FACULTAD DE MEDICINA

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

BUAP

IMSS

TÍTULO:

"CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE ADVERSIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMÉNEZ

DIRECTOR:

DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON

H. PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2023

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

TESIS DE POSGRADO

"CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE ADVERSIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMÉNEZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
MATRICULA 98078768
TELÉFONO 9612924193
CORREO ELECTRONICO: aguilas_051@hotmail.com

DIRECTOR Y ASESOR MTODOLÓGICO

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON
MEDICO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Nº 2
SUBDIRECTOR MÉDICO TURNO NOCTURNO
MATRICULA 11619732

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2022.

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

TESIS DE POSGRADO

"CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE ADVERSIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMÉNEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO
DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON
MEDICO FAMILIAR
SUBDIRECTOR MÉDICO TURNO NOCTURNO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2

AUTORIZACIONES:

DRA. YUNIS RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

DR. HÉCTOR ARMANDO RINCON LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2023

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

TESIS DE POSGRADO

"CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE ADVERSIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13, TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS"

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TESISTA
DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMÉNEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº 13
MATRICULA 98078768
TELÉFONO 9612924193
CORREO ELECTRONICO: aguilas_051@hotmail.com

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2023

AGRADECIMIENTO

Mi infinitito agradecimiento primero a Dios, por haberme dado la fortaleza necesaria, poque sólo el sabe que mi sufrimiento no ha sido en vano, le agradezco que en mis peores mementos, cruzo en mi camino a las personas correctas que me apoyaron a salir adelante, aun siendo mi más grande anhelo, ha sido mi mayor prueba.

A mi hijo Gabriel Cabrera Aparicio, por ser mi fuerza y mi luz cada día, por ser mi motor, gracias a el logré mi meta, fué mi impulso para seguir adelante.

A mis padres y hermanos, por haberme dado el apoyo moral, aun a la distancia siempre me han inculcado el dar lo mejor de mi y a salir adelante a pesar de las circunstancias y me enseñaron a ser resiliente.

INDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	23
6. HIPÓTESIS	24
7. MATERIAL Y MÉTODOS	24
8. CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
9. VARIABLES DE ESTUDIO	27
10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	38
13. RESULTADOS	39
14. DISCUSIÓN	45
15. CONCLUSIÓN	48
16. PROPUESTAS	50
17. BIBLIOGRAFÍA	51
15.- ANEXOS	55

RESUMEN

Título: “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante adversidades de los adultos mayores que acuden a la consulta externa en la unidad de medicina familiar número 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”

Antecedentes: Hablar de calidad de vida es hablar de un término amplio pues no existe una definición específica, se le adjudica más un sentido social y emocional, pero todas engloban un sentido de bienestar. En la actualidad como es sabido debido a un cambio demográfico los adultos mayores ocupan un alto porcentaje de la poblacion llegando a ser hasta el 12 % de la poblacion mundial, este aumento en la esperanza de vida se debe a los avances en la tecnología y a los bajos índices de nacimientos, sin embargo llegar a una edad avanzada no es sinónimo de calidad de vida, ya que llegar a una edad adulta trae consigo muchas dificultades que por el solo hecho del envejecer conlleva a un desgaste fisiológico esto los lleva a una vida con dificultades y adversidades que afrontar, como una salud mermada con enfermedades crónicas que generalmente disminuyen la capacidad funcional de los adultos mayores, es por eso que el afrontamiento definido como aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que el individuo desarrolla para manejar situaciones específicas o estresantes que alteran este bienestar son una respuesta favorable que el adulto mayor (AM) desarrolla haciéndolos más aptos para la vejez.

Objetivo: Identificar el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante adversidades en los adultos mayores que acuden a la UMF 13.

Material y métodos: Se realizará un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal en la consulta externa en la unidad de medicina familiar número 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se incluirá pacientes adscritos a la consulta externa de esta unidad en el periodo de 01 de marzo del 2021 al 31 de mayo del 2021. Con un tipo de muestra no probabilístico aleatorio simple que nos da una muestra de 378 adultos mayores de 60 años, se utilizará como recolección de datos con las encuestas WHOQoL-Bref de calidad de vida y estrategias de afrontamiento de Font 1990.

Recursos e infraestructura: Se contará con el apoyo de un asesor metodológico, un médico residente de primer año de la especialidad en Medicina familiar. Los recursos financieros serán propios del investigador. Se llevará acabo la recolección de datos de las encuestas que se realizaran a los adultos mayores de 60 años de edad que acudan a la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 13 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Análisis estadístico: Se llevará a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 22, se efectuarán la medición de medidas de tendencia central (Media, mediana y moda), porcentajes y cálculos de correlación utilizando la Chi cuadrada, los resultados se presentarán en gráficas y tablas de frecuencia.

Palabras clave: calidad de vida, estrategias de afrontamiento, adulto mayor.

MARCO TEÓRICO

1. SIGNIFICADO DE VEJEZ

Hablar de vejez es un término amplio y con muchas definiciones con diversas opiniones, pero todos nos hablan de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos puesto que los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. (1)

Como sabemos el ser humano pasa por ciclos en la vida desde que nace, crece y muere, sin embargo en la adultez se espera la etapa final que es la de adulto mayor, asi que la vejez es el culminio del ciclo de vida del individuo y etapa final del proceso de desarrollo en donde continuan cambios biológicos, psicológicos y sociales (2), siendo éste proceso natural, continua, progresiva, universal, dinámica, declinate, heterogénea e inevitable. (3) Encontrando así que la vejez tiene un promedio de inicio a los 60 a 65 años.

Sin embargo el Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores (INAPAM) toma como punto de partida a la vejez a partir de los 60 años y se considera la última etapa de la vida del ser humano y siendo éste proceso algo natural del cuerpo o ser vivo que es el envejecimiento (4)

Conforme pasan los años los cambios degenerativos y fisiológicos propios de la edad, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas y discapacidad como la pérdida de audición, visión y movilidad, cuanto mayor edad mayor es el riesgo, y también aumentan en frecuencia otras patologías que no son transmisibles, y de igual modo recobran más importancia y aumenta la prevalencia de cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. (2)

Las enfermedades que el adulto mayor presenta en su vida, tiene un efecto fisiológico que se ve reflejada en su funcionalidad diaria y repercuten en su vida social y laboral si es que aun estos están presentes, más aún tienen un efecto emocional, más que nada en el adulto mayor repercute mucho su estado de funcionalidad o su capacidad laboral, puesto *que la calidad de vida está influida por el estado físico y psicológico del individuo, sus relaciones sociales y nivel de dependencia* [(6)] , es importante para ellos sentirse parte de una sociedad en función de todas sus capacidades, ser activo y productivo.

De acuerdo a productividad la edad la podríamos dividir en grupos etarios productivo o no productivo, así encontramos a menores de 16 y mayores de 64 no productivos, y al grupo entre 16 y 64 como edad productiva [(7)] esta perspectiva hace que se considere a un adulto mayor como ineficaz y no apto para el trabajo, se llega al grado de pensar que al no aportar económicamente se estigme como una persona dependiente y en ocasiones percibida por la propia familia como una carga.

Hay un concepto “declive funcional” que es la pérdida de la capacidad que tiene un individuo para realizar de forma independiente y de forma segura sus actividades de la vida diaria como asearse, alimentarse y vestirse, todas estas actividades están englobados en actividades básicas y hay otras actividades que son las instrumentales, estas incluye comprar, cocinar limpiar la casa y requieren más capacidad pues son más elaboradas, la pérdida de estas habilidades requiere un tiempo que va de 3 meses a 1 año [(8).]

En la actualidad los adultos mayores son separados del desempeñar de tareas o trabajos que perfectamente podrían realizar y esto a pesar de que la realidad muchos continúan con la capacidad de trabajar, y de igual forma la opinión pública parecen no compartir la idea de la inutilidad de los mayores, pues se sabe que aun cuentan con la energía, capacidad física y mental para seguir productivos siempre y cuando no haya alguna enfermedad que reduzca su capacidad. Sabemos que el problema de la vejez no es estrictamente un problema biológico, médico o físico, sino que es, principalmente, un problema social y cultural; es decir, la vejez, su

significado, es un constructo social [7] y esta percepción social está determinada por los juicios que se hace sobre las características de las personas, en este sentido se han mantenido dos ideas ambiguas sobre lo que es la vejez, una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, la otra que se trata de una etapa de pérdidas e incluso considerada como sinónimo de enfermedad.[4]

Otro punto importante es que la población que está envejeciendo no solo corresponde a los países desarrollados sino que es un cambio a nivel mundial. Estadísticamente en México, 6 de cada 10 personas mayores son mujeres y la esperanza de vida está en aproximadamente 75 años (78 años para las mujeres y 73 para los hombres) [4][5]

A nivel mundial la población envejecida corresponde al 12 % y a nivel continental hoy en día el 11% del total de la población de América Latina y El Caribe (ALC) son mayores de 60 años de edad y para el 2030 se espera que sea el 17% y para el 2050, uno de cada cuatro habitantes en ALC será mayor de 60 años [9] lo que representa un 25% de la población.

En México en 2019, el 11% de la población tenía 60 años de edad o más, que corresponde a 13.9 millones de personas. De este total, el 57% eran de edad 60-69, el 29% de edad 70-79 y 14% de más de 80 años. [10] Por las proyecciones a futuro podemos deducir que la población envejece a una velocidad acelerada lo que es una preocupación ya que como sabemos a mayor esperanza de vida mayor es el porcentaje de enfermedades en adultos mayores como por ejemplo las enfermedades crónicas degenerativas lo que interfiere en una calidad de vida adecuada para los adultos mayores.

2. CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es un concepto relativamente nuevo que tiene sus inicios en los años 60´s y se engloba en un término de bienestar y no tanto físico o biológico sino más bien social y político, y dándose como un movimiento de indicadores sociales.

Reconocer que este fenómeno involucra a la salud, y a otros sectores públicos, y que además necesita de recursos incluyentes y creativos en las políticas públicas, para que esa prolongación de la vida sea de calidad es indispensable para la sostenibilidad. Las nuevas concepciones en el campo gerontológico nos conducen a la necesidad de integrarnos de forma multidisciplinar y multisectorial, no solo para enfrentar este fenómeno del envejecimiento poblacional desde el punto de vista social, sino también, en el orden individual, para aprender a envejecer con calidad. (11)

Analizar la calidad de vida de una sociedad significa alcanzar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en una determinada sociedad, lo que implica conocer cómo viven y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, además de evaluar el grado de satisfacción que perciben sobre sí mismos. (12)

El concepto calidad de vida no es especifica, mas bien es una definicion amplia y con datos subjetivos del sentir del propio individuo, hay dos etapas en las que se han estudiado este termino que va de 1975-1985, este periodo se centra en dos aspectos fundametales; el primero son los indicadores económicos y sociales (perspectiva socioeconómica). La perspectiva socioeconómica es la de mayor relevancia de todas, porque es la que da inicio al concepto de calidad de vida, y el segundo aspecto es la salud (perspectiva del estatus funcional). Estos dos parámetros socioeconómico y perspectiva del estatus funcional permitieron durante este periodo valorar y definir la calidad de vida de una sociedad. Posteriormente en un segundo periodo, continúan los dos aspectos anteriores pero se agrega un nuevo aspecto el de medio ambiente, este va de 1985 a 1995.(13)

El ambiente es todo lo que rodea a las personas y estos toman de ella lo necesario para satisfacer sus necesidades, este medio incide directamente sobre la salud; por eso la salud sería el producto de cómo el individuo se adapta a este medio, todos los factores del medio ambiente como son el trabajo remunerado, educación, ocupación, vivienda, sexualidad, exposición a riesgos, contaminación, etc son factores que de no ser favorables provoca un desequilibrio psíquico y una inequidad social. Un último periodo que sería el tercero va desde 1995 a 2000, este periodo se torna más a un sentido político y considera que la política afecta la calidad de vida desde todos los ángulos. Como sabemos la política es aquella que garantiza que todos los derechos universales se ejerzan y que tienen como objetivo una vida digna, además considera como base de la felicidad el hecho de que en la sociedad se debe ejercer la política con sentido humano para lograr un bien común satisfaciendo las necesidades básicas. [13]

Actualmente México se encuentra dentro de los países con cambio demográfico hacia una población envejecida motivo por el cual está obligada a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, pero sobre todo haciendo énfasis en los servicios de salud y social, se habla de un concepto de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) e incluye indicadores de patología del estado funcional y engloba las funciones física, psicológicas y sociales así como de la percepción de salud del individuo. Sánchez Sosa y Gonzalez-Celis identifican tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad.[2] Se ha realizado un estudios para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores en una clinica de medicina familiar en el distrito federal con una poblacion de 178 pacientes entre 60 a 97 años, del total 102 pacientes presentaron hipertension arterial lo que representa un 52.3%, 55 (30.9 %) tuvieron diabetes mellitus tipo 2, 48 (27.1%) enfermedades reumaticas y 38 (21.3 %) enfermedades del corazon.[14]

La calidad de vida relacionada a la salud se ve afectada por variables como el sexo por que es distinto la tolerancia al dolor en mujer que en un hombre; la edad tambien

afecta la calidad de vida, a mayor edad se ve mas afectada la autonomia; el estado civil influye pues al tener un compañero se tiene apoyo afectivo y social; la educacion al brindar esta un estatus social y la remuneracion que estos perciben; nivel socioeconómico por el acceso o facilidad a un servicio de salud; lugar donde viven; otros factores son, alteraciones del estado de ánimo y alteración cognitiva. (15)

La calidad de vida evalua el bienestar del individuo el cual se ve mermado en pacientes con enfermedades crónicas, una de las patologias con mas prevalencia en México es la Diabetes Mellitus por ser una enfermedad que conlleva a una alta tasa de morbilidad, entre las complicaiones más frecuentes son la diminucion de la función renal, disgestiva y ocular, asi como daño a pequeños y grandes vasos, esto afecta en un alto porcentaje su percepción de sentirse bien, se realizo un estudio para evaluar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores con padecimiento por diabetes mellitus tipo II, se estudió a un total de 37 AM, en donde predomino el sexo femenino con un porcentaje de 75.68 %, una edad media de 71,24 años en rango que va de 60 a 91 años, de estos el 67.57 % se autocalificó deficiente en calidad de vida a causa de la satisfacción con su salud (75.68 %). (16) Es por eso que las enfermedades o comorbilidades son un desajuste físico y psicológico en los adultos mayores que merman esta calidad de vida.

3. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejos o ancianos, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez son: en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social, todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos de los que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias (2)

La calidad de vida como ya se ha visto no es facil de determinar y de definir, pero la OMS refiere a la Calidad de Vida como «las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» [17]

Según el Consejo Nacional de Poblacion (CONAPO), en el país, la ciudad de México es la más envejecida con un porcentaje de 13 % de la poblacion, sin embargo a este fenomeno le siguen otros estados como Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango con un 10 % de poblacion envejecida, pero en proximos años todos los estados de la republica tendran la misma población, asi para el 2030 las prediciones indican que habrá un proceso de transición con un 10.63% a 16.47 % de población con adultos mayores. Esta edad alcanzada que va en aumento ha sido un logro de avances en la tecnología, medicina, políticas y disminución de la natalidad, este cambio conlleva a altos costos para poder llegar a la etapa de adulto mayor con una buena calidad de vida. [18]

Para una calidad de vida apropiada o aceptable los adultos mayores toman en cuenta varios factores, entre los más importantes están las relaciones familiares y el apoyo social, la salud general, el estado funcional, la disponibilidad económica y los factores socioeconómicos. Todos estos factores emergen en un conjunto que genera bienestar. [17] Sin embargo hablar de calidad de vida tambien es hablar de salud puesto que las enfermedades tienen un impacto negativo en la vida de los AM y estas no pueden medir objetivamente, no es como medir la tension arterial o el grado de afectacion renal, si no que hay que considerar factores como la capacidad funcional, bienestar emocional, los cuales deben ser tomados en cuenta al momento de hablar de estado de salud del AM [14] asi se demuestra en un estudio realizado en Guerrero, México en donde se encuestó una poblacion de 75 adultos mayores en la que el 52 % corresponde al sexo femenino y la media de edad fue de 73 años. Se puede observar que un alto porcentaje de los AM consideró que tenían una salud regular (61%) y el 19% aseguró tener mala salud. Un 97,3% no tienen una buena referencia de su salud, y además que consideran tener menos resistencia a la

enfermedad, el 71% de los AM afirmaron que sus actividades habituales se han afectado casi siempre por problemas físico y/o emocional. [18]

Como médicos nos enfocamos en preservar la salud de los pacientes sin ver más allá de su estado físico, sin embargo la salud ya no debería ser considerada sólo como ausencia de enfermedad, es por tal motivo que se pretende demostrar la relevancia que amerita el ámbito global la calidad de vida y que incluye el estado físico, mental y social. Como médicos de primer contacto tenemos la oportunidad de brindar una mayor cobertura al paciente desde su primera visita a una unidad de salud, donde abordamos al paciente por primera vez por lo tanto tenemos la oportunidad de practicar una medicina orientada al estudio de un ser biopsicosocial. [14]

El envejecimiento conlleva a un deterioro fisiológico que una de su manifestación más frecuente es el dolor, el cual llega a ser incapacitante hasta llegar al grado de dependencia funcional, este último concepto es entendido como aquella condición física y cognitivo, que por deterioro el individuo no puede valerse por sí mismo al realizar actividades de la vida diaria. Para entender el concepto de dependencia funcional, es necesario resaltar tres componentes que son 1) actividades básicas de la vida diaria (ABVD) estas son aquellas tareas que realiza en su autocuidado como entender y ejecutar tareas sencillas que abastece al individuo de independencia, 2) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas que relaciona al ambiente como uso de medios de transporte, preparar la comida, realizar compras etc, y último 3) el componente relacionado con la marcha y el equilibrio, etas están asociados a la capacidad motora. Esta capacidad funcional se ve mermada por varias situaciones como enfermedades, dolor, estado anímico y todos aquellos que actúen de una u otra manera sobre la calidad de vida y bienestar del adulto mayor. [19]

El dolor crónico afecta al individuo y a la familia en muchas dimenciones, físico, social, económico y emocional, y estas condiciones repercuten en la vida diaria del adulto mayor, generándoles así desajustes de su ambiente natural como son:

trastornos del sueño, disminución del apetitio y bajo rendimiento en habilidades para realizar actividades que son necesarias y de la vida diaria, al fin el adulto mayor se siente agotado, débil, cansado, deprimidos, frustarado, con cambios de personalidad y cambios de humor. [20] Todos estos cambios no necesariamente identifican a todos los AM si no que depende de su grado de apoyo emocional, de su situación económica, del grado de deterioro físico y si está sano o padece enfermedades crónicas pues todo esto repercute en su respuesta a superar las adversidades y en su forma de sobrellevar una enfermedad crónica y así poder tener una buena calidad de vida.

Debido a la creciente y urgente necesidad de buscar soluciones a mejorar la calidad de vida la Asamblea Mundial de Envejecimiento acordó un Plan de Acción Internacional, en el que sostiene "… la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad…" [21] por eso como sociedad debemos involucrarnos y crear las condiciones necesarias para que los adultos mayores lleguen a la vejez gozando de salud y bienestar no solo físico sino emocional y socioeconómico, como nos menciona la doctora Carissa F. Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Para que las personas mayores alcancen y tengan una vida plenamente funcional, no solo necesitan combatir las enfermedades sino vivir en ambientes que faciliten el desarrollo de todo su potencial", [22] es decir no solo es llegar a mas de 60 años si no llegar a esa edad con plenitud y potencial funcional en todos los aspectos para tener una buena calidad de vida.

4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Debido a la constante necesidad de sobrellevar una vida con mejores condiciones a etapas más tardias, en el adulto mayor existen formas de afrontar situaciones adversas que puedan repercutir en una mejor calidad de vida por medio de estrategias de afrontamiento, asi el afrontamiento se define como aquellos

esfuerzos conductuales y cognitivos que está en constante cambio y que se desarrolla para manejar situaciones específicas externas y/o internas y que sobrepasan las capacidad de respuesta del individuo. [2]

Así el individuo ante un situación de estrés, Lazarus sugiere que se tiene que tener en cuenta: cómo el individuo valora o percibe el estresor, las emociones y afectos asociados a esta percepción, los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar los estresores. Y una forma de hacer frente al estrés que, dicho sea de paso, es aquella situación que genera inestabilidad en el individuo, le preocupa y le genera malestar y disconfort. El afrontamiento serían todos aquellos recursos como pensamientos, interpretaciones y conductas que el adulto mayor puede generar para aminorar este problema y conseguir mejores resultados ante una situación determinada. [23]

Estilos de afrontamiento según Lazarus:

El afrontamiento se divide en tres tipos:

- Afrontamiento activo
- Afrontamiento pasivo.
- Evitación

También se puede dividir:

- Afrontamiento cognitivo
- Afrontamiento conductual
- Afrontamiento dirigido a cambiar la situación
- Afrontamiento dirigido a reducir la emoción [23]

Existe un modelo de Lazarus y Folkman que determina que el afrontamiento tiene 3 componentes: 1) los antecedentes causales, 2) proceso mediadores, 3) efectos a corto y largo plazo. En el componente causal corresponde a variables que son propias de la persona y correspondientes a la situación (tiempo, característica etc).

Estos median al segundo componente que son: los proceso mediadores, y que corresponden a los procesos de valoración y al mismo tiempo estos pueden ser primarios; es decir que papel juega, de qué forma le afecta el problema, y secundarios; que puede hacer para resolverlo. El tercer componente son los efectos a largo y corto plazo: estos afectan a los antecedentes causales de la interacción del individuo con la situación estresante o problema. [24]

Hay dos formas de afrontamiento: una es la forma activa de afrontamiento, estas son los esfuerzos para manejar de forma directa el suceso conflictivo, son exitosas, puesto que tienen efectos positivos sobre la salud mental, la adaptación, o el bienestar. En cambio las formas pasivas, son aquellas en la que hay ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, por consiguiente son menos exitosas. Un factor que determina la forma de afrontamiento es la edad, puesto que los jóvenes realizan afrontamiento más activos y conforme hay mayor edad el tipo de afrontamiento es más pasivo, intrapersonal y centradas en las emociones. [25]

Otros autores como Davis y Palladino mencionan que el afrontamiento son todos los esfuerzos ya sean conductuales o cognoscitivos que un individuo realiza para disminuir el estrés que genera una situación y según estos autores no todas las estrategias de afrontamiento son beneficiosas, por ejemplo el afrontamiento evitativo es una forma de evitar el problema que genera el estrés. [26]

Las estrategias de afrontamiento son de gran importancia en los adultos mayores puesto que contribuyen a la adaptación de las personas a los cambios producidos por el envejecimiento que ya hemos mencionado, y el no tener estrategias de afrontamiento disminuye significativamente su calidad de vida, esto depende del entorno o ambiente y del apoyo social que se les brinde. [27] El apoyo social tiene gran impacto en las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los adultos mayores pues previene el estrés, y de esta manera ayuda a minimizar la percepción de amenaza. [28]

Benitez [29] cita a Rodríguez-Marín et al. (2015) y ellos mencionan que las respuestas que un individuo emite para dominar un evento o situación que percibe

estresante depende de sus recursos de afrontamiento. Esto es, depende de las tácticas que el individuo disponga, estructuradas o no en un comportamiento, dentro de su repertorio conductual. Y se toman en cuenta las siguientes situaciones:

- **Cultural:** Son aquellas creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud.
- **Estructurales:** Es una forma propia de descifrar un papel social y sus compromisos vitales.
- **Sociales:** Incluye características del sistema de apoyo social, el entorno social de la persona y la interacción entre ambas.
- **Psicológicos:** Son aquellos estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción del individuo.
- **Físicos:** Se refiere al ambiente externo físico del individuo y las características biológicas de su organismo

Como vemos el afrontamiento tiene un componente social: cuando el individuo se adapta éste, funciona mejor socialmente, se siente con más recursos por lo que se vale mejor sin ayuda y rinde mejor intelectualmente; un componente moral: que es lo que los individuos perciben sobre si mismas y de sus condicion de vida, es decir si es feliz, la satisfacción y el bienestar subjetivo. La salud también se ve afectada por la estrategia de afrontamiento pues las personas que responden de forma positiva ante una situación presentan una tasa de mortalidad más baja; en contraste las personas que reaccionan ante la problemática con sentimientos de negatividad son personas que sufren las peores consecuencias en su salud. [(2)]

El afrontamiento puede ser individual o familiar; en el individual la persona misma es quien decide cómo afrontar u orientar el problema en su vida diaria y el define que tipo de estrategia usa para afrontar situaciones de estrés o crisis de su realidad que vive. Hablamos de afrontamiento familiar cuando en grupo buscan minimizar los estresores que enfrentan y buscan asegurar la salud de todos los integrantes de la familia. [(30)]

Entonces afrontar los problemas, enfermedades o adversidades en una forma de disminuir el deterioro social, físico o cognoscitivo del adulto mayor, así cuando éstas son favorables aumentan la calidad de vida, es importante como sociedad apoyar estas estrategias para llegar a una vejez no solo con ausencia de enfermedad o discapacidad si no con una buena calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad nos encontramos ante un cambio importante en la pirámide poblacional ya que los mayores de 65 años representan poco más del 10% de la población, esto conlleva grandes cambios sociales y en el entorno del adulto mayor, puesto que como es sabido se enfrentan a dificultades propias de la edad como enfermedades crónicas, cambios fisiológicos y psicosociales que perjudican la calidad de vida de un adulto mayor. Este cambio en la pirámide poblacional se debe principalmente a una baja en la tasa de natalidad y a un aumento en el índice de supervivencia.

Dentro de las patologías las enfermedades crónicas toman una gran relevancia puesto que como sabemos en México prevalece un alto porcentaje de diabéticos, hipertensos y obesos principalmente pero hay una gran variedad de enfermedades que afectan la vida de los adultos mayores, esto conlleva a un deterioro en funciones básicas de la vida y también los afecta emocionalmente y psicológicamente así como su actividad laboral si es que aun lo conservan, aunado a esta problemática, los mayores en muchas ocasiones son abandonados por la propia familia, esta situación de abandono y soledad los lleva a un estado de fragilidad emocional que aumenta los cuadros de depresión e incluso suicidio.

Actualmente el tema de calidad de vida ha tomado relevancia pues se han hecho estudios en los cuales se busca dar a conocer como el adulto mayor forma habilidades de afrontamiento ante enfermedades y situaciones críticas. Por tal motivo es importante conocer el cómo llegar a esa edad con una adecuada calidad de vida , es por eso que en este estudio se busca conocer con cuales son las

estrategias de afrontamiento ante enfermedades que disminuyen la calidad de vida de los adultos mayores y en base a los conocimientos que se adquieran la sociedad está más preparada y con conocimientos sólidos de cómo afrontar la vejez y no verlo como un estado de decadencia si no al contrario ver los frutos que se recaban al pasar de los años.

Con base a los resultados que se obtengan se analizarán los datos y podremos analizar si estos datos nos orientan a formular nuevos programas que impulsen estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, podríamos proponer programas sociales para reincorporar a un vida productiva o ayuda en actividad física que mejoren las limitaciones que el anciano percibe de su propia persona, mejorar las condiciones de adaptación al medio como por ejemplo dando cursos del uso de nuevas tecnologías o formando grupos de autoayuda en determinadas patologías crónicas que enfrenten con más frecuencia los ancianos.

Este proyecto proporcionará los datos que ayuden cómo mejorar la vida de los ancianos y con esto mejoramos como sociedad y retomamos la empatía hacia los adultos mayores ya que debemos reconocer que también son personas capaces y que no ha terminado su función en la vida, sino más bien tienen acumulado mucho conocimiento y experiencia en diferentes ámbitos de la vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad nos encontramos ante un cambio en la pirámide poblacional Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, realizada por el INEGI, el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total. Por lo que siendo los adultos mayores una buena representación de la población debemos de conocer cuales son los determinantes que en mayor medida afectan su calidad de vida, como sabemos después de los 60 años el cuerpo sufre una serie de cambios fisiológicos y celulares que llevan a un deterioro progresivo en la funcionalidad del propio cuerpo. Por lo que naturalmente conlleva a una serie de dificultades desde enfermedades crónicas, no crónicas y mentales aunados a un ambiente adverso y económicamente inestable en su mayoría lleva a una decadencia que influye de manera negativa en la vida funcional, psicológico y social del anciano.

El médico no ha mostrado gran interés en el significado amplio de Calidad de Vida, más bien ha buscado medir como se ha utilizado los servicios de salud, así también como le afecta tal o cual enfermedad o como se ha beneficiado de un tratamiento y en qué manera le ha perjudicado financieramente o cómo afecta su vida laboral, hablando más que nada de un estudio social.

Las estrategias de afrontamiento es una variable importante de cómo los adultos mayores se adaptan a cambios en su vida a causa de enfermedades y a las dificultades que engloba en esta etapa de la vida. En este grupo de población existe una tendencia a formar estrategias que los adapte a la nueva situación y estas estrategias pueden aminorar este disconfort que el estado de vejez les genera y crean así un sentido de bienestar.

Por tanto, es de menester conocer:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida y cuáles son las estrategias de afrontamiento ante adversidades de los adultos mayores que acuden a la UMF 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores que acuden a la UMF 13

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio (edad, sexo, estado civil, ocupación).
2. Determinar el nivel de calidad de vida en adultos mayores ante enfermedades.
3. Determinar las estrategias de afrontamiento en adultos mayores ante enfermedades.
4. Conocer las comorbilidades de la población de estudio.

HIPÓTESIS

Los adultos mayores que acuden a la UMF13, tienen una buena calidad de vida y habilidades de estrategias de afrontamiento ante enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio de tipo no experimental, cuantitativo, el cual tendrá características de tipo transversal por que solo se medirá una vez, sera observacional por que no se manipulara ningun dato y no habrá intervención alguna y prospectivo por que sera realizado a partir de la fecha en que se inicie la recolección de los datos.

LUGAR DE ESTUDIO

Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

PERIODO DE ESTUDIO:

De marzo del 2021 a noviembre del 2022.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes en la edad adulta mayor a 60 años que son 21 727, que acuden a consulta externa y están adscritos a la unidad de medicina familiar número 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

TIPO DE MUESTREO:

Muestreo no probabilístico aleatorio simple. El cálculo de muestra se realiza a partir del censo de la unidad de medicina familiar número 13 del Instituto del seguro social que tienen más de 60 años y que acuden a consulta externa de dicha clínica.

CÁLCULO DE LA MUESTRA:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{Nd^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$$n \quad (1.96)^2 (0.5) (0.5) (21727)$$

$$(21\,727)\,(0.05)^2 + (1.96)^2\,(0.5)\,(0.5)$$

$$n \quad 20866. \quad = \quad 20866.$$

$$(54.3175) + (0.9604) \quad 55.2779$$

n = 377.65 = 378

N= universo = 21 727

d =error estimado= 0.05

Z=nivel de confianza 95% =1.96

p = probabilidad de éxito = 0.5

q= probabilidad de fracaso= 0.5

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- **INCLUSIÓN:**

A todo adulto mayor de 65 años que acude y está adscrito a la unidad familiar número 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y que a su vez firme un consentimiento informado para su participación, dentro del periodo establecido para la recolección de datos

- **EXCLUSIÓN:**

Adulto mayor de 65 años que no desee participar o que no firme el consentimiento informado.

- **ELIMINACIÓN:**

Cuestionarios incompletos

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
EDAD	Años, meses que presenta desde su nacimiento hasta el momento actual	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento de la entrevista	Menor de 15 años, 16-19 años, 20-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años, mayor de 60 años	Cuantitativa ordinal
SEXO	Es la condición biológica de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Conjunto de características propias que definen a un organismo femenino en mujer y masculino en hombre	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
ESCOLA-RIDAD	Estudios realizados en un centro docente	Grado máximo de estudios realizados por el paciente al momento del registro.	Analfabeta, Primaria incompleta, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura	Cuantitativa Ordinal
ESTADO CIVIL	Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro.	Lazos que unen a las personas	Soltera. Casada. Unión libre. Separada Divorciada. Viuda	Cualitativa nominal

RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, oración y sacrificio para darle culto	Religión o creencia que practica al momento del estudio	1) Católica 2) Adventista 3)Cristiano 4)Pentecostés 5) Mormon 6)Testigo de Jehová 7) Otro	Cualitativa ordinal	
COMORBILIDADES	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	Son los antecedentes personales patológicos y cuando presenta dos ó más enfermedades o trastornos distintos al momento del registro	Son los antecedentes personales patológicos: 1) Hipertensión Arterial. 2)Diabetes Mellitus. 3)Artritis 4)Artrosis. 5) otro	Cualitativa nominal	
OCUPACIÓN	Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente con remuneración.	Actividad desempeñada al momento del registro	1)Labores del hogar. 2) Empleada. 3)Empresario 4)Jubilado 5)Otro	Cualitativa Nominal	
CALIDAD DE VIDA	Concepto que hace alusión a varios niveles de generalización	Es la percepción que el individuo tiene acerca de las condiciones	1) Buena. 2)Regular. 3)Mala	cualitativa ordinal	

	pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo contando con definiciones desde sociologia, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc	en las que vive y que se interrelaciona con la sociedad, estado psicológico y de salud física			
ESTRATEGIAS DE AFRONTA-MIENTO	Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.	Se evalúa mediante el cuestionario Font 1990 y adaptada a la población mexicana	1) Afrontamiento orientado a la valoración. 2) Afrontamiento orientado al problema. 3) Orientado a la emoción	cualitativa ordinal	

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se cuenta con un cuestionario que se diseñó en tres apartados:

I. El primer apartado corresponde a los datos sociodemograficos para obtener datos generales de los participantes como: edad, sexo ocupacion, estado civil, religion, grado maximo de estudios, si padece alguna enfermedad y cual es. En total son 7 Ítems.

II. Calidad de vida: esta sera medida a traves del afronta por sus siglas en ingles intrumento construido por las OMS y adaptado a su versión corta por Sánchez Sosa y González- Celis en 2006, que mide con cuatro dimensiones: percepción de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Contiene 26 ítems de cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida. El Propósito de WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de la calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Está diseñada tanto para la población en general como para pacientes.

III. Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990). Adaptado por las investigadoras al español mexicano, mediante un proceso de jueces con psicólogos con experiencia en el trabajo de personas ancianas. Consta de 26 reactivos, donde en el primero se le preguntara al anciano cuál es el principal problema o enfermedad que había tenido durante la última semana; los siguientes 25 reactivos enlistaban diferentes formas de enfrentar un problema o preocupación, con cinco opciones de respuesta en las que se asignó una puntuación de 4 a la categoría de Siempre, 3 a Muy seguido, 2 a Moderadamente, 1 A veces y 0 puntos a Nunca. Donde cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento, y estas se pueden

agrupar en tres niveles: afrontamiento orientado a la valoración (del ítem 1 al 8), orientado al problema (del ítem 9 al 18) y orientado a la emoción (del ítem 19 al 25).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se apegará a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se someterá a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar no.13 donde será sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaria de Salud, 1996), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo l Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo I: Investigación sin riesgo.

Prevalecerá al respecto a la dignidad de los pacientes, protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevara nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, antes de aplicarlo se brindará explicación clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones l, VI, VII y VIII del artículo 21. Respecto al consentimiento informado, contemplar el artículo 20 y 21 para que se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. El consentimiento informado deberá formularse por escrito, esto de acuerdo con el Artículo 22.

Además, este estudio tendrá base en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35a Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41a Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989). 48a Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996) 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59a Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64a Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). En mencionada Declaración se menciona los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los

conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético. Legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación solo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnostico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.
16. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.
17. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera

satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continua, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

18. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.
19. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.
20. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
21. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas fuera del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.
22. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación

pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Con el objeto de evitar repeticiones, surgió la necesidad de facilitar la aceptación de datos surgidos de los ensayos clínicos, aunque fueran realizados en diferentes países. En la actualidad mediante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los EEUU y Japón (y entre otros en carácter de observadores, Canadá y la Organización Mundial de la Salud),han producido guías que unifican criterios sobre diferentes temas relativos a medicamentos. En el marco de la Conferencia Internacional de Armonización surgieron las guías de Buenas Prácticas Clínicas, que definen una seria de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad. Esta investigación se basará en las buenas prácticas clínicas.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

a) HUMANOS

- Un Residente de Medicina Familiar
- Un Asesor metodológico y de contenido

b) MATERIALES

Recursos	Cantidad
Lápiz	15
Goma	5
Sacapuntas	5
Hojas blancas	2000
Encuestas	380
Lapiceros	10
Computadora	1

c) FINANCIEROS

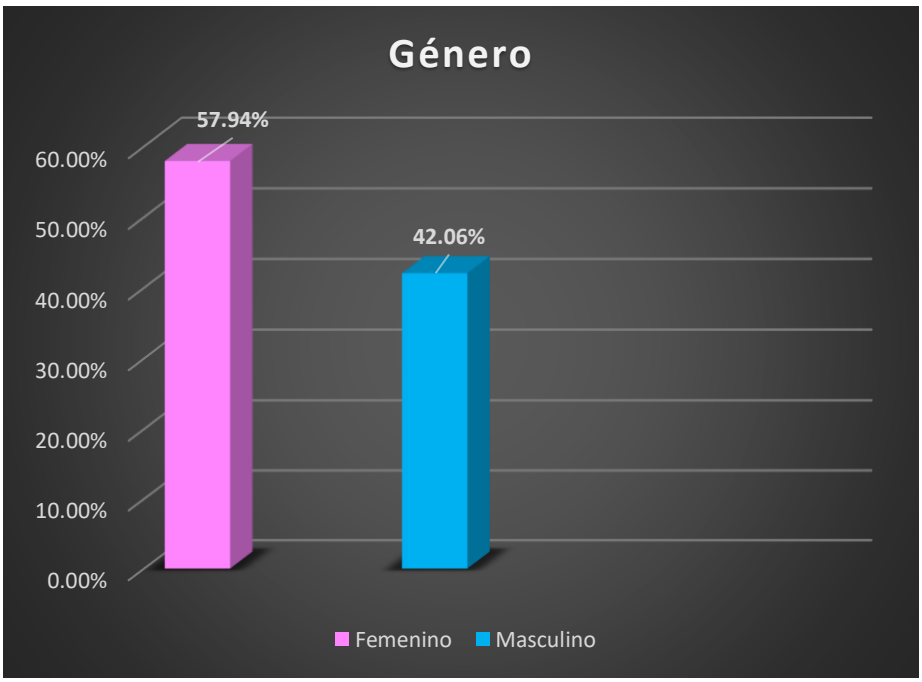
Recursos propios del investigador

RESULTADOS

Se aplicó un cuestionario WHOQOL-BREF para valorar la calidad de vida y el cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990) para estrategias de afrontamiento, se incluyó a 378 pacientes encuestados durante el periodo de marzo a mayo del 2021, que acudieron a la consulta externa de la UMF 13, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

De dicha muestra se encontró que de acuerdo a la variable género: 57.9% (218) fueron del género femenino y 42.1% (159) fueron del género masculino (Gráfico 1).

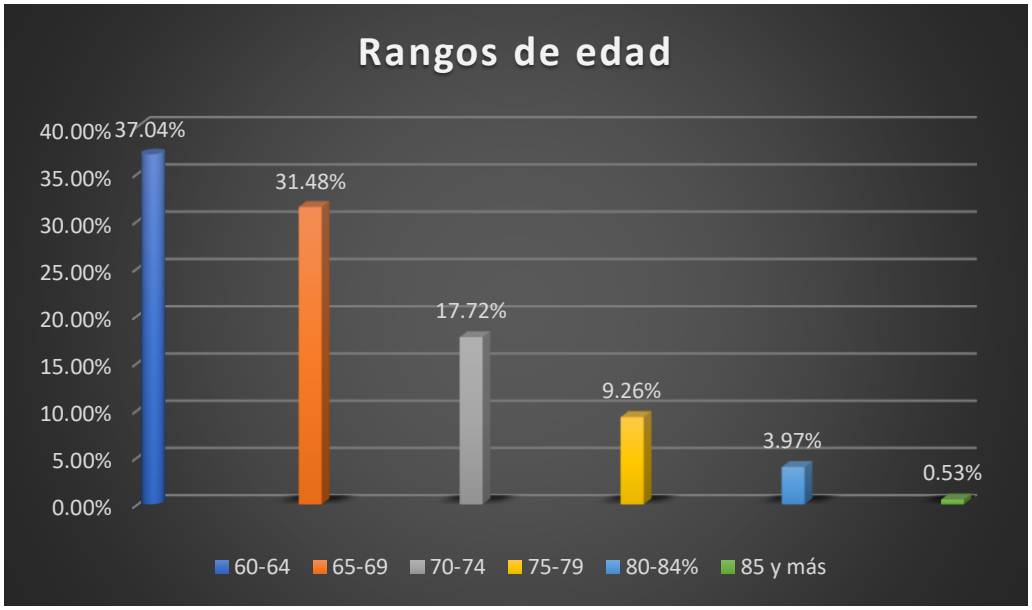
Gráfico 1. Distribución por género.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Con respecto a la edad, el mayor porcentaje de encuestados se encontró en el rango de 60-64 años de edad con un 37.04% (140), siguiéndole en un 31.48% (119) en el rango de 65 a 69 años, el menor porcentaje se encuentra en rango de 85 años y más con 0.53% (2), en la gráfica número 2 se encuentra la distribución por edad.

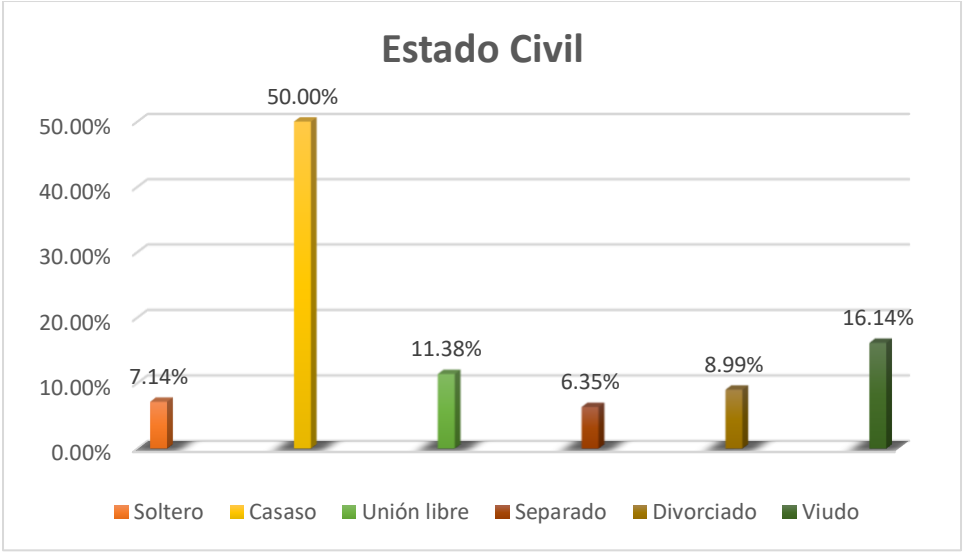
Gráfico 2. Distribución por edad.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En lo referente al estado civil, en mayor porcentaje, el 50%(189) corresponde a casados, el 16.14% (60) corresponde a viudos, el 11.4% (43) a unión libre, en menor porcentaje separado con 6.35% (24) dentro de los más representativos (gráfico 3).

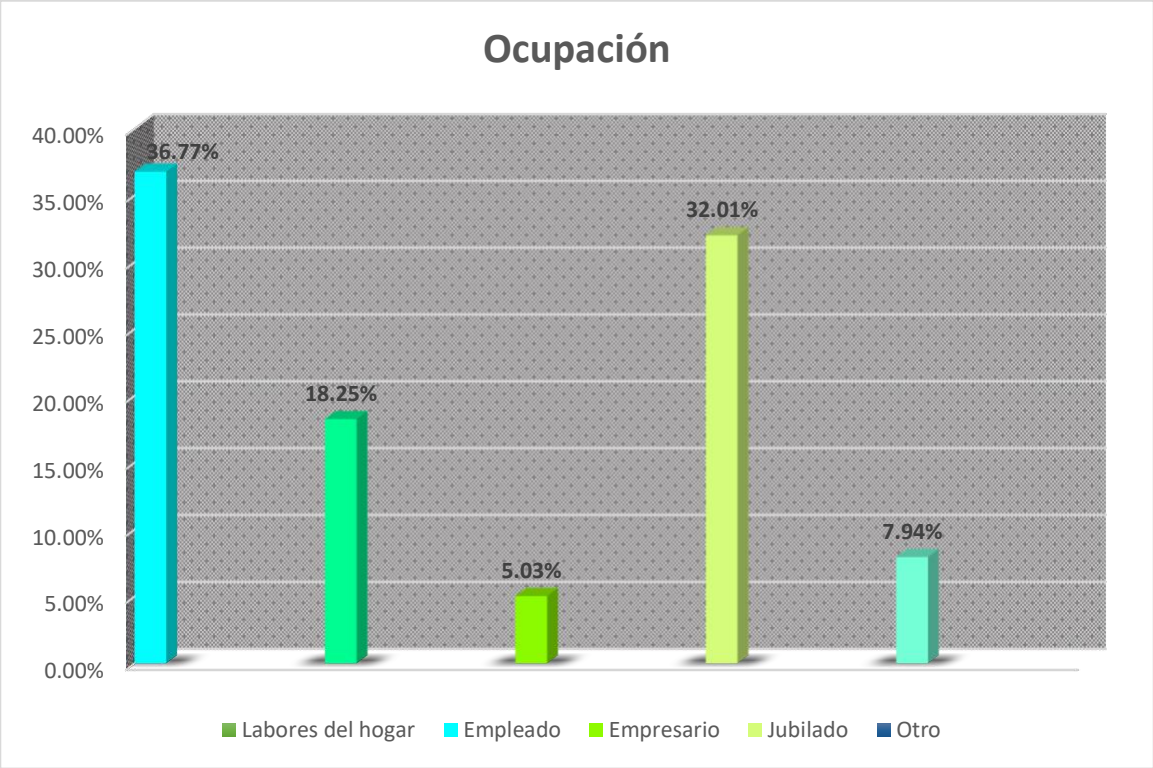
Gráfico 3. Distribución por estado civil.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Ahora bien de acuerdo a la ocupación en mayor porcentaje se presenta labores del hogar ocupando el 36.77% (138), jubilados en 32% (120), empleados 18.25% (69), otras ocupaciones 7.94% (30), y en menor porcentaje empresarios con 5.03% (19), como se observa en el gráfico 4.

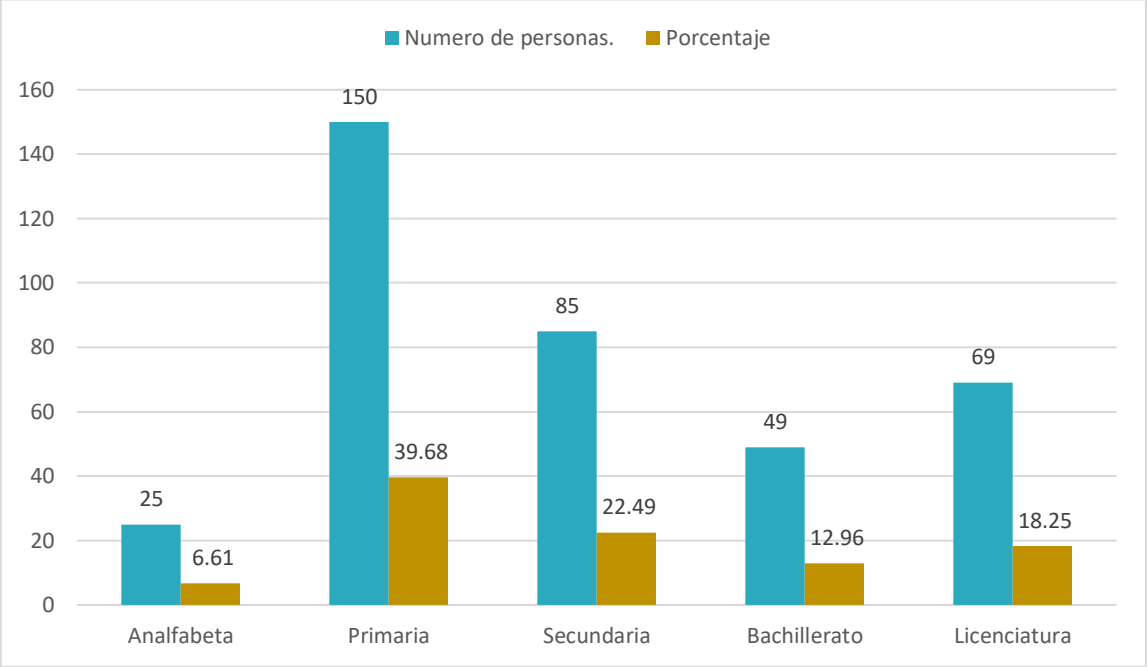
Gráfico 4. Distribución por ocupación.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En relación a la escolaridad, los mayores porcentajes se presentan con el 39.68 % (150) tienen el nivel de primaria, el 22.49% (85) nivel secundaria, el 18.25% (69) licenciatura, el 12.96% (49) bachillerato, y en menor porcentaje con el 6.61% (25) son analfabetas (Gráfico 5).

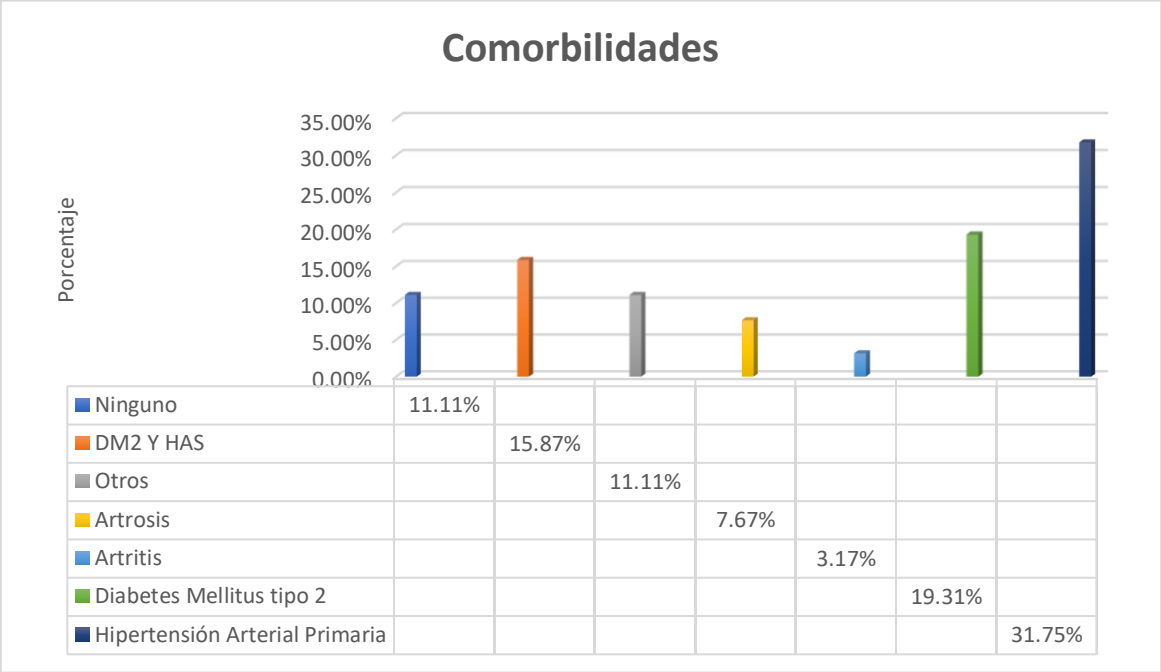
Gráfico 5. Distribución por grado de estudio.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13., IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En cuanto a comorbilidades se encontró que el 31.75% (120) padece solo Hipertensión arterial sistémico, el 19.31 %(72.9) padece Diabetes Mellitus tipo 2, el 15.87% (59) padecen DM2 y HAS, el 11.11% (41) no tiene ninguna patología y el mismo porcentaje padece otras patologías, el 7.67% (28) padece artrosis y el 3.2% (12) artritis (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución por comorbilidades.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, del cuestionario de afrontamiento, se catalogaron en tres estrategias de afrontamiento; orientados a la valoración, orientados al problema y orientados a la emoción. Referente la estrategia orientada a la valoración, el mayor porcentaje con 63% (238) para moderadamente orientado, 34.4% (130) muy orientado y el menor porcentaje con 2.6% (10) poco orientado (Tabla 1).

Tabla 1.

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Afrontamiento: orientada a la valoración		
	Frecuencia	Porcentaje
Poco orientado	10	2.6
Moderadamente orientado	238	63.0
Muy orientado	130	34.4
Total	378	100.0

Con respecto a la estrategia orientado al problema, el mayor porcentaje con 69.3% (262) se encuentra muy orientado, 27.8% (105) moderadamente orientado y el menor porcentaje con 2.9% (11) poco orientado (Tabla 2).

Tabla 2.

Afrontamiento: orientada al problema		
	Frecuencia	Porcentaje
Poco orientado	11	2.9
Moderadamente orientado	105	27.8
Muy orientado	262	69.3
Total	378	100.0

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En relación a la estrategia orientada a la emoción, el mayor porcentaje con 52.1% (197) se encuentra moderadamente orientado, 43.7% (165) muy orientado y el menor porcentaje con 4.2% (16) poco orientado (Tabla 3).

Tabla 3.

Afrontamiento – Orientada a la emoción		
	Frecuencia	Porcentaje
Poco orientado	16	4.2
Moderadamente orientado	197	52.1
Muy orientado	165	43.7
Total	378	100.0

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En cuanto a la calidad de vida, el mayor porcentaje presenta una calidad de vida regular con el 59.52% (225) y el menor porcentaje de 40.47% (153) presenta una buena calidad de vida.

Tabla 4.

Calidad de Vida		
	Frecuencia	Porcentaje
Mala	0	0.0
Regular	225	59.52
Buena	153	40.47
Total	378	100.0

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de la consulta externa de la UMF # 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

DISCUSIÓN

La vida es un proceso dinámico, el envejecimiento se expresa en una serie de modificaciones fisiológicas, morfológicas, bioquímicas y psicológicas, los cambios observados son el resultado de la interacción de los factores psicosociales y no estrictamente biológicos, están estrechamente relacionados con la forma en que la persona satisface sus necesidades a través de su ciclo vital.

La calidad de vida se define como el estado de bienestar y satisfacción general que envuelve variables físicas, mentales, psicológicas, sociales y económicas, que cada individuo presenta, está puede ser valorada a cualquier edad, como en las etapas de mayor cambio, como en el envejecimiento aunado a la presencia de comorbilidades, resulta en limitación de la autonomía del individuo y deterioro orgánico.

La identificación de la calidad de vida del individuo y los factores que predisponen a una mala calidad de vida son de gran importancia para determinar el impacto que esta tiene sobre las principales ventanas sociales en el cual se desarrolla, las sociedades envejecen de un ritmo creciente y acelerado, y el individuo se percibe como un ser funcional e indispensable, por ello, es necesario apreciarlo desde un punto de vista psicosocial, respetando sus ideas, creencias, religión y cultura, con el fin de apreciarlo como un todo, un ser psicosocial, pues su adaptación y forma de

afrontar las dificultades de la vida, como las enfermedades y adversidades, nos otorgan una realidad cercana a nuestra etapa final.

En el año 2006 Gonzalez-Celis y Padila, publicaron un estudio sobre calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la Ciudad de México, participaron de manera voluntaria, bajo consentimiento informado 194 personas en rango de edad entre 60 y 88 años, con una edad promedio de 71 años, donde 162 fueron mujeres y 32 hombres.

El presente estudio se realizó en el periodo de marzo 2021 a noviembre 2022 en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con una muestra de 378 personas adultas mayores que participaron de forma voluntaria, respetuosa y bajo consentimiento informado, en rango de edad entre 60 a 85 años, con un mayor porcentaje de participación en rango de edad de 60 a 64 años, donde 218 son mujeres y 159 hombres.

En el estudio de Gonzalez-Celis y Padila, en cuanto al estado civil se encontró que el 41.2% eran viudos, 25.8% casados o con pareja, 18% solteros y 15% divorciados o separados. Y en nuestro estudio en cuanto al estado civil de mayor porcentaje con 50%(189) corresponde a casados, el 16.14% (60) corresponde a viudos, el 11.4% (43) a unión libre, en menor porcentaje separado con 6.35% (24).

Gonzalez-Celis y Padila, reportaron el nivel máximo de escolaridad, 16% contaban con estudios básicos o sin estudios, 40.2% nivel medio o técnico y el 43% nivel medio superior. En nuestro estudio, el porcentaje en relación a escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: los mayores porcentajes se presentan con el 39.68 % (150) tienen un nivel de primaria, el 22.49% (85) nivel secundaria, el 18.25% (69) licenciatura, el 12.96% (49) bachillerato, y en menor porcentaje con el 6.61% (25) son analfabetas.

En relación a la ocupación, Gonzalez-Celis y Padila reportaron que el 56.44% eran retirados, pensionados o jubilados, 31.9% dedicados a actividades del hogar y el 11.66% trabajaba por su cuenta o eran empleados. En el nuestro, de acuerdo a la ocupación en mayor porcentaje se presenta labores del hogar ocupando el 36.77% (138), jubilados en 32% (120), empleados 18.25% (69), otras ocupaciones 7.94% (30), y en menor porcentaje empresarios con 5.03% (19).

En relación a comorbilidades, Gonzalez-Celis y Padila reportaron que de los 194 pacientes, el 36.1% (70) reportaron no tener alguna enfermedad, mientras que el 63.9% (124) si padece alguna enfermedad. En nuestro estudio de los 378 pacientes, el 11.11% (41) no tiene ninguna patologia, el 31.75% (120) padece solo

Hipertensión arterial sistemico, el 19.31 %(72.9) padece Diabetes Mellitus tipo 2, el 15.87% (59) padecen DM2 y HAS, 11.11% (41) padece otras patologías, el 7.67% (28) padece artrosis y el 3.2% (12) artritis.

El resultado obtenido acerca de las estrategias de afrontamiento que emplean los ancianos ante una enfermedad o problema, Gonzalez-Celis y Padila encontraron que la de mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta 56% (109). Seguida de la estrategia orientada a la valoración 36.6% (71) y por último la orientada a las emociones con 7.4% (14). En nuestro estudio, referente a las estrategias de afrontamiento que emplean los ancianos ante una enfermedad o problema, se catalogaron de la misma forma, en tres estrategias; orientada a la valoración, orientada al problema y orientada a la emoción. En la estrategia orientada a la valoración se obtuvo el resultado con mayor porcentaje con 63% (238) para moderadamente orientado, para la estrategia orientada al problema se obtuvo el mayor porcentaje con 69.3% (262) muy orientado y por último la orientada a las emociones el mayor porcentaje 52.1% (197) se encuentra moderadamente orientado.

Gonzalez-Celis y Padila, para valorar a la calidad de vida aplicaron el Cuestionario WHOQOL-BREF, se categorizó en dominios, en relación a salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. El puntaje más alto se obtuvo en relaciones sociales con 73.98% (189) y el menor porcentaje en salud física con 70.30%. En el nuestro, también se aplicó el Cuestionario WHOQOL-BREF para valorar la calidad de vida, se categorizaron en tres apartados, calidad de vida baja, calidad de vida normal y calidad de vida alta, el mayor porcentaje, con 59.52% (225) presenta una calidad de vida normal, y el resto 40.47% (153) presenta una calidad de vida alta, no se presentó baja calidad de vida.

Gonzalez-Celis y Padila, aplicaron 3 cuestionarios, el primero sociodemográfico, el segundo, el Cuestionario de Afrontamiento y como tercer y último, el Cuestionario WHOQOL-BREF para valorar la calidad de vida. En nuestro estudio, se aplicaron los mismos cuestionarios.

Todos los pacientes que participaron en este estudio, tenían una asistencia regular, al menos de un día a la semana a uno de los cuatro Centros Culturales del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) de Ciudad de México. En nuestro estudio no se preguntó sobre la asistencia a algún centro cultural o recreativo.

La principal ventaja en la realización de este estudio, es haber concluido totalmente en la consulta externa de la unidad médica familiar que es mi sede de especialización en medicina familiar, los médicos adscritos de cada consultorio me

recibieron de manera profesional e informaron a cada paciente sobre mi objetivo al realizar este estudio, así como los beneficios que el estudio representa para mi carrera profesional, aceptando de manera flexible. En segundo lugar, la unidad médica cuenta con asistencias regulares de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, en tercer lugar, la gran mayoría de las personas que aceptaron realizar el estudio lo hicieron de forma cooperadora y respetuosa.

Como limitaciones, el haber realizado el estudio en periodo de pandemia por COVID-19, se presentó a mediados del año 2020 una reducción marcada de la asistencia de adultos mayores a la consulta externa de la unidad médica familiar, como segundo y última limitación, en menor cantidad, algunos pacientes y cuidadores primarios acompañantes se presentaron apáticos y poco cooperadores, por lo que se negaron a participar en el estudio.

CONCLUSIÓN

Con la ayuda de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Afrontamiento y el Cuestionario WHOQOL-BREF, se identificó el nivel de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

De los 378 pacientes, 57.9% (218) pertenecen al género femenino y 42.1% (159) al género masculino, el mayor porcentaje de encuestados pertenece al rango de edad de 60-64 años de edad con un 37.04% (140), esto quiere decir que ni el género o la edad se excluyen de enfermedades y problemas psicológicos o emocionales, para el rango de edad, la gran mayoría prioriza su salud, bienestar físico y mental.

En relación a la escolaridad el mayor porcentaje pertenece al nivel de primaria con 39.68 % (150), por lo que a pesar de las dificultades por las limitaciones académicas, los participantes tienen noción de la importancia sobre asistencia a su consulta de control mensual, logran entender la enfermedad o el problema que presentan así como el plan y tratamiento establecido.

Con respecto al estado civil el mayor porcentaje corresponde a casados con 50%(189), el núcleo familiar es fundamental para la adaptación y afrontamiento de

enfermedades y problemas, se nutre por las redes de apoyo que se pueden establecer.

De acuerdo a la ocupación, labores del hogar en mayor porcentaje con 36.77% (138), la gran mayoría de los participantes goza de una rutina de trabajo doméstica en la que el esfuerzo empleado depende totalmente de ellos, el estrés que afrontan depende de la actividad que cada individuo realiza.

En relación a comorbilidades se encontró que el 11.11% (41) no tiene ninguna patología y el 31.75% (120) padece solo Hipertensión Arterial Sistémica. Un menor porcentaje de los participantes presenta buena salud, bienestar físico y mental, pero eso no limita la asistencia de controles médicos, un alto porcentaje de pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica acuden a control de rutina y prescripción de recetas médicas, enfermedad creciente en el rango de edad estudiado.

En cuanto a los resultados de las estrategias de afrontamiento que emplean los individuos ante una enfermedad o problema, en la estrategia orientado a la valoración, se obtuvo porcentaje de 63% (238) para moderadamente orientado, para la estrategia orientado al problema el mayor porcentaje con 69.3% (262) muy orientado y por último la orientada a las emociones el mayor porcentaje 52.1% (197) se encuentra moderadamente orientado. El afrontamiento de cada uno de los individuos depende de la situación, problema, de las comorbilidades presentes y de las redes de apoyo que lo rodean. Las habilidades de afrontamiento que se desarrollan son positivas, pues reflejan una adaptabilidad a las circunstancias y enfermedades.

La calidad de vida obtenida, en mayor porcentaje, con 59.52% (225), presenta una calidad de vida regular, y el resto 40.47% (153) presenta una buena calidad de vida, no se presentó mala calidad de vida. A pesar de las comorbilidades y limitaciones de cada uno de los individuos, estas no interfieren de manera negativa con su vida diaria, se han adaptado a las situaciones de acuerdo al contexto, el resultado obtenido cumple con el objetivo general de este estudio.

PROPUESTAS

Se sugiere para investigaciones futuras, la aplicación Cuestionario de Afrontamiento y el Cuestionario WHOQOL-BREF para determinar el nivel de calidad de vida y estrategias de afrontamiento debido a que son sencillos, fáciles de aplicar y objetivos en relación al resultado.

Continuar con educación y capacitación continua en relación a las comorbilidades de cada paciente adulto mayor, individualizando la atención y el tratamiento, exhortando al paciente para acudir de manera presencial con compañía si es posible a su consulta médica.

Sensibilizar a los Médicos Familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina familiar para la aplicación de cuestionarios de calidad de vida para determinar la calidad de vida de todos los pacientes con comorbilidades, con el objetivo de fomentar la prevención, diagnóstico, tratamiento, y referencia oportuna para cada paciente.

Facilitar referencias a centros culturales y recreativos locales, para todos los pacientes adultos mayores con el objetivo prevenir enfermedades, fortalecer la salud física y mental.

Difundir los resultados del presente estudio en sesiones departamentales o generales en las unidades de medicina familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud (internet). Washington: OMS; 2015. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/
2. González Celis AL, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. Universitas Psychologica [Internet]. 2006;5(3):501-509. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750306
3. Moya Faz F. Envejecimiento y relaciones interpersonales. Madrid: CEU Ediciones; 2012.
4. Instituo nacional de las personas adultas mayores (internet), Mexico, gobierno de Mexico, Disponible en https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es
5. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 agosto 13] ; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196.
6. Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores. Perfil demografico y epidemiologico y social de la poblacion adulta mayor en el pais, una propuesta de politica publica (internet, consultado el 14 agoto 2020). Disponible en

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122581/ADULTOS_MAYORES_POR_ESTADO_CD1.pdf

7. Giro Miranda. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar (internet)(edicion desconocida), España, Universidad de la Rioja, 2004(consultado en agosto 2020). Disponible en https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4783
8. Nieto Rojas I, Alarcon Escalonillas AI, Almenara Rescalvo C, et al. Declive funcional:incidencia y valor de varias reglas de prediccion en ancianos que viven en la comunidad. Rev Clin Med Fam. 2018; 11(3): 137-143.
9. Federacion Iberoamericana de Asociacion de personas Adultas Mayores. America latina envejece a pasos gigantes(internet). 2019 (consultado agosto 2020). Disponible en https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/
10. Base de atos: Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. http://www.enasem.org/images/ENASEM-20-2-Aging_In_Mexico_AdutosMasVulnerables_2020.pdfhttp://www.enasem.org/Data_Esp.aspx
11. Martinez PT., Gonzalez AC., Castañon LB. et al., El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida ¿éxito o difcultad? (internet), Cienfuegos Cuba, 2018 (citado 14 Ago 2020). Disponble en: http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf
12. Peña PB, Terán TM, Moreno AF, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Rev Esp Med Quir. 2009;14(2):53-61.
13. Cleto Rodriguez JG. Impacto de un programa de actividad fisica sobre la calidad de vida de los adultos mayores. Tesis [Licenciatura]. Universidad Autonoma del Estado de Mexico; 2014.
14. Pedraza Aviles AG.,Vazquez Navarrete, I. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clinica de medicina familiar. Revista Medica Instituo Mexicano Seguro Social, 48 (5), 475–484.

15. Dominguez Lopez A. Calidad de vida en paciente de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendido en la UMF no.2 Gabriel Mancera del IMSS (Especialidad). Universidad Nacional Autonoma de Mexico; 2012
16. Jimenez Almaguer D, Casado Mendez PR, Santos Fonseca RS et al. Percepcion de la calida de vida en pacientes adultos mayores con diabetes tipo II
17. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm IMSS. 2018;26(2):83-88.
18. Peña Marcial E, Bernal Mendoza LI, Reyna Avila, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerreo, Mexico. Universidad y salud (internet). 2019; 21 (2):113-118. Disponible en http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144
19. Cerquera Cordoba AM, Uribe Rodriguez AF, Matajira Camacho YJ, et al. Dependencia funcional y dolor cronico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente. 2017; 20(38):398-409,
20. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Agosto] ; 27(4): 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es.
21. Heron C. Federacion Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [Internet]. FIAPAM. 2013 [citado 6 agosto 2020]. Disponible en: https://fiapam.org/una-sociedad-para-todas-las-edades/.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Salud en las Américas 2017. OPS/OMS; 2017. Disponible en http://www.paho.org/salud-en-las-americas- 2017/?lang=es
23. Bonilla Castelazo AP. Pacientes de cancer de mama, estilos de afrontamiento y adherencia al tratamiento.Tesis [Licenciatura]. Universidad Latina; 2018.

24. Mayordomo Rodriguez T, Sales Galan A, Satorrs Pons E, et al; Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en funcion de variables sociodemograficas. 2015. Escritos de Psicologia, 8 (3) 26-32.
25. Melendez JC, Delhom I, Satorres E. Las estrategias de afrontamiento: relacion con la integridad y la deseperacion en adultos mayores. Asiedad y estres. [Internet]. 2020 [citado 25 agosto 2020];26(1):14–19. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003
26. Lopez Estrada CME. Estrategias de afrontamiento de la adulta mayor entre 80-90 años. [Licenciatura]. Universidad Rafael Landivar; 2015.
27. Hernandez Zamora ZE. Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. Liberabit [Internet]. 2009 [citado 20 agosto 2020];15(2):153–161. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200009&script=sci_arttext&tlng=en
28. Mera PC, Ortiz M. La relacion del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cancer de mama. Terapia Psicologica. 2012;30(3):69–78.
29. Benitez Reynosa IM. Estrategias de afrontamiento ante la diabetes mellitus en adultos mayores [Licenciatura]. Universidad Rafael Landivar; 2017.
30. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, et al. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2013;30(1):123-145. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007

ANEXOS

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

FECHA:_____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

1. EDAD: _____

2. SEXO: F ☐ M ☐
3. OCUPACION:
   1) LABORES DE HOGAR. 2)EMPLEADA. 3)EMPRESARIO. 4)JUBILADO. 5)OTRO ¿CUAL? _____
4. ESTADO CIVIL:
   A) SOLTERO B) CASADO C) UNION LIBRE. D) SEPARADO E) DIVORCIADO. F) VIUDO
5. RELIGIÓN:
   1) CATOLICO. 2) ADVENTISTA. 3) CRISTIANO. 4) PENTECOSTES 5) MORMON. 6) TESTIGO DE JEHOVA. 7) OTRO
6. GRADO DE ESTUDIOS:
   1) ANALFABETA. 2) PRIMARIA INCOMPLETA 3) PRIMARIA COMPLETA 4) SECUNDARIA. 5) BACHILLERATO 6) LICENCIATURA
7. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:
   1)HAS. 2) DM 2. 3)ARTRITIS 4) ARTROSIS. 5) OTRO ¿CUAL?_____

II. CALIDAD DE VIDA.

INTRUCCIONES: por favor conteste todas las preguntas, si no esta seguro que respuesta dar a una pregunta, escoja la mas apropiada. Tenga presente su modo de vivir sus sentimientos, placeres y preocupaciones.

1.- ¿Como puntuaría si calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2.- ¿cuan satisfecho esta con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las ultimas 2 semanas.

3.- ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4.- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento medico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5.- ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6.- ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8.- ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿cuan saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las ultimas dos semanas.

10.- ¿tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11.- ¿es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12.- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13.- ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14.- ¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15.- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien “se ha sentido en varios aspectos de su vida en las ultimas dos semanas.

16. ¿cuan satisfecho esta con su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17.- ¿cuan satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18.- ¿cuan satisfecho esta con su capacidad de trabajo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19.- ¿cuan satisfecho esta de si mismo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20.- ¿cuan satisfecho esta con sus relaciones personales?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21.- ¿cuan satisfecho esa con su vida sexual?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22.- ¿cuan satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23.- ¿cuan satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24.- ¿cuan satisfecho esta con el acceso que tiene de los servicios sanitarios?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25.- ¿cuan satisfecho esta con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

26.- ¿con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nada	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

III. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

	Siempre	Muy Seguido	Moderadamente	A veces	Nunca
1. Pienso en superarlo yo mismo(a)					
2. Pienso en algún aspecto positivo					
3. Pienso que podría ser peor					
4. Busco un sentido					
5. No pienso en ello					
6. Busco una explicación en el pasado					
7. Me preparo para cosas peores					
8. Pienso que ya pasará					
9. Busco información					
10. Busco ayuda en otras personas					
11. Soluciono el problemas yo mismo(a)					
12. Acudo inmediatamente con un profesional					
13. Me distraigo					
14. Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que me hagan					
15. Como y bebo lo que me apetece					
16. Disfruto con algunos aspectos positivos					
17. Hablo de ello					
18. Me aíslo					
19. Me resigno					
20. Mantengo la esperanza					
21. Me siento culpable					
22. Lo expreso abiertamente					
23. Disimulo mi estado de ánimo					
24. Me siento pesimista					
25. Hago bromas sobre la situación o problema					
26. Otras ¿cuáles?					

INTRUCCIONES: por favor conteste todas las preguntas, si no esta seguro que respuesta dar a una pregunta, escoja la mas apropiada. Por favor recuerde situacion o problema que le ha

preocupado últimamente, piense en la ultima semana, mencione a cuál se refiere _____, muy bien, con base en esta preocupación proporcione una respuesta a la forma de enfrentarla.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS | 2020 LEONA VICARIO

OFICIO: 070104252110/513/2020

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS A 13 DE OCTUBRE DE 2020

DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMENEZ
MEDICO RESIDENTE.

Por medio de la presente notificarle de la **NO INCONVENIENCIA** de realizar su protocolo de investigación bajo el título: **"CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LAS ADVERSIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UMF 13"** por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

IMSS

Dr. Francisco Ricardo Escobar Diaz
N53 Director de la Unidad UMF 13
Blvd. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las Palmas, Tuxtla Gutierrez, Chiapas. CP. 29040
Teléfono: (01961)-6141388
francisco.escobardi@imss.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Unidad Medica Familiar No. 13

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS 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:	"CALIDA DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE ADVERSIDADES EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA EN LA UMF 13, TUXTA GUTIERREZ, CHIAPAS."
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar numero 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2020
Número de registro:	EN TRAMITE
Justificación y objetivo del estudio:	El presente trabajo de investigación dará nuevo conocimiento porque es un tema que no ha sido estudiado e investigado en la UMF 13 donde se pretende realizar el estudio acerca de la calidad de vida y cuales son las estrategias de afrontamiento ante adversidades en adultos mayores.
Procedimientos:	Se aplicarán Encuestas directas de datos personales y llenado de cuestionarios para determinar el nivel de calidad de vida y cuales son las estrategias de afrontamiento ante adversidades en adultos mayores.
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Que el paciente identifique el nivel de calidad de vida y como afrontar adversidades en su vida diaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará si el participante lo solicita.
Participación o retiro:	Participarán pacientes adultos mayores mayores de edad que acuden a consulta externa en la UMF 13, de Tuxtla Gutiérrez de manera voluntaria y con consentimiento informado. Y en caso de no desear continuar en el estudio se respetará su retiro voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐	No autoriza que se tome la muestra.
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplilica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Se conocera el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores que serviran para estadistica y generar nuevos parteaguas en el estudio ya mencionado.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	DR. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMENEZ, RESIDENTE DE 1ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR, CON SEDE EN LA UMF N° 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
Colaboradores:	DR JOSE RAMIRO CORTES PON

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	**DRA. MARTHA IRASEMA APARICIO JIMENEZ** Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013