



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.32
DELEGACION VERACRUZ SUR
MINATITLAN, VERACRUZ**

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR

**TRABAJO QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DR BLAS DAVID SANTANA PEREZ**

MINATITLAN, VER

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

***CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN
LA UMF No. 55 DEL IMSS EN TEXISTEPEC, VER***

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR BLAS DAVID SANTANA PEREZ

AUTORIZACIONES

DR JAVIER MANUEL PINEDA

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales en Minatitlán Ver.**

**ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ**

**Medico Epidemiólogo, Investigador Asociado “A” por el
Instituto Mexicano del Seguro Social
Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar
No. 35 Cosamaloapan, Ver.**

DR JAVIER MANUEL PINEDA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

**DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS
Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica**

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
EN LA UMF No. 55 DEL IMSS EN TEXISTEPEC, VER**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR BLAS DAVID SANTANA PEREZ

AUTORIZACIONES

DR JAVIER MANUEL PINEDA

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales en Minatitlán Ver.**

**ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ**

**Medico Epidemiólogo, Investigador Asociado "A" por el
Instituto Mexicano del Seguro Social
Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar
No. 35 Cosamaloapan, Ver.**

DR JAVIER MANUEL PINEDA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

**DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS
Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica**

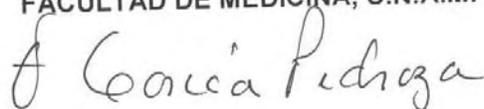
CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN LA
UMF 55 DEL IMSS EN TEXISTEPEC, VER.

PRESENTA

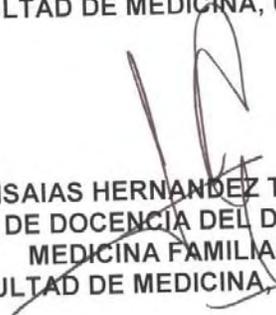
BLAS DAVID SANTANA PEREZ

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

MINATITLAN, VER.

2008

INDICE GENERAL

Marco teórico	1
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivos	9
Metodología	10
Resultados	15
Discusión	23
Conclusiones	26
Referencias bibliográficas	27
Anexos	31

MARCO TEÓRICO

El concepto denominado *Calidad de Vida* implica la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, el concepto nos lleva a inferir que incluye al estado de salud (física), el estilo de vida, la satisfacción con la vida, el estado mental y el bienestar. Existe un conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual; estos dominios serían en síntesis: estado de salud física y mental, estilo de vida, y grado de satisfacción con la vida. Por consiguiente la *Calidad de Vida* está relacionada con condiciones y estilos de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales y económicos, y satisfacción personal; sin embargo no existe aún una teoría o definición concreta de *Calidad de Vida*, aunque esta remite a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos.¹

Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo.² Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida.^{3,4}

El Short Form-36 Health Survey [SF-36], se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes; fue desarrollado en 1992 por Ware y cols, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)⁵. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.⁶

La escala de medición de Calidad de Vida del (SF 36); es la siguiente: 0 a 60 puntos= mala, 61 a 80 puntos: regular, 81 a100= bueno, 100 y más excelente.

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.⁷ En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás⁸. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁹

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos como el FACES III, diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen Coria.¹⁰ El FACES III, es una prueba que consta de 20 ítems. Cada ítems tiene 5 opciones de respuesta. Los datos que se logran con esta prueba son: Tipo de Cohesión: La

dimensión de cohesión es considerada unificante, y tiene 2 componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. La cohesión determina 4 niveles: No relacionada o desligada; Semirrelacionada o separada; Relacionada o conectada; Aglutinada o amalgamada; Tipo de Adaptabilidad: la dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiarse estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina 4 tipos: Rígida, Estructurada, Flexible, Caótica; Nivel de funcionamiento familiar: la correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales: Balanceada o funcional: Moderadamente disfuncional, Disfuncional.¹¹

Existen teorías que explican el funcionamiento familiar.

Teoría estructural del funcionamiento familiar:

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" según Minuchin,¹² estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros. Este sistema debe además tener límites, los que están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa (Familias Aglutinadas). Estas familias presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación. En el otro extremo se encuentran

aquellas familias en las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés (Familias Desligadas). Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal. El concepto de tríada rígida se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin, se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida. a) Triangulación; b) Coalición. c) La desviación de conflictos.^{13,14}

El FACES III, es una prueba que consta de 20 ítems. Cada ítems tiene 5 opciones de respuesta. Los datos que se logran con esta prueba son:

Tipo de cohesión: La cohesión determina 4 niveles:

- No relacionada o desligada: de 10 a 34 puntos;
- Semirrelacionada o separada de 35 a 40 puntos
- Relacionada o conectada de 41 a 45 puntos
- Aglutinada o amalgamada de 46 a 50 puntos.

Tipo de adaptabilidad

- Rígida: 10 a 19 puntos
- Estructurada 20 a 24 puntos
- Flexible: 25 a 28 puntos,
- Caótica 29 a 50 puntos.

Nivel de funcionamiento familiar

1. Balanceada o funcional,
2. Moderadamente disfuncional.

3. Disfuncional.

El incremento del número de adultos mayores en la población general, es consecuencia de la disminución de su morbilidad, mortalidad y la tasa de natalidad, debido a avances médicos, tecnológicos y socioeconómicos¹⁵. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad^{16,17}. En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas¹⁸. En la actualidad la población de personas mayores de sesenta años en las regiones en desarrollo, es del 7% y para el 2025 se estima que será del 12%. En México se estima esta población en 7.3%.

Según ciertos estudios; Alfaro-Carothers en la autopercepción de calidad de vida con diabetes mellitus, refiere que más de la mitad de los sujetos (60%) autoperceben buena calidad de vida y sin diferencia estadísticamente significativa por género, grupos de edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual, y jubilación o pensión¹⁶. López Carmona y cols. adaptaron y validaron el cuestionario de diabetes para valorar calidad de vida, relacionado con complicaciones tardías, tiempo de evolución y descontrol metabólico que lo afectan.¹⁹

Según Méndez López identificaron funcionalidad familiar en un 64 %, a fin de determinar si la familia es una influencia en el grado de control de la diabetes mellitus tipo 2.⁹

Otros autores han relacionado diversas patologías con la calidad de vida de los mismos mediante la utilización del Short Form 36, el cual ha demostrado un grado confiable para valorar calidad de vida y es adaptable en diversas patologías.^{19,20,21,22} Por otro lado diversos autores relacionan la disfunción familiar sobre todo en pacientes geriátricos con patologías crónico-degenerativas, sin

embargo no existen estudios que relacionen la calidad de vida y disfunción familiar por lo que es necesario la realización de otros estudios similares en mayor población a fin de relacionar dichas variables.

La valoración de calidad de vida debe formar parte del protocolo de estudio integral del paciente geriátrico, que incluya estudio demográfico, cognitivo, funcional y clínico.

JUSTIFICACION

El objetivo principal de los cuidados paliativos al final de la vida es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, con una atención centrada en la persona global, en su aspecto físico, mental y espiritual, considerando el entorno familiar y sociocultural correspondiente, de modo que su buena atención requiere un enfoque multidimensional.

El paciente adulto mayor percibe que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, satisface su calidad de vida. Un Adulto Mayor se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.

Sabemos que los Adultos Mayores mejoran su salud cuando tienen una mejor calidad de vida y su funcionamiento familiar es adecuado.

En la práctica diaria nos enfrentamos que cerca del 60% de la consulta que se otorga son Adultos Mayores, no se han realizado trabajos de investigación de calidad de vida y funcionalidad familiar en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención médica.

El presente trabajo investigó a partir de la información disponible, sobre la situación de la calidad de vida del adulto mayor en el sur de Veracruz .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos, opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud.

El incremento del número de adultos mayores en la población general, es consecuencia de la disminución de su morbilidad, mortalidad y la tasa de natalidad, debido a avances médicos, tecnológicos y socioeconómicos

En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que alteran su funcionalidad. Esta situación representa un problema de salud pública emergente en las comunidades con adultos mayores, quienes son marginados por sus familiares, situación que tiende a generalizarse en los próximos años con el envejecimiento poblacional.

Esto, aunado a los problemas de la capacidad física propios de los Adultos Mayores, requiere de mayor atención de la familia, situación que merece ser estudiada por el médico de familia.

Por lo anterior expuesto, es necesario plantearnos, la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor, y el grado de funcionalidad familiar del adulto mayor en la UMF 55 de Texistepec, Veracruz?

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio: Pacientes adultos mayores de 60 años de edad adscritos a la UMF No. 55 de Texistepec, Ver.

Periodo de estudio: Diciembre 2006 a 30 Junio 2007

Tamaño de la muestra:

Se estudiara a todo el universo, del consultorio único de la unidad, y en base al SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) del archivo clínico, la población de adultos mayores es de 94.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

Hombres y Mujeres mayores de 60 años de edad.

Adscritos a la UMF No. 55 de Texistepec, Ver.

Pacientes que acepten participar.

Criterios de exclusión.

Pacientes con dificultad para la comunicación (confusión, hipoacusia severa no corregida.

Pacientes sin vigencia al momento del estudio.

Analfabetas

Criterios de Eliminación

Encuestas mal requisitadas.

VARIABLE DEPENDIENTE

CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual.

Implica la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, el concepto nos lleva a inferir que incluye al estado de salud (física), el estilo de vida, la satisfacción con la vida, el estado mental y el bienestar.

Definición Operacional.:

Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, el concepto nos lleva a inferir que incluye al estado de salud (física), el estilo de vida, la satisfacción con la vida, el estado mental y el bienestar de los participantes encuestados.

Variable cualitativa ordinal.

Escala de medición

Se calificó en Mala = 0 a 60 puntos, Regular = 61 a 80 puntos Bueno = 81 a 100 Excelente = 100 y más.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Definición conceptual y operacional.

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar

Tipo variable:

Cualitativa ordinal.

Escala de medición.

FUNCIONALIDAD

1. Severa disfuncional
2. Moderada disfuncional
3. Funcional.

ADAPTABILIDAD

1. Rígida
2. Estructurada
3. Flexible
4. Caótica

COHESION

1. No relacionada
2. Semirrelacionada
3. Relacionada
4. Aglutinada

VARIABLE INDEPENDIENTE

ADULTO MAYOR.

Definición conceptual y operacional.

En México los Adultos Mayores son considerados como aquellas personas de 60 años o más, caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento.

Tipo variable: Cualitativa ordinal.

Escala de medición

En años.; 60 a 65 años, 66- 70,71-75, 76-80, 81 y más.

PROCEDIMIENTO

Se identificaron a los adultos mayores de la UMF. No. 55 en base a los datos estadísticos de la unidad, se tomó a todo el universo de Adultos Mayores según el SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) que consta de 94 pacientes, los cuales se entrevistaron durante el periodo de diciembre del 2006 a junio del 2007.

A cada paciente se le aplicó tres cuestionarios, previo consentimiento informado (Anexo 1); una encuesta; que consta de 9 apartados de las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipología familiar, ocupación, nivel socioeconómico, enfermedades crónicas, percepción económica); Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida (Anexo 2) y FACES III para Funcionalidad Familiar (Anexo 3 adaptado por Gómez Clavelina e Irigoyen).

Los cuestionarios fueron resueltos en su totalidad por los pacientes, por lo cual no se eliminó ninguna de las encuestas de los participantes en este estudio.

Todos los datos obtenidos se capturaron en una base de datos expofesa del programa de EXCEL, se utilizaron medidas de tendencia central y se analizó toda la información en el paquete estadístico SPSS V 15.0

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación esta clasificada como de riesgo mínimo, ya que únicamente se limita a la realización de entrevistas a los adultos mayores que no repercuten en su estado de salud.

Se sujeta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos. Estableciendo el permiso de manera verbal mediante consentimiento informado del sujeto, para poder ser encuestado, citado a la unidad o visitado a su domicilio.

Esta investigación también esta supeditada a las normas del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación científica.

Asimismo el protocolo estuvo sujeto a las normas planteadas para la investigación en humanos descrita en la Ley General de Salud en la República Mexicana y por los criterios de Helsinki.

RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 94 pacientes, de los cuales 45 (47,9 %) correspondieron al sexo masculino y 49 (52,1%) femenino. La edad media del grupo entrevistado fue de 72,2 años (\pm 12.2).

En cuanto a la escolaridad 14,9% eran analfabetas, 34 % con primaria incompleta y 30.9 % contaba con primaria completa. 61,7% de los entrevistados se refirieron casados, 25,5 % viudos y 8.5 % vivían en unión libre. Por el tipo de familia 41,5 % pertenecía a una familia extensa compuesta, 34,9% a una familia extensa y 19,1% a una familia nuclear. El nivel socioeconómico dominante fue el obrero en un 43,6 %, 30,9% marginal y 24,5% tenía un nivel medio bajo.

De los varones 55.6% eran jubilados, 26,7 % campesinos y 15.6 % desempleados; en contraparte las mujeres 75,5 % se dedicaban al hogar y 20,4 % eran jubiladas. Cuadro I

De los encuestados 73,4 % eran miembros de familias estructuradas y flexibles de acuerdo a la adaptabilidad, y 78,7% refirieron familias semirrelacionadas o relacionadas por la cohesión familiar encontrada. (Cuadro II) Predominó el tipo de familia estructurada relacionada en 18.1%, 14,9% pertenecían a familias flexibles relacionadas y 12,8 % a familias estructuradas semirrelacionadas. (Fig. 1)

De las familias 55.3 % eran funcionales, 41, % eran moderadamente funcionales y 3.2% severamente disfuncionales. (Fig 2)

En cuanto a la calidad de vida se reportó una buena calidad de vida en 60.6 % de la población estudiada, y en 37,2 % una calidad de vida regular. (Fig 3)

Se encontró que las familias funcionales o moderadamente funcionales, tenían una calidad de vida regular en un 36,1 % y 59,5% refirieron una calidad de vida buena. (Cuadro III).

Cuadro I. Características sociodemográficas de los participantes.

Concepto	Hombres n=45	%	Mujeres n=49	%	Total n=94	%
Edad (en años)						
60 a 65 a	9	20.0	17	34.7	26	27.7
66 a 70 a	7	15.6	16	32.7	23	24.5
71 a 75 a	13	28.9	8	16.3	21	22.3
76 a 80 a	15	33.3	7	14.3	22	23.4
81 a	1	2.2	1	2.0	2	2.1
Escolaridad						
Analfabeta	2	4.4	12	24.5	14	14.9
Primaria incompleta	8	17.8	24	49.0	32	34.0
Primaria completa	19	42.2	10	20.4	29	30.9
Secundaria incompleta	11	24.4	2	4.1	13	13.8
Secundaria completa	4	8.9	0	0.0	4	4.3
Carrera técnica	1	2.2	1	2.0	2	2.1
Estado Civil						
Soltero	1	2.2	1	2.0	2	2.1
Unión Libre	2	4.4	6	12.2	8	8.5
Casado	35	77.8	23	46.9	58	61.7
Divorciado	1	2.2	1	2.0	2	2.1
Viudo	6	13.3	18	36.7	24	25.5
Tipo de Familia						
Nuclear	11	24.4	7	14.3	18	19.1
Extensa	17	37.8	20	40.8	37	39.4
Extensa compuesta	17	37.8	22	44.9	39	41.5
Nivel Socioeconómico						
Medio alto	1	2.2	0	0.0	1	1.1
Medio bajo	12	26.7	11	22.4	23	24.5
Obrero	22	48.9	19	38.8	41	43.6
Marginal	10	22.2	19	38.8	29	30.9
Ocupación						
Obrero	1	2.2	1	2.0	2	2.1
Campesino	12	26.7	0	0.0	12	12.8
Jubilado	25	55.6	10	20.4	35	37.2
Desempleado	7	15.6	1	2.0	8	8.5
Labores del hogar		0.0	37	75.5	37	39.4
Convivencia Familiar						
Si	42	93.3	42	85.7	84	89.4
No	3	6.7	7	14.3	10	10.6
Complicaciones Patológicas agregadas						
DM 2	10	22.2	13	26.5	23	24.5
HAS	4	8.9	16	32.7	20	21.3
Problemas oftalmológicos	5	11.1	0	0.0	5	5.3
Sano	16	35.6	10	20.4	26	27.7
DM 2/ Amputación	1	2.2	0	0.0	1	1.1
DM 2/HAS	9	20	7	14.3	15	16.0
DM 2/ IRC	0	0.0	3	6.1	3	3.2
Percepción de ingresos						
Sí	43	95.6	43	87.8	86	91.5
No	2	4.4	6	12.2	8	8.5

DM 2= Diabetes mellitus tipo 2 HAS = Hipertensión arterial sistémica. IRC = Insuficiencia renal crónica
Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

Cuadro II.

	n=(familias)	Porcentaje
Adaptabilidad		
Rígida	16	17.0
Estructurada	38	40.4
Flexible	31	33.0
Caótica	9	9.6
Cohesión		
No Relacionada	11	11.7
Semirrelacionada	36	38.3
Relacionada	38	40.4
Aglutinada	9	9.6

Cuadro II. Frecuencia de las familias observadas por adaptabilidad y por cohesión obtenido FACES III.

Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

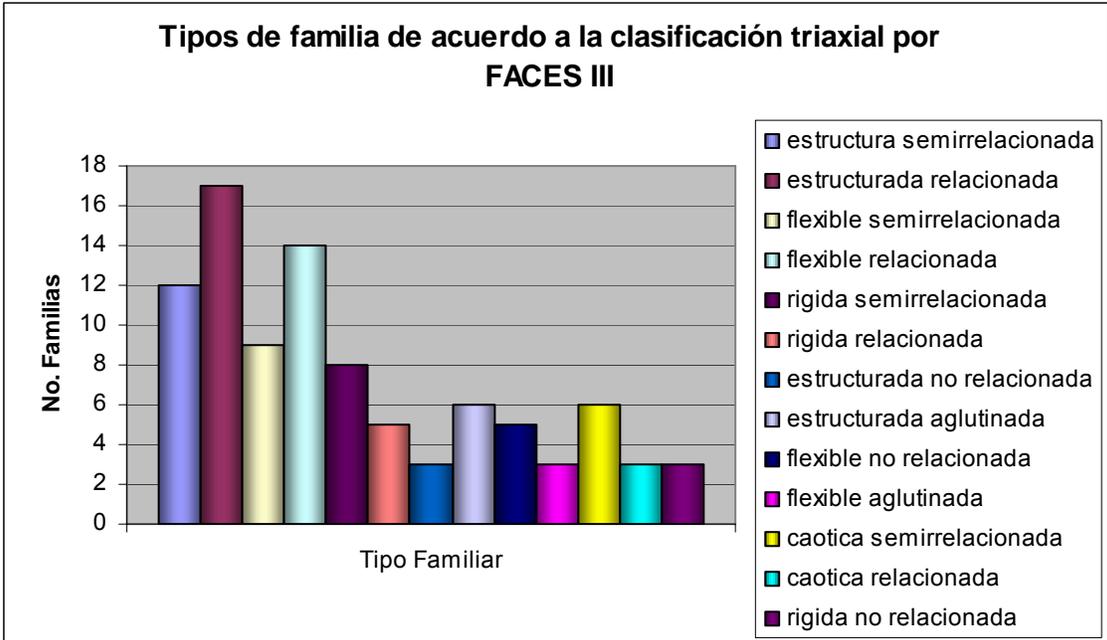


Figura 1. Tipo familiar determinada por la adaptabilidad y la cohesión obtenido por FACES III.

Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

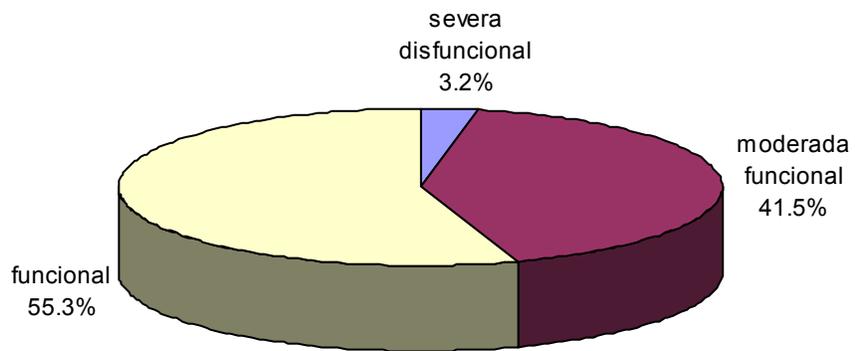


Fig. 2. Funcionalidad familiar en los pacientes que acuden a la Consulta Externa de Medicina Familiar de la UMF 55.

Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

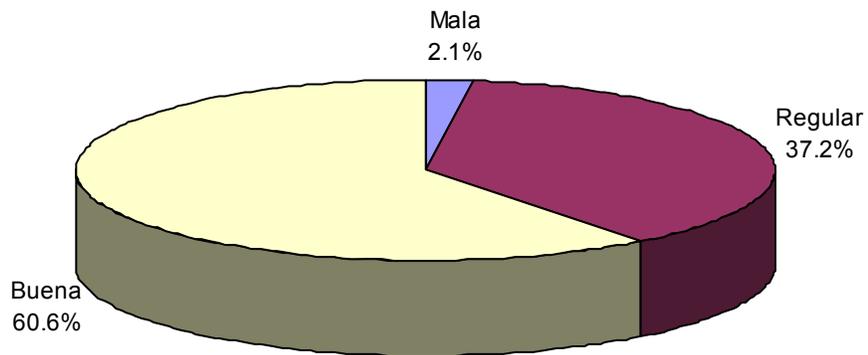


Fig. 2. Calidad de vida en los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 55.

Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

Cuadro III.

		Calidad de Vida							
Funcionalidad Familiar	Mala	%	Regular	%	Buena	%	Excelente	%	
Severa Disfuncional	0	N/A	2	5.6	1	1.8	0	N/A	
Moderada Funcional	1	100.0	16	44.4	22	38.6	0	N/A	
Funcional	0	N/A	18	50	34	59.6	0	N/A	
Total	1		36		57		0		
				$X^2 = 41.1$					$p = 0.000$

N/A= No aplica

Cuadro III. Relación de la funcionalidad familiar y la calidad de vida observados en los pacientes entrevistados.

Fuente: Estudio Calidad de Vida y Disfunción Familiar en pacientes de la UMF 55 de Texistepec, Ver.

DISCUSIÓN

La transición demográfica mostrada en las últimas décadas en nuestro país, con una mayor expectativa de vida, con una población geriátrica creciente y demandante de servicios, requiere también de una calidad de vida aceptable para los mismos, así como mantener sus roles dentro de la sociedad actual.¹⁷

En el presente estudio se entrevistaron a los adultos mayores adscritos a la UMF 55, en su totalidad, con un predominio del sexo femenino, y con una edad media de 72 años, los cuales pertenecían a familias extensas compuestas, con ingreso económico derivado de actividades como obreros y agrícolas, donde por sus características socioculturales aun predomina la figura del patriarca.

La calidad de vida, desde la propia construcción del concepto¹, representa un gran reto en los servicios de salud, al no existir los instrumentos necesarios para su medición.

En nuestro estudio encontramos una calidad de vida referida como buena en un 60% de la población estudiada, similares a estudios donde se ha utilizado el cuestionario SF-36. Alfaro y cols refieren un 60% de percepción de una buena calidad de vida, en pacientes diabéticos¹⁶. López y cols adaptaron y validaron el cuestionario diabetes 39 para valorar calidad de vida, relacionado que las complicaciones tardías, tiempo de evolución y el descontrol metabólico lo afectan¹⁹. Wisniewski y cols, reportan una pobre calidad de vida en pacientes con trastornos depresivos mayores²⁰, otros autores han relacionado con otras patologías diversas, pacientes pediátricos fracturados, con trastornos de ansiedad, pacientes rehabilitados, los cuales se relacionan con mala calidad de vida con la presencia de dichos padecimientos.^{21,22,23}

Al aplicar la encuesta FACES III se pudieron identificar que la mayoría pertenecía a familias estructuradas o flexibles y relacionadas o semirrelacionadas

catalogando las mismas como funcionales en 55,3 % y solo 3,2 severamente disfuncionales.

Gómez e Irigoyen adaptaron el FACES III para ser aplicado en la población mexicana¹⁰, utilizado en este estudio. Méndez y colaboradores reportaron un mayor descontrol metabólico en el paciente diabético con familias disfuncionales, probablemente asociado a falta de red de apoyo familiar. En un estudio de comunidad, Mendoza y cols, reportaron una mayor prevalencia de familias nucleares, integradas y funcionales, en una población demandante de una unidad de medicina familiar⁹, similar al encontrado en nuestro estudio. Otros autores han utilizado el cuestionario FACES III con similitud en sus resultados al encontrado en el presente estudio.^{24,25,26}

Se determinó que las familias funcionales referían una calidad de vida buena o regular. Sin embargo no existen estudios similares reportados en los cuales se hayan comparado la funcionalidad familiar y la calidad de vida, por lo cual no podemos contrastar nuestros resultados, ni extrapolarlos a otra población con características sociodemográficas y culturales diferentes a la estudiada. Aun no existen estudios necesarios que relacionen la disfunción familiar con la calidad de vida, por lo que es necesario aplicarlo en otras unidades de medicina familiar, ya que la percepción de calidad de vida, puede ser afectada por diversos factores, sobre todo ubicación geográfica, ya que al existir en un medio urbano con un mayor número de satisfactores contrasta con el medio rural, así como la formación profesional, ya que el presente estudio más del 78% solo contaba con primaria o menos, la situación laboral anterior que le proporciona una pensión o jubilación, afecta directamente la percepción de la calidad de vida, lo que concuerda con otros autores que han estudiado a la población geriátrica. Por su situación geográfica algunos lugares de México, todavía conservan tradiciones en las cuales los padres conservan un estatus dentro de la sociedad, como la población estudiada.

Es necesario el desarrollo de instrumentos que puedan ser aplicables en nuestra población, y nos permita conocer eficazmente la situación de la población geriátrica e influir en la atención médica y social que como institución día a día le proporcionamos, contando con un equipo de salud integrado y capacitado, que permita una atención integral; con una red de apoyo para esta población, que ocupa un gran porcentaje de nuestra atención diaria.

CONCLUSIONES

La Calidad de vida en los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 55. en Texistepec Ver, se encontró como buena en un 60.3%.

El perfil de las variables sociodemográficas de los participantes: fue una mujer de 60 a 65 años de edad, con nivel de escolaridad primaria incompleta, casada, con tipología familiar; extensa compuesta, familia obreras, con convivencia familiar, dedicadas a las labores del hogar.

Se relaciona buena calidad de vida con funcionalidad familiar, estadísticamente fue significativa, aunque en nuestros participantes observamos también buena calidad de vida con familias severas disfuncionales. debido a que no hay apoyo de red familiar, en la toma de decisiones, sin embargo , aún pueden valerse por sí mismos, son autosuficientes en las actividades de arreglo personal, por lo que la calidad de vida es buena pero con familias moderadamente o severas disfuncionales.

Se reportaron familias funcionales en un 55.3 en el total de los entrevistados.

Es necesario investigar la situación actual en otras unidades en relación a estas variables en nuestra población geriátrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Salazar-Estrada JG, Pardo-Moreno M, Aranda-Beltran C, Heredia-Loza. Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Investigación en Salud*. 2005;VII (3), 161-5.
- 2.- Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998;316(7130):542-545.
3. Testa MA, Simonson DC. Current concepts: assessment of quality-of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):835-840.
4. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998;21 suppl 3:C44-C52.
- 5.- López-Varela MV. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con EPOC. *Neumología y Cirugía Torax*. 2006; 65(S1): S11-S16.
6. Gemma Vilaguta / Montse Ferrera / Luis Rajmilb / Pablo Rebolloc / Gaietà Permanyer-Miraldad. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50
7. Primera Reunion de Consenso Academico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. II. Conceptos Básicos Para el Estudio de las Familias. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005. 7 (S1): S15- S19
- 8.- Santacruz-Varela J. La familia como unidad de analisis. *Rev Med IMSS*. 1981; 19(2):155-63

9. Mendez-Lopez DM, Gomez-Lopez VM, Garcia-Ruiz ME, Perez Lopez JH, Navarrete-Escobar A. Disfuncion familiar y control del paciente diabetico tipo 2. Rev Med IMSS. 2004; 42 (4) 281
10. .- Ponce-Rosas ER, Gomez-Clavelina FJ, Teran-Trillo M, Irigoyen-Coría AE, Landgrave-Ibañez. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002; 30 (10): 624-30.
11. Ferreira-R, Alairdes - M. Sistema de Interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Tesis Digitales UNMSM .2003
12. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Editorial Crónica, 1977.
13. Minuchin & Fischman, 1984; Haley, 1967.
14. Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. Revista de Psicoterapia, 2, 41-72.
15. Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). Pragmatics of human communication. New York: Norton.
16. Alfaro-Alfaro N, Carothers-Enriquez MR, Gonzalez Torres YS. Autopercepcion de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en salud. 2005; VIII (3): 152-7.
17. Fajardo-Ortiz G. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud, 1995:13-26.

18.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. 2a. edición. México, D.F.: INEGI, 1993.

19 Lopez-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptacion y validación del instrumento calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica de Mexico. 2006; 48 (3): 100- 11.

20.- Wisniewski SR, Ruhs J, Bryan C, Shelton R, Trivedi M, Marcus S. et al. Comparison of Quality of Life measures in a depressed population. J Nerv Ment Dis 2007; 195: 219-25.

21.-Cramer V, Polit C, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. J Nerv Ment Dis 2006; 193: 196-202

21.- Dings R, McCarthy M, Houseknecht E, Ziegfeld S, Misra-Knigth V, Korehbandi P et al. The Health-related quality of life children with an extremity fracture. J Pediatr Orthop. 2006; 26 (2): 157-63.

22.- Marco E, Duarte E, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R et al. Cuestionario de salud Short Forma 36 en pacientes hemiplejicos a los 2 años postictus. Neurologia 2006; 21 (7): 348-56.

23.- Mendoza-Solis LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vazquez L. Gil-Alfaro I, Mendoza-Sanchez HF, Perez-Hernandez C. Analisis de la dinamica familiar y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina Familiar. 2006; 8 (1): 27-32.

24.- Huerta-Vargas D. Bautista-Samperio I, Irigoyen-Coria A, Arrieta-Perez R. Estrutura Familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 (3): 87-92

25.- Azacarate Garcia E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Perez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatorio. Archivos de Medicina Familiar. 2006; 8 (12): 92-102

26.- Ramírez-Lumbreras CE, Mendez-Espinoza E, Barro-Garza F. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil.
<http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/Funcionalidadfamiliar.pdf>

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ANEXO 1)

Yo. _____ acepto voluntariamente participar en la investigación llamada “**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 55 DEL IMSS EN TEXISTEPEC, VER**” mismo que se realizara con el objeto de conocer la calidad de vida y la funcionalidad familiar. Estoy enterada (o) de que en cualquier momento puedo abstenerme de participar en esta investigación, se me ha garantizado de que la información que proporcione es confidencial y solo será utilizada para este trabajo de investigación y que además de no aceptar, no repercutirá en mi atención médica.

Texistepec, Ver a _____ 2006

Nombre completo, firma o huella del encuestado (a).

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
(ANEXO 2)**

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.-En general usted diría que su salud es:

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

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DIA NORMAL.

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

- 1 ﺋﻒ Si, me limita mucho
- 2 ﺋﻒ Sí, me limita un poco
- 3 ﺋﻒ No, no me limita nada

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

- 1 ﺋﻒ Si, me limita mucho
- 2 ﺋﻒ Sí, me limita un poco
- 3 ﺋﻒ No, no me limita nada

5.-Su salud actual, ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

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

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

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

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

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

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

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

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 ﺓﻱ, me limita mucho
- 2 ﺓﻱ, me limita un poco
- 3 ﻧﻮ, no me limita nada

12.-Su salud actual ¿le limita para **bañarse o vestirse por si mismo**?

- 1 ﺛ ﺱﻯ, ﻣﻪ ﻟﯩﻤﯩﺘﺎ ﻣﯘﺣﻮ
- 2 ﺛ ﺱﻯ, ﻣﻪ ﻟﯩﻤﯩﺘﺎ ﯘﻧ ﭘﻮﻗﻮ
- 3 ﺛ ﻧﻮ, ﻧﻮ ﻣﻪ ﻟﯩﻤﯩﺘﺎ ﻧﺎﺩﺍ

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

- 1 ﺛ ﺱﻯ
- 2 ﺛ ﻧﻮ

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

1 ﺋ ﺱﻯ

2 ﺋ ﻧﻮ

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

1 ﺋ ﻧﺎﺩﺍ

2 ﺋ ﻭﻥ ﭘﻮﻛﻮ

3 ﺋ ﺭﻩﮔﯘﻻﺭ

4 ﺋ ﺑﺎﺳﺘﺎﻧﺘﻪ

5 ﺋ ﻣﯘﭼﻮ

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

1 ﺋ ﻧﻮ، ﻧﯩﻨﮕﯘﻧﻮ

2 ﺋ ﺱﻯ، ﻣﯘﻱ ﭘﻮﻛﻮ

3 ﺋ ﺱﻯ، ﻭﻥ ﭘﻮﻛﻮ

4 ﺋ ﺱﻯ، ﻣﻮﺩﻩﺭﺍﺩﻭ

5 ﺋ ﺱﻯ، ﻣﯘﭼﻮ

6 ﺋ ﺱﻯ، ﻣﯘﭼﯩﺴﯩﻤﻮ

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

1 ﺋ ﻧﺎﺩﺍ

2 ﺋ ﻭﻥ ﭘﻮﻛﻮ

3 ﺋ ﺭﻩﮔﯘﻻﺭ

4 ﺋ ﺑﺎﺳﺘﺎﻧﺘﻪ

5 ﺋ ﻣﯘﭼﻮ

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

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

1 ﺋ ﺱﯩﻤﭙﺮﻩ

2 ﺋ ﻛﺎﺳﯩ ﺱﯩﻤﭙﺮﻩ

3 ﺋ ﻣﯘﭼﺎﺱ ﻭﻋﻌﻪﺱ

4 ﺋ ﺁﻟﮕﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻌﻪﺱ

5 ﺋ ﺱﻮﻟﻮ ﺁﻟﮕﯘﻧﺎ ﻭﻋﻌﻪ

6 ﺋ ﻧﯘﻧﻜﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 2 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻗﺎﺳﻲ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 3 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻣﯘﺣﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 4 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 5 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻮﻟﻮ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎ ﻭﻋﻀﺎ
- 6 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻧﯘﻧﻘﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 2 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻗﺎﺳﻲ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 3 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻣﯘﺣﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 4 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 5 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻮﻟﻮ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎ ﻭﻋﻀﺎ
- 6 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻧﯘﻧﻘﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 2 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻗﺎﺳﻲ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 3 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻣﯘﺣﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 4 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 5 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻮﻟﻮ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎ ﻭﻋﻀﺎ
- 6 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻧﯘﻧﻘﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 2 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻗﺎﺳﻲ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 3 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻣﯘﺣﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 4 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 5 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻮﻟﻮ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎ ﻭﻋﻀﺎ
- 6 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻧﯘﻧﻘﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 2 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻗﺎﺳﻲ ﺳﻴﻤﭙﺮﻩ
- 3 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻣﯘﺣﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 4 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎﺱ ﻭﻋﻀﺎ
- 5 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﺳﻮﻟﻮ ﺁﻟﻐﯘﻧﺎ ﻭﻋﻀﺎ
- 6 ﺋ ﺩﻭﻣﺮﺓ ﻧﯘﻧﻘﺎ

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

- 1 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ
- 2 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﻨﺎﺩﯨﻤﯩﺰ
- 3 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 4 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 5 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 6 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ

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

- 1 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ
- 2 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﻨﺎﺩﯨﻤﯩﺰ
- 3 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 4 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 5 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 6 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ

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

- 1 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ
- 2 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﻨﺎﺩﯨﻤﯩﺰ
- 3 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 4 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 5 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 6 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ

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

- 1 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ
- 2 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﻨﺎﺩﯨﻤﯩﺰ
- 3 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 4 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 5 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 6 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

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

- 1 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 2 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 3 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ
- 4 ﺋ ﺩﯨﻤﺮﯦﻪ ﺑﯩﺮ ﻧﯩﻤﯩﺴﻪ

5 ٲ Totalmente falsa

34.-Estoy sano como cualquiera.

1 ٲ Totalmente cierta

2 ٲ Bastante cierta

3 ٲ No lo sé

4 ٲ Bastante falsa

5 ٲ Totalmente falsa

35.-Creo que mi salud va a empeorar.

1 ٲ Totalmente cierta

2 ٲ Bastante cierta

3 ٲ No lo sé

4 ٲ Bastante falsa

5 ٲ Totalmente falsa

36.-Mi salud es excelente.

1 ٲ Totalmente cierta

2 ٲ Bastante cierta

3 ٲ No lo sé

4 ٲ Bastante falsa

5 ٲ Totalmente falsa

ANEXO 3

FACES III (D.H. Olson, J. Portier e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
------------	-----------------	-----------------------	-------------------	--------------

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11. Nos sentimos muy unidos	
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	
14. En nuestra familia las reglas cambian	
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	
19. La unión familiar es muy importante	
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar	