



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Especialidad en Geriatría

“Factores asociados con calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en Geriatría

Presenta:

Gladys Nayma Jerónimo Ruiz

Dirigido por:

Med. Esp José Juan García González

Med. Esp. José Juan García González
 Presidente



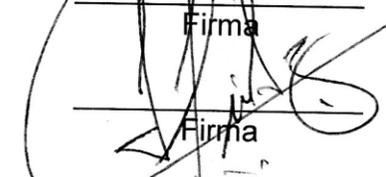
Firma

M. en G. Guillermo Lazcano Botello
 Secretario



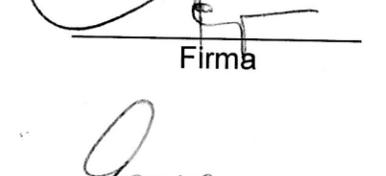
Firma

Med. Esp. Juan Carlos Márquez Solano
 Vocal



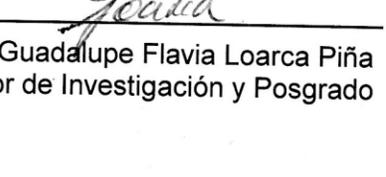
Firma

Med. Esp. Javier Dávalos Álvarez
 Suplente



Firma

Med Esp. Enrique Villarreal Ríos
 Suplente



Firma

Dr. Javier Ávila Morales
 Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
 Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
 Santiago de Querétaro, Qro.
 Mayo 2016

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores asociados con disminución de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. **Metodología.** Diseño transversal comparativo en adultos mayores de 65 y más años en control en la consulta externa de Geriátrica en el que se analizaron los factores asociados con calidad de vida en esta población del Hospital General Regional No.1 Querétaro durante Enero y febrero 2016. Durante el periodo de estudio se captaron 152 pacientes mayores de 65 años. Se identificaron dos grupos, 1) aquellos con una puntuación mayor o igual a 50 puntos del instrumento SF-36 y 2) aquellos con una puntuación menor o igual a 49 puntos del instrumento SF-36. Se midieron variables sociodemográficas y de salud. Para la clasificación de los grupos en mejor y peor calidad de vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36 sobre calidad de vida relacionada con la salud; también se utilizó escala de Díaz Veiga para valorar la red de apoyo social, se determinó el nivel socioeconómico AMAI, funcionalidad con Barthel para actividades básicas de la vida diaria, depresión con GDS 30 y deterioro cognitivo con el examen mini mental de folstein. En el análisis estadístico se incluyeron promedios, desviación estándar, porcentajes, prueba de t para dos poblaciones independientes y prueba de Chi cuadrada. Para determinar la fuerza de asociación con la variable dependiente, se utilizó un análisis bivariado usando la razón de momios. **Resultados.** Se estudiaron 152 individuos, el promedio de edad de la población de estudio fue de 75.2 (DE \pm 7.8) años, el 32% de los participantes fueron mujeres; los factores asociados a una peor calidad de vida fueron: edad mayor de 75 años (RM 3.11, IC95% 1.60-6.03, $p=0.001$); la condición de vivir solo (RM 3.06, IC95% 1.48-6.19, $p=0.002$); dentro de las comorbilidades la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral se asociaron estadísticamente a peor calidad de vida; la polifarmacia está presente en 92.1% y también está relacionada con peor calidad de vida (RM 5.06, IC95% 1.92-13.31 $p<0.001$) así como la dependencia funcional (RM 28.63, IC95% 10.85-75.54, $p<0.001$), la depresión (RM 29.17, IC95% 9.63-88.35) y el deterioro cognitivo (RM 5.34, IC95% 2.39-11.94, $p<0.001$). **Conclusiones.** Los factores asociados para tener peor calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor fueron: tener más de 75 años, vivir solo, presencia de comorbilidades, dependencia funcional, polifarmacia, depresión y deterioro cognitivo.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, adulto mayor

SUMMARY

Objective. To determine the factors associated with decreased quality of life related to health of the elderly. **Methodology.** Cross-sectional comparative adults age 65 and older in control in the outpatient clinic of Geriatrics in which the factors associated with quality of life in this population of General Regional Hospital No.1 Querétaro were analyzed during January and February 2016. During the study period 152 patients over 65 were captured two groups, 1) they were identified those with greater than or equal to 50 points the instrument SF-36 and 2) those with lower or equal to 49 points the instrument SF-36 score points. Sociodemographic and health variables were measured. Health questionnaire SF-36 Quality of life related to health was used for classification of the groups in better and worse quality of life; Diaz scale Veiga was also used to assess the social support network, AMAI socioeconomic status, Barthel functionality for basic activities of daily living, depression with GDS 30 and cognitive impairment with the mini mental examination Folstein was determined. In the statistical analysis means, standard deviations, percentages, t test for two independent populations and Chi square test were included. An analysis was used to determine the strength of association with the dependent variable, bivariate using the odds ratio. **Results.** 152 individuals were studied, the average age of the study population was 75.2 (SD \pm 7.8) years, 32% of participants were women; Factors associated with a poorer quality of life were: age of 75 years (OR 3.11, 95% CI 1.60-6.03, $p = 0.001$); the condition of living alone (RM 3.06, 95% CI 1.48-6.19, $p = 0.002$); comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease, heart failure, ischemic heart disease and cerebral vascular disease was statistically associated with worse quality of life; polypharmacy is present in 92.1% and is also associated with poorer quality of life (OR 5.06, 95% CI 1.92-13.31 $p < 0.001$) as well as the functional dependence (OR 28.63, 95% CI 10.85-75.54, $p < 0.001$), the depression (OR 29.17, 95% CI 9.63-88.35) and cognitive impairment (OR 5.34, 95% CI 2.39-11.94, $p < 0.001$). **Conclusions.** Associated factors to have poorer quality of health-related life of the elderly were being over 75 years living alone, presence of comorbidities, functional dependency, polypharmacy, depression and cognitive impairment.

Keywords: quality of life related to health, elderly

DEDICATORIAS

A DIOS, gracias por NO olvidarte de mí y por tus bendiciones.

A mi madre: Margarita Jerónimo porque incondicionalmente ha colmado de amor, ternura, soporte y confianza todos y cada uno de los días de mi existir. Te adoro mamá.

A mi abuelito: Hipólito Jerónimo quien me infundió la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida.

A mi abuelita: Brígida Ruiz que con amor, oraciones y plegarias veló por mí sin demostrar flaqueza ante lo adverso.

A mis tíos (Andrés/Otilia, Raúl/Adriana, Herlinda) y primos por su cariño, auxilio y magnificas enseñanzas de vida, además de sus valiosas y emotivas palabras de aliento.

A mis grandes amigos por su invaluable afecto, cariño y respaldo, por dejarme compartir con ustedes memorables vivencias.

Fernando Luján por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas; por su comprensión, paciencia y amor.

Doy gracias a esas personas que aparecieron en el transcurso de mi formación como Geriatra, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda: Don Arturo, Maestra Margarita, Doña Lupita y Don Renan, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que han otorgado.

Dr. José Juan García González, asesor de la tesis, quien me dedicó parte de su tiempo para elaborar este trabajo y me regaló parte de sus conocimientos sobre investigación.

Dr. Enrique Villarreal Ríos, por el apoyo para la realización de esta investigación.

A mis profesores Dr. Juan Carlos Márquez Solano y Dr. José Juan García González.

Expreso también mi agradecimiento a las personas de la consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No.1, IMSS, Querétaro y de la UMF 08 "El Marques", quienes muy amablemente cooperaron conmigo para la realización de este trabajo.

A todos ellos, mil gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
RESUMEN	2
SUMMARY	3
DEDICATORIAS	4
TABLA DE CONTENIDOS	5
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS	6
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Objetivo General	9
1.2 Objetivos específicos	9
1.3 Hipótesis	9
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
2.1 Definición de Calidad de Vida	12
2.2 Calidad de vida relacionada con la salud	14
2.3 Clasificación de calidad de vida	15
2.4 La calidad de vida en la vejez	17
2.5 Medición calidad de vida	19
2.6 Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor	19
2.7 Cuestionario de salud: Formato corto 36 (SF-36)	21
3. METODOLOGÍA	28
3.1 Diseño del estudio	28
3.2 Población y muestra	28
3.3 Variables a estudiar e instrumentos de medición	29
3.4 Análisis estadístico	29
3.5 Consideraciones éticas	29
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	46
6. CONCLUSIONES	49

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**50****8. ANEXOS****54****ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS**

	Página
Tabla 1.- Edad media de pacientes con mejor calidad de vida y peor calidad de vida.....	31
Tabla 2.- Agrupación por edad de 65 a 74 años y los mayores de 75 años comparados con el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida	32
Tabla 3.- Sexo predominante de acuerdo a cada grupo con mejor calidad de vida y peor calidad de vida.....	32
Tabla 4.- Comparación de los pacientes que viven en pareja o solos con mejor calidad de vida y peor calidad de vida...	33
Tabla 5.- Escolaridad en años para el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida.....	33
Tabla 6.- Asociación entre la escolaridad en años y calidad de vida.....	34
Tabla 7.- Nivel educativo alcanzado en el grupo de analfabetas y otro nivel educativo comparado con el grupo de mejor y peor calidad de vida.....	34
Tabla 8.- Red de apoyo social en los grupos de mejor calidad de vida y peor calidad de vida.....	35
Tabla 9.- Comparación entre el nivel socioeconómico y los grupos de mejor y peor calidad de vida.....	35
Tabla 10.- Comorbilidades asociadas a mejor y peor calidad de vida.....	36
Tabla 11.- Promedio de fármacos consumidos en el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida	37
Tabla 12.- Asociación de polifarmacia con los grupos de mejor y peor calidad de vida.....	37
Tabla 13.- Cuadro comparativo del grado de funcionalidad con los grupos de mejor calidad de vida y peor calidad de vida...	38
Tabla 14.- Presencia de depresión en ambos grupos de mejor y peor calidad de vida.....	38
Tabla 15.- Comparación de la presencia de deterioro cognitivo en los grupos de mejor y peor calidad de vida.....	39

Gráfica I.-	Edad.....	40
Gráfica II.-	Sexo.....	40
Gráfica III.-	Estado Civil.....	41
Gráfica IV.-	Nivel educativo.....	41
Gráfica V.-	Red de apoyo social.....	42
Gráfica VI.-	Nivel socioeconómico.....	42
Gráfica VII.-	Comorbilidades.....	43
Gráfica VIII.-	Polifarmacia.....	43
Gráfica IX.-	Funcionalidad.....	44
Gráfica X.-	Depresión.....	44
Gráfica XI	MMSE.....	45
Gráfica XII.-	Calidad de vida relacionada con la salud.....	45

1.- INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el porcentaje de adultos mayores en países en desarrollo ha aumentado de una forma sin precedentes (Domínguez LJ, et al, 2006). México es un país de transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado en los últimos 20 años (Ham-Chande R,1996) como resultado de múltiples factores, en general por el desarrollo económico y social del país, en particular por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud (Durán Arenas L, et al, 2004). La tasa de crecimiento anual de la población de edad avanzada en México fue de 3.5% en 2000, la cual si se mantiene, la reciente población de adultos mayores (7.6%), se duplicará en 19 años y equivaldría al 28% del total de la población mexicana en 2050. En términos absolutos, esto significa que el número de adultos mayores será igual a la del número de niños para el 2034 (CONAPO,2002).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en los últimos años en la medida estándar en ensayos clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que van más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad (Durán-Arenas L, et al,2004). En los últimos años, quienes se han preocupado por el interés del concepto y estudio de la calidad de vida son diversos autores, sobre todo en países desarrollados (Nava-Galán M,2012).

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados con calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar si la edad es un factor asociado con calidad de vida
- Determinar si el sexo está asociado con calidad de vida
- Determinar si el estado civil está asociado con calidad de vida
- Determinar si la escolaridad está asociado con calidad de vida
- Determinar si el apoyo social está asociado con calidad de vida
- Determinar si el nivel socioeconómico está asociado con calidad de vida
- Determinar si la comorbilidad está asociado con calidad de vida
- Determinar si la polifarmacia está asociado con calidad de vida
- Determinar si la funcionalidad está asociado con calidad de vida
- Determinar si la depresión está asociado con calidad de vida
- Determinar si el deterioro cognitivo está asociado con calidad de vida

1.3 HIPÓTESIS

Ho.- Existe fuerza de asociación entre la edad mayor de 75 años y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre la edad mayor de 75 años y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre el sexo femenino y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre el sexo femenino y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre el estado civil soltero y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre el estado civil soltero y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre la escolaridad menor de 3 años y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre la escolaridad menor de 3 años y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre el apoyo nulo social y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre el apoyo nulo social y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre el nivel socioeconómico bajo y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre el nivel socioeconómico bajo y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre dos ó más enfermedades crónicas y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre dos ó más enfermedades crónicas y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre el consumo de tres o más medicamentos y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre el consumo de tres o más medicamentos y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre la puntuación menor de 60 en la escala de Barthel y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre la puntuación menor de 60 en la escala de Barthel y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre la puntuación mayor a 11 en la escala de GDS para depresión y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre la puntuación mayor a 11 en la escala de GDS para depresión y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

Ho.- Existe fuerza de asociación entre una puntuación menor a 24 en la escala del MMSE y una puntuación en la calidad de vida menor de 50 puntos

Ha.- No existe fuerza de asociación entre una puntuación menor a 24 en la escala del MMSE y una puntuación en calidad de vida menor de 50 puntos

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993) (Caqueo-Urizar, 2012).

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educativo o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual (Caqueo-Urizar A, 2012).

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999) (Caqueo-Urizar A, 2012).

Para algunos autores, el concepto de calidad de vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999) (Caqueo-Urizar A, 2012).

Levy y Anderson, en 1980, refieren que “es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas”. En el mismo año, Szalai apunta que “es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”. En 1990, Celia y Tulsy la definen como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”. En 1992, Quintero refiere que es “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural

determinado”. Asimismo, Felce y Perry, en 1995, la define como la “calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos”, es decir, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderados por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Nava-Galán M, 2012).

La OMS, la define 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 (OMS,1996). Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Durán Arenas L, et al, 2004). Un aspecto importante a considerar es que la calidad de vida depende de muchos otros factores además de la salud, por lo cual algunos investigadores prefieren usar en estos casos el término “calidad de vida relacionada a la salud” (CVRS) (Durán Arenas L, et al, 2004).

La calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de la vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales (Durán Arenas L, et al, 2004). Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones. Por lo tanto, es un término multidimensional en el que se integran buen funcionamiento físico, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud (Durán Arenas L, et al, 2004).

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto o bien a que es un término multidisciplinario (Haas, 1999) (Caqueo-Urizar A, 2012)

En síntesis, dado que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que

caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, todavía no se ha llegado a establecer un consenso general sobre su definición y forma de evaluación, aunque hay algunas ideas clave que generalmente se aceptan como representativas del concepto:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Como se mencionó anteriormente la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” (Testa MA, et al, 1996)

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud, pretende aunar las nociones de salud, percepción de salud y calidad de vida, agrupando tanto elementos que forman parte del individuo, como aquellos otros que son externos a éste pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Nos hallamos así ante un constructo multidimensional, que no puede ser observado de manera directa, sino deducido de manera indirecta a través de indicadores.

Patrick y Erickson en 1993 definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.

Otra de las definiciones más útiles sobre CVRS es la que propusieron Shumacker y Naughton en 1995: “es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar, siendo sus dimensiones más significativas: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”

Sin embargo, calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores podría describirse en términos de estado funcional, la independencia y la capacidad de participar en actividades de la vida (Tajvar M, et al, 2008)

2.3 CLASIFICACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

1. Calidad de vida y felicidad

Es un concepto que sostiene que se debe medir en términos de la utilidad, ya sea en felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. Epicuro, dividió las necesidades humanas en tres clases (Nava- Galá M, 2012):

- a) Las naturales y necesarias son las que no son satisfechas y producen dolor, incluyen el alimento y el vestido que son relativamente fáciles de satisfacer.
- b) Las Naturales pero no necesarias, como la satisfacción sexual
- c) Las no naturales ni necesarias, incluye el lujo, abundancia, el fausto y esplendor, siendo su satisfacción muy difícil.

La distribución de la felicidad considera categorías sociales. Ideológicamente se inspira en promover “la mayor felicidad para el mayor número de personas”, siendo los beneficios de la felicidad el criterio de la “utilidad de las acciones”. Esta filosofía moral del siglo XIX es la base ideológica del estado de

bienestar del S. XX que fue el propulsor de la investigación sobre calidad de vida (Ovalle O, et al, 2006).

Durante siglos, el término “felicidad” se ha utilizado como sinónimo de calidad de vida. En filosofía social el significado de “buenas condiciones de vida” (felicidad como buena sociedad) y en la filosofía moral, el significado de buena acción (felicidad como virtud) (Nava- Galán M, 2012).

Como puede verse, la definición de calidad de vida humana implica una antropología filosófica. La formulación y la utilización del concepto de calidad de vida humana debe implicar, además una filosofía social elaborada a partir de la perspectiva cultural y política de América Latina en el contexto de las relaciones de interdependencia internacional (Nava- Galán M, 2012).

2. Calidad de vida instrumental

Refleja una condición utilitaria, extrínseca y formal. Se identifica con la competición desenfrenada e interesada, que tiende a acumular bienes materiales, independientemente de los valores éticos establecidos colectivamente por la población (Nava- Galán M, 2012).

3. Calidad de vida sustantiva

Refleja una condición ética e intrínseca del ser humano como actor individual y social, políticamente engranado en la sociedad; se preocupa por la distribución equitativa de los bienes materiales y no materiales producidos por la población de los individuos y grupos en las decisiones que afectan al bien común. Respeta las instituciones, los valores endógenos y promueve la autonomía cultural (Nava- Galán M, 2012).

Se identifican tres connotaciones en el concepto calidad de vida:

- Calidad del entorno en el que vive
- Calidad de acción
- Calidad del resultado

4. Calidad de vida y ética de las capacidades

Está íntimamente ligada a las capacidades de una persona, como: la libertad que un ser humano tiene para elegir la clase de vida que quiere para sí mismo.

También está vinculada con la necesidad de establecer primero la función del hombre y luego proceder a explorar la vida en el sentido de actividad. Lo primordial no son las funciones, sino las capacidades (oportunidades reales) (Nussbaum M, et al, 1998). Conill pone de relieve la diferencia entre dos centros de atención axiológicos:

- Resultados funcionales
- Conjunto de capacidades

La nueva noción moderna de “capacidad”, consiste en otorgar dignidad a la persona humana por tratarse de algo que (objetivamente) es fin en sí y no medio (subjétivamente) para otra cosa.

Sin duda se debe tener una concepción del ser humano integral, en el que contribuye lo biológico, psicológico, social, ético, político, cultural, histórico, económico, espiritual y estético, sin que ningún aspecto sea más relevante que otro para determinar la calidad de vida (Nava- Galán M, 2012).

2.4 LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

El envejecimiento no supone una merma de la calidad de vida de la persona mayor. Es muy probable que muchas personas mayores refieran tener una buena calidad de vida durante bastantes años. Según algunos estudios, alrededor del 75% de las personas mayores de edad valora su calidad de vida como buena o muy buena. La gran mayoría de las personas mayores se adaptan satisfactoriamente a las consecuencias del envejecimiento y refiere un nivel alto de satisfacción con la vida, aunque son conscientes de que el envejecimiento provoca cambios negativos en sus vidas, habitualmente manifestados como pérdidas y disminuciones de la capacidad del desarrollo personal, afrontan razonablemente bien el paso del tiempo y la vejez, siguen siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y poseen una visión positiva, tanto del autoconcepto como del desarrollo personal (Brandstadter J, et al, 1993). También se ha demostrado que son capaces de desarrollar acciones que les permiten la adaptación satisfactoria a las nuevas situaciones, lo que influye positivamente en

su salud, y por lo tanto en su percepción de la calidad de vida (Espejo J, et al, 1997).

Se ha demostrado que las personas mayores con mejor calidad de vida, son aquellas que presentan más habilidades cognitivas y emocionales, pues éstas poseen mayor capacidad para el afrontamiento de los cambios que se producen cuando llega a la etapa de la vejez.

Diversos estudios han confirmado, además, la notoria estabilidad de las puntuaciones en satisfacción con la vida a lo largo de los años a pesar de las disminuciones observadas en bienestar objetivo, lo que es otra manifestación de la paradoja de bienestar subjetivo.

En un estudio que se llevó a cabo con nonagenarios fue determinar la calidad de vida y los factores asociados, fue un estudio transversal con 3 años de seguimiento, donde se concluyó que existía una buena percepción media de salud en sujetos superior a 89 años. El sexo, la funcionalidad y riesgo de malnutrición son factores asociados a la calidad de vida en los nonagenarios (Ferrer A, et al, 2010).

En un estudio poblacional descriptivo y analítico que se llevó a cabo en un el estado de Morelos en 1997 a cerca de la calidad de vida en adultos mayores, en los resultados se encontró que las mujeres tienen casi tres veces más riesgo de tener mala calidad de funcionamiento físico; en la dimensión emocional las mujeres tienen mayor posibilidad de tener una mala calidad emocional, al igual que los eventos de enfermedad y el aumento de la edad que impactan de manera negativa sobre esta dimensión (Durán Arenas L, et al, 2004).

Una investigación realizada en Japón sobre diferencias de género, calidad de vida y problemas de tipo emocional específicamente relacionado con depresión, concluye que en todas las dimensiones de calidad de vida los individuos de género masculino tienen mejores resultados que los del femenino (Nagatomo I, et al, 1994).

En relación a la percepción del estado de salud, específicamente estudios realizados en Italia y Argentina, también notifican que los hombres perciben su salud mejor que las mujeres (Mulley GP, 1995)

2.5 MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

A pesar de los avances conceptuales de calidad de vida, Campbell en 1976, escribía que “es un concepto vago y etéreo, algo de lo que mucha gente habla, pero que nadie sabe claramente lo que en realidad significa”. Desde entonces se iniciaron los primeros estudios sobre calidad de vida en ensayos clínicos, en procesos patológicos evolutivos y, se intentó objetivar de forma reproducible las cuantificaciones en los cuestionarios validados sobre calidad de vida (Monés Joan, 2004).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios (WHOQOL, 1993).

Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones: (Meriel EM, et al, 1997).

- 1.- Componente físico
- 2.- Componente mental

2.6 DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

En gran medida la calidad de vida relacionada a la salud ha sido estudiada como un indicador del resultado de intervenciones específicas en salud. Por tanto, las variables asociadas a la CVRS o sus determinantes, han sido estudiados en forma paralela, ya sea como factores modificadores de los efectos de las intervenciones evaluadas, o como factores a controlar en los diseños. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos

factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida, destacan entre ellos (Durán Arenas L, et al, 2004):

- 1.- Soporte social
- 2.- Edad, sexo, condición de salud y residencia
- 3.- Factores socioeconómicos y escolaridad (si bien tienen importancia, no son del todo determinantes).
- 4.- Estado de salud

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y calidad de vida. Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Deben tener una serie de características para ser considerados como válidos (Monés Joan, 2004):

- Amplio, que incorpore una parte de los aspectos de la salud
- Seguro, que pueda precisar conceptos, que sea reproducible y que tenga consistencia interna, de manera que no haya contradicciones en las respuestas
- Sensible, capaz de detectar variaciones pequeñas en el estado de salud

Haywood, Garratt y Fitzpatrick llevaron a cabo una revisión sistemática sobre las medidas genéricas de calidad de vida y estado de salud en pacientes ancianos. Sus estudios han analizado evidencias sobre: Medidas genéricas y específicas diseñadas para este grupo de población (Haywood KL, 2005).

Medidas genéricas de calidad de vida

Cubren un amplio rango de aspectos del estado de salud y calidad de vida relevante para la población en general y, por lo tanto, su principal beneficio radica en que pueden ser aplicadas a diferentes grupos de pacientes. Su mayor limitación es, dado su contenido, su falta de sensibilidad a los cambios clínicos.

Las recomendaciones finales de Haywood, Garratt y Fitzpatrick, indicaron que el SF-36 es el instrumento de elección para realizar evaluaciones detalladas en población comunitaria (Haywood KL, 2005).

2.7 CUESTIONARIO DE SALUD: FORMATO CORTO 36 (SF-36)

a) Desarrollo, validación y adaptación cultural

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), que consta de 36 preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware JE, 2000). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana; se desarrolló para proporcionar un perfil de la calidad de vida y no un índice o una medida sumaria (Arostegui-Madariaga I, et al, 2008).

Considera ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión que suman un total de 36 preguntas en el instrumento. Las dimensiones que incluye son (Mishra G, et al, 2011):

- 1.- Funcionamiento físico
- 2.- Rol físico
- 3.- Dolor corporal
- 4.- Funcionamiento social
- 5.- Salud mental general
- 6.- Rol emocional
- 7.- Vitalidad
- 8.- Percepción de salud general

Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la

suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población referida (Ware JE, et al, 1994).

El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal (Arostegui-Madariaga I, 2008).

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

	No.ÍTEMS	No.NIVELES	PUNTUACIÓN
Funcionamiento físico	10	21	0-100
Rol físico	4	5	0-100
Dolor corporal	2	11	0-100
Salud general	5	21	0-100
Vitalidad	4	21	0-100
Funcionamiento social	2	9	0-100
Rol emocional	3	4	0-100
Salud mental	5	26	0-100
Transición	1	5	---
Resumen físico	35	---	50 (10)
Resumen mental	35	---	50 (10)

Ware et al. en 1993 incluyeron estudios de validación del SF-36 como herramienta para medir CVRS. Además se han publicado diversos estudios de validación del SF-36 por otros autores, que lo comparan con otros instrumentos de medición de salud más generales y complejos (Brazier Je, et al, 1992; Stansfeld SA, et al, 1997).

Sus buenas propiedades psicométricas y los estudios realizados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial y aceptación en el campo de la calidad de vida relacionada a la salud, ha sido traducido en más de

50 países como parte del International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project (Garratt AM, et al, 2002). Las adaptaciones validadas y publicadas por el proyecto IQOLA incluyen el castellano, el francés, el alemán, el sueco y el italiano, así como diferentes variaciones del inglés para uso en Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda (Mccallum J, 1995). Actualmente existen muchas publicaciones que usan adaptaciones al inglés de este instrumento.

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales (Vilagut G, et al, 2005).

b) El SF-36 como medida de CVRS

Durante la última década, gran parte de la investigación en CVRS se ha concentrado en la evaluación de la CVRS como medida de resultado en ensayos clínicos. El análisis estadístico de datos de CVRS en el ámbito de los ensayos clínicos están documentados (Cox DR, et al, 1992). Asimismo, la información combinada sobre calidad de vida y cantidad de vida en años de vida ajustados por calidad de vida se ha utilizado en la evaluación económica y la toma de decisiones en la asignación de recursos sanitarios. Sin embargo existe menos literatura publicada en el ámbito de medición de resultados de CVRS en poblaciones tanto sanas como enfermas (Arostegui-Madariaga I, et al, 2008).

c) Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos (Vilagut G, et al, 2005):

1.- Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que los requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”

2.- Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala

3.- Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud)

Dimensión	No. de ítems	“Peor” puntuación(0)	“Mejor” puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud menta	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transformación de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año

En caso de que falte información, si se han contestado al menos 50% de los ítems de una escala, se recomienda sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso de más del 50% de ítems no contestados, la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, el componente sumario físico y la mental, mediante combinación de las puntuaciones de cada dimensión (McHorney CA, et al, 1993).

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas (Ware JE, et al, 1994) y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA (Keller SD, et al, 1998; Ware JE, et al, 1988), demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, el componente físico y la mental. Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son:

- a) Estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general
- b) Ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales
- c) Agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de sus máximo y mínimo a el mejor y peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevos componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia (Vilagut G, et al, 2005). Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los investigadores del proyecto IQOLA (Aaronson NK, et al, 1992) evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países:

- a) Algoritmos de cálculo específicos para cada país
- b) Algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana

Se observó una concordancia muy elevada entre los dos tipos de cálculo de las puntuaciones, por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos (Vilagut G, et al, 2005).

Normas poblacionales de las puntuaciones sumario, por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Total		Mujeres		Varones		
	CSF	CSM	CSF	CSM	CSF	CSM	
Media (DE)	44,82	49,70	43,21	47,29	46,54	52,29	
Percentil 5	24,54	26,91	23,43	23,39	24,90	33,13	
Percentil 10	28,85	33,25	27,79	29,22	30,27	40,19	
Percentil 20	35,32	42,67	33,14	37,79	40,16	46,74	
Percentil 30	41,04	47,03	38,33	44,28	44,33	50,21	
65-74 años	Percentil 40	44,58	50,13	42,35	47,77	47,02	52,85
	Mediana	47,57	52,68	45,27	50,15	49,04	54,49
	Percentil 60	49,60	54,72	48,19	52,47	50,90	55,98
	Percentil 70	51,61	56,30	50,52	56,09	52,94	57,49
	Percentil 80	53,77	58,25	52,52	56,78	54,59	59,17
	Percentil 90	56,00	60,21	55,43	58,98	56,41	60,88
	Percentil 95	57,12	61,91	56,74	61,18	57,57	62,44
>=75 años	Media (DE)	40,16	48,64	38,96	47,07	42,16	51,30
	Percentil 5	20,08	24,24	19,43	22,66	22,43	29,57

Percentil 10	23,67	30,13	23,30	27,59	24,26	35,66
Percentil 20	27,97	40,01	27,24	36,80	30,18	45,54
Percentil 30	33,52	45,55	31,60	43,21	36,08	48,84
Percentil 40	37,43	48,89	35,94	46,76	41,36	51,71
Mediana	42,07	51,81	39,60	49,96	44,89	53,46
Percentil 60	45,26	53,75	43,84	52,73	48,03	55,36
Percentil 70	48,20	55,65	46,67	54,46	50,38	57,43
Percentil 80	51,67	58,07	50,17	56,72	52,60	59,56
Percentil 90	54,43	60,80	53,93	59,83	54,96	62,16
Percentil 95	56,38	63,09	56,35	62,04	56,44	63,43

Abreviaturas: CSF, Componente de Salud Funcional; CSM, Componente de Salud Mental

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

Para determinar los factores asociados con disminución de calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor, se realizó un estudio transversal comparativo en donde se identificaron dos grupos de estudio: 1) aquellos con puntuación mayor de 50 puntos en la escala de calidad de vida y, 2) aquellos con puntuación igual o menor de 49 puntos en la escala de calidad de vida, en el periodo comprendido de Enero y Febrero 2016.

3.2 Población y muestra

Pacientes adultos mayores de 65 y más años del sexo femenino y masculino que acudieron a la consulta externa de geriatría en el Hospital General Regional No.1 Querétaro.

La muestra correspondió a todos los pacientes mayores de 65 años que aceptaron participar en el estudio y firmaron carta de consentimiento informado, se excluyeron pacientes con esperanza de vida menor a 6 meses, pacientes que en el momento en que se estaba llevando a cabo la encuesta estuvieran cursando con una enfermedad en agudo o crónica agudizada y se eliminaron las entrevistas incompletas con los datos de la variable en estudio.

Debido a que se determinó la asociación entre diversas variables independientes y una variable dependiente se utilizó el análisis de regresión logística, en consecuencia la variable dependiente es dicotómica. Las variables independientes se encuentran en escala nominal dicotómica, por lo tanto, el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de Whittemore, dando como tamaño de muestra de 76 pacientes por cada grupo.

$$n = \frac{[Z\alpha + \exp(\ln RM^2/4) Z\beta]^2 (1+P)}{\ln RM^2 (P)}$$

$Z\alpha = 0.05$
 $Z\beta = 0.80$
 $RM = 1.8$
 $P = 0.5$

N= 76 pacientes con calidad de vida de 50 puntos o menos.

N= 76 pacientes con calidad de vida mayor de 50 puntos.

3.3 Variables a estudiar e instrumentos de medición

Una vez aprobado por el comité de investigación, se procedió a solicitar consentimiento informado al paciente que acudió a la consulta externa de geriatría, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente explicadas. La técnica de muestreo fue no aleatoria por cuota. Primero se aplicó el instrumento SF-36 para clasificación del paciente utilizando sus puntos de corte (=>50 puntos: mejor calidad de vida; <49 puntos: peor calidad de vida) (Anexo 7), posteriormente se preguntaron las siguientes variables:

Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad en años, nivel educativo alcanzado, red de apoyo social, nivel socioeconómico.

Características de salud del paciente: comorbilidades (Diabetes Mellitus tipo 2, HTA, EPOC, ICC, ERC, EVC, Cardiopatía isquémica, Enfermedad de Parkinson) polifarmacia (número de medicamentos), funcionalidad (ABVD, Barthel), depresión (GDS 30), deterioro cognitivo (MMSE).

De esta manera se obtuvieron las variables a estudiar, las cuales se recolectaron en una cédula de información.

3.4 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20. Se incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes, prueba de t para dos poblaciones independientes y prueba de Chi cuadrada. Para determinar la fuerza de asociación con la variable dependiente, se utilizó un análisis bivariado usando la razón de momios.

3.5 Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de este trabajo de investigación se tomó en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, 59ª Asamblea General

de Seúl Corea, Octubre 2008 y de la Ley de Salud sobre la investigación (SSA). En la cual se establece que en la investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa debe tener primacía sobre todos los demás intereses, así como debe prevalecer el respeto a su dignidad.

Con el presente estudio, conforme la norma oficial de investigación, solo se requirió del consentimiento informado de los sujetos encuestados para realizar el estudio, garantizándose la confiabilidad y privacidad de los resultados, sin verse afectados alguno de los entrevistados, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

4. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a 152 pacientes, de los cuales 76 pacientes son del grupo con mejor calidad de vida y 76 pacientes corresponden al grupo de peor calidad de vida, los 152 pacientes constituyen la muestra de este estudio al cumplir con los criterios de inclusión como ser mayor o igual a 65 años de edad y aceptar de forma voluntaria su participación en la encuesta.

Respecto a las características sociodemográficas estudiadas fueron edad, sexo, estado civil (si viven con pareja o solos), escolaridad en años, nivel educativo alcanzado, red de apoyo social y nivel socioeconómico. Los resultados demostraron lo siguiente: el rango de edad fue de 65 a 92 años de edad, la edad media fue de 72.36 años en el grupo de mejor calidad de vida con una desviación estándar 6.32, vs 78.16 años en el grupo con peor calidad de vida con una desviación estándar de 8.22. La diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Edad media en pacientes con mejor calidad de vida y peor calidad de vida.

	Mejor calidad de vida	Peor calidad de vida	T	p
Edad	72.36	78.16	4.87	<0.001
Desv. Tip	6.32	8.22		

Al agrupar la edad en mayor o igual a 75 años y de 65 a 74 años, se observó que en el grupo de mejor calidad de vida 48 pacientes (63.2%) tenían entre 65 a 74 años de edad, mientras que 49 pacientes (64.5%) mayor o igual a 75 años se encontraban en el grupo de peor calidad de vida. RM 3.11 (IC95%:1.60-6.03) con una p estadísticamente significativa de < 0.001 , como se muestra en la Tabla 2

Tabla 2.- Agrupación por edad, de 65 a 74 años y los mayores de 75 años comparados con el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
65-74 años n=75	48 (63.2%)	27 (35.5%)	3.11	1.60	6.03	0.001
>=75 años n=77	28 (36.8%)	49 (64.5%)				

En cuanto al género, se estudiaron 71 hombres y 81 mujeres. El porcentaje del sexo femenino fue de 48.7% para mejor calidad de vida y del 57.9% para peor calidad de vida; del sexo masculino, 51.3% para mejor calidad de vida y del 42.1% para peor calidad de vida, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Sexo predominante de acuerdo a cada grupo con mejor calidad de vida y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Hombre n=71	39 (51.3%)	32 (42.1%)	1.44	0.76	2.74	0.25
Mujer n=81	37 (48.7%)	44 (57.9%)				

De acuerdo al estado civil, se encontró que el vivir en pareja tienen mejor calidad de vida 78.9%, en comparación con los que viven solos 44.7% que refieren peor calidad de vida. Con RM 3.06, IC95%:1.48-6.19, p 0.002. Ver Tabla 4

Tabla 4. Comparación de los pacientes que viven en pareja o solos con mejor calidad de vida y peor calidad de vida.

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Vivir con pareja n=102	60 (78.9%)	42 (55.3%)	3.06	1.48	6.19	0.002
Vivir solo n=50	16 (21.1%)	34 (44.7%)				

El promedio de escolaridad en años fue de 3.36 años, con una desviación estándar de 3.26 para el grupo de mejor calidad de vida y de 2.99 años con una desviación estándar de 3.73 para el grupo de peor calidad de vida, con una p de 0.51, como se puede observar en la Tabla 5.

Tabla 5. Escolaridad en años para el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida

	Mejor calidad de vida	Peor calidad de vida	T	P
Años de escolaridad	3.36	2.99	0.64	0.51
Desv. Tip.	3.26	3.73		

En este estudio no se demostró fuerza de asociación entre la escolaridad en años y la calidad de vida, con un valor de p 0.10 (IC95%:0.37-1.11), como se puede observar en la Tabla 6

Tabla 6.- Asociación entre la escolaridad en años y calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Escolaridad 0-3 años n=84	37 (48.7%)	47 (61.8%)	0.58	0.37	1.11	0.10
Escolaridad >=4 años n=68	39 (51.3%)	29 (38.2%)				

El ser analfabeta en el grupo de peor calidad de vida resulta un 43.4%, comparado con otro nivel educativo alcanzado en el grupo de mejor calidad vida de 61.8%, valor p 0.50 (IC95%:0.42-1.53), como se observa en la Tabla 7

Tabla 7.- Nivel educativo alcanzado en el grupo de analfabetas y otro nivel educativo comparado con el grupo de mejor y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Analfabeta n=62	29 (38.2%)	33 (43.4%)	0.80	0.42	1.53	0.50
Otro nivel educativo n=90	47 (61.8%)	43 (56.6%)				

En cuanto la red de apoyo social, en el grupo de mejor calidad de vida el 86.8% demostró tener apoyo funcional, mientras que el grupo de peor calidad de vida fue de un 78.9%, con una p de 0.19 (IC95%:0.23-1.34), ver Tabla 8

Tabla 8. Red de apoyo social en los grupos de mejor y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Algún apoyo n=26	10 (13.2%)	16 (21.1%)	0.56	0.23	1.34	0.19
Apoyo funcional n=126	66 (86.8%)	60 (78.9%)				

Al agrupar el nivel socioeconómico, la clase que más predominó en ambos grupos fue la clase alta y media con un total de 132 individuos; en el grupo de mejor calidad de vida 64 (84.2%) y en el grupo de peor calidad de vida 68 (89.5%), resulta p 0.33 (IC95%:0.24-1.63). El resto de información estadística se observa en la Tabla 9

Tabla 9. Comparación entre el nivel socioeconómico y los grupos con mejor y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Clase alta y media n=132	64 (84.2%)	68 (89.5%)	0.62	0.24	1.63	0.33
Clase baja n=20	12 (15.8%)	8 (10.5%)				

La presencia de alguna comorbilidad como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad Vascul ar Cerebral, están asociadas con peor percepción de calidad de vida. Todos estos datos estadísticos están descritos en la Tabla 10.

Tabla 10. Comorbilidades asociadas a mejor y peor calidad de vida

COMORBILIDAD	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
DM2 NO n=76	41 (53.9%)	35 (46.1%)	1.37	0.72	2.59	0.33
DM2 SI n=76	35 (46.1%)	41 (53.9%)				
EPOC NO n=124	70 (92.1%)	54 (71.1%)	4.75	1.80	12.53	0.001
EPOC SI n=28	6 (7.9%)	22 (28.9%)				
ERC NO n=127	70 (92.1%)	57 (75.0%)	3.88	1.45	10.38	0.004
ERC SI n=25	6 (7.9%)	19 (25.0%)				
Cardiopatía isquémica NO n=136	72 (94.7%)	64 (84.2%)	3.37	1.03	10.99	0.034
Cardiopatía isquémica SI n=16	4 (5.3%)	12 (15.8%)				
Enf.Parkinson* NO n=150	76 (100%)	74 (97.4%)	---	---	---	0.15
Enf.Parkinson* SI n=2	0	2 (2.6%)				
HAS NO n=36	22 (28.9%)	14 (18.4%)	1.80	0.84	3.86	0.12
HAS SI n=116	54 (71.1%)	62 (81.6%)				
ICC NO n=136	74 (97.4%)	62 (81.6%)	8.35	1.82	38.18	0.002
ICC SI n=16	2 (2.6%)	14 (18.4%)				
EVC NO n=136	75 (98.7%)	61 (80.3%)	18.44	2.36	143.58	0.000
EVC SI n=16	1 (1.3%)	15 (19.7%)				
Otro NO n=43	21 (27.6%)	22 (28.9%)	0.93	0.46	1.89	0.85
Otro SI n=109	55 (72.4%)	54 (71.1%)				

*No se pudo determinar la fuerza de asociación debido a que en una de las celdas existe un valor de cero

El promedio de fármacos consumidos en el grupo de mejor calidad de vida fue de 3.80 fármacos, con una desviación estándar de 2.40 y para el grupo de peor calidad de vida el consumo promedio fue de 5.88 fármacos con una desviación estándar de 2.80, con un valor de $p < 0.001$, como se puede observar en la Tabla 11.

Tabla 11. Promedio de fármacos consumidos en el grupo de mejor calidad de vida y peor calidad de vida

	Mejor calidad de vida	Peor calidad de vida	T	P
Fármacos	3.80	5.88	4.91	<0.001
Desv. Típ.	2.40	2.80		

En el grupo con peor calidad de vida el 92.1% presentan polifarmacia y 7.9% no está presente, mientras que 30.3% de los pacientes del grupo de mejor calidad de vida, no tienen polifarmacia y el 69.7% presentan polifarmacia. La diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, como se puede observar en la Tabla 12.

Tabla 12. Asociación de polifarmacia con los grupos de mejor y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Con polifarmacia n=123	53 (69.7%)	70 (92.1%)	5.06	1.92	13.31	0.000
Sin polifarmacia n=29	23 (30.3%)	6 (7.9%)				

La funcionalidad independiente en el grupo de mejor calidad de vida es de 71.1%, mientras que en el grupo de peor calidad de vida es 7.9%. El presentar algún grado de dependencia está asociado a peor calidad de vida 92.1%. Los datos estadísticos se observan en la Tabla 13.

Tabla 13. Cuadro comparativo del grado de funcionalidad con los grupos de mejor calidad de vida y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Independiente n=60	54 (71.1%)	6 (7.9%)	28.63	10.85	75.54	0.000
Algún grado de dependencia funcional n=92	22 (28.9%)	70 (92.1%)				

El 61.8% del grupo de peor calidad de vida presenta depresión, mientras que el 38.2% no la presentan. En el grupo de mejor calidad de vida, se observa que el 94.7% no están deprimidos. Estadísticamente este resultado es significativo, valor $p < 0.001$, (IC95%:9.63-88.35), como se muestra en la Tabla 14

Tabla 14. Presencia de depresión en ambos grupos de mejor y peor calidad de vida

FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Sin depresión n=101	72 (94.7%)	29 (38.2%)	29.17	9.63	88.35	0.000
Con depresión n=51	4 (5.3%)	47 (61.8%)				

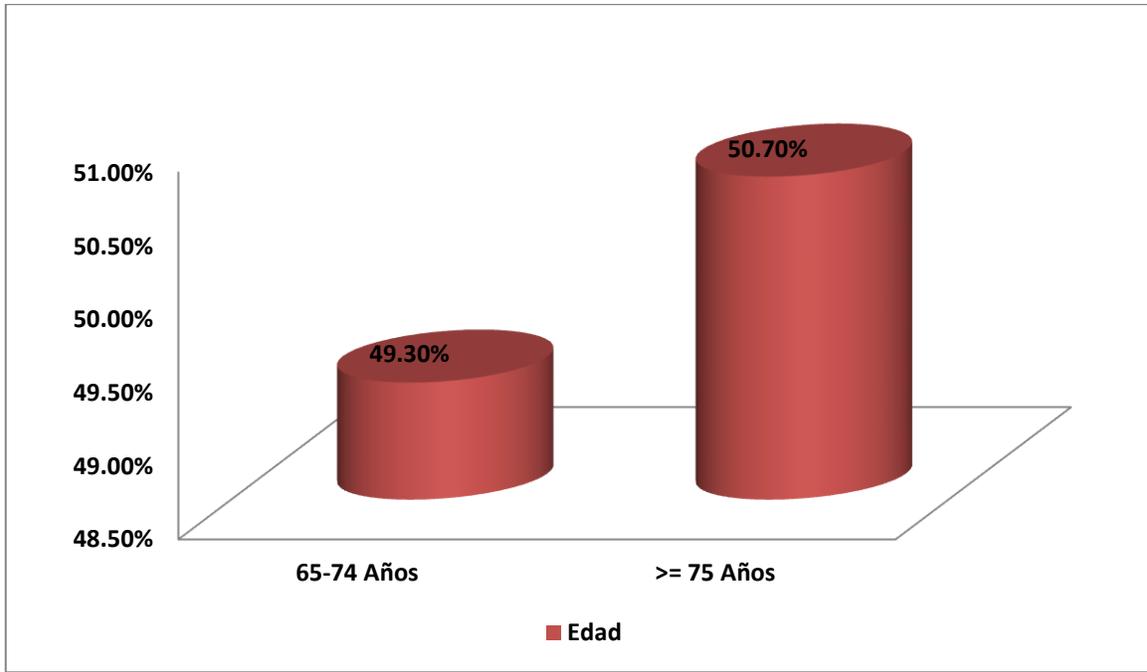
El 86.8% de los pacientes con mejor calidad de vida su cognición es normal, mientras que en el grupo de peor calidad de vida es de 55.3%. Respecto al grupo de peor calidad de vida el 44.7% presentan algún grado de deterioro cognitivo vs el 13.2% de los pacientes del grupo de mejor calidad de vida. Esto es estadísticamente significativo con una $p < 0.001$ (IC95%:2.39-11.94). Tabla 15

Tabla 15. Comparación de la presencia de deterioro cognitivo en los grupos de mejor y peor calidad de vida

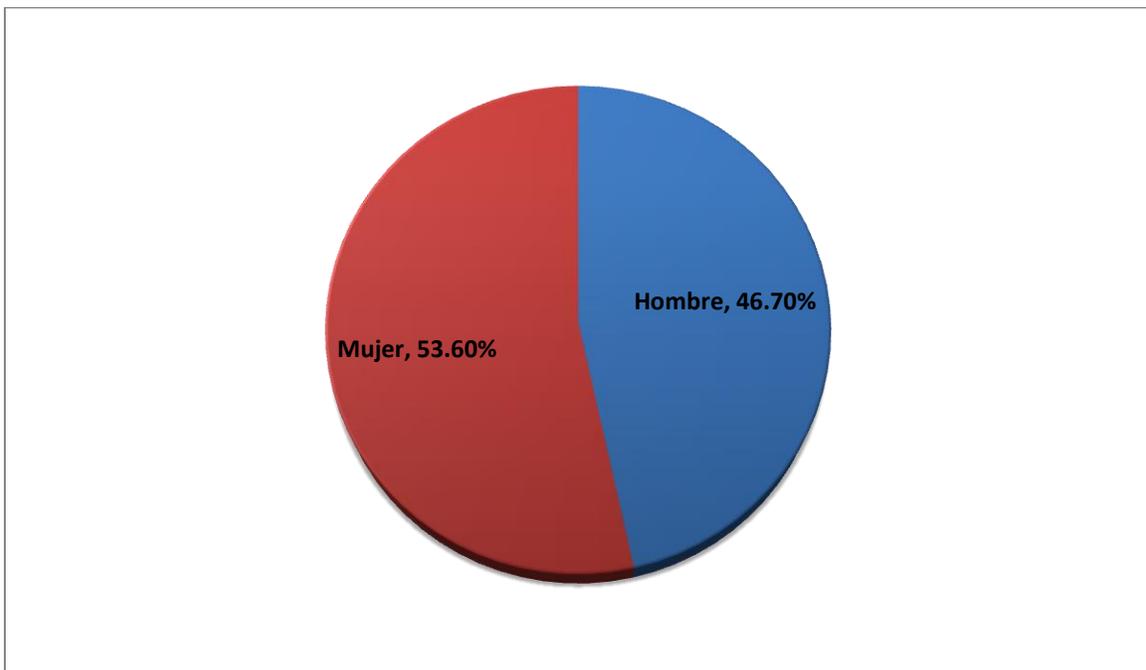
FACTOR	MEJOR CALIDAD DE VIDA n=76	PEOR CALIDAD DE VIDA n=76	RM	IC 95%		P
				INF	SUP	
Sin deterioro cognitivo n=108	66 (86.8%)	42 (55.3%)	5.34	2.39	11.94	0.000
Con deterioro cognitivo n=44	10 (13.2%)	34 (44.7%)				

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

GRÁFICA I



GRÁFICA II

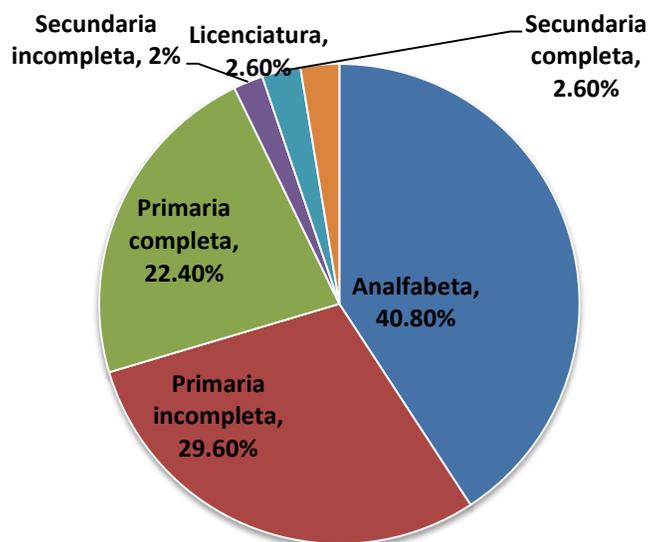


GRÁFICA III

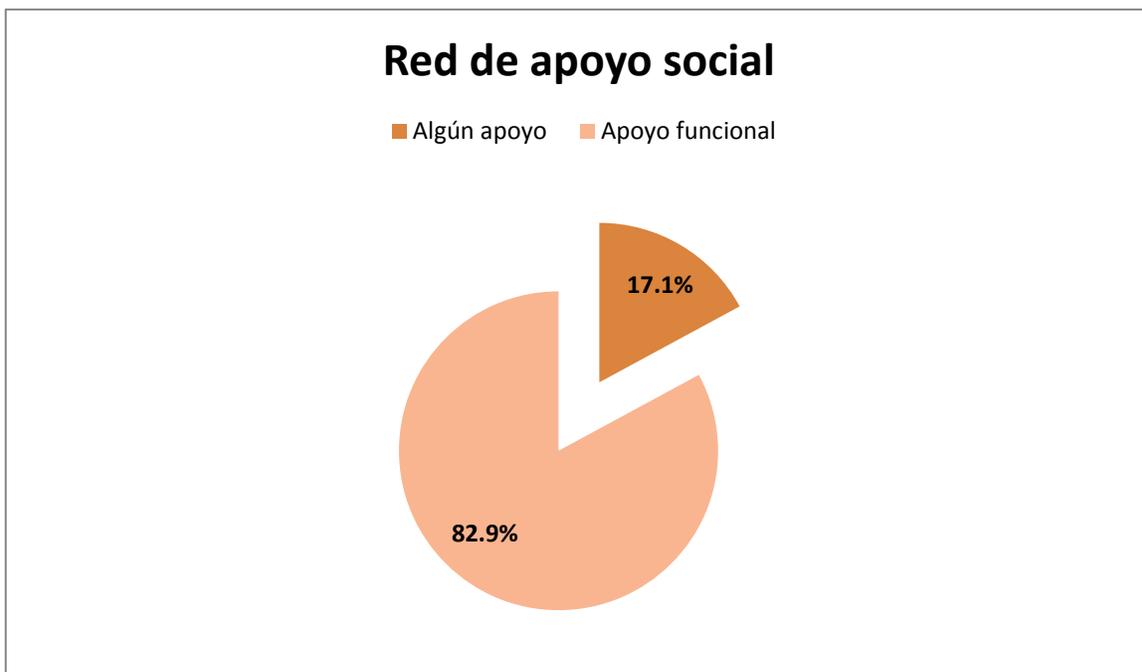
Estado Civil



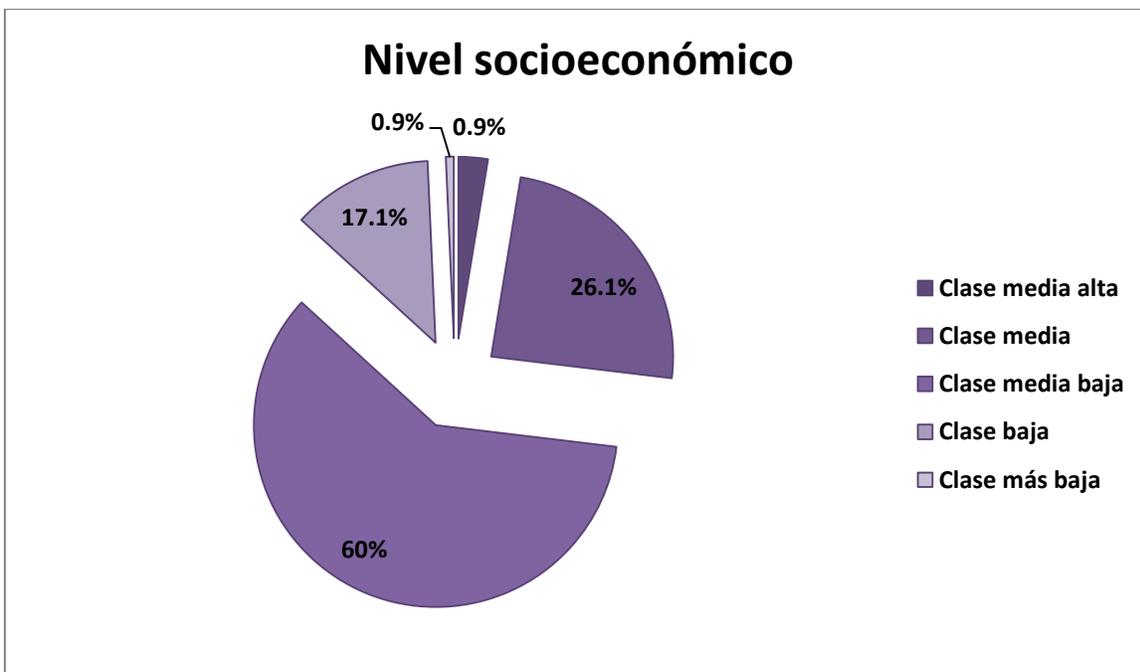
GRÁFICA IV



GRÁFICA V

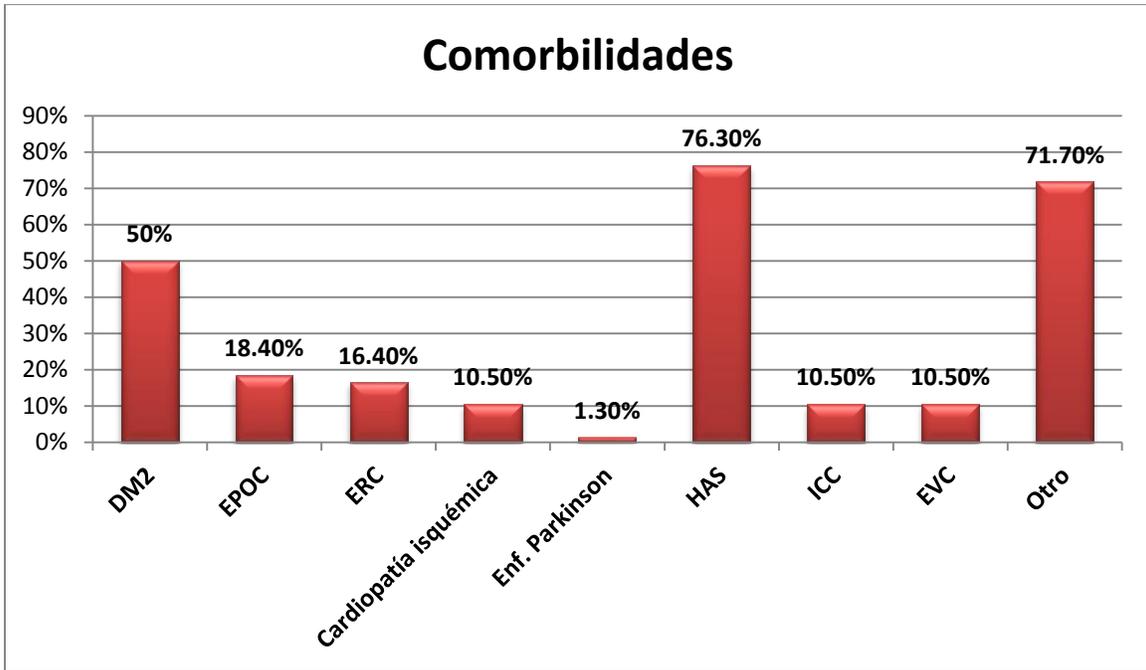


GRÁFICA VI

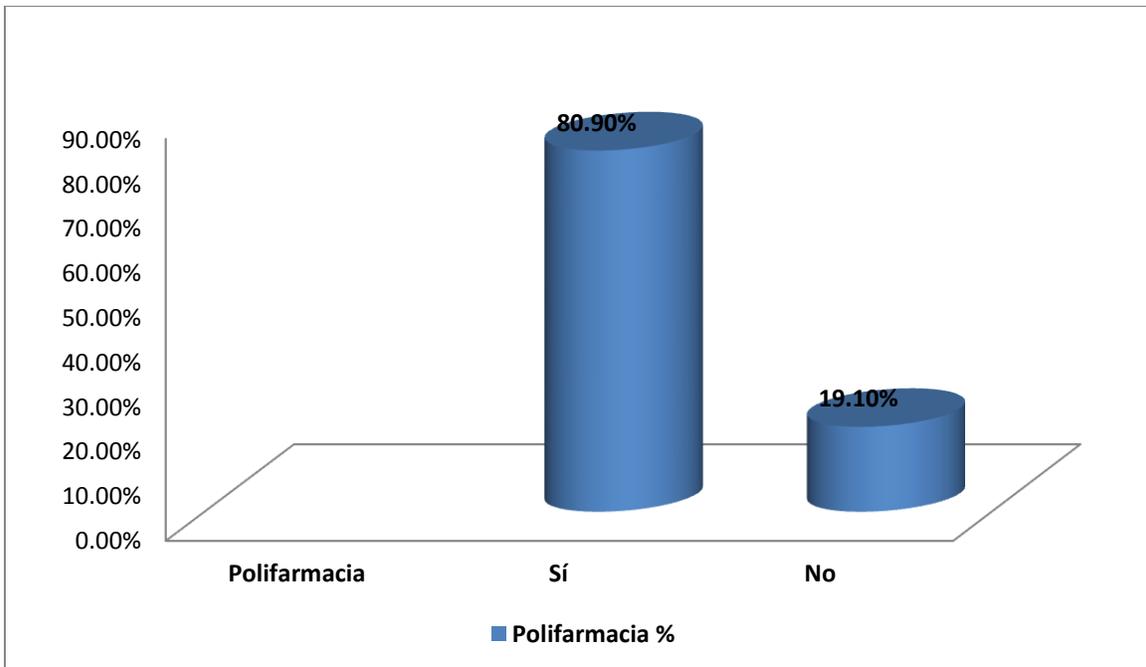


CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

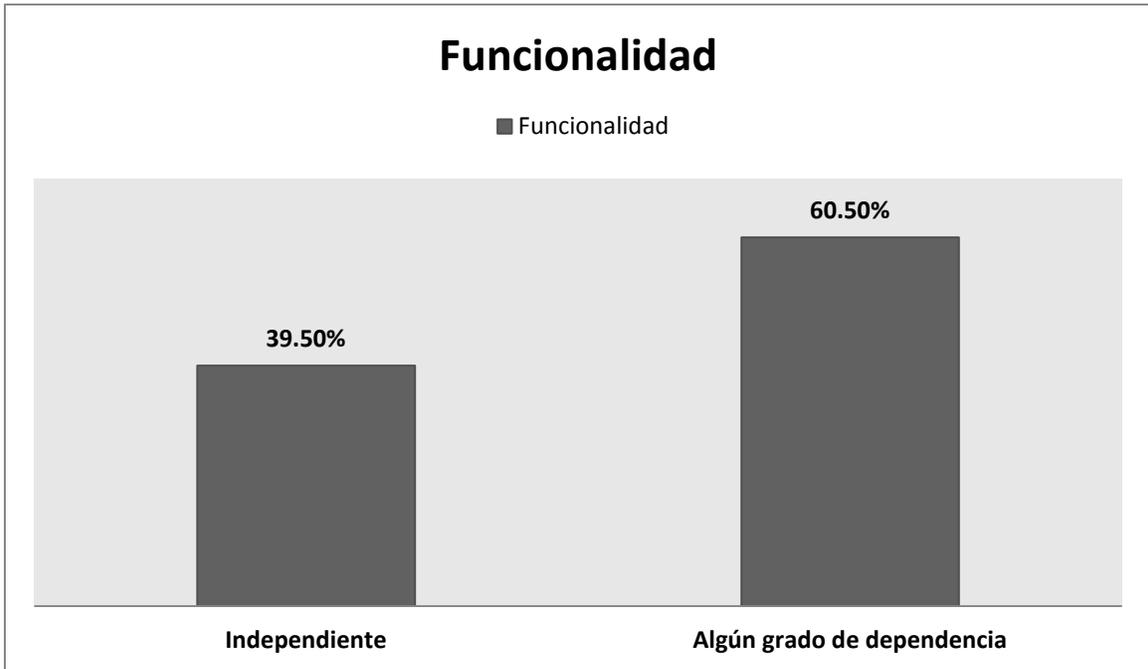
GRÁFICA VII



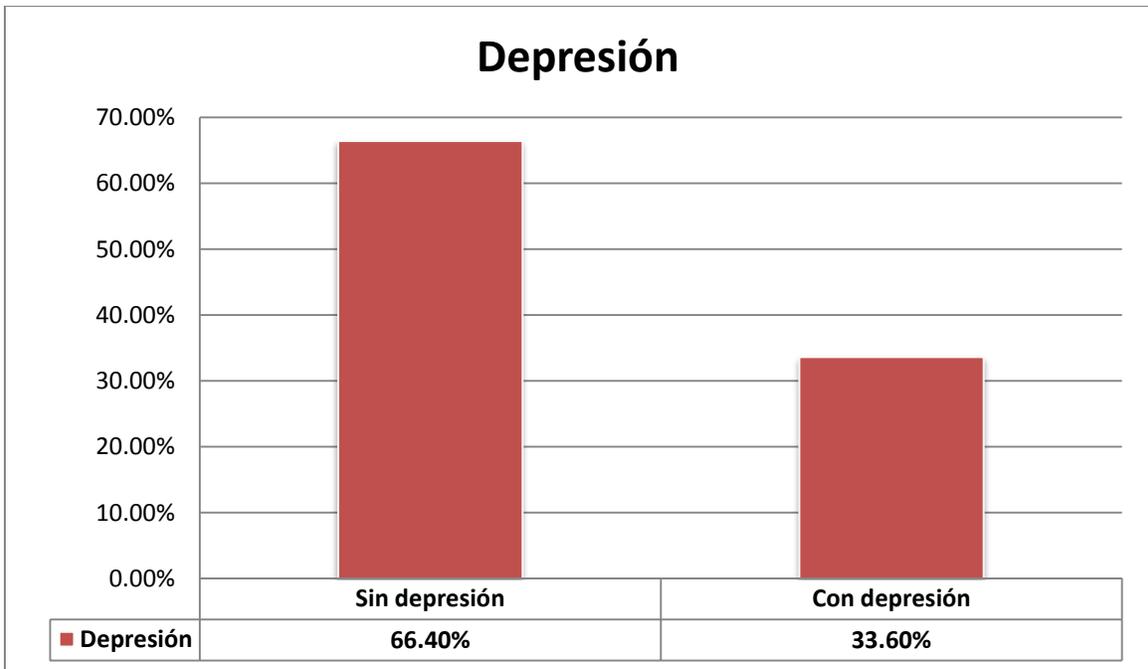
GRÁFICA VIII



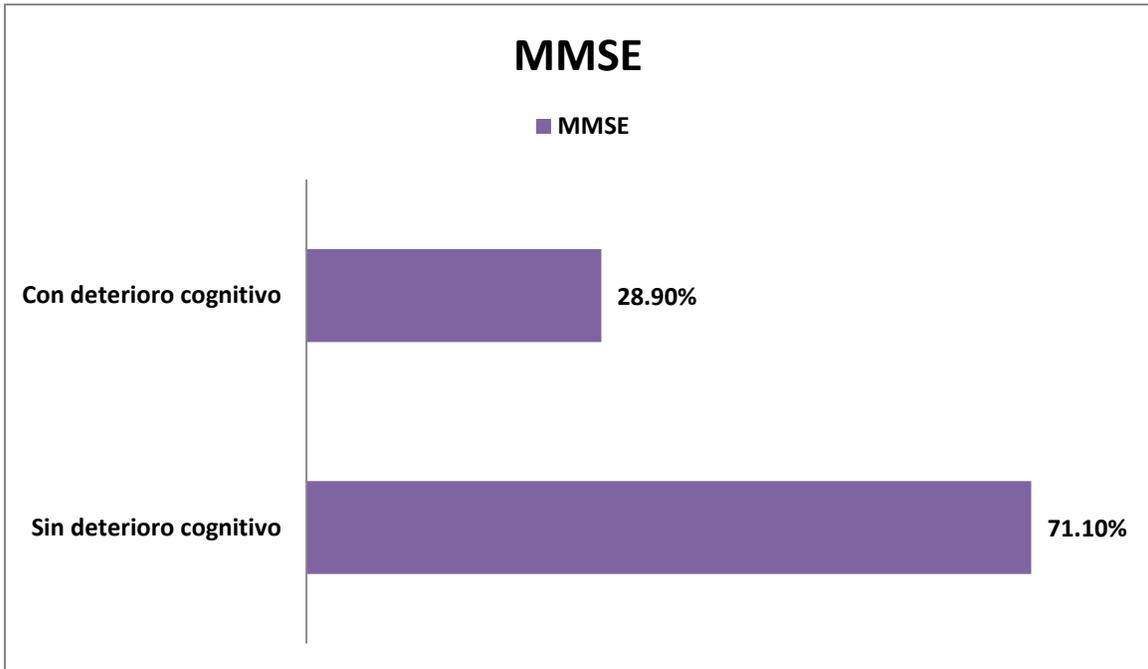
GRÁFICA IX



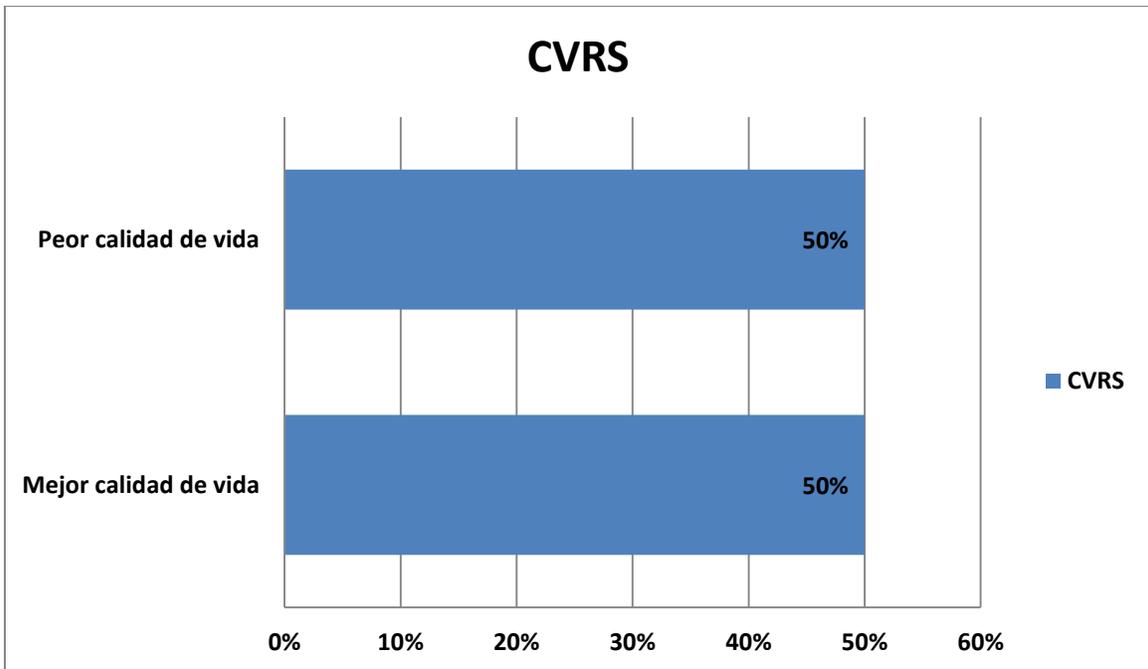
GRÁFICA X



GRÁFICA XI



GRÁFICA XII



5. DISCUSIÓN

La calidad de vida relacionada a la salud, es un constructo personal y ambiental, que exige para su valoración la consideración de dimensiones subjetivas y objetivas. Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente autoadministradas y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. La SF-36 cumple los requerimientos; además que permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

La intención del presente estudio fue determinar los factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor, lo cual permitió entender los principales determinantes.

Los hallazgos encontrados en este estudio en comparación con estudios reportados en otros países, demostró variaciones regionales; aunque en realidad no existen los suficientes estudios en nuestro país sobre este tema, los resultados de este trabajo nos permite generar algunos datos regionales de calidad de vida relacionada a la salud que resultan más adecuados para hacer comparaciones nacionales.

Hay que hacer mención que los resultados que se ofrecen en este estudio no son sorprendentes, debido a que la salud es el principal determinante de calidad de vida en adultos mayores de 65 años, ya que a mayor edad existen más comorbilidades asociadas.

La edad demostró que la calidad de vida se reduce significativamente a mayor edad (edad media de 78 años) con $p < 0.001$, aunque algunos estudios han demostrado que la percepción negativa de la calidad de vida está relacionada con el envejecimiento, existen otros estudios en concordancia con nuestros hallazgos que demuestran que deben tomarse otros factores para el impacto

negativo de la calidad de vida, que si no fueran tomados en cuenta no tendrían alguna relevancia en la calidad de vida relacionada con la salud.

En cuanto al resultado de nuestro estudio entre calidad de vida y género, no hubo diferencia significativa, a diferencia de lo publicado en algunos artículos de revisión mencionados en el apartado de marco teórico.

Los factores que tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida incluyen el vivir solo, esto en relación a la literatura consultada nos dice que tanto hombres como mujeres son más propensos a tener una mejor calidad de vida si viven con una pareja. Estudios previos han demostrado que las mujeres en edad adulta son más propensas que los hombres a estar cuidando a un enfermo discapacitado y por tanto esto puede reflejarse de forma negativa en su calidad de vida.

El resto de características sociodemográficas investigadas en este estudio como la escolaridad, nivel educativo alcanzado, la red de apoyo social (pareja, familiares, amigos) y el nivel socioeconómico resultaron con una fuerza de asociación mínima con calidad de vida, como se manifiesta en algunas publicaciones de la literatura.

Las enfermedades fuertemente asociadas a disminución de calidad de vida, como resultaron en este estudio: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad Vasculat Cerebral, son datos de gran relevancia para nuestra población debido a las consecuencias sociosanitarias, ingresos hospitalarios y disminución de supervivencia.

Otro resultado relevante de este estudio, fue la asociación entre el consumo igual ó mayor de 3 medicamentos y la calidad de vida, saliendo con valor de $p < 0.001$, esta polifarmacia es un determinante para calidad de vida, la cual no es mencionada en otros artículos mexicanos.

Aunque el instrumento SF-36 que se utilizó para clasificación de los pacientes de acuerdo al puntaje en mejor y peor calidad de vida, tiene un componente de

salud física y otro mental, se aplicó la escala de Barthel para actividades básicas de la vida diaria y la escala GDS para depresión, en donde el grupo de peor calidad de vida cursaba con un grado de dependencia física (92.1%), así mismo para la escala GDS, se puso de manifiesto la presencia de depresión en este mismo grupo de 61.8%, lo que resulta de concordancia con la literatura consultada.

Aun cuando en estudios mexicanos no se menciona el deterioro cognitivo como determinante de la calidad de vida relacionada con la salud, este trabajo investigó la asociación con este rubro, obteniendo un resultado de deterioro cognitivo en 44.7% en el grupo de peor calidad de vida (RM 5.34, IC95% 2.39-11.94, $p < 0.001$)

Finalmente, concluiré mencionando que el proceso de envejecimiento en México es un fenómeno demográfico de mayor importancia en esta época, por lo que necesariamente debe ser evaluada en razón de las consecuencias sociales económicas y de salud. Las características que se deben tomar en cuenta en el adulto mayor y que definen la vejez radican en la mayor vulnerabilidad en cuanto a salud, capacidades físicas, desempeño mental y dificultades a nuevos entornos sociales y económicos, lo que disminuye la calidad de vida relacionada con la salud.

El mejorar la calidad de vida en edades más avanzadas se puede lograr optimizando las circunstancias psicosociales y de las limitaciones funcionales, como por ejemplo apoyar la vida independiente, buscar oportunidades para favorecer las redes sociales y la detección oportuna y control adecuado de enfermedades cronicodegenerativas, entre otras.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos considerar las siguientes conclusiones:

- La edad mayor o igual a 75 años demostró ser un factor fuertemente asociado a peor calidad de vida (RM 3.11, IC95% 1.60-6.03, $p=0.001$)
- El vivir solo está asociado a peor calidad de vida en comparación de aquellos que viven con pareja que refieren tener mejor calidad de vida relacionada a la salud, $p = 0002$
- La presencia de algunas comorbilidades como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva y Enfermedad Vascul ar Cerebral, se asociaron estadísticamente a peor calidad de vida
- La polifarmacia tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud (92.1%), RM 5.06, IC95% 1.92-13.1, $p<0.001$
- La dependencia funcional se asocia a peor calidad de vida en un porcentaje de 92.1%, RM 28.63, IC 95% 10.85-75.54, $p<0.001$
- Así mismo la presencia de depresión (61.8%) y deterioro cognitivo (44.7%) reflejan una peor percepción de calidad de vida relacionada con la salud, $p<0.001$
- No se demostró diferencia significativa entre el sexo, la escolaridad, el nivel educativo, la red de apoyo social y el nivel socioeconómico con disminución de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez LJ, Galioto A, Ferlisi A, Pineo A, Putignano E, Belvedere M, et al. Ageing, lifestyle modifications, and cardiovascular disease in developing countries. *J Nutr Health Aging*, 2006;10:143-149
2. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Publica Mex*, 1996; 38:409-418
3. Durán Arenas L, Salinas Escudero G, Gallegos-Carrillo K. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. *Salud Pública Mex*, 2004
4. Consejo Nacional de Población. Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población 2002. México City:CONAPO, 2002
5. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud mediante el formato corto 36. *Salud Pública Mex*, 2004;46:306-315
6. Nava-Galán M. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol*, 2012;11(3):129-137
7. Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 2012;30(1):61-71
8. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida, 1994. ¿Por qué calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996
9. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*, 1996;334:835-840
10. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 2008;8:323
11. Ovalle O, Martínez J. La calidad de vida y la felicidad. Escuela de Economía Internacional, UACH. En: Contribuciones a la Economía, 2006[consultado 19 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2006/ojfm.htm>

12. Nussbaum M, Sen A. La calidad de vida. Fondo de cultura económica, México, 1998:34-36
13. Brandstadter J, Ventura D, Greve W. Adaptive resources of the aging self: outlines of an emergent perspective. *Int J Behav Dev*,1993;16:323-349
14. Espejo J, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados. *Aten Prim*,1997;20:3-11
15. Ferrer A, Formiga F, Almeda J, et al. Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Med Clin (Barc)*,2010;134(7):303-306
16. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Sex difference in depression and quality of life in elderly people. *Jpn J Psychiatry Neurol*,1994;48:511-5
17. Mulley GP. Preparing for late years. *Lancet*,1995;345:1409-1413
18. Monés Joan. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp*,2004;76(2):71-7
19. Group Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 1993;2:153-159
20. Meriel EM, Cambell S. Measuring quality of life. *J Chron Dis*, 1997;773:347-354
21. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*, 2005;14(7):1651-68
22. Ware JE. SF-36 Health Survey update. *Spine*,2000;25(24):3130-3139
23. Arostegui-Madariaga I, Núñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Est Esp*,2008;50(167):147-192
24. Mishra G, Gale C, Sayer A, Cooper C, Dennison E, et al. How useful are the SF-36 sub-scales in older people? Mokken scaling of data from the HALCYON programme. *Qual Life Res*, 2011;20:1005-1010

25. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*,1994;30(6):473-483
26. Brazier JE, Harper R, Jones N, O'cathain A, Thomas KJ, et al. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *Brit Med Jour*,1992;305(6846):160-164
27. Stansfeld SA, Foot SP. Assessing the validity of the SF-36 general Health Survey. *Qual Life Res*,1997;6(3):217-224
28. Garratt AM, Schimidt L, Mackinosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: Biographic of patient assessed health outcome measures,2002;324(7351):1417-1421
29. Mccallum J. The SF-36 in an Australian simple: Validating a new generic health status measure. *Aust Jour Pub Health*,1995;19(2):160-166
30. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*,2005;19(2):135-50
31. Cox DR, et al. Quality of life assessment: Can we make it simple?. *Jour Roy Stat Soc*,1992;155(3):353-393
32. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*,1993;31:247-63
33. Ware Je, Gandek B, IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA projet. *Int J Ment Health*,1994;23:49-73
34. Keller SD, Ware JE, Bentler PM, et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Projet. *International Quality of life assessment. J Clin Epidemiol*,1998;51:1179-88
35. Ware JE, Kosinski M, Gandek B, et al. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from IQOLA Project. *International Quality of life assessment. J Clin Epidemiol*,1988;51:1159-65

36. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of life assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*, 1992;1:349-51
37. Velasco-Rodríguez V, Martínez-Ordaz V, Roiz-Hernández J, et al. Muestreo y tamaño de la muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Primera edición. Torreón, Coahuila, México: e-libro.net; 2003
38. Hernández B, Velasco-Mondragón H. Encuestas transversales. *Salud pública de México*, 2000;42(5):447-455
39. García HM. Valoración Geriátrica Integral. En: Millan C. *Gerontología y Geriatría*. Editorial Médica Panamericana; 2011. p.393-410

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1



DELEGACIÓN QUERÉTARO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y
EN SERVICIOS DE SALUD QUERÉTARO

RESIDENCIA DE GERIATRÍA

**“FACTORES ASOCIADOS CON CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
 SALUD DEL ADULTO MAYOR”**

Folio: _____

Características Sociodemográficas			
1. Edad _____ años 2. Sexo (1) Hombre (2) Mujer	3. Estado Civil (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Viudo (5) Unión libre (6) Separado	4. Escolaridad _____ años (1) Menor a 8 años (2) De 8-12 años (3) Mayor a 12 años	5. Nivel educativo alcanzado (1) Analfabeta (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Preparatoria incompleta (7) Preparatoria completa (8) Licenciatura (9) Posgrado (10) Maestría (11) Doctorado
6. Red de apoyo social (1) Apoyo Nulo (2) Algún apoyo (3) Apoyo funcional	7. Nivel socioeconómico (1) Clase alta (2) Clase media alta (3) Clase media (4) Clase media baja (5) Clase baja (6) Clase más baja		

Características de Salud

8. Comorbilidades

- | | |
|---------------------------|----------------|
| () DM2 | () HTA |
| () EPOC | () ICC |
| () IRC | () EVC |
| () Cardiopatía Isquémica | () Demencia |
| () Enf. Parkinson | () Otro _____ |

Total: _____

9. Polifarmacia

(1) Sí (2) No

Número total de medicamentos: _____

9. Funcionalidad: Actividades básicas de la vida diaria (Barthel)

Total: _____ puntos

- (1) 100 puntos: Independiente
- (2) 91-99 puntos: Dependiente Leve
- (3) 61-90 puntos: Dependiente Moderado
- (4) 21-60 puntos: Dependiente Grave
- (5) <20 puntos: Dependiente Total

10. Depresión (GDS)

Total: _____ puntos

- (1) 0-10 puntos: Normal
- (2) 11-14 puntos: Depresión leve
- (3) >14 puntos: Depresión

11. MMSE

Total: _____ puntos

- (1) >24 puntos: Normal
- (2) 19-23 puntos: Deterioro cognitivo leve
- (3) 14-18 puntos: Deterioro cognitivo moderado
- (4) <14 puntos: Deterioro cognitivo grave

12. Calidad de vida relacionada a la salud (SF-39)

Total: _____ puntos

- (1) > 50 puntos: Mejor calidad de vida
- (2) <49 puntos: Peor calidad de vida

8.2 ANEXO 2

VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD SOCIAL: ESCALA DE DÍAZ VEIGA		
1	¿Estado Civil? Casado () Unión libre () Soltero () Viudo ()	
2	¿Tiene usted hijos?	Sí () No ()
3	¿Tiene usted parientes, sobrinos, hermanos, primos, etc?	Sí () No ()
4	¿Tiene usted relación con amigos?	Sí () No ()
CÓNYUGUE		
5	¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyugue?	
a	Menos de una vez al mes	1
b	Una o dos veces al mes	2
c	Una vez a la semana o más	3
6	¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyugue	
a	Apoyo emocional	1
b	Apoyo instrumental	2
c	Apoyo emocional e instrumental	3
7	¿En qué grado esta satisfecho de la relación que tiene con su cónyugue?	
a	Nada	1
b	Poco	2
c	Mucho	3
HIJOS		
8	¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?	
a	Menos de una vez al mes	1
b	Una o dos veces al mes	2
c	Una vez a la semana o más	3
9	¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?	
a	Apoyo emocional	1
b	Apoyo instrumental	2
c	Apoyo emocional e instrumental	3
10	¿En qué grado esta satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?	
a	Nada	1
b	Poco	2
c	Mucho	3
FAMILIARES PRÓXIMOS		
11	¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?	
a	Menos de una vez al mes	1
b	Una o dos veces al mes	2
c	Una vez a la semana o más	3
12	¿Qué apoyo le proporcionan sus familiares o parientes	
a	Apoyo emocional	1
b	Apoyo instrumental	2
c	Apoyo emocional e instrumental	3
13	¿En qué grado esta satisfecho de la relación que tiene con sus familiares o parientes?	
a	Nada	1
b	Poco	2
c	Mucho	3
AMIGOS		
14	¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	
a	Menos de una vez al mes	1
b	Una o dos veces al mes	2
c	Una vez a la semana o más	3
15	¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	

a	Apoyo emocional	1
b	Apoyo instrumental	2
c	Apoyo emocional e instrumental	3
16	¿En qué grado esta satisfecho de la relación que tiene con sus amigos?	
a	Nada	1
b	Poco	2
c	Mucho	3
Puntaje Total		

12 puntos= Apoyo Nulo

13-24 puntos= Algún apoyo

>25 puntos= Apoyo funcional

8.3 ANEXO 3

NIVELES SOCIOECONÓMICOS AMAI				
Cantidad	TV a color	Automóvil	Baños	Computadora
No tener	0	0	0	0
1	26	22	13	17
2	44	41	13	29
3	58	58	31	29
4	58	58	48	29

Cantidad	Piso diferente de tierra o cemento	Regadera	Estufa	
No tener	0	0	0	
Tener	11	10	20	

Cantidad	Cuartos
0 a 4	0
5 a 6	8
7 ó más	14

Cantidad	Focos
6 a 10	15
11 a 15	27
16 a 20	32
21 ó más	46

Escolaridad	
Nivel	Puntos
Sin instrucción	0
Primaria o secundaria completa o incompleta	22
Carrera técnica Preparatoria completa o incompleta	38
Licenciatura completa o incompleta	52
Postgrado	72

Hasta 60: Clase más baja

Entre 61 y 101: Clase baja

Entre 102 y 156: Clase media baja

Entre 157 y 191: Clase media

Entre 192 y 241: Clase media alta

Entre 242 y más: Clase alta

8.4 ANEXO 4

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: BARTHEL		
PARAMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Comer	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Bañarse	-Independiente: entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Aseo personal	-Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Control de heces	-Continencia normal	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	-Incontinencia	0
Control de orina	-Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	-Incontinencia	0
Usar el baño	-Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	-Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Trasladarse	-Independiente para ir del sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	-Necesita ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	-Dependiente	0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Escalones	-Independiente para bajar y subir escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	-Dependiente	0
TOTAL		

100 puntos: Independiente

91-99 puntos: Dependiente Leve

61-90 puntos: Dependiente Moderado

21-60 puntos: Dependiente Grave

<20 puntos: Dependiente Total

8.5 ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA, YESAVAGE		
PREGUNTA	RESPUESTA	
1.- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.- ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5.- ¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6.- ¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	SI	NO
7.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
8.- ¿Tiene miedo de que algo le este pasando?	SI	NO
9.- ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
10.- ¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11.- ¿Está a menudo intranquilo o inquieto?	SI	NO
12.- ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13.- ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	NO
14.- ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
15.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16.- ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
17.- ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	NO
18.- ¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	NO
19.- ¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
20.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21.- ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22.- ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
23.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
24.- ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
25.- ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27.- ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SI	NO
28.- ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30.- ¿Su mente está tan clara como lo acostumbra a estar?	SI	NO

0-10 puntos: Normal

11-14 puntos: Depresión leve

>14 puntos: Depresión

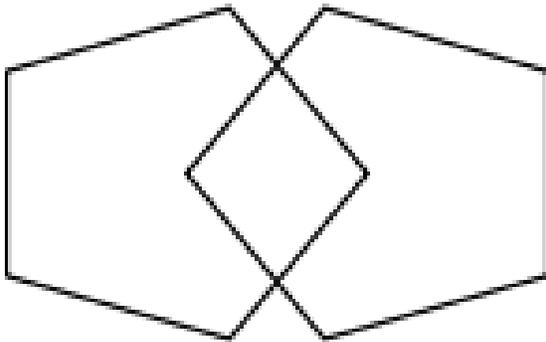
8.6 ANEXO 6

EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN					
Sabe leer: (1) Sí (2) No Sabe escribir: (1) Sí (2) No Escolaridad en años: _____					
Orientación Temporal	Día de la semana			1	0
	Día del mes			1	0
	Mes del año			1	0
	Año			1	0
	Hora del día			1	0
Orientación Espacial	¿En qué lugar estamos?			1	0
	¿En qué departamento o piso?			1	0
	¿En qué colonia o municipio?			1	0
	¿En qué Ciudad?			1	0
	¿En qué país?			1	0
Registro	Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que los repita				
	Papel			1	0
	Bicicleta			1	0
	Cuchara			1	0
Atención y cálculo	Restar de 7 en 7 a partir del número 100 O Restar de 3 en 3 a partir del número 20 (Escolaridad menor a 8 años)				
	93	17	1	0	
	86	14	1	0	
	79	11	1	0	
	72	8	1	0	
	65	5	1	0	
Memoria	Diga los 3 objetos que le mencioné al principio				
	Papel			1	0
	Bicicleta			1	0
	Cuchara			1	0
Nominación	Muestre dos objetos al paciente				
	Lápiz			1	0
	Reloj			1	0
Repetición	Le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí...				
	Ni no, ni si, ni pero			1	0
Comprensión	Ordene: tome esta hoja de papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo				
	Tomar el papel			1	0
	Doblarlo a la mitad			1	0
	Dejarlo en el suelo			1	0
Lectura	Haga lo que dice aquí				
	El paciente lee y hace la acción: "Cierre los ojos"			1	0
Escritura	Quiero que escriba una frase que diga un mensaje				
	El paciente escribe la oración			1	0
Dibujo	Copie el dibujo, tal como esta				
	El paciente hace el dibujo			1	0
TOTAL					

CIERRE LOS OJOS

Escriba una oración

Dibuje la siguiente figura:



>24 puntos: Normal

19-23 puntos: Deterioro cognitivo leve

14-18 puntos: Deterioro cognitivo moderado

<14 puntos: Deterioro cognitivo grave

8.7 ANEXO 7

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

Marque una sola respuesta

1. En general usted diría que su salud es:

- (1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular (5) Mala

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

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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias cuadras?

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

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

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

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

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

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

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

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

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

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces (4) Solo alguna vez (5) Nunca

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

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces (4) Solo alguna vez (5) Nunca

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

- (1)Siempre (2)Casi siempre (3)Algunas veces (4)Solo alguna vez (5)Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera

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

35. Creo que mi salud va a empeorar

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

36. Mi salud es excelente

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



8.8 ANEXO 8
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO 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:	Factores asociados con calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor
Patrocinador externo (si aplica)*:	No
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, Querétaro a Enero 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La calidad de vida es un indicador de envejecimiento satisfactorio y desde este punto de vista, es importante conocer qué factores contribuyen a ella. Por lo consiguiente, el estudio será una herramienta que puede contribuir a mejorar el trabajo y brindar un mejor apoyo a los adultos mayores en el IMSS. Objetivo: Determinar los factores asociados con calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor
Procedimientos:	A través de una entrevista directa recolectaré datos personales y características de salud, así como le aplicaré un cuestionario sobre calidad de vida relacionada a la salud (SF-36)
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar los determinantes de calidad de vida para mantener independencia y un envejecimiento activo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Ninguna
Participación o retiro:	Se respetará si el paciente decide no continuar
Privacidad y confidencialidad:	Se manejarán los datos de manera confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No
Beneficios al término del estudio:	Se puede contribuir a la realización de estrategias de trabajo y considerar a la calidad de vida como un indicador útil para evaluar programas de atención del adulto mayor, para que de esta forma se mantenga la autonomía y envejecimiento activo de esta población.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. José Juan García González. Hospital General Regional No.1 IMSS. Médico Internista y Geriatra. Av.5 de febrero esq. Av. Zaragoza s/n CP 7600. Col Centro. Tel. 4423564994. Correo electrónico: jose.garciago@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Juan Carlos Márquez Solano. HGR No1 IMSS. Médico Internista y Geriatra. Av. 5 de febrero esq. Av. Zaragoza s/n CP 7600. Col Centro. Tel. 4421817794. Correo electrónico: juan.marquez@imss.gob.mx Enrique Villarreal Ríos. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Qro. IMSS. Av. 5 de febrero esq. Av. Zaragoza s/n CP 7600. Tel 2112300 ext. 511150, 51113. Correo electrónico: enrique.villarreal@imss.gob.mx Gladys Nayma Jerónimo Ruiz. Hospital General Regional No1. Av. 5 de febrero esq. Av. Zaragoza s/n CP 7600. Residente Geriatría de 5° año. Tel. 5514942842. Correo electrónico: gla.nay@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) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	_____
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: 2810-009-013**