultos mayores implica desafíos importantes en materia de política pública. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU), “el envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral, financiero y la demanda de bienes y servicios, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales” (Population Division, 2015).

En nuestro país el Artículo 3° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la asistencia social, es un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Congreso de la Unión, 2002). Las personas de 60 y más años deben “recibir protección por parte de la familia, la comunidad y la sociedad, además de las Instituciones municipales, estatales y federales”.

II.4 Envejecimiento activo

La OMS define el envejecimiento activo como: El proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El envejecimiento activo depende de un conjunto de condiciones personales que son los que dependen de cada individuo (factores comportamentales e individuales) y contextuales que dependen del medio que lo rodea (socio-económicas, culturales, ambientales, sanitarias). Las determinantes contextuales en su mayoría son responsabilidad de los gobiernos, los cuales introducen los cambios pertinentes en sus políticas socio-económicas, culturales, sanitarias y ambientales (Fernández, 2005).

Envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones (Martínez, 2006): envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Estos tres puntos son importantes en el significado que se le da al término: activo.

En particular a nivel mundial para los adultos mayores el término de envejecer activamente es aceptado con algunos criterios como: participación social, adecuado funcionamiento cognitivo, condiciones de salud, óptimo funcionamiento físico y afecto positivo (Fernández, 2008).

La calidad de vida conseguida durante esta etapa de nuestro ciclo vital se ha convertido en el centro de atención desde el punto de vista del bienestar del individuo y de la sociedad. Los diferentes grupos etarios en conjunto con los adultos mayores pueden contribuir activamente, de un modo u otro, a su bienestar y al de quienes les rodean. Algunos de los múltiples beneficios para la salud incluyen: mejor balance, coordinación, fuerza muscular, flexibilidad, resistencia aeróbica cardiovascular y un mejor metabolismo. (Pérez, 2006).

II.5 Calidad de vida

La calidad de vida se define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee 2 aspectos subjetivos y objetivos. La sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos como la intimidad, la productividad

personal, la seguridad percibida, la expresión emocional y la salud objetiva. Como aspectos objetivos las relaciones armónicas con el ambiente físico - social y con la comunidad, el bienestar material y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

La OMS, define la calidad de vida como la percepción que el individuo percibe su existencia, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales (Cardona, 2014).

En su trabajo “La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida” menciona dos enfoques principales: a) La parte objetiva como la satisfacción y sentido de bienestar y salud, y en forma tangible basada en la posesión de bienes materiales. b) La parte subjetiva o la sensación de bienestar que se refiere a como el adulto mayor percibe su vida desde el punto de vista emocional, considerando factores como, seguridad social, relaciones familiares, ideales, metas y objetivos en la vida (Cerezo, 2001).

II.5.1 Calidad de vida en el adulto mayor

Eamon O'Shea define la calidad de vida en el adulto mayor como: “Una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye 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 en relación a sus propios objetivos de vida” (O'Shea, 2003).

Yasuko (Arita, 2005) en su artículo: indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida señala que los indicadores de bienestar subjetivo están constituidos por tres componentes relacionados entre sí, los cuales son: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La

felicidad como apreciación de la vida en forma global involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en el predominio del afecto positivo sobre el negativo. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias.

Velandia menciona a la calidad de vida del adulto mayor como: la correlación entre las diferentes particularidades de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); estas contribuyen de diferente manera para permitir un adecuado estado de bienestar, tomando en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, la adaptación de la persona a su medio biológico y psicosocial; esta adecuación influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (Mora 2002).

Martín J, expone cuatro motivos que pueden incidir desfavorablemente en los adultos mayores: 1. Falta de acceso a una actividad remunerada. 2. Molestias y dolencias físicas, además de debilidad corporal. 3. Ser excluido de las experiencias agradables y de las alegrías. 4. Tener conciencia de la cercanía de la muerte (Montoliu, 2008).

Quintero y González, propone que la calidad de vida del adulto mayor debe ser adaptada a la esperanza de vida, para evitar que se transforme en sólo un incremento de la esperanza de la incapacidad, observada más en edades avanzadas (Quintero, 1997). Este autor refiere que la calidad de vida en los adultos mayores debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Estado de salud de la población anciana
- Determinar factores de riesgo
- Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo de población
- Seguridad económica y material
- Protección social y familiar
- Participación y reconocimiento social

- Satisfacción, bienestar, mantener intereses.

Las características de un buen envejecimiento son (Asili, 2004):

1. Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
2. Altas tasas de funcionalidad física y mental.
3. Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
4. Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional.
5. Realización de actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Estas características deben considerarse como un conjunto en un enfoque integral, no solo en forma individual.

II.6 Whoqol-old: instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Actualmente se cuenta con diversas escalas y herramientas para la valoración de calidad de vida en el adulto mayor, el cual es un grupo con características únicas y como tal, presenta unas especificidades relevantes con respecto a la calidad de vida.

El proyecto WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Old) inicia en el año de 1999, como una cooperación científica de varios centros, su objetivo principal fue desarrollar una medida internacional para evaluar la calidad de vida en adultos mayores. Así se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD, cuyo origen se remonta a los cuestionarios de calidad de vida de la OMS; WHOQoL-100 o el WHOQOL-Bref que fueron diseñados para medir la calidad vida en la población adulta en general (WHOQOL, 1995).

A nivel internacional en el año 2000 se toma la iniciativa de desarrollar un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en ancianos (Proyecto WHOQOL-OLD). Se retoma al cuestionario WHOQOL-100 como base de este instrumento por considerarse como la mejor medida genérica de calidad de vida existente en ese momento.

En México al sur del estado de Sonora se validó el cuestionario de calidad de Vida (WHOQOL-OLD) a 794 adultos mayores de entre 60 y 98 años, a quienes se les aplicó este cuestionario en su versión en español con sus respectivos componentes y valores de consistencia interna (Acosta, 2013): 1. Intimidad ($\alpha = .876$) con una varianza explicada de 13.05%, 2. Muerte y agonía ($\alpha = .898$) varianza explicada de 12.94%, 3. Participación/aislamiento ($\alpha = .745$) varianza explicada de 11.67%, 4. Capacidad sensorial ($\alpha = .808$) varianza explicada de 10.34%, 5. Autonomía ($\alpha = .675$) varianza explicada de 8.84% y 6. Actividades pasadas, presentes y futuras ($\alpha = .573$) varianza explicada de 8.17%, obteniendo el total de los ítems una consistencia interna de $\alpha = .84$

WHOQOL-OLD consta de una escala tipo Likert de 24 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5. Con 5 niveles de respuesta: nada, un poco, regular, mucho, demasiado. Dividida en seis facetas o dimensiones, cada una de ellas con cuatro ítems, que evalúa distintos aspectos (Acosta, 2018):

- Dimensión 1: Capacidad sensorial, con preguntas como “¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?”.
- Dimensión 2: Autonomía, con preguntas como “¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?”.
- Dimensión 3: Actividades pasadas, presentes y futuras, con preguntas como “¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?”.
- Dimensión 4: Participación/aislamiento, con preguntas como “¿En qué grado está satisfecho con su nivel de actividad?”.
- Dimensión 5: Intimidad, con preguntas como “¿En qué medida tiene oportunidades para amar?”.

- Dimensión 6: Muerte y agonía, con preguntas como “¿En qué grado está asustado de morir?”.

Esta escala evalúa lo siguiente (Hernández, 2015):

- Intimidad. Factor que se refiere a la posibilidad de los adultos mayores de mantener relaciones personales e íntimas, concebido como un amor recíproco con la gente más cercana. Este factor es evaluado por los reactivos 24, 22, 23, 21 y 19.

- Satisfacción con la vida. Este factor evalúa la satisfacción de los adultos mayores con los logros a lo largo de su vida y las expectativas u objetivos pendientes. En relación al realizar actividades de su agrado, cómo utiliza su tiempo, el grado de productividad y el reconocimiento que recibe. Este factor es evaluado por los reactivos 12, 13, 15, 14, 16, 4, 11 y 20.

- Percepción ante la muerte y agonía. Evalúa las dudas, preocupaciones, formas de morir y miedos con respecto a la muerte. Este factor es evaluado por los reactivos 7, 8, 6 y 9.

- Autonomía. Evalúa la independencia del adulto mayor, ser capaz o libre para vivir con autonomía y tomar sus propias decisiones tanto en su desarrollo personal y social. Este factor es evaluado por los reactivos 5, 3 y 18.

Cada faceta tiene 4 elementos, la puntuación se encuentra en el rango de 4 a 20, completando todos los elementos de una faceta. La puntuación de estas seis facetas de los 24 elementos individuales del módulo WHOQOL-OLD, se puede combinar para producir un puntaje general para la calidad de vida en personas mayores adultos, denominado el "puntaje total" del módulo WHOQOL-OLD. Apoyado mediante análisis del modelo de medición, la calidad de vida se concibe como un factor de orden superior, subyacente a la estructura del módulo WHOQOL-OLD la puntuación resultante de sumar los reactivos de cada dimensión oscila entre 4 y 20 puntos. La puntuación del cuestionario en su totalidad va de 24

a 120 puntos. En general, a mayor puntuación, mayor calidad de vida (Power, 2006).

II.7 Cuestionario fantastic

El cuestionario FANTÁSTIC es un instrumento diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Mc Master de Canadá, el cual nos permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular (Wilson, 1984). Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que exploran 9 categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Este instrumento con el acrónimo FANTÁSTIC representa las primeras letras de nueve dominios en los cuales se encuentran distribuidas 30 preguntas:

F: Familia y amigos

A: Actividad física.

N: Nutrición

T: Tabaco

A: Alcoholismo

S: Sueño. Estrés.

T: Tipo de personalidad.

I: Introspección

C: Carrera (trabajo, labores del hogar, etc.)

Este instrumento presenta 5 opciones de respuesta con valor numérico, la calificación oscila de 0 a 4 en cada ítem y tiene una calificación total máxima posible de 100 puntos. Tomando 5 niveles de calificación: hasta 39 puntos, peligro; 40-59 puntos, bajo; 60-69 puntos, regular; 70-84 puntos, bueno, y 85-100 puntos, excelente, cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio (López, 2000).

De forma general la resultante de este instrumento es interpretado de la siguiente forma: Excelente, indica que el estilo de vida es estupendo para el

individuo; Bueno, nos indica que el estilo de vida representa una adecuada influencia para la salud del individuo; Regular, indica que el estilo de vida es aceptable en beneficio para la salud, aunque también presenta un riesgo y bajo; indica que el estilo de vida del individuo plantea factores nocivos para la salud con un grave riesgo de enfermedad (Ramírez, 2012).

Con el objetivo de evaluar la validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC», en pacientes mexicanos con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar nº 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social “Coacalco”. Entre los meses de septiembre y noviembre de 1999 se aplicó dicho instrumento en 103 adultos hipertensos. Con los siguientes resultados: El 66% pertenecían al sexo femenino, con edad promedio de $58,1 \pm 11,2$ años (intervalo, 37-82 años), mientras que para el masculino fue de $59,5 \pm 12,5$ años (intervalo, 29-78 años). El coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las calificaciones totales del test y el retest, fue de $r = 0,81$ ($p = 0,01$). La calificación total del instrumento «FANTASTIC» en su versión de 5 opciones de respuesta (escala 0-100 puntos) fue de $68,7 \pm 13,2$ en mujeres y de $73,5 \pm 10,4$ en varones. No encontrando diferencias estadísticamente significativas en la calificación total por sexo, tampoco se encontró correlación con los promedios de la tensión arterial (López, 2000).

En México en un total de 249 pacientes entre septiembre de 1999 y enero de 2000 en la unidad de medicina familiar 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Coacalco, Estado de México se aplicó el instrumento fantastic en paciente adultos con diabetes mellitus tipo 2, el 62.7 % fueron mujeres. La media de la edad fue de 52.5 años para los varones, con un rango de 24 a 75 años; y de 55.7 para las mujeres, con un rango de 34 a 91 años (Rodríguez, 2003).

Las patologías asociadas a la diabetes que se encontraron con mayor frecuencia fueron obesidad ($IMC > 27$) en el 72.2%, hipertensión arterial en 53.4 %, hipertrigliceridemia > 175 mg/dl en 115 (46.2 %) e hipercolesterolemia > 200

mg/dL en el 24.5 %. La mediana de la calificación global en el instrumento fantastic fue de 71 puntos para hombres y mujeres, en la escala de uno a 100. Ningún paciente obtuvo menos de 40 puntos. Por grupos de edad el análisis fue de pacientes menores de 40 años, entre 40 a 59 años y mayores de 60 años, sólo se encontró diferencia significativa entre las medianas del grupo < 40 años y el grupo \geq 60 años, 63 contra 76 puntos, $p < 0.01$ (Rodríguez, 2003).

III. Fundamentación teórica

III.1 Generalidades del adulto mayor y calidad de vida

El proceso de envejecimiento genera cambios en la calidad y estilo de vida de la población, por lo que reclaman la mayor atención. La OMS a partir de 1994 define a la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Los cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores según (Quintanilla, 2000) son: disminución de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en falta de elasticidad y flexibilidad que afectan en la capacidad motriz, en alteraciones de los reflejos nerviosos, de la irrigación sanguínea, del sistema sensorio-perceptivo, particularmente de la visión y audición, de la capacidad de respuesta cognitiva a los aprendizajes nuevos, además de las respuestas a los estímulos sexuales.

El objetivo primordial de tener políticas y programas como el programa pasos por la salud es promocionar la creación de ambientes apropiados para los adultos mayores, en donde puedan realizar diversas actividades físicas para la mejoría de salud, este grupo multidisciplinario se coordina para en beneficio tanto de la población de adultos mayores como el contexto que los rodea, lo cual genera disminución en el costo de la asistencia médica y social de calidad de manera significativa.

En la unidad de medicina familiar 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villahermosa Tabasco en el año 2017 se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con un nivel de confianza de 95 % y una p de 0.5. Se aplicó el test WHOQOL OLD para evaluar la calidad de vida del adulto mayor en un total de 368 pacientes mayores de 60 años. Con predominio de mujeres de 53.5 % en comparación con los hombres. Una media de 69.49 años, mediana de 60 años y una moda de 60 años; rango de edad de 60 a 92 años (Valdez, 2018).

Por dimensiones se encontró predominante la intimidad con 64.9 %, seguida de las dimensiones de actividades de presente, pasado y futuro con 59.0 %; en comparación con la dimensión habilidades sensoriales que estuvo ausente en los adultos mayores en 62.5 %. En calidad de vida el 50 % de los adultos mayores percibían buena calidad de vida contando en su mayoría con apoyo familiar (Valdez, 2018).

IV. Hipótesis específicas

Ha: La calidad de vida aumenta posterior al programa pasos por la salud modificado.

Ho: La calidad de vida disminuye posterior al programa pasos por la salud modificado.

Ha: Existe mejoría en las variables clínicas posterior al programa pasos por la salud modificado.

Ho: No hay mejoría en las variables clínicas posterior al programa pasos por la salud modificado.

Ha: Existe mejoría en el estilo de vida saludable posterior al programa pasos por la salud modificado.

Ho: No hay mejoría en el estilo de vida saludable posterior al programa pasos por la salud modificado.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Evaluar el impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS Querétaro.

V.2. Objetivos específicos

V.2.1 Determinar el impacto del programa pasos por la salud modificado en la calidad de vida de los adultos mayores, al inicio y fin del programa en las dimensiones: Capacidad Sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, intimidad, participación/aislamiento, muerte y agonía.

V.2.2 Determinar el impacto del programa pasos por la salud modificado en las variables clínicas, al inicio y fin del programa: I.M.C, peso, perímetro abdominal, presión arterial, glucosa central.

V.2.3 Determinar el impacto del programa pasos por la salud modificado en el estilo de vida en el adulto mayor, al inicio y fin del programa: Familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, sueño, trabajo, introspección, carrera (incluye trabajo, labor del hogar, estudiantes, etc.).

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio comparativo, longitudinal y prospectivo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Adultos mayores usuarios del programa pasos por la salud de la UMF 9 Querétaro, en el periodo de enero a diciembre de 2018.

VI.3 Cálculo de tamaño de muestra y tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue por cuota partiendo de pacientes de nuevo ingreso de adultos mayores usuarios del programa pasos por la salud de la UMF 9 Querétaro, en el periodo de enero a diciembre de 2018.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de dos proporciones: con un nivel de confianza del 95% y un poder de la prueba del 80%, 1 cola.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2} =$$

p_1 = porcentaje de percepción de buena a muy buena calidad de vida en el adulto mayor antes de estrategia: 50% = (0.50)

$$q_1 = 1 - p_1 = 1 - 0.50 = 0.50$$

p_2 = porcentaje de percepción de buena y muy buena calidad de vida del adulto mayor posterior a estrategia de pasos por la salud modificado = 70% = (0.70)

$$q_2 = 1 - p_2 = 1 - 0.70 = 0.30$$

K : 6.2

$$n = \frac{[(0.5)(0.5) + (0.7)(0.3)](6.2)}{(0.5-0.7)^2} =$$

$$n = \frac{[(0.25) + (0.21)](6.2)}{(-0.2)^2} =$$

$$n = \frac{(0.46)(6.2)}{0.04} =$$

$$n = \frac{2.85}{0.04}$$

$$n = 71 \text{ Pacientes}$$

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron adultos mayores de 60 años o más que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado, de nuevo ingreso del programa pasos por la salud modificado. Se excluyeron a los pacientes que participaran en otros programas institucionales al mismo tiempo que en el programa pasos por la salud.

Los criterios de eliminación fueron el que los adultos mayores no completaran mínimo 70% de las sesiones del programa, que no realizaran de forma completa la encuesta al inicio o al final del estudio y falta de registro de datos clínicos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se investigaron variables sociodemográficas, de salud, de calidad de vida y estilo de vida.

Dentro de las variables sociodemográficas se investigó edad, género, estado civil, escolaridad.

Las variables de clínicas fueron: peso corporal, estatura, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, perímetro abdominal, glicemia sérica.

Las variables de calidad de vida fueron: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación/aislamiento, intimidad, muerte y agonía.

Las variables de estilo de vida fueron: familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcoholismo, sueño, tipo de personalidad, introspección, carrera (trabajo, labores del hogar, etc.).

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para la valoración de la calidad de vida se aplicó el instrumento WHOQOL-OLD en su versión en español, consta de una escala tipo Likert de 24 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5. Con 5 niveles de respuesta: nada, un poco, regular, mucho, demasiado. Dividida en seis dimensiones cada una de ellas con 4 ítems, las cuales evalúan los siguientes aspectos: capacidad sensorial, autonomía, intimidad, actividades pasadas, presentes y futuras, participación/aislamiento, muerte y agonía. La puntuación resultante de sumar los reactivos de cada dimensión oscila entre 5 y 20 puntos. La puntuación del cuestionario en su totalidad va de 24 a 120 puntos. En general, a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Para la valoración del estilo de vida se les realizó el cuestionario FANTASTIC el cual contiene 25 ítems cerrados que explora 9 categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Presenta cinco opciones de respuesta las cuales se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos, si el individuo obtiene: Menos de 39 puntos: existe un peligroso estilo de vida; de 40 a 59 un mal estilo de vida; de 60 a 69 puntos: un estilo regular de vida; de 70 a 84: cuenta con un buen estilo de vida; y por arriba de 85 el individuo refiere tener un excelente estilo de vida.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación y ética, se solicitó permiso mediante oficio firmado a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la UMF 9.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la unidad de medicina familiar No. 9 de la delegación 23 de Querétaro, se obtuvo el listado de pacientes usuarios del programa pasos por la salud de reciente ingreso al programa, posterior a esto se localizaron a los pacientes que cumplieran con criterios de selección, se les invitó a participar en el estudio, explicándoles de manera clara el objetivo y los beneficios que podrían adquirir a futuro al decidir participar en el mismo, se les aclaró que no había ningún riesgo y que la información sería totalmente confidencial, los pacientes que aceptaron participar se citaron en la UMF 9, y al contar con su autorización se firmó el consentimiento informado y se acudió al expediente clínico electrónico para obtener la información.

Para la valoración de la calidad de vida se aplicó el instrumento WHOQOL-OLD en su versión en español y del estilo de vida se les realizó el cuestionario FANTASTIC. En los pacientes que no sabían leer y escribir, se les proporcionó apoyo por medio del encuestador para el llenado del instrumento de satisfacción en presencia del familiar. La información obtenida del paciente y del expediente electrónico se vació en una base de datos del programa Excel para su análisis.

VI.5.1 Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva se incluyeron promedios y porcentajes, para la estadística inferencial se utilizaron prueba de t para dos poblaciones pareadas y prueba de Chi².

VI.5.2 Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley general de salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2013. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que fue determinar la calidad de vida y estilo de vida en el adulto mayor del programa pasos por la salud.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Dentro de los beneficios ofrecidos al paciente, se les informó de los resultados obtenidos en el instrumento de estilo y calidad de vida, dando retroalimentación en cuanto a la mejora de tratamiento.

VII. Resultados

Se estudiaron 71 pacientes, la edad promedio fue de 64.8 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 78 años, predominaron las siguientes características socio demográficas: sexo femenino con el 80% (IC 95%71.0-89.6), en cuanto al estado civil casado(a) con un 47.9% (IC 95% 36.3 - 59.5), escolaridad secundaria con un 32.4%, en el cuadro VII.1 se presentan el resto de las características socio demográficas.

En relación a variables clínicas el peso al inicio del programa fue de 69.19kg, al final del programa de 68.83 con $p= 1.101$. La tensión arterial sistólica tuvo un promedio al inicio de 113.15mmHg y al final de 118.73mmHg $p= 0.000$. El promedio de la tensión diastólica fue de 76.32mmHg y al final 75.35mmHg con $p= 0.246$. Glucosa sérica al inicio de 109.10mg/dl y posteriormente de 113.63mg/dl ($p= 0.02$); el IMC al inicio de 28.30 y al final 28.16 ($p= 0.14$), Cuadro VII.2.

Los resultados de la calidad de vida se exponen el cuadro VII.3. En las dimensiones participación y aislamiento se obtuvo una mejoría en satisfacción ($p 0.00$); en cambio en actividades presentes, pasadas y futuras no hubo diferencia ($p 0.391$).

En el cuadro VII.4 se describen el antes y después de las dimensiones intimidad ($p. 0522$) y capacidad sensorial ($p. 0.148$), lo mismo que en la autonomía con un valor de ($p 0.857$) no así en la dimensión muerte y agonía la cual hay una frecuencia en la respuesta nada con un 5.6% tanto en el antes como en el después, la respuesta poco del 22.5% pasa al 31%, normal antes con un 38% y después en un 47.9% con una significancia con un valor de ($p 0.007$) Cuadro VII.5.

En el Cuadro VII.6. Se encuentran los resultados en el estilo de vida con el instrumento Fantastic antes y después de su ingreso en las dimensiones familia-amigos con una ($p 0.071$), actividad física ($p. 0657$) y nutrición ($p 0.972$).

En el estilo de vida el consumo de tabaco en las últimas 2 semanas paso del 90% al inicio a 100% al final (p 0.032); en el caso de consumo del alcohol 95.8% casi no consumían en las últimas 2 semanas y posterior al programa cambio 97.2% (p 0.021), cuadro VII.7.

Se aprecia mejoría en la dimensión de introspección (p 0.01), para la dimensión de carrera no se presentaron cambios (p 0.23), cuadro VII.8.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Cuadro VII.1. Características sociodemográficas de los pacientes del programa pasos por la salud modificado.

n= 71

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
				Inferior	Superior
Sexo					
	Hombre	14	19.7	10.4	29.0
	Mujer	57	80.3	71.0	89.6
Grado académico					
	Analfabeta	2	2.8	- 0.9	3.9
	Primaria	22	31	14.5	34.2
	Secundaria	23	32.4	16.1	36.5
	preparatoria	17	23.9	12.8	27.4
	Licenciatura	7	9.9	4.2	13.7
Estado civil					
	Casado	34	47.9	36.3	59.5
	Soltero	1	1.4	-1.3	4.1
	Viudo	12	16.9	16.90	8.2
	unión libre	11	15.5	7.1	23.9
	Divorciado	9	12.7	5.0	20.4
	Separado	4	5.6	0.3	10.9

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado "Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019.

Cuadro VII.2. Impacto del programa pasos por la salud, encontrados en la muestra a través de los parámetros clínicos y bioquímicos.

n= 71

	Antes	Después	t	p
Peso	69.19	68.83	1.66	1.101
TA Sistólica	118.73	113.15	-4.16	0
TA Diastólica	76.32	75.35	1.16	0.246
Glucosa	109.1	113.63	-2.38	0.02
IMC	28.30	28.16	1.47	0.14

*prueba de t pareada con un nivel de confianza del 95%

*p estadísticamente significativa cuando <0.05

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado "Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019

Cuadro VII.3. Calidad de vida en los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n= 71

Dimensiones	Antes	Después	*p
Participación y Aislamiento			
Insatisfecho	42.3	14.1	0.000
Ni satisfecho	53.5	52.1	
Satisfecho	4.2	33.8	
Actividades presentes, pasadas y futuras			
Muy descontento	5.6	7	0.391
Descontento	23.9	28.2	
Ni contento, ni descontento	50.7	23.9	
Contento	19.7	40.8	

*Prueba de wilcoxon significativo cuando $P < 0.05$

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado "Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019"

Cuadro VII.4. Calidad de vida en los adultos mayores en las dimensiones intimidad y capacidad sensorial, antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n= 71

Dimensiones	Antes	Después	*p
Capacidad sensorial			
Muy mal	8.5	25	0.148
Mal	32.4	14	
Ni bien, ni mal	43.7	45.1	
Intimidad			
Nada	9.9	26.8	0.522
Poco	22.5	2.8	
Normal	47.9	49.3	
Bastante	19.7	21.1	

*Prueba de wilcoxon significativo cuando $P < 0.05$

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado "Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019"

Cuadro VII.5. Calidad de vida en los adultos mayores en las dimensiones autonomía, muerte y agonía, antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n= 71

Dimensiones	Antes	Después	*p
Muerte y agonía			
Nada	5.6	5.6	
Poco	22.5	31	0.007
Normal	38	47.9	
Bastante	33	15.5	
Autonomía			
Nada	0.0	7	
Poco	14.1	1.4	
Normal	50.7	57.7	0.857
Bastante	35.2	32.4	
Totalmente	0.0	1.4	

*Prueba de wilcoxon significativo cuando $P < 0.05$

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado "Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019"

Cuadro VII.6. Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n= 71

Dimensiones	Antes	Después	*p
Familia y amigos			
casi siempre	0	1.4	
Frecuentemente	21.1	25.4	0.071
algunas veces	49.2	54.9	
rara vez	29.6	18.3	
Actividad física			
4 veces a la semana o mas	2.8	7	
3 veces a la semana	29.6	38	
2 veces a la semana	43.7	26.8	0.657
rara vez	22.5	28.2	
Nunca	1.4	0	
Nutrición			
Casi siempre	5.6	0	
Frecuentemente	26.8	22.5	
Algunas veces	39.4	42.3	0.972
Rara vez	28.2	33.8	
Casi nunca	0	1.4	

*Prueba de Wilcoxon nivel de confianza del 95%

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019

Cuadro VII.7. Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n=71

Dimensiones	Antes	Después	*p
Tabaquismo			
Casi nunca	90.1	100	0.032
Rara vez	9.9	0	
Alcohol			
Casi nunca	95.8	97.2	0.021
Rara vez	4.2	2.8	
Sueño			
Frecuentemente	0	2.8	4.56
Algunas veces	19.7	40.8	
Rara vez	50.7	43.7	
Casi nunca	29.6	12.7	
Tipo de carácter			
Algunas veces	28.2	40.8	2.85
Rara vez	43.7	46.5	
Nunca	28.2	12.7	

*Prueba de Wilcoxon nivel de confianza del 95%

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019

Cuadro VII.8. Estilo de vida de los adultos mayores antes y después del programa pasos por la salud modificado.

n=71

Introspección	Antes	Después	*p
Frecuentemente	4.2	1.4	0.01
Algunas veces	35.2	21.1	
Rara vez	47.9	49.3	
Nunca	12.7	28.2	
Carrera	Antes	Después	*p
Frecuentemente	1.4	2.8	0.23
Algunas veces	19.7	40.8	
Rara vez	50.7	43.7	
Nunca	28.2	12.7	

*Prueba de Wilcoxon nivel de confianza del 95%

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de la UMF 9 IMSS, delegación Querétaro, periodo 2018-2019

V. Discusión

Las enfermedades crónico degenerativas son un tema ampliamente estudiado en México, debido al incremento de la esperanza de vida y al aumento de los adultos mayores que ha tenido en los últimos años. El Instituto Mexicano del Seguro Social al observar esta problemática, decidió implementar diversas estrategias, de las que destaca el programa pasos por la salud, que busca en pacientes mantener un estilo de vida saludable con la implementación de actividad física regular y educación para la salud, lo que repercutiría en una mejor calidad y estilo de vida (IMSS, 2012).

Dentro de las variables sociodemográficas predominó el género femenino en más de 3 partes de la muestra, esto al igual que en otros artículos demuestra que las mujeres participan más en grupos de educación de salud, se pudiera sospechar que al ser el pilar familiar y tener el cuidado de sus integrantes se muestra con mayor interés. El promedio de edad de la población estudiada es 64.45 años, edad en la cual se espera que los pacientes se encuentren en una etapa de ciclo familiar de nido vacío o retiro y muerte, con mayor oportunidad de tiempo para poderse dedicar al cuidado de su salud, más de la mitad de la muestra vive en pareja esto puede ser un factor protector de sus enfermedades crónicas.

Dentro de las variables clínicas, la disminución de peso fue pobre no mostrando diferencias al inicio y al final, no hubo una disminución mayor de $\frac{1}{2}$ kg, lo que resulta lamentable por ser una población con sobrepeso. Referente a la presión arterial sistólica y diastólica la población estudiada se encontró con niveles de parámetros normales desde el inicio del estudio y permanecieron en estos rangos. Aunque este programa se basa principalmente en la realización de actividad física para el mantenimiento de una buena salud, en la literatura los

cambios en el estilo de vida combinada con una buena alimentación ayudan a mejorar significativamente dichos parámetros. Se observó que los resultados no fueron estadísticamente significativos, no llegaron a metas de control, puesto que los pacientes diabéticos, aunque disminuyeron sus niveles de glucosa sérica en ayuno, permanecieron descontrolados.

Dentro de la calidad de vida en las dimensiones participación y aislamiento los pacientes mostraron mejoría, refirieron tener mayor sensación de inclusión y participación en la comunidad, como es mencionado en la literatura el envejecimiento activo, trata de incentivar a las personas mientras envejecen a que lleven una vida productiva en la sociedad de acuerdo a sus capacidades y necesidades. (Fernández, 2017). Esto confirma que al pertenecer a un grupo de pares se aumenta su red de apoyo social. Las dimensiones sin mejoría significativa fueron capacidad sensorial y autonomía, estas últimas similares a las encontradas en el estudio calidad de vida de los adultos mayores de Medellín (Estrada, 2012).

. En la dimensión de muerte y agonía los pacientes iniciaron con mayor sensación de temor a la muerte y/o a la soledad, esta percepción fue minimizada al final del programa, dando a pensar que el grupo con sus pláticas educativas y participación con pacientes en similares circunstancias ayuda a sobrellevar la enfermedad a pesar de no haber cambios clínicos significativos. No se encontró diferencia en las dimensiones intimidad, actividades presentes, pasadas y futuras (Estrada, 2012).

En el estilo de vida de los 9 dominios del instrumento con mejoría fueron la de introspección, por lo que los pacientes presentaron mayor conciencia de sí mismos y su problemática de salud, lo cual va en conjunto con la disminución de consumo de alcohol y tabaco que cambiaron al final del programa. En el estudio de (López-Carmona, 2012) estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial sólo 4 mostraron correlación débil con las variables de resultado (nutrición con IMC, tabaquismo con TAD y TAM, tipo de personalidad y satisfacción laboral

con ICC). Al realizar el análisis por ítem, solamente tres de ellos mostraron correlación con la HTA los cuales fueron alcohol y tabaquismo. Cabe señalar que el programa contaba con realización de ejercicio tres veces por semana, cubriéndose hacia la actividad física, pero en cuestión de alimentación la población es de medio bajo a medio bajo por lo que la calidad y cantidad pueden llegar a no ser adecuadas.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VI. Conclusiones

Al comparar los promedios de las variables clínicas al inicio y al final del programa se observó disminución del peso, IMC, TA diastólica y sistólica. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Al comparar variables de calidad de vida con el instrumento WHOQOL-OLD al inicio y al final del programa pasos por la salud en las dimensiones participación y aislamiento se observó mejoría, lo mismo que en la dimensión de muerte y agonía la mejoría fue significativa. En las variables estilo de vida medida por el instrumento fantastic hubo mejoría significativa en introspección, alcohol y tabaquismo.

La evidencia demuestra que el grupo pasos por la salud modificado es una opción en la mejora de la calidad de vida y estilo de vida en el adulto mayor, a pesar de que los cambios clínicos fueron mínimos e incluso sin diferencia clínica.

IX. Propuestas

El programa pasos por la salud promueve el estilo de vida saludable mediante realización de actividad física, considero que el programa tendría mayor impacto en los parámetros clínicos y bioquímicos si se agregara un programa de monitorización y seguimiento con un mismo médico familiar de forma mensual.

Realizar un mayor énfasis con un mayor número de pláticas y sesiones con personal especializado sobre los beneficios de la actividad física.

Darles seguimiento a los pacientes del programa en años posteriores del término del programa, para verificar si continuaron con el estilo de vida saludable propuesto por el mismo.

Es importante realizar estudios más completos que aborden otros aspectos importantes para una mejor toma de decisiones como lo es el apego a la realización de actividad física, herramientas para mejorar del estilo de vida, en conjunto con el tratamiento farmacológico y el apoyo familiar.

Sensibilizar a los médicos de primer nivel sobre el programa pasos por la salud para derivar a más pacientes.

X. Bibliografía

Acosta Quiroz C, Vales García J, Echeverría Castro S, Serrano Encinas D, García Flores R. 2013. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*;23(2):241-250.

Acosta Quiroz C, Vales García J, Echeverría Castro S, Serrano Encinas D 2018. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*; 23(2):244.

Ardila, R. 2003. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]*; 35(2):161-164.

Asili N. 2004 *Vida plena en la vejez: un enfoque multidisciplinario*. 1st ed. México, DF; 67.

Cardona-Arias Jaiberth Antonio, Higuera-Gutiérrez Luis Felipe. 2014. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*; 40(2): 175-189.

Cerezo S. 2001. *La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida [Licenciatura]*. México UNAM Iztacala; 29–34.

Congreso de la Unión. 2002. *ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Ciudad de México DF; p. 2.

Fernández Ballesteros R, F. García L, Abarca D, Blanc L. 2008. LAY CONCEPT OF AGING WELL: CROSS-CULTURAL COMPARISONS. *Journal of the American Geriatric Society*;56(5):950-952.

Fernández Ballesteros R. 2005. Evaluation of “Vital Aging-M”: A Psychosocial Program for Promoting Optimal Aging. *European Psychologist.*; 10:146-156.

Fernández Ham P, Velarde Villalobos S. 2014. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. México DF: Consejo Nacional de Población (conapo); p. 38-39.

Figuroa-Suárez M. 2014. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Medica de Mexico*;150:29–34.

Hernández Navor J, Guadarrama Guadarrama R, Castillo Arrellano S, Arzate Hernández G. 2015. validación del whoqol-old en adultos mayores de México. *psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*;7(3):402-403.

IMSS 2012. Pasos por la salud, guía técnica. Programas integrados de salud; p. 33.

INEGI 2017 Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. *Comunicación Social.*; 1:1.

López Carmona J, Rodríguez Moctezuma R, Munguía Miranda C. 2000. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención primaria.*;26(8):542-549.

Martín Montolíu Jaime. 2008. Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud [Internet]*; 19(1): 101-120.

O'Shea E. 2003. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social (CECS).; 1(1):9-11.

OMS 2017. El Abrazo Mundial. Envejecimiento y Ciclo de vida [Internet]. 2001 (1):1-2. Available from: http://www.who.int/ageing/global_movement World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper. World Population Prospects The 2017 Revisión; 1:12-14.

Pérez Serrano G. 2006. Calidad de vida en Personas mayores. 2nd ed. Madrid, España: Dykinson; 15.

Power M, Schmidt S. 2006. WHOQOL-OLD MANUAL. 1st ed. EUROPEAN OFFICE (COPENHAGEN): WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Quintanilla M. 2000. Causas y consecuencias del envejecimiento. Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano; 1(1):43-48.

Quintero G, González U. 1997. La Calidad de Vida, contexto socioeconómico en personas de edad avanzada. Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. 1st ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1:32.

Ramírez Vélez R, Agredo R. 2012. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Salud Pública; 14(2):226-237.

Rodríguez Moctezuma, R. and López Carmona, J. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. IMSS, (41), pp.211-220.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing; p1-2.

Valdez-Huirache Mayra Griselda, Álvarez-Bocanegra Carlos. 2018. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horiz. Sanitario [revista en la Internet]; 17(2): 113-121.

Velandia Mora A. 2002. Investigación en Salud y Calidad de Vida. El arte y la Ciencia del Cuidado Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; (1):299-304.

Wilson D, Nielsen E, Ciliska D. 1984. Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. Can Fam Physician; 30(1):1863-1865.

Yasuko Arita, B, Romano, S, García, N, Félix. 2005. Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]; 10(1):93-102.

XI. Anexos

XI.1 Hoja de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF9 “IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO EN LA UMF9 QUERETARO”

FECHA:				FOLIO:		
NOMBRE:				EDAD:		
SEXO:		MASCULINO (1)			FEMENINO (2)	
ESCOLARIDAD:	ANALFABETA (1)	PRIMARIA (2)	SECUNDARIA (3)	BACHILLERATO (4)	LICENCIATURA (5)	POSGRADO (6)
ESTADO CIVIL:	CASADO (1)	SOLTERO (2)	VIUDO (3)	UNION LIBRE (4)	DIVORCIADO (5)	SEPARADO (6)
VARIABLES CLÍNICAS						
	RESULTADO DE LA PRIMERA MEDICION			RESULTADO DE LA SEGUNDA MEDICION		
PESO:						
PRESION ARTERIAL:						
GLUCOSA SERICA:						
PERIMETRO ABDOMINAL:						
INDICE DE MASA CORPORAL:						
INSTRUMENTO WHOQOL-OLD						
	PRIMERA MEDICIÓN	SEGUNDA MEDICIÓN		PRIMERA MEDICION	SEGUNDA MEDICION	
CAPACIDAD SENSORIAL 1 muy mal 2 mal 3 ni bien ni mal 4 bien 5 muy bien			INTIMIDAD 1 nada 2 un poco 3 lo normal 4 Bastante 5Extremadamente			
PARTICIPACION AISLAMIENTO 1 muy insatisfecho 2 insatisfecho 3 ni insatisfecho ni satisfecho 4 satisfecho 5 muy satisfecho			ACTIVIDADES PASADAS PRESENTES Y FUTURAS 1 muy descontento 2 descontento 3 ni contento ni descontento 4 contento 5 muy contento			
MUERTE Y AGONIA 1 nada 2 un poco 3 lo normal			AUTONOMÍA 1 nada 2 un poco 3moderado 4 bastante			

4 Bastante 5Extremadamente			5 totalmente		
CUESTIONARIO FANTASTIC					
	PRIMERA MEDICION	SEGUNDA MEDICION		PRIMERA MEDICION	SEGUNDA MEDICION
FAMILIA 1 casi siempre 2 frecuentemente 3 algunas veces 4 rara vez 5 casi nunca			NUTRICION 1 casi siempre 2 frecuentemente 3 algunas veces 4 rara vez 5 casi nunca		
ACTIVIDAD FISICA (1) 4 veces o mas a la semana (2) 3 veces a la semana (3) 2 veces a la semana 4 rara vez 5 nunca			TABAQUISMO 1 casi nunca 2 rara vez 3 algunas veces 4 frecuentemente 5 casi diario		
SUEÑO 1 casi siempre 2 frecuentemente 3 algunas veces 4 rara vez 5 casi nunca			ALCOHOL 1 casi nunca 2 rara vez 3 algunas veces 4 frecuentemente 5 casi diario		
TRABAJO 1 Casi siempre 2 Frecuentemente 3 Algunas veces 4 Rara vez 5 Nunca			INTROSPECCIÓN 1 casi siempre 2 frecuentemente 3 algunas veces 4 rara vez 5 nunca		
CARRERA (TRABAJO, LABORES DEL HOGAR,ETC) 1 casi siempre 2 frecuentemente 3 algunas veces 4 rara vez 5 casi nunca					

XI.2 Instrumentos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA: _____

FOLIO: _____

RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF9 “IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO EN LA UMF9 QUERETARO”

Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como persona mayor de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las 2 últimas semanas. Lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y elija su respuesta haciendo un círculo en el número que mejor le corresponda.

	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
1. ¿QUE TANTO AFECTA SU VIDA DIARIA LA ALTERACION DE UNO O VARIOS DE SUS SENTIDOS (POR EJEMPLO PARA ESCUCHAR, VER, PROBAR, OLER, SENTIR EL TACTO)?	1	2	3	4	5
2. ¿QUE TANTO AFECTA SU CAPACIDAD PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES LA PERDIDA DE ALGUNOS O VARIOS DE SUS SENTIDOS (COMO ESCUCHAR, VER PROBAR, OLER, ¿SENTIR CON EL TACTO?)	1	2	3	4	5
3. ¿CUANTA LIBERTAD TIENE PARA TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES?	1	2	3	4	5
4. ¿EN QUE MEDIDA SIENTE EL CONTROL SOBRE SU FUTURO?	1	2	3	4	5
5. ¿EN QUE GRADO SIENTE QUE LA GENTE QUE LE RODEA RESPETA SU LIBERTAD?	1	2	3	4	5
6. ¿CUANTO LE PREOCUPA A USTED LA MANERA EN QUE MORIRA?	1	2	3	4	5
7. ¿CUANTO MIEDO TIENE DE NO SER CAPAZ DE CONTROLAR SU MUERTE?	1	2	3	4	5
8. ¿CUANTO LE ASUSTA A USTED MORIR?	1	2	3	4	5
9. ¿CUANTO LE ASUSTA A USTED SENTIR DOLOR ANTES DE MORIR?	1	2	3	4	5
	NADA	UN POCO	MODERADO	BASTANTE	TOTALMENTE
10. ¿EN QUE MEDIDA LOS PROBLEMAS CON SU FUNCIONAMIENTO SENSORIAL (ESCUCHAR, OIR, VER, OLER, SENTIR EL TACTO) AFECTAN SU CAPACIDAD PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS?	1	2	3	4	5
11. ¿QUE TANTO CREE USTED QUE PUEDE HACER LAS COSAS QUE LE GUSTARIA HACER?	1	2	3	4	5

12. ¿QUE TAN SATISFECHO ESTA CON LAS OPORTUNIDADES QUE TIENE PARA LOGRAR COSAS EN LA VIDA?	1	2	3	4	5
13. ¿EN QUE MEDIDA SIENTE QUE HA RECIBIDO EL RECONOCIMIENTO QUE SE MERECE EN LA VIDA?	1	2	3	4	5
14. ¿EN QUE MEDIDA SIENTE QUE TIENE SUFICIENTES COSAS QUE HACER CADA DIA?	1	2	3	4	5
	MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
15. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE CON LO QUE HA CONSEGUIDO EN LA VIDA	1	2	3	4	5
16. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTA CON LA MANERA EN LA QUE UTILIZA SU TIEMPO	1	2	3	4	5
17. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE CON SU NIVEL DE ACTIVIDAD?	1	2	3	4	5
18. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE CON LAS OPORTUNIDADES QUE TIENE PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD (AMIGOS, CLUBES, IGLESIA, ETC)	1	2	3	4	5
	MUY DESCONTENTO	DESCONTENTO	NI CONTENTO NI DESCONTENTO	CONTENTO	MUY CONTENTO
19. ¿QUE TAN CONTENTO SE SIENTE AL PENSAR EN SU FUTURO?	1	2	3	4	5
	MUY MAL	MAL	NI MUY MAL NI BIEN	BIEN	MUY BIEN
20. ¿COMO CALIFICARIA EL FUNCIONAMIENTO DE SUS SENTIDOS? (AUDICION, VISION, GUSTO, OLFATO, TACTO)?	1	2	3	4	5
	NADA	UN POCO	LO NORMAL	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
21. ¿EN QUE MEDIDA SE SIENTE ACOMPAÑADO EN SU VIDA?	1	2	3	4	5
22. ¿EN QUE MEDIDA EXPERIMENTA EL AMOR EN SU VIDA?	1	2	3	4	5
23. ¿HASTA QUE PUNTO TIENE OPORTUNIDADES DE AMAR	1	2	3	4	5
24. ¿HASTA QUE PUNTO TIENE OPORTUNIDADES DE SER AMADO?	1	2	3	4	5



FECHA: _____

FOLIO: _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF9
“IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO
EN LA UMF9 QUERETARO”**

FANTASTIC es un cuestionario diseñado para evaluar el estilo de vida y la relación con la salud. Después de leer cuidadosamente elija, con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le suplicamos responda todas las preguntas.

F amilia y amigos	1. La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	2. Doy y recibo afecto	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	3. Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
A ctividad	4. Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.)	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
	5. Relajación y disfrute de tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Casi nunca
N utrición	6. Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	7. Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	8. Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
	9. Referente a su Peso...	Sobrepeso hasta de 2 kg	Sobrepeso hasta de 4 kg	Sobrepeso hasta de 6 kg	Sobrepeso hasta de 8 kg	Sobrepeso mayor a 8 kg
T abaco y toxinas	10. Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
	11. Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
	12. Café, té, refresco de cola	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día
A lcoholismo	13. Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20
	14. Bebe alcohol y maneja	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente

S ueño, cinturón de seguridad, estrés	15. Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	16. Con que frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	17. Eventos importantes de estrés el año pasado	Ninguno	1	2 ó 3	4 ó 5	Más de 5
T ipo de Personalidad	18. Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	19. Competitividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	20. Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
I nterior	21. Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	22. Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	23. Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
C arrera trabajo, labores del hogar, etc.)	24. Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	25. Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

XI.3 Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS MAYORES)	
Nombre del estudio:	IMPACTO DEL PROGRAMA PASOS POR LA SALUD MODIFICADO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 9 IMSS QUERETARO
Patrocinador externo (No aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	SANTIAGO DE QUERETARO, QUERETARO 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los programas de seguridad social sobre la calidad y el estilo de vida por lo que es importante determinar el impacto del programa pasos por la salud modificado en el adulto mayor de una unidad de primer nivel de atención.
Procedimientos:	Aplicación de instrumento whoqol-old para calidad de vida y cuestionario fantastic para estilo de vida y posterior recolección en hoja de datos y análisis
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificación de la calidad de vida y estilo de vida saludable y su canalización a servicio correspondiente en caso de patología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara a la paciente resultado de la encuesta
Participación o retiro:	La paciente es libre de retirarse en cualquier momento de la entrevista
Privacidad y confidencialidad:	TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL ESTUDIO ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de su calidad de vida y mejora en estilo de vida
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. Roxana Gisela Cervantes Becerra médico familiar adscrito a la UMF 11 matricula 99231570 tel 4421470557 roxgcb77@yahoo.com
Colaboradores:	Med.gral Edwin Ilanos López Residente de Medicina Familiar. Adscripción UMF # 9 Matricula: 99237606 Teléfono: 9513600535 Correo: edw.2311@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto Testigo 1	Nombre y firma del sujeto Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma