



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**ADAPTABILIDAD-COHESIÓN EN FAMILIAS CON INTEGRANTE
ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA, EN LA
UMF N ° 21 DEL IMSS CAMARGO, CHIHUAHUA.**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Yaneli Guadalupe Castañeda Rodríguez

ASESOR:

Dra. Nidia Chávez Ochoa

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Nayeli Limón García



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **06/07/2016**

DRA. YANELI GUADALUPE CASTAÑEDA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ADAPTABILIDAD-COHESIÓN EN FAMILIAS CON INTEGRANTE ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON CALIDAD DE VIDA, EN LA UMF N ° 21 DEL IMSS CAMARGO, CHIHUAHUA.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-802-34

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRÉS JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Modificación Autorizada

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **19/04/2018**

DRA. YANELI GUADALUPE CASTAÑEDA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **ADAPTABILIDAD-COHESIÓN EN FAMILIAS CON INTEGRANTE ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON CALIDAD DE VIDA, EN LA UMF N ° 21 DEL IMSS CAMARGO, CHIHUAHUA.** y con número de registro institucional: **R-2016-802-34** y que consiste en:

Cambio de título

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.802

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y su relación con calidad de vida, en la UMF N° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua.

Dr. Humberto Campos Favela

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Ana Marlend Rivas Gómez

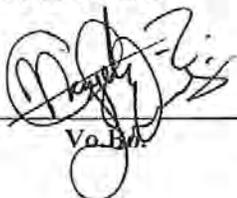
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 33



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS



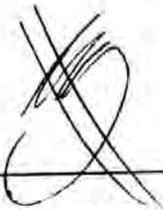
Vo.Bo.

Adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y su relación con
calidad de vida, en la UMF N° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua.

ASESORES

Dra. Nidia Chávez Ochoa

Médico Familiar de base UMF 21



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS

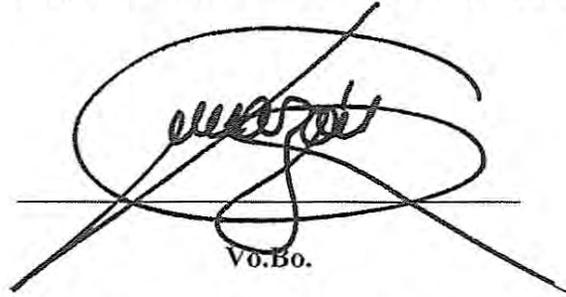


Vo.Bo.

Adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y su relación con calidad de vida, en la UMF N° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua.

Dr. Juan José Mazón Ramírez

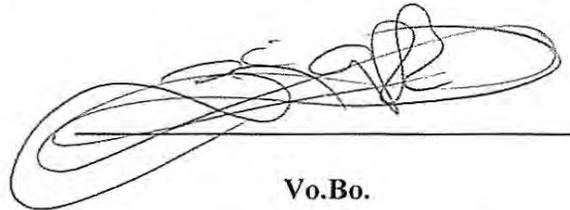
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortiz

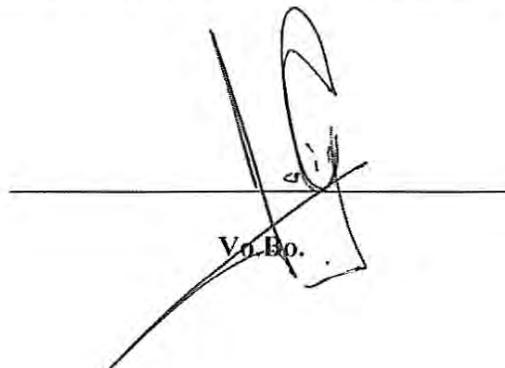
Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Isaiás Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

DEDICATORIA

Me gustaría expresar mi humilde agradecimiento a mis pacientes quienes formaron parte de este trabajo y con ello aplicar mis conocimientos y ampliar horizontes, dedicada también a los hospitales (HGZ 1, HGO 15 Y UMF 33) quienes me brindaron su espacio como libro abierto, a los doctores quienes se dieron tiempo para compartir su sabiduría y a lo más importante a mi familia por las largas horas de espera.

Agradezco infinitamente a DIOS por permitirme realizar este proyecto de vida, que a pesar de las bendiciones que me regalo en este tiempo puso a prueba mi resistencia física y mental.

A MI ESPOSO que con su comprensión y amor me ayudo tanto, a pesar de las largas horas que nos tuvimos que distanciar.

A MIS HIJAS hermosas porque a pesar de su corta edad lograron comprender de manera sorprendente lo que mama hacía y me esperaban cada día con una sonrisa y los brazos abiertos, además con su ternura y amor aliviaban mi cansancio y me daban fuerzas para continuar en esta aventura.

A MIS PADRES que con su apoyo incondicional estuvieron siempre tendiéndome la mano sin esperar nada a cambio, que hubiera hecho si ustedes pues me lo han dado todo.

A MIS ASESORES de tesis Dra. Nayeli y Dra. Nidia gracias por su asesoría.

A MIS COMPAÑEROS con los cuales formamos una gran familia extensa no consanguínea nada tradicional, profesionista con estrato económico medio bajo más bajo que medio, en fase de consolidación y apertura, en donde se formaron triangulaciones y coaliciones, muy frecuentemente provocando mil crisis paranormativas las cuales se superaron con éxito y nos hizo mejores personas.

ÍNDICE

	Pág.
I.RESUMEN.....	10
II.-MARCO TEORICO.....	11
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
IV.- JUSTIFICACION.....	43
V- OBJETIVOS.....	44
VI. HIPOTESIS.....	45
VII- METODOLOGIA.....	45
VIII.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	46
IX- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
X.- TAMAÑO MINIMO DE LA MUESTRA.....	51
XI.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	51
XII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
XIII.- METODOLOGIA OPERACIONAL.....	53
XIV.- RESULTADOS.....	54
XV.- DISCUSIÓN.....	56
XVI.- CONCLUSIONES.....	57
XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
XVIII.- TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS.....	63

I. RESUMEN:

Adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y su calidad de vida, en la UMF N ° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua.

Autores: Yaneli Guadalupe Castañeda Rodríguez, Dras. Nidia Chávez Ochoa, Dra. Nayeli Limón García, asesores.

Introducción: En México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, se ha experimentado la transición demográfica hacia una población longeva con características particulares, lo que obliga a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, con prioridad en la prestación de servicios sociales y de salud. Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina familiar. **Objetivo:** Determinar la adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y la relación con su calidad de vida, de la UMF N ° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua.

Material y métodos: Bajo un estudio transversal, observacional, prospectivo, se incluyó un universo, constituido por pacientes mayores de 65 años de edad, que acudieron a la UMF 21 Camargo, Chihuahua, 1 noviembre del 2016 a 31 mayo 2017, se identificaron los pacientes con criterios de inclusión, luego se les realizó la encuesta FASES III para adaptabilidad y cohesión; y la SF 12 para calidad de vida y se procedió a realizar una hoja de recolección de datos. Se unificaron los resultados obtenidos. Una vez completadas las encuestas, fueron capturadas para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener frecuencias y proporciones, así como Razón de Momios de Prevalencia, XMH e IC95%. **Resultados:** Se estudiaron 300 pacientes UMF 21, Camargo, de Chihuahua 195 (65%) tenían menos de 70 años, 199 (66.3%) eran mujeres, con una relación mujer: hombre de 2:1; en adaptabilidad familias caótica 167 (55.7%), en cohesión familias aglutinada 126 (42%) con calidad de vida mala 158 (52.87%). La familia que tiene adaptabilidad flexible tiene un 20% de exceso de que el paciente tenga una mala CV. La familia que tiene cohesión Semirelacionada tiene un 3% de exceso de riesgo de tener una mala CV. Las familias que están dentro del rango medio tienen un 82% de posibilidades de que el paciente tenga una CV buena. **Conclusiones:** La relación de adaptabilidad cohesión con familia con integrantes adulto mayor en comparación con calidad de vida no arrojó significancia estadística en sus resultados, aun así trabajar con nuestras familias en donde hay un adulto mayor como integrante es crucial para fomentar su percepción de una buena calidad de vida, hay mucho por hacer principalmente el fomento en base a un envejecimiento exitoso pues no hay que olvidar que en años venideros será el adulto mayor el que engalane la campana de la población, entonces el incluirlo en la familia y La sociedad como participante activo facilitará su individualidad y autonomía.

Palabras clave: adaptabilidad-cohesión, calidad de vida, adulto mayor

II. MARCO TEÓRICO

Introducción.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que a nivel mundial se ha expandido no siendo excepción nuestro país. Según la Conapo, para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; ésta, que actualmente es de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 años, respectivamente, con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad (1).

Esto da lugar a mayor demanda de los servicios de salud, incremento de la población de dependencia funcional y económica siendo la familia como uno de los ámbitos donde más tendrá repercusión. Esto representa condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor.

Cuando se llega a edades muy avanzadas, el grupo social se va empequeñeciendo por la muerte de los amigos y personas con las que se convive; el individuo está cada vez más aislado de las redes sociales externas y vuelve a la familia, que es la organización social primordial, “primer recurso y último refugio”. Desde luego, la familia también puede ser un hogar de desdicha y sufrimiento donde se gesten conflictos, maltratos, desilusiones y desprecio. Cada familia es y funciona diferente.

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar (5).

No hay que olvidar que el envejecimiento afecta a todos los miembros de la familia sin importar la edad. Con mucha frecuencia en las familias conviven individuos de 3 o 4 generaciones por ejemplo, cuando los padres son viejos, los hijos son adultos y sus tareas fundamentales son la educación de los propios

descendientes y la consolidación del desarrollo laboral o profesional y de su patrimonio. Así, a las crisis personales abra que sumar las crisis de los otros miembros de la familia y buscar alternativas para enfréntalas (4).

Ante esta realidad, se hace necesario el uso de una valoración geriátrica integral que permita realizar intervenciones adecuadas y pertinentes. Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina familiar.

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3º versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. (10,11).

En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar. Conocer y saber cómo «funciona una familia» en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas, etc., es fundamental para otorgar una atención médica realmente integral, que incluya no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales, morales y espirituales (11).

La atención del anciano requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia

y la comunidad (23), consideramos que estas acciones tienen un impacto en la calidad de vida. Por ello el motivo de este proyecto.

LA FAMILIA

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto tinte empírico, ya que **la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman** y solo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales finalmente nos dan estilos de vida familiares con un funcionamiento específico (5).

La definición de familia no es tarea fácil, pues se extiende a todas las ciencias, contextos y enfoques en los que sea analizada, generando dificultad en establecer unívocamente su significado preciso, ya sea porque el fonema “familia” en cualquiera de sus etapas encierra conceptos muy diferentes y variados, vinculados todos ellos a definiciones personales, sociales, antropológicas, jurídicas, históricas, psicológicas, etc., o simplemente por el surgimiento de nuevas tipologías familiares cada una con composiciones y funciones diferentes entre ellas. De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido.

Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista (22).

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. La OMS señala que

familia se entiende: “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y Matrimonio” (20).

Desde la perspectiva del Médico Familiar, la Familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso Salud-Enfermedad (20,25).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para poder entender a qué nos referimos con el término "**funcionalidad familiar**" es necesario, como primera instancia, **recordar las definiciones de familia**, abordar este concepto desde varias perspectivas y autores, además de revisar y analizar los elementos que conforman la **dinámica familiar**, así como **salud familiar y estructura familiar** (5).

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y

que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada (27).

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano, al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.(27)

El trabajo pionero de Minuchin (1978) y Onnis (1985) han evidenciado en familias con un integrante enfermo hay tendencia a evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos mediante el aislamiento, el cuidado extremo y la falta de comunicación redundan en una exacerbación de los síntomas, esto es, que el síntoma se transforma en el lenguaje del paciente, un lenguaje que no solo incluye el cuerpo mismo sino que se traslada a la totalidad del ambiente familiar (27).

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace más de 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México 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 - 28 Volumen 8 enero-abril 2006 Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen (27).

Sin embargo en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia (27).

Evaluación de Funcionalidad Familiar.

Otro punto que debe considerarse en el estudio de la funcionalidad familiar es **la selección de instrumentos, los cuales deben cumplir con algunos criterios específicos que le permitan su correcta y válida aplicación:**

- Validez (relacionada con la disponibilidad en las publicaciones)
- Autoaplicación
- Brevidad del instrumento
- Evaluación de población a las que se aplicó
- Modelo teórico que lo fundamente (5).

Para la evaluación de la funcionalidad familiar existen diversos enfoques: Tipología familiar de Cantor y Lehr (1975), niveles de funcionamiento de Beavers (1977), modelo de McMaster(1978), modelo de Esferas Básicas (Westley y Epstein), Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson, Russell y Sprenkle, Universidad de Minnessotta (1979), Mc Cubbin, Larsen y Olson en 1981 desarrollaron el Modelo de Ajuste y Adaptabilidad Familiar. APGAR, Creado por Smilkstein en la Universidad de Washington en 1978. Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA) (1989, 1992, 1996). Escala de Evaluación Familiar de

North Carolina (NCFASV 20). Escala de evaluación de la funcionalidad familiar de Joaquina Palomar. Escala de interacción familiar de Iowa, Melby (1990). Family Assessment Device(FAD), Self-report Family Inventory(SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale(FES), Family Functioning Index(FFI), Family Functioning Questionnaire(FFQ), y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III). Escala de Estilo de funcionalidad familiar de Durst, Trivette y Deal (1990). Inventario Familiar de Evaluación Multidimensional, de Jacob y Windle (1999). Escala de evaluación global de funcionamiento relacional (GARF, EU). Modelo de funcionamiento familiar de Patricia Arés (1990). Modelo de evaluación psicológica de Patricia Arés (2002) Cuba. Prueba de evaluación de las relaciones interpersonales en la familia (FF – SIL, 1994. Cuba). Modelo teórico - metodológico de evaluación de la salud familiar (Isabel Louro Bernal, 2004. Cuba). Inventario de las características de familias en riesgo (ICFR, 2004. Cuba). (15).

El Modelo Circumplejo de sistemas familiares fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, proponiendo una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar, el "FACES III". Sin embargo de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos.

El FACES III, permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia dentro de un rango de 16 tipos específicos o simplemente en tres grupos más generales correspondientes a familias balanceadas, de rango medio y extremas. Además se puede establecer una comparación de la discrepancia percibida por el sujeto entre, la familia real e ideal, discrepancias que servirán para obtener datos adicionales de la familia, que

son importantes tanto teórica como clínicamente, al momento de determinar pautas de tratamiento a nivel familiar o individual.

Composición de la escala. El FACES III, consta de dos partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca.

Su primera parte se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real. Su segunda parte se encuentra constituida por los mismos 20 ítems de la primera parte que reflejarán la adaptabilidad y la cohesión familiar, pero desde una visión idealista del sujeto, es decir lo que a éste le gustaría que fuese su familia. Comparando los resultados se obtiene la diferencia de la percepción real versus la ideal y el índice de satisfacción que el sujeto tiene con el funcionamiento de su familia.

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11- 19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15);

Dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20).

Cohesión Familiar.

La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, como lo mencionan Schmidt, Barreyro, y Maglio (2010, pág. 31) en su artículo “Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III:¿ Modelo de dos o tres factores?”, “la cohesión se refiere al grado unión emocional percibido por los miembros de una familia”; estos argumentos son ampliados por

Ortiz (2008, pág. 233) mencionando que Olson para realizar el diagnóstico de éste parámetro dentro de la familia tomó en consideración lo siguiente: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación”. (13)

Estas consideraciones facilitan establecer los estilos familiares dentro del modelo circumplejo, así tenemos familias con estilo desligado, separado, unidas y enredadas.

Adaptabilidad familiar.

La adaptabilidad familiar está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar. Según Schmidt et al. (2010, pág. 31), en su artículo “Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿ Modelo de dos o tres factores?”, la adaptabilidad se trata de “la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia”. Entre las variables que se evalúan en el modelo Circumplejo de Olson al decir de Ortiz (2008, pág. 233) son: “la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación”, las cuales ayudan caracterizar a las familias en los siguientes tipos: caótico, flexible, estructurado y rígido. El cruce de variables de cohesión y adaptabilidad permite estructurar los 16 tipos de familia que plantea Olson en su modelo Circumplejo, dependiendo éstas del tipo predominante, en cada dimensión.

8. Comunicación Familiar. La comunicación familiar es considerada como un punto importante del modelo Circumplejo de Olson, al decir de Lorente, y Martínez (2003) la comunicación dentro de este modelo “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

9. Administración de la escala (FACES III). Se trata de una escala muy sencilla y de rápida aplicación, la pueden completar personas de 12 años en adelante con un

grado mínimo de escolarización, pues sus ítems están redactados de forma clara, intentando disminuir la mayor cantidad de dobles negaciones. El sujeto tiene que leer y responder cada una de las frases decidiendo para cada una de ellas, una puntuación que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Esta escala puede ser administrada a individuos, parejas y familias, que se encuentren en cualquier etapa del ciclo vital familiar, ya sea con fines clínicos o como parte de una investigación, sin embargo se recomienda que sea aplicada a la mayoría de los integrantes de la familia, facilitando la comparación de los resultados entre ellos (13).

Obtención del puntaje.

Para la obtención de los puntajes del FACES III se debe seguir unos pasos muy sencillos luego de su aplicación y de haber verificado que los sujetos evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder:

1. Se debe partir de sumar los ítems impares, los mismos que nos darán un posterior resultado de la variable cohesión. Los valores de cada ítem estarán dados por la opción de respuesta escogida por el sujeto evaluado, valores que podrán ir de 1 si eligió la opción casi nunca, hasta 5 si es casi siempre.
2. Sumar los ítems pares lo que nos dará un posterior resultado de la variable adaptabilidad, recordando que los valores de los ítems estarán dados por la opción de respuesta que el sujeto haya elegido al igual que en el paso anterior.
3. Emplear los baremos (ver tabla 2), identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad en la columna de números de la derecha del puntaje bruto obtenido en los dos pasos anteriores, trabajo que posibilita la obtención del tipo de familia. Sin embargo, otra posibilidad es la ubicación de estos puntajes en el diagrama del modelo Circumplejo de Olson (ver ilustración 2), en el lugar correspondiente a cada dimensión, realizando una intersección entre ambos puntajes, obteniendo uno de los 16 posibles tipos de familias, las que se forman de la combinación de ambas dimensiones.

4. Si se desea obtener el tipo de familia de manera más general, se tiene que considerar el número de la izquierda en negrita (ver tabla dos) para cada una de las dimensiones, sumando y dividiendo para dos (“X” cohesión + “X” adaptabilidad = “Y”/2=Tipo). El resultado se ubica en la columna tipo de familia obteniendo una de las tres posibles categorías familiares, (balanceadas, rango –medio y extremas).

5. Finalmente, se realiza todos los pasos anteriores también tanto para la familia ideal, obteniendo la idealización familiar de los sujetos evaluados (5, 8, 9, 11,13).

Tipos de familia según el modelo Circumplejo de Olson. Olson, y colaboradores establecen cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad y cuatro para la variable cohesión

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad.

- a. Caótica. Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.
- b. Flexible. Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.
- c. Estructurada. Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.
- d. Rígida. Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.

Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión.

- a. Desligada. Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.

b. Separada. Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.

c. Unida. Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.

d. Enredada. Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar. Para mayor detalle de las características de los tipos de familia, tanto de la variable de cohesión como de la variable de adaptación ver anexo 2.

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos:

1. No relacionada rígida,
2. No relacionada estructurada,
3. No relacionada flexible,
4. No relacionada caótica;
5. Semirelacionada rígida,
6. Semirelacionada estructurada,
7. Semirelacionada flexible,
8. Semirelacionada caótica;
9. Relacionada rígida,
10. Relacionada estructurada,
11. Relacionada flexible
12. Relacionada caótica;
13. Aglutinada rígida,
14. aglutinada estructurada,
15. aglutinada flexible,
16. aglutinada caótica (8).

Como ya se mencionó anteriormente, la cohesión es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual de los mismos. **Cohesión extremadamente alta** da una excesiva unión de sus miembros y a una muy limitada autonomía individual, cohesión extremadamente baja lo contrario.

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

Semirrelacionada o separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de

la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

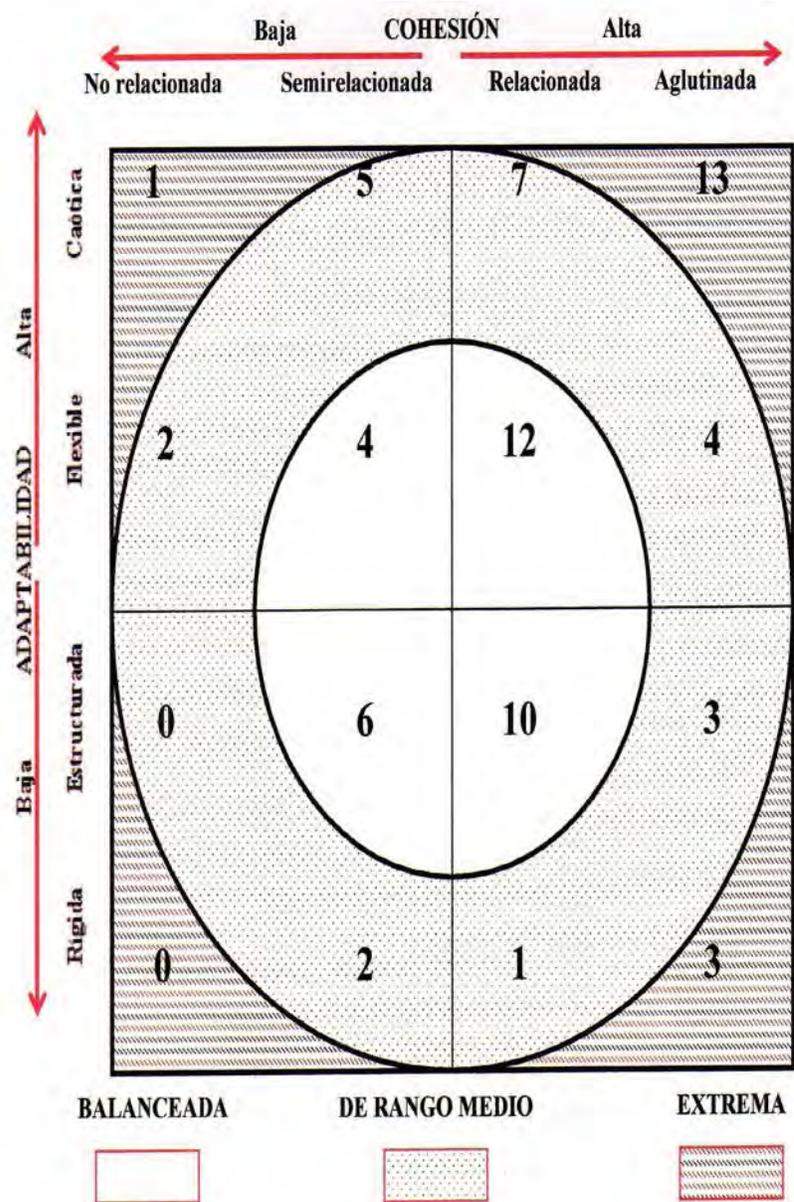
La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

La estructurada el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

La rígida hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Las cuatro centrales semirelacionada flexible, relacionada flexible, semirelacionada estructurada y relacionada estructurada corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión. Las cuatro extremas adaptabilidad y/o cohesión excesivamente alta o bajas (9).



El funcionamiento familiar interfiere considerablemente en la salud familiar, cuando es adecuado, es decir, armónico, con claridad de reglas, roles, adecuada comunicación, es flexible y con cohesión familiar logra una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema. Por el contrario, cuando existe un funcionamiento inadecuado se considera un factor de riesgo, debido a esto surge el interés del estudio sistemático y científico de la familia, en el cual el individuo deja de ser visto como exclusivamente biológico, y cobran interés los factores

psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo (12).

Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales (22).

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsico-social (22).

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar (20).

La valoración del adulto mayor es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en el área médica, psicológica, funcional, social y familiar de los problemas de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento (23).

Es importante La evaluación del funcionamiento social para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar, identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial. La evaluación socio-familiar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona,

así como sus redes de apoyo. El tener un apoyo social disponible se asocia con una mejor autopercepción del estado de salud del adulto mayor.

El médico del primer nivel de atención deberá identificar problemas socio-familiares como: maltrato, abuso y aislamiento social, así como adultos en proceso de jubilación por la importancia que conlleva en el deterioro de la calidad de vida y salud. La valoración sociofamiliar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la continuidad de la atención y en caso de encontrar sobrecarga del cuidador o algún problema sociofamiliar, se recomienda que a través de trabajo social se refiera al cuidador y/o al adulto mayor a un grupo de ayuda o de atención social a la salud para integrarlos en grupos de apoyo psicológico y fomentar las redes de apoyo. (23).

La familia sigue siendo la más antigua de las organizaciones sociales de la humanidad, la cual seguirá existiendo aún a pesar de las diferentes formas que hoy en día utilizan las parejas para realizar su convivencia diaria (5).

Los esfuerzos para tratar de **evaluar el funcionamiento familiar y de la pareja** se remontan a los inicios de la **terapia familiar**, que comienza con la recolección de datos a través de la gran cantidad de información que proporcionan las **entrevistas clínicas**. Una de las primeras tareas que intentaron realizar los investigadores fue el tratar de identificar cuáles son los aspectos más importantes a analizar para poder encontrar una forma de registrar dicha información y posteriormente medirla, por lo que al principio **se utilizaron cuestionarios de autoinformación como una forma de explorar las variadas y complejas expresiones del funcionamiento familiar y de la pareja (5)**.

Otro punto que tenía que tomarse en consideración con estos cuestionarios de autoinformación era el sesgo que presentaban debido a la percepción o visión que deseaba ofrecer al entrevistado, generalmente de un buen funcionamiento familiar, y no el que realmente presentaba.

Sin embargo, **algunos autores aún apoyan la utilización de estos cuestionarios**. Y es necesario considerar que la evaluación de la funcionalidad familiar requiere del empleo de instrumentos que por sus características nos permitan realizar una autoaplicación o simplemente ser observacionales.

Los métodos observacionales: Proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar, y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar, y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar. Su aplicación se lleva a cabo por medio de la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. A estos instrumentos se le ha cuestionado su confiabilidad y validez, ya que la primera se ve afectada por el grado de capacitación del codificador (terapeuta u observador)⁵

Los instrumentos de autoaplicación: Proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio del cual podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de una familia, desde la percepción sobre sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles, actitudes, hasta valores, etc. El propósito de estos instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como las características de su ambiente que permitan identificar el tipo de funcionalidad existente.⁵

Los instrumentos de evaluación a la familia permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente al médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como el modo en que su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales, fundamentalmente con base en la hipótesis que será necesario confirmar o rechazar durante el estudio de la familia (5).

En este proceso de "desarrollo de una hipótesis", los resultados arrojados por los instrumentos de atención a la familia permitirán, tanto en su formulación inicial, como una vez construida, aportar elementos para desechar o reforzar las hipótesis al buscar la comprensión del entorno para encontrar el mejor modo de ayudar a la familia (5).

Una visión integral invita a reflexionar sobre los desafíos de la población que transita o transitará por esta etapa de vida. De acuerdo a las proyecciones de población que estima CONAPO, para 2025 y 2050 el monto de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente. Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como de salud); velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida. (3)

El aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De acuerdo a las estadísticas de mortalidad, de las 602 mil muertes registradas en 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónicas degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las enfermedades cerebrovasculares (7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en:

-Ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer (29).

La familia según el criterio de diferentes autores, se resumen otros aspectos relacionados con la diversidad y complejidad familiar, las funciones de la familia, el ciclo de vida y las crisis de la familia. Este grupo social tiene gran importancia en la atención y cuidados al adulto mayor, así como el papel que juega el anciano como parte integrante de ella. (29)

El adulto mayor, independientemente de los factores que influyan sobre la familia, debe enfrentar nuevos roles familiares:

-Ser padres de hijos adultos.

-Ser abuelo(a).

-Eventualmente ser viudo(a).

-Ser suegro(a).

Principales funciones de ser abuelos:

-La función gratificadora que surge de una relación afectiva con el nieto.

-El abuelo se perpetúa en el nieto.

-Reparación de relaciones anteriores con los hijos.

-Trasmisión de valores y cultura familiar.

-Ser imagen de identificación para los nietos.

-Recuperación del patrimonio consanguíneo y perpetuación de la descendencia (31).

Existen diferentes estilos de ser abuelos:

a) Formal: se interesa por sus nietos pero cuida de no involucrarse en la crianza de los mismos.

b) El que busca entretenerse: mantiene una relación informal y juguetona con sus nietos, sin entrar en mayores compromisos.

c) Figura distante: aparece en los cumpleaños o vacaciones pero generalmente tiene poco contacto con sus nietos.

d) Padres subrogantes: asumen grandes responsabilidades en la educación y cuidado de sus nietos, especialmente cuando la madre trabaja fuera del hogar. Suelen ser sobreprotectores (31).

Autores han definido como abuelo ideal a aquel abuelo disponible y cariñoso, cercano al nieto, ubicado en la etapa evolutiva que está viviendo, que acepta el ser abuelo como un aspecto más de su identidad personal, familiar y social, respeta las reglas del sistema parental, respeta el crecimiento del nieto, del hijo y de él mismo en su etapa y papel. Tiene flexibilidad frente a los cambios y necesidades, siendo capaz de asumir en situaciones críticas, la función que haga falta (29).

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento. La mejor solución, según plantean estudiosos del tema, es la aceptación realista de las fuerzas, limitaciones y las habilidades para permitirse ser independiente por parte del anciano y que el hijo adulto, tenga la habilidad de aceptar el papel de cuidador y simultáneamente siga siendo hijo.

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices (32).

De ahí que se recomienden actitudes que le permitan al adulto mayor ser un integrante respetado y valorado en todo momento en el marco de la familia:

-Actitud de comprensión hacia los miembros de la familia.

-Aceptar a cada uno con sus cosas buenas y malas.

-Mostrarse prudentes, discretos y con mucho tacto en su actuar con las personas de la familia.

-Escuchar y hablar lo justo y necesario, cuidar de no herir.

-No dar consejos no solicitados.

-Ceder mucho, especialmente con los adolescentes y jóvenes, de manera que para ellos sea un agrado el venir a la casa de los abuelos.

-Tratar de ayudar pero no entrometiéndose ni imponiendo ideas.

- Mantener una buena comunicación de confianza y de mucho diálogo.
- Compartir situaciones, actividades, decisiones.
- Evitar peleas y discusiones.
- No inmiscuirse en la vida de los hijos sino dejar que ellos hagan su vida como estimen conveniente.
- No ser quejumbroso y negativos (30).

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Existen 5.3 millones de hogares con adultos mayores en todo el país, los cuales representan casi la cuarta parte del total de las unidades domésticas. Los hogares ampliados, formados por el núcleo familiar más otros parientes, ganan peso hasta alcanzar 53.3 puntos porcentuales, equivalente a 46.3 % del total de hogares con adultos mayores (INEGI). (1). “es la configuración familiar más típica en todo el mundo”, asegura (Minuchin S. (1987).

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida (35). El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado (34).

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Campbelly et al., 1976); sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. (34).

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo (Güell y Morante, 2007). (6)

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80. (35).

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia y se relaciona significativamente con su estado de salud percibido. La definición y concepción de la calidad de vida ha sido y continúa siendo un proceso complejo que presenta numerosos problemas técnicos y fisiológicos. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (36).

La mayoría de los autores define la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como un concepto multidimensional. Por ello se ha señalado que las medidas de ese concepto deben incluir indicadores de la patología del estado funcional (incluyendo las funciones físicas, psicológicas y sociales) y de las percepciones de salud (36).

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que el impacto de las enfermedades sobre los pacientes no puede ser descrito en su totalidad por medidas objetivas de salud como la extensión de un tumor, el resultado de una biopsia o la medición de la tensión arterial; se tienen que considerar otros factores “subjetivos” como el dolor, la capacidad funcional o el bienestar emocional, los cuales se consideran imprescindibles al momento de evaluar en forma global el estado de salud de las personas. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos como conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para estrategias y programas en políticas de salud), evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas o modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir la calidad de vida deben considerarse herramientas adicionales en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos. Los instrumentos para medir CVRS se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. El carácter del instrumento será genérico en la medida que incluya la totalidad de las dimensiones que componen la CVRS, mientras que si se concentra en un concepto particular (función familiar) será específico (36).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado. (35)

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (35).

Entre los primeros conceptos de la calidad de vida que han sido ligados a la situación del adulto mayor, está el propuesto por Fernández Ballesteros (1998), quien señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones se mencionaron como esenciales para la calidad de vida en la tercera edad y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados (pp. 59 y 60). En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar (Fernández Ballesteros,1997).(37)

Los condicionantes sociales y de salud provocan que los adultos mayores estén obligados a enfrentar con madurez su proceso de envejecimiento, que a su vez según Barros (1994) el adulto mayor debe considerar que el proceso de envejecer

bien o mal, sólo depende de su aceptación de ellos mismos dentro de los márgenes fijados por el contexto social, y no sólo de considerar su envejecimiento como una enfermedad, aunque sea condicionada por la sociedad, por la calidad de vida y por los estilos de vida (Solano, 1997). La calidad de vida en el adulto mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida; no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hace, adónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etcé- tera (Rotondi, 2001). (37).

Al plantear el concepto de calidad de vida en poblaciones que envejecen y empobrecidas, Rotondi (2001) señala que es necesario remitirse a las condiciones que hacen de este sector social un grupo vulnerable, invisible y marginado, y quienes no logran satisfacer sus necesidades básicas de vida, como: tener una mejor movilidad, acceso a servicios de salud, pérdida de su estatus en la familia, marginación del mercado laboral formal y un vacío legal van generando la situación de vulnerabilidad que deteriora su desarrollo personal, social y comunitario. El concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Álvarez, 1996, y Jocik, 1999, citados en Bayarre, 2009). En el estudio realizado por Inga (2008) sobre calidad de vida en adultos mayores en Lima, Perú, el autor se centra en los aspectos conceptuales del término y propone la integración del término “longevidad” en el concepto “calidad de vida” con la finalidad de que al individuo se le considere como alguien que no sólo debe vivir mucho, sino vivir muchos años con las mejores condiciones posibles, y la meta de este concepto es convertirse en un reflejo para una mejor calidad de vida y cada vez menos en una calamidad personal. Este supuesto sería posible de alcanzar, dependiendo de la influencia del contexto histórico y cultural, de las condiciones y estilos de vida, de los factores biológicos y los avances científicos en el cuidado de la salud, y con base en la conjunción de estos factores sería posible establecer un concepto que permitiera no sólo extender la esperanza de vida, sino también posponer algunas pérdidas de capacidades funcionales y, potencialmente, inducir al adulto mayor para que tenga mejor calidad de vida por más años, y no sólo más años (Inga, 2008: 9).(37).

Al ser la salud el eje integrador de la calidad de vida, por consecuencia es necesario que el adulto mayor perciba que la sociedad lo acoge y le proporciona redes de apoyo que satisfagan su necesidad de salud, seguridad y protección; esta integración social en el adulto mayor se transforma entonces más en un medio que en un fin en sí mismo, medio que aporta parte del sustento psicológico del desarrollo

de la vida en los estados de edad más avanzada. Una de las grandes debilidades que ocasiona que el adulto mayor manifieste una disminución de su calidad de vida y que también le afecta en sus relaciones interpersonales y en la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia económica, pero al tener cubierto este factor, el anciano se siente protegido, seguro de sí mismo y con mayor control de sus emociones. Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde prima el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes (37).

No hay duda de que el concepto de calidad de vida va ligado al elemento esencial de estar sano, dentro de una sociedad que nos pueda dar años a la vida, y ahora lo que queremos es dar vida a todos y cada uno de nuestros años; esto quiere decir que se trata de un concepto subjetivo, propio de cada persona, con una notable influencia del entorno en el que vive, de sus condiciones y estilos de vida; es aquí en donde al adulto mayor le concierne considerar las características que se manifiestan como un proceso saludable y vigoroso; en las últimas dos décadas esta población ha estado por debajo de los 80 años, cuya percepción de sí mismos les ha permitido no sentirse viejos y disfrutar de su envejecimiento de manera activa. (37).

En una investigación realizada sobre la salud del adulto mayor, Verdugo (2008) señala que la población adulta mayor es la más susceptible de presentar una salud más quebradiza, con enfermedades físicas y emocionales asociadas al proceso de envejecimiento que influyen significativamente en los niveles de calidad de vida, que a su vez dependen de contextos externos. Los estudios realizados sobre calidad de vida en adultos mayores pobres (Groot y Albala, 2004; Raugh, 2008) se han centrado en identificar el impacto de las condiciones externas e internas de la vivienda y del medio ambiente, que de alguna manera pudieran ser consideradas como indicadores que reflejan las condiciones sociodemográficas y de salud del adulto mayor dentro de un proceso histórico social cambiante. Giusti (1991, citado en Mora, 2004) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Posteriormente Faden y Germán (1994, citados en Mora, 2004) retoman estos indicadores como factores que orientarían el rumbo según el contexto del cual partiría la valoración que el mismo adulto mayor realiza de su propia calidad de vida. No es posible hablar de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, así como el nivel de salud, que está muy estrechamente ligado a los aspectos mencionados. Con base en este criterio

se define el concepto de la calidad de vida para los habitantes de las construcciones o viviendas carentes de espacios físicos y de servicios básicos (3

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de 60 años y más se incrementará constantemente en el mundo, lo que tiene importantes repercusiones económicas y sociales. En México, puede afirmarse que la proporción de ancianos es la que crece más rápidamente desde hace 15 años. Las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que en 2007 residían en México 8,5 millones de personas de 60 años o más, mientras que para el año 2030 se espera que sean 20,7 millones, en tanto que para la mitad del siglo alcanzarán los 33,8 millones. Esto se reflejará en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas: en 2007 la proporción fue de 8,0%; que se incrementará a 17,1% en 2030 y a 27,7% en 2050. Según el Censo de Población 2010 de México, la población mexicana de 60 años y más son 10.055,379 personas, que equivale a un 9,06% de la población total de México (2, 3,14).

Las diferencias culturales que existen en México, están dadas dentro de un contexto social estructurado e históricamente definido, el cual impacta en los individuos de manera diferente en la forma de comunicarse, de ver y hacer las cosas, y en su estilo de vida, ya que la cultura puede influir en el modo de enfermar, de percibir el proceso de salud-enfermedad y de buscar atención médica; Afirmando con esto, que los sistemas de valores y creencias vigentes en una sociedad regulan

la trama de las relaciones sociales y familiares, define las conductas de los actores y regula sus acciones y emociones. Estos mismos no surgen de manera espontánea e individual, sino que van construyéndose con el tiempo, dentro del marco social en que el individuo se va desarrollando (Eguiluz Luz, 2004).

La familia es uno de los ámbitos en el que envejecimiento global repercute más, y si bien hoy es muy diferente respecto a las generaciones anteriores, experimentara cambios aún más profundos y espectaculares, quizá inimaginables. Resulta difícil pensar que la familia no va a ser lo mismo porque es el núcleo en el que nos sentimos seguros y al que acudimos en la adversidad (4).

El funcionamiento familiar interfiere considerablemente en la salud familiar, cuando es adecuado, es decir, armónico, con claridad de reglas, roles, adecuada comunicación, es flexible y con cohesión familiar logra una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema. Por el contrario, cuando existe un funcionamiento inadecuado se considera un factor de riesgo, debido a esto surge el interés del estudio sistemático y científico de la familia, en el cual el individuo deja de ser visto como exclusivamente biológico, y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo (24).

El envejecimiento demográfico es un fenómeno de alta progresión. Las tendencias y proyecciones de población, así como la dinámica demográfica, lo hacen evidente. La disminución en la natalidad y la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida son elementos que reflejan el progreso socioeconómico de los países y han condicionado el envejecimiento de la población, constituyendo uno de los fenómenos demográficos más importantes de los últimos años en todo el mundo.

En la actualidad los modelos de salud que predominan tienen una tendencia a la atención de grupos etarios de adultos jóvenes y niños, dejando de lado la atención al adulto mayor, quienes son tratados como grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población.

Cuando existen eventos de desequilibrio dentro del sistema familiar, se torna habitual que los miembros de la familia, consideren que los otros no cumplen con sus funciones y/u obligaciones, observando como efecto la disfuncionalidad familiar expresada en coaliciones, triangulaciones y escasa comunicación familiar, situaciones que obligan a pensar en; ¿qué es una adecuada funcionalidad familiar?, pues ésta parece ser muy importante en el desarrollo social, físico y psicológico de todos los que constituyen a la familia.

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando la familia en el proceso salud-enfermedad. Nos ofrecen una visión gráfica de la

familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un "panorama mayor" desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento familiar.⁵

El apoyo de las familias para el cuidado prolongado de los adultos mayores en los hogares es nulo o limitado, debido a que existen pocos programas de educación para la salud orientados a la familia y al cuidador primario del adulto mayor, esto puede afectar su calidad de vida en forma muy importante. El personal de las instituciones de salud cuenta con una capacitación limitada para el abordaje integral del adulto mayor y para la implementación de estrategias educativas orientadas a la población en general (14).

En la Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. Es tarea del médico fomentar en la familia la idea de la autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones (10).

El sistema de salud mexicano requiere la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de los programas de atención médica del adulto mayor, con particular énfasis en aspectos de infraestructura y formación de recursos humanos en el área de medicina de familia y atención primaria (14).

La atención del anciano requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el "cuidar" que en el "curar", deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad acciones que de una u otra forma impactan su calidad de vida.

A pesar de contar con recursos humanos especializados en el área, éstos son insuficientes para atender las necesidades de este grupo poblacional. Por lo que es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico familiar y a otros profesionales de atención primaria identificar en forma práctica factores de riesgo, síndromes geriátricos y comorbilidad asociada, con el fin de otorgar intervenciones de manera oportuna e integral para mantener y recuperar la funcionalidad mental, emocional, física y social del adulto mayor.

La Valoración Geronto-geriátrica permitirá identificar a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad, y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones no farmacológicas y una prescripción razonada, así como una referencia oportuna a grupos de activación física, recreativa, artístico-cultural y de capacitación (23).

Dentro de los principales determinantes del deterioro del bienestar del adulto mayor se encuentran “la probabilidad de pérdida de las capacidades físico y mentales, disminución de la autonomía y la adaptabilidad, calidad de vida, con menoscabo de los roles familiares y sociales, retiro del trabajo, pérdida de capacidad económica, deterioro en la salud de consecuencias incurables y progresivas” (Ham, 1998: 32). Estas características particulares del adulto mayor, no son exclusivas de este grupo poblacional, pero si se presentan con mayor incidencia en ellos en comparación con otros grupos de edad. Muchos autores como Ham (2003), Tuirán (1999) y Wong (2001, 2003), consideran que la salud es la dimensión más importante del bienestar del adulto mayor, a tal grado “que cuando se pierde y se manifiesta el dolor, enfermedad o amenaza de muerte, la felicidad es imposible y todo lo demás se vuelve secundario o se torna insignificante” (Ham, 2003: 123). Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la adaptabilidad - cohesión en la familia con integrante adulto mayor y su relación con calidad de vida, en la UMF N° 21 del IMSS Camargo, Chihuahua?

IV.- JUSTIFICACIÓN

Uno de los temas de mayor relevancia y estudio, que ha provocado los cambios demográficos, ha sido el estudio e investigación del bienestar del adulto mayor (AM); el cual ha sido reconocido por las Naciones Unidas como uno de los temas más universales y relevantes de nuestro tiempo (Antonucci et al., 2002). Esta institución enfatiza que las sociedades deben estar preparadas para conocer las necesidades y capitalizar los recursos de los AM, quienes deberían tener la posibilidad de continuar su desarrollo, mantener su independencia, tener una participación activa en la sociedad y contribuir en ella (Antonucci et al., 2002).

La funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia (33).

Para poder hablar de estado de salud es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por lo tanto sus condiciones y su estilo de vida, por lo general el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado familia y de ahí se considera muy importante también para su salud su modo de vida familiar. Un adulto mayor se encuentra todos los días entre sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y

consejo para solucionar sus propios problemas de salud, la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente.

Desde la perspectiva del funcionamiento de la familia, las familias pueden ser clasificados como funcionales o disfuncionales. Se consideran funcional o madurar cuando responden con estabilidad emocional cuando se enfrentan a los conflictos y la crítica, y sus miembros son capaces de vivir en armonía, el mantenimiento de la independencia, sin embargo, estar comprometido el uno al otro. Gobernado por lazos de afecto y responsabilidad, estas familias son flexibles, pero firme, y sus relaciones se basan en el respeto, el conocimiento y la comprensión. Estas familias juegan un papel clave en el cuidado de las personas mayores.

En los sistemas familiares disfuncionales o inmaduras, los miembros dan prioridad a sus intereses particulares en detrimento del grupo familiar. No asumen sus roles, y culpan a su propia familia en situaciones de crisis. Los bonos son superficiales; la agresión y la hostilidad son comunes. Las familias disfuncionales pueden ser de diferentes tipos: un clan (organizado en torno a un miembro), abandonando (preocupados por sus propios intereses), distantes (miembros siempre tienen una explicación racional para justificar su ausencia en las obligaciones familiares) o sobre protector (protección al extremo, que socava la libertad y la privacidad de los miembros).

El hecho de que la persona de edad avanzada pertenece a un determinado sistema de la familia afecta su capacidad para resolver las dificultades asociadas con el envejecimiento. Familias disfuncionales inmaduros y no pueden proporcionar los cuidados necesarios para sus familiares de edad avanzada (24).

Uno de los temas de mayor relevancia y estudio, que ha provocado estos cambios demográficos, ha sido el estudio e investigación del bienestar del adulto mayor (AM); el cual ha sido reconocido por las Naciones Unidas como uno de los temas más universales y relevantes de nuestro tiempo (Antonucci et al., 2002). Esta institución enfatiza que las sociedades deben estar preparadas para conocer las necesidades y capitalizar los recursos de los AM, quienes deberían tener la posibilidad de continuar su desarrollo, mantener su independencia, tener una participación activa en la sociedad y contribuir en ella. (Antonucci et al., 2002).

V.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor y su relación con calidad de vida en la UMF No. 21 del IMSS de Camargo, Chihuahua.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterización de la población de estudio por sexo, edad, religión y comorbilidades (depresión, Has, diabetes, insuficiencia renal, infarto agudo de miocardio, e insuficiencia renal crónica).
2. Identificar el tipo de cohesión y adaptabilidad más frecuentes en la familia del adulto mayor.
3. Identificar el grado de disfunción familiar más frecuente en este tipo de familias.
4. Señalar el área de la funcionalidad familiar más alterada en estas familias.
5. Determinar la calidad de vida del adulto mayor entrevistado.
6. Investigar si existe una asociación entre adaptabilidad y cohesión familiar con la calidad de vida del adulto mayor entrevistado.

VI.- HIPÓTESIS

La calidad de vida se asocia con la adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor en la UMF No. 21 del IMSS de Camargo, Chihuahua.

Nula.

La calidad de vida no se asocia con la adaptabilidad-cohesión en familias con integrante adulto mayor en la UMF No. 21 del IMSS de Camargo, Chihuahua.

VII.- METODOLOGIA

1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

- Estudio observacional, transversal, analítico.

2. LUGAR.

- Unidad de Medicina Familiar No. 21 Camargo, Chihuahua.

3. UNIVERSO.

Pacientes adultos mayores derechohabientes a la consulta externa de medicina familiar UMF 21 Camargo, Chihuahua.

4. PERIODO.

- En un periodo de 6 meses del 1 noviembre del 2016 a 31 mayo 2017.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas mayores de 65 años pertenecientes a la clínica UMF No. 21 Camargo chihuahua de noviembre 2016 a 31 mayo2017 que presenten o no comorbilidad asociada.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personas con retraso mental.
- Individuos con bajo nivel educacional e iletrados que no realicen una comprensión adecuada de las preguntas a responder.
- Pacientes con déficit cognitivo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No contestar en su totalidad el cuestionario aplicado.

IX.- OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

CALIDAD DE VIDA:

Definición conceptual: Según la OMS la definición de Calidad de Vida es:

"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".

Definición operacional: Se utilizará la escala de calidad de vida SF 12 con la siguiente interpretación. Para la puntuación de los componentes sumarios físico (CSF-12) y mental (CSM-12) de la versión 1 del SF-12 se siguen 3 pasos: a) creación de variables indicadoras (puntuadas 1/0) para cada una de las categorías de respuesta de los ítems, excepto la que indica el mejor estado de salud de cada ítem (del total de 47 posibles respuestas, entre los 12 ítems se crean 35 variables indicadoras); b) cálculo de las puntuaciones agregadas mediante la suma de las variables indicadoras ponderadas; c) adición de una constante, con la que las puntuaciones agregadas CSF-12 y CSM-12 se estandarizan para obtener una media de 50 y DE de 10 en la población general de referencia.

Escala de medición: Nominal

Indicadores:

1	Buena calidad de vida
2	Mala calidad de vida

VARIABLE INDEPENDIENTE:

COHESIÓN

Definición conceptual: Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí.

Definición operacional: Suma puntajes obtenidos en ítems nones al momento de la encuesta para tal fin.

Tipo de variable. Cuantitativa de intervalo.

Indicador:

10 a 34 puntos: No relacionada.

35 a 40 puntos: Semirelacionada.

41 a 45 puntos: Relacionada.

46 a 50 puntos. Aglutinada.

ADAPTABILIDAD

Definición conceptual: Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Definición operacional: Suma de puntajes obtenidos en ítems pares durante la encuesta.

Tipo de variable: cuantitativa de intervalos.

Indicador:

10 a 19 puntos: rígida.

20 a 24 puntos: estructurada.

25 a 28 puntos: flexible.

29 a 50 puntos: caótica.

VARIABLES UNIVERSALES

EDAD

Definición conceptual: Tiempo que un ser ha vivido.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomaran la edad reportada por el paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: cuantitativa, discreta.

Indicador: número de años

SEXO:

Definición conceptual: división del género humano en dos grupos: hombre y mujer.

Definición operacional: el sexo determinado por el investigador al momento de la encuesta

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador: Femenino = 1 Masculino =2

ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional: Para este fin el reportado por el paciente en la encuesta

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Indicador: 1 = casado, 2= Unión Libre, 3=soltero 4= viudo 5= divorciado

OCUPACIÓN

Definición conceptual: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.

Definición operacional: Para este estudio se tomara en cuenta la ocupación que reporte el paciente al momento de la entrevista.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Indicador: a) empleado, b) desempleado, c) pensionado y/o jubilado.

RELIGIÓN:

Dedición conceptual: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

Definición operacional: Para este estudio utilizaremos la religión reportada por el paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Indicador: a) católica b) no católica c) ateo.

COMORBILIDAD

Definición conceptual: Término médico, que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Definición operacional: la reportada por el paciente a la pregunta¿ que enfermedades padece?

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador:

a) Hipertensión arterial

- b) Diabetes mellitus
- c) Infarto agudo al miocardio.
- d) Insuficiencia renal crónica.
- e) Gonartrosis.

X. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

CÁLCULO DE LA MUESTRA: Mediante el paquete estadístico EPIDAT 4.0 de la Xunta de Galicia haciendo el cálculo de tamaño de muestra para proporciones considerando una frecuencia de 30% de disfunción familiar con un efecto de diseño de 1.0, un nivel de confianza al 95% un poder de prueba al 80% y una precisión del 5% el cálculo de tamaño de muestra es de 297 pacientes, se maneja el estudio con 300 personas.

TIPO DE MUESTRA: consecutivo por conveniencia

XI.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos serán analizados usando el programa estadístico STATA 11.0 para Windows (Stata Corp. Statistical Software. Release 11.0 College Station, Tx: stata). Se realizará un análisis exploratorio para evaluar la cantidad y calidad de los registros, posteriormente se realizará un análisis uni y bi variado.

Para las variables medidas de forma cuantitativa se utilizará la prueba t de Student. Para evaluar las diferencias en las variables cualitativas se utilizará la prueba de χ^2 o exacta de FISHER.

Se aceptará un valor significativo de p cuando sea menor a 0.05.

XII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

En base a la declaración de Helsinki originalmente adoptada en 1964, que es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos determina:

La investigación biomédica que involucre sujetos humanos debe hacerse de acuerdo con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse sobre una experimentación adecuadamente realizada y sobre un completo conocimiento de la literatura científica.

El diseño y la realización de cada uno de los procedimientos experimentales en los que estén involucrados sujetos humanos, deben ser claramente formulados en un protocolo experimental que debe ser presentado a una comisión independiente, especialmente formada, para su consideración, comentario y guía.

En toda investigación en seres humanos, cada sujeto potencial debe ser adecuadamente informado acerca de los propósitos, métodos, beneficios anticipados y peligros potenciales del estudio, y de las molestias que puede provocar. Debe ser informado que tiene libertad de participar en el estudio y que es libre de retirar su consentimiento informado y libremente dado, preferiblemente por escrito.

El protocolo de la investigación debe contener siempre las consideraciones éticas involucradas y debe indicar con qué principios enunciados en la presente declaración se cumple.

Y en base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se sigue lo estipulado en los artículos 14, 15, y 16; así como clasificar este estudio, de acuerdo al artículo 17 como:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna

intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de Investigación o de su representante legal.

Para fines de este estudio se realizara carta de consentimiento informado (anexo 1)

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.

Bajo un estudio transversal, observacional, prospectivo, se incluyó un universo, constituido por pacientes mayores de 65 años de edad, que acudieron a la UMF 21 Camargo, Chihuahua, 1 noviembre del 2016 a 31 mayo 2017, una vez obtenido el registro se procederá a solicitar permiso a las autoridades para iniciar actividades de recolección de datos.

Durante el turno matutino y vespertino en la sala de espera de consulta se identificaron los pacientes con criterios de inclusión, luego se les realizó la encuesta

FASES III para adaptabilidad y cohesión; y la SF 12 para calidad de vida y se procedió a realizar una hoja de recolección de datos.

Todo lo dicho anteriormente, fue guiado por mi tutor. Se unificaron los resultados obtenidos. Una vez completadas las encuestas, fueron capturadas para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener frecuencias y proporciones, así como Razón de Momios de Prevalencia, XMH e IC95%. Una vez terminado el análisis de los resultados se realizaron las conclusiones, además de la posterior difusión de resultados en foros de investigación y su publicación.

XIV. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 300 pacientes UMF 21, Camargo, de Chihuahua (Ver Tabla 1), de los cuales 195 (65.0.0%) tenían menos de 70 años, 85 (28.3%) tenían edades entre 70-79 años y el 20 (6.7%) tenían más de 79 años (Ver Gráfica 1), 199 (66.3%) eran mujeres, y 101 (33.7%) eran hombres con una relación mujer: hombre de 2:1 (Ver Gráfica 2), casados 171 (57.0%), solteros /viudos 88.3 (29.3%), divorciado 20 (6.7%), unión libre 21 (7.0). (Ver tabla 1), católicos 225 (75.0) no católicos 63 (21.0) ateos 12, (12.4%), (ver tabla 1), empleados 60 (20.0) desempleados 175(58.3%) jubilado/pensionado 65 (21.7%) (Ver tabla 1), que presentaron comorbilidades como depresión 88 (29.3) HAS 196 (65.3) IAM 69 (55.3), DMII 166 (55.3%) IRC 15 (11.0), EVC 33, (11.0%) (Ver tabla 1) 285 (95.0%) presentaron comorbilidad (Ver grafica 3), en adaptabilidad familias rígidas 33 (11.0%) estructurada 48 (16.0%) flexible 52 (17.3%) caótica 167 (55.7%) (Ver grafica 4), en cohesión familias no relacionadas 29 (9.7%), Semirelacionada 57 (19.0%), relacionada 88 (29.3%), aglutinada 126 (42.0) (ver gráfico 7), rango balanceado 65 (21.7%) rango medio 112 (37.3%) y rango extremo 123 (41.0%), (ver gráfico 5) con calidad de vida buena 142 (47%) y con calidad de vida mala 158 (52.87%) (Ver gráfico 6).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la edad de los pacientes tiene una mediana de 68 años con Rangos intercuantiles (RIC) de 6 (Ver Gráfica 8).

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) los pacientes de 70 a 79 años tienen un 1% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta el 32% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las mujeres tienen un 11% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta el 80% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes en unión libre tienen un 28% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta el 85% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Ser ateo da un 43% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 2.1 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los jubilados o pensionados tienen un 98% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta el 40% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen depresión tienen un 65% de posibilidades de tener una buena CV con intervalos que van hasta el 7% de exceso de riesgo de tener una mala CV no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes hipertensos tienen un 80% de posibilidades de tener una buena CV con intervalos que van hasta el 29% de exceso de riesgo de tener una mala CV no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los infartados tienen un 95% de tener una buena CV con intervalos que van hasta el 63% de exceso de riesgo de tener una mala CV no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes diabéticos tienen un 91% de posibilidades de tener una buena CV con intervalos que van hasta el 43% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con IRC tienen un 73% de posibilidades de tener una buena calidad de vida con intervalos que van hasta las 2

veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen EVC un 5% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 2.1 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen comorbilidades tienen un 43% de posibilidades de tener una buena CV con intervalos que van hasta el 29% de exceso de riesgo de tener mala CV no siendo esta asociación estadísticamente significativa. La familia que tiene adaptabilidad flexible tiene un 20% de exceso de que el paciente tenga una mala CV con intervalos que van hasta el 64% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. La familia que tiene cohesión Semirelacionada tiene un 3% de exceso de riesgo de tener una mala CV con intervalos que van hasta el 39% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las familias que están dentro del rango medio tienen un 82% de posibilidades de que el paciente tenga una CV buena con intervalos que van hasta el 6% de exceso de riesgo de que su CV sea mala.

XV. DISCUSIÓN:

La mayoría de los participantes de este estudio se encuentran en edades menores a 79 años siendo el sexo femenino quien predomina, se encuentran casados, además profesan religión católica, algo muy importante es el desempleo ya que se encuentra en un 58.3% en comparación de los que están jubilados y/o pensionados en apenas un 20.0% los que nos dice que la mayoría de nuestros adultos mayores dependen económicamente de sus familias.

En cuanto a las características clínicas se encontró que un 95% de ellos tienen comorbilidades asociadas en las que destaca HAS y DMII principalmente, le sigue depresión, cardiopatía isquémica, EVC e IRC. En cuanto a las características de las familias en cuanto a adaptabilidad se encontraron a familiar caóticas, en cuanto a la cohesión se encuentran familias aglutinadas, dando lugar a familias caóticamente aglutinadas que se encuentran en un rango extremo, por definición esto predispone

a más probabilidad de disfunción familiar. Los adultos mayores en su mayoría tienen percepción de tener mala calidad de vida en un 52.7%.

En la literatura algunos autores señalan la marcada asociación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida del adulto mayor, sin embargo en este estudio no tuvo significancia estadística, lo que nos lleva a pensar que el adulto mayor en Camargo se puede adaptar a su familia independientemente si esta es funcional o no y que puede percibir buena calidad de vida.

XVI. CONCLUSIONES.

La relación de adaptabilidad cohesión con familia con integrantes adulto mayor en comparación con calidad de vida no arrojó significancia estadística en sus resultados, aun así trabajar con nuestras familias en donde hay un adulto mayor como integrante es crucial para fomentar su percepción de una buena calidad de vida, hay mucho por hacer principalmente el fomento en base a un envejecimiento exitoso pues no hay que olvidar que en años venideros será el adulto mayor el que engalane la campana de la población, entonces el incluirlo en la familia y La sociedad como participante activo facilitará su individualidad y autonomía.

Ante la carencia de trabajos semejantes en nuestro medio, se tuvo la certeza de que los supuestos del modelo estadístico se cumplieran con la máxima precisión posible; esto no indica que los resultados encontrados en nuestro trabajo deban

generalizarse. Es necesario probar la metodología con otras poblaciones abiertas y analizar sus resultados en función de la consistencia obtenida.

XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía (internet). Perfil sociodemográfico de los adultos mayores. México: INEGI, c2014. VIII, 224 p. (consultado el 20/04/2016) disponible en:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

2.- Consejo nacional de población (CONAPO) 1974- 2014 (internet) México DF. Situación demográfica en México. María Felipa Hernández López, María Verónica Murguía Salas y Mario René Hernández Vázquez. Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México. Pág. 29-38 (consultado el 20/04/2016)

disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf.

3.- INEGI, (INTERNET) MEXICO.“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD (1 DE OCTUBRE)”.2014, AGUASCALIENTES AGC. REVISADO 25/04/2016 DISPONIBLE EN: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>.

4.-Rosalia RG, Guillermo LB. LA PRÁCTICA DE LA GERIATRIA. 2da ed. México. McGraw-Hill Interamericana. Pag. 30

5.- Médicos familiares (internet) México. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. Última actualización: 24 Febrero 2016, revisado el 01/05/2016 disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/instrumentos-de-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar.html>.

6.- Beavers, W. y Hampson, R. Familias exitosas: Evaluación, tratamiento e intervención. Barcelona: Paidós; 1995.

7.-Huerta G. J. Medicina Familiar. La Familia en el proceso salud-enfermedad. Primera edición. México: Alfil; 2005.

8.-Thomas V, Olson DH. Problem families and the circumplex model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. J Marital Fam Ther 1993;19:159-175.

9.- Beatriz Z. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2003;41 (1) :220-224.

10.- Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. J Marital Fam Ther 2000;22(2):144-167.

11.- E.R. Ponce Rosasa, F.J. Gómez Clavelinab,M.Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coriad y S. Landgrave Ibáñez. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten. Primaria 2002.dicembre. 30 (10): 624-630.

12.- ELSEVIER. REV. MEDICINA UNIVERSITARIA. María de los Ángeles Resendez-Jasso, Azucena Maribel Rodríguez-González. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), N.L., México. Familias con algún integrante con secuelas de enfermedad vascular cerebral y disfunción familiar. Vol. 15. Núm. 61. Octubre - Diciembre 2013.

13.- Gómez C. Escala de evaluación de funcionamiento familiar FACES III. Escritos de Psicología. [Revista en Internet]. 2010 [citado 2013 Ago 02]. Disponible en: http://www.esritosdepsicologia.es/revistas/vol10_2/esritospsiologia_v10_2_3vsc_hmidt.pdf.

14.- ELSEVIER DOMA. REVISTA ATENCION PRIMARIA (INTERNET) ESPAÑA. Salvador Gómez García, María de la Luz Vega Pérez, Abraham Rubén Tamez Rodríguez, Jaime Eduardo Guzmán Pantoja. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. Vol. 45. Núm. 05. Mayo 2013 Atención Primaria 05/2013; 45(5):231-232. REVISADO 21/05/2016: https://www.researchgate.net/publication/257059386_Fortalecimiento_de_la_atencion_primaria_del_adulto_mayor_ante_la_transicion_demografica_en_Mexico.

15.- Pernas-Álvarez IA. Conocimiento, educación y valores. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey. 2006; 4: 1-24.

16.- JORGE V. CHAVEZ (internet) INTRODUCCION A LA MEDICINA FAMILIAR. Universidad Autónoma de san Luis Potosí 1992. Revisado 21/05/2016 disponible en:

<https://books.google.com.mx/books?id=AyVncqcphfUC&printsec=frontcover&dq=MEDICINA+FAMILIAR&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjh4-nNp-rMAhUEPVIKHcP-DRkQ6AEIzAA#v=onepage&q=MEDICINA%20FAMILIAR&f=false>.

20. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar 2005. Vol. 7 No. 1, págs. 15-19.

22. Dr. Anselmo Herrera Ávila- Médico Especialidad de Medicina Familiar. La Familia Unidad de Análisis. Revista Médica del IMSS 1983 pp. 1-11.

23. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio guía e práctica clínica Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-491-11.

24. Rosely AS, Gislaine DCosta, Cintia HY, Fernanda A, Jaqueline CG, Márcia Regina MA, Odival F, Maria Amélia CO. Funcionamiento familiar de personas mayores con síntomas depresivos. Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.3 São Paulo June 2014.

25. Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/> (Fecha de consulta 22 de mayo 2016).

26. Huerta-Martínez N, Valadez-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de Disfunción Familiar en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Arch Med Fam. 2001; 3 (4): 95-98.

27. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina Familiar Vol.8 (1) 27-32

28.- Polaino-Lorente A, Martínez-Cano P. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia (segunda edición). Universidad de Navarra. Ediciones Rialp S.A. 2003; 14: 238-264.

29.- Dr. José Fernando Placeres Hernández, Dr. Lázaro de León Rosales, Lic. Inés Delgado Hernández. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.4 Matanzas jul.-ago. 2011

30.- Barros C, Muñoz M. Informe investigación Fondecyt. La familia del adulto mayor. Santiago de Chile; 2001.

31.- Forttes BA. Diplomado de Gerontología a distancia. Programa para el Adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.

32.- Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 Oct-Dic; 24(4).

33.- Dra. Eva Estrella Sinche, Dr. Miguel Suárez Bustamante. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38 – 47.

34.- ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. INSTITUTO DE GERIATRIA. PAG 366-

35.- *Beatriz Eugenia Botero de Mejía, María Eugenia Pico Merchán.* CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24.

36.- Alberto González, Pedraza-Avilés, Isabel Vázquez-Navarrete. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar.

Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (5): 475-484. (ME SIRVE PARA TOMAR LA MUESTRA).

37.- María Elena Flores Villavicencio, Guillermo Alonso Cervantes Cardona, Martha Cruz Ávila, Ara Mercedes Cerquera Córdoba. Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. Pag.88-98. Revisado en internet 31/05/2016 disponible en : http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf.

38.- María Elena Flores Villavicencio, Rogelio Troyo Sanromán. Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Pag 99-116. Internet revisado 31/05/2016 disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf.

XVIII.- TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS

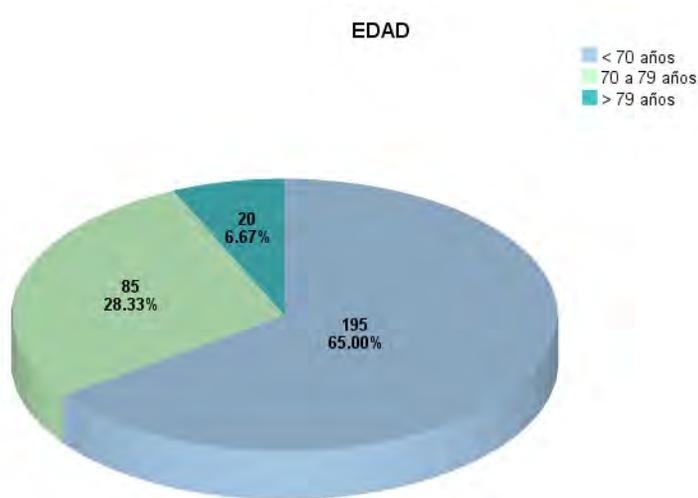
Tabla 1. Características de pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
< 70 años	195, (65.0)
70-79 años	85, (28.3)
>79 años	20, (6.7)
Sexo	
Femenino	199,(66.3)
Masculino	101,(33.7)
Estado civil	
Casado	171,(57.0)
Soltero/viudo	88,(29.3)
Divorciado	20,(6.7)
Unión libre	21,(7.0)
Religión	

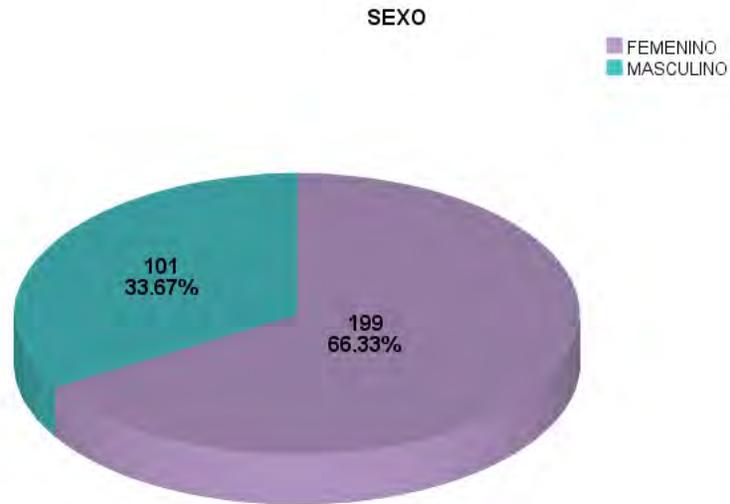
Católico	225,(75.0)
No católico	63,(21)
Ateo	12,(4.0)
Ocupación	
Empleado	60, (20.0)
Desempleado	175,(58.3)
Jubilado/pensionado	65,(21.7)
Depresión	
Si	88,(29.3)
No	212,(70.7)
Hipertensión arterial sistémica	
Si	196,(65.3)
No	104,(34.7)
Infarto agudo al miocardio	
Si	69,(23.0)
No	231,(77.0)
Diabetes Mellitus	
Si	166,(55.3)
No	133,(44.3)
Insuficiencia renal crónica	
Si	15,(5.0)
No	285,(95)
Enfermedad vascular cerebral	
Si	33,(11.0)
No	267,(89.0)
Comorbilidad	
Si	285,(95.0)
No	15,(5.0)
Adaptabilidad	
Rígida	33,(11.0)
Estructurada	48,(16.0)
Flexible	52,(17.3)
Caótica	167,(55.7)
Cohesión	
No relacionada	29,(9.7)
Semirelacionada	57,(19.0)
Relacionada	88,(29.3)
Aglutinada	126,(42.0)
Rango	
Balanceado	65,(21.7))
Rango medio	112,(37.3)

Rango extremo	123,(41.0)
Calidad de vida	
Buena	142,(47.0)
Mala	158(52.7)

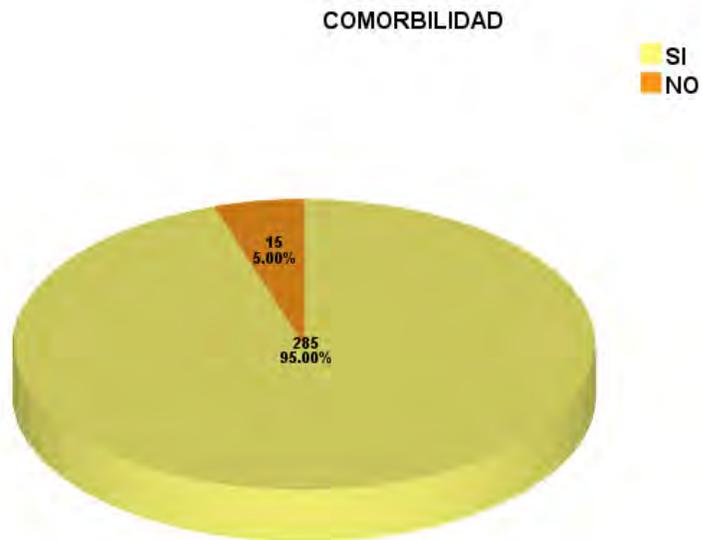
Gráfica 1. Edad pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.



Gráfica 2. Sexo pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.



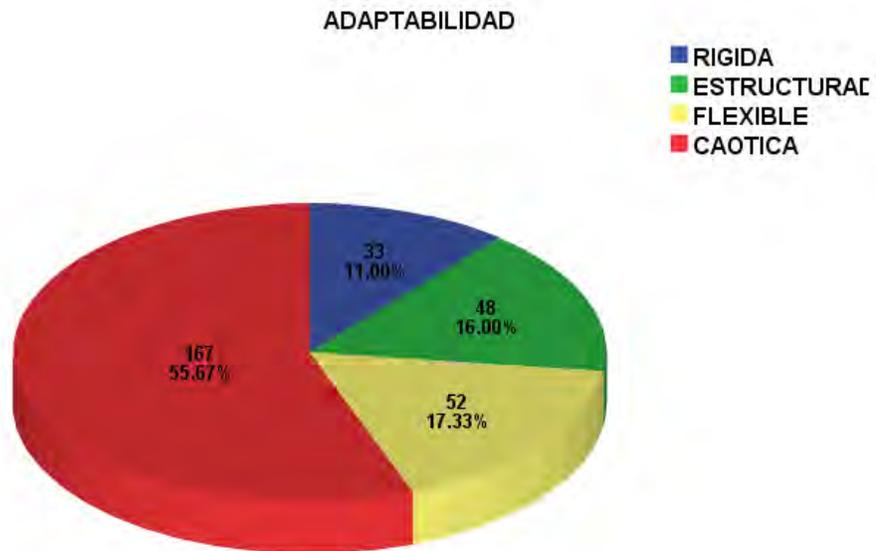
Gráfica 3. Comorbilidades pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.



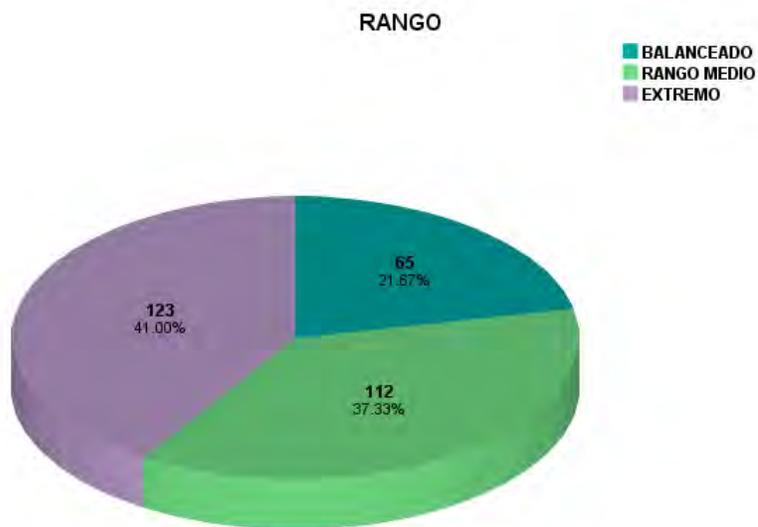
Gráfica

Adaptabilidad pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

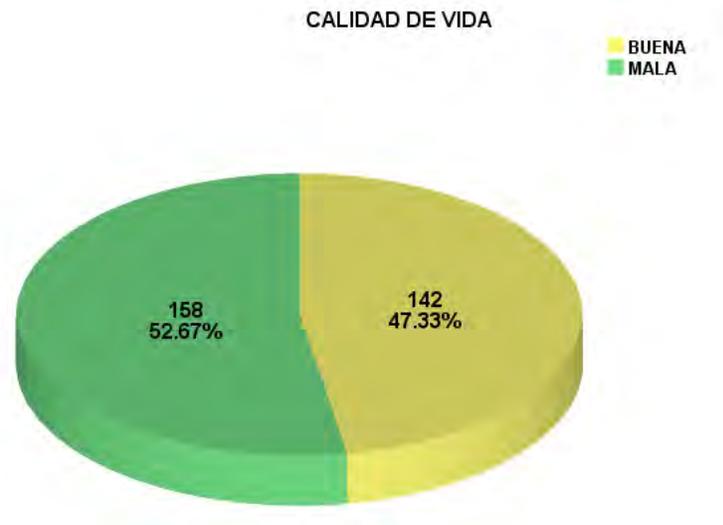
4.



Gráfica 5. Rango pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.



Gráfica 6. Calidad de vida pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.



Gráfica 7. Cohesión pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

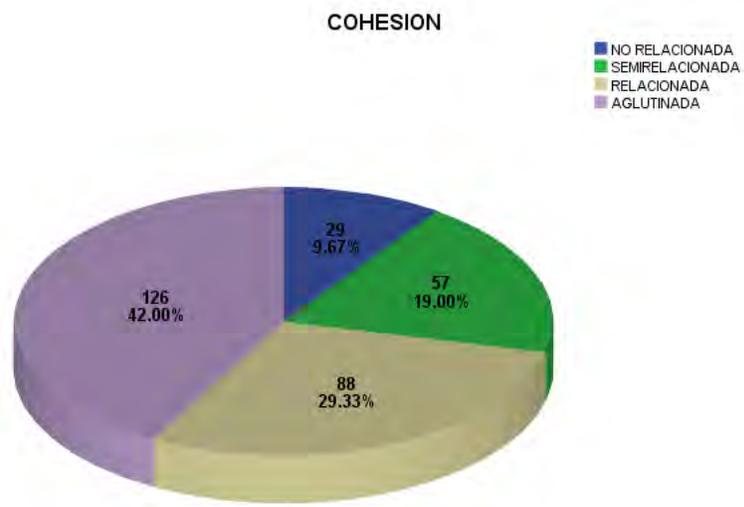


Tabla 2. Características pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

Variable	Media, Mediana	DE, RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i> *
Edad	68	6	64	89	<0.001

* Kolmogorov-Smirnov.

Gráfica 8. Edad pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

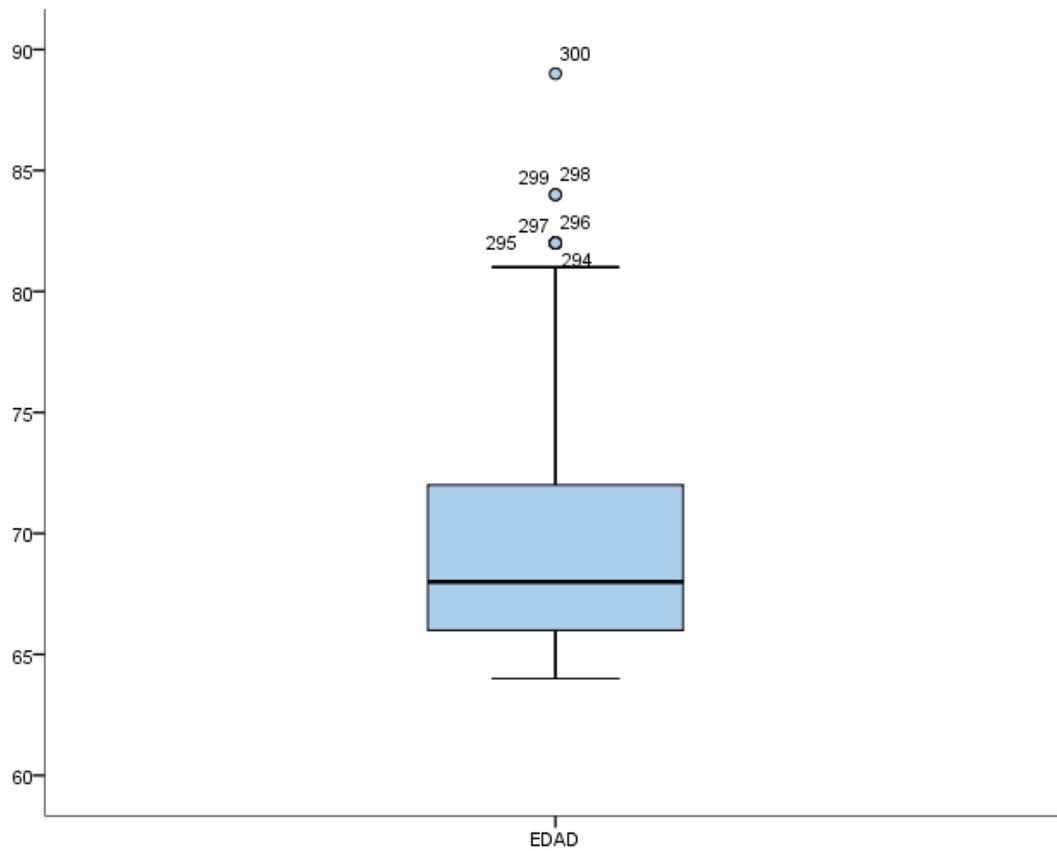


Tabla 3. Análisis bivariado de factores de riesgo asociados a la Calidad de Vida en pacientes adultos mayores de la UMF 21 Camargo, Chihuahua.

Característica	Calidad de vida		RMP	IC 95%	p*
	Buena n, (%)	Mala n, (%)			
Edad					
< 70 años	93, (65.5)	102, (64.6)	1		
70-79 años	41, (28.9)	44, (27.8)	1.01	0.78-1.32	0.792
>79 años	8,(5.6)	12,(7.6)	0.84	0.48-1.46	
Sexo					
Femenino	96,(67.6)	103,(65.2)	1.11	0.69-1.80	0.658
Masculino	46,(32.4)	55,(34.8)	1		
Estado civil					
Casado	83,(58.5)	88,(55.7)	1		
Soltero/viudo	38,(26.8)	50,(31.6)	0.89	0.67-1.18	0.404
Divorciado	8,(5.6)	12,(7.6)	0.82	0.47-1.44	
Unión libre	13,(9.2)	8,(5.1)	1.28	0.88-1.85	
Religión					
Católico	105,(73.9)	120,(75.9)	1		
No católico	29,(20.4)	34,(21.0)	0.99	0.73-1.33	0.391
Ateo	8,(5.6)	4,(2.5)	1.43	0.94-2.18	
Ocupación					
Empleado	30,(21.1)	30,(19.0)	1		
Desempleado	80,(56.3)	95,(60.1)	0.91	0.68-1.23	0.948
Jubilado/pensionado	32,(22.5)	33,(20.9)	0.98	0.69-1.40	
Depresión					
Si	35,(24.6)	53,(33.5)	0.65	0.39-1.07	0.09
No	107,(75.4)	105,(66.5)	1		
HAS					
Si	89,(62.7)	107,(67.7)	0.80	0.50-1.29	0.36
No	53,(37.3)	51,(32.3)	1		
IAM					
Si	32,(22.5)	37,(23.4)	0.95	0.55-1.63	0.856
No	110(77.5))	121,(79.6)	1		
Diabetes Mellitus					
Si	77,(54.2)	89,(56.3)	0.91	0.57-1.43	0.669
No	65,(45.8)	68,(43.0)	1		
IRC					
Si	6,(4.2)	9,(5.7)	0.73	0.25-2.11	0.560
No	136,(95.8)	149,(94.3)	1		
EVC					
Si	16,(11.3)	17,(10.8)	1.05	0.51-2.17	0.888

No	126,(88.7)	141,(89.2)	1		
Comorbilidad					
Si	132,(93.0)	153,(96.8)	0.43	0.14-1.29	0.123
No	10,(7.0)	5,(3.2)	1		
Adaptabilidad					
Rígida	12,(8.5)	21,(13.3)	0.65	0.39-1.08	0.56
Estructurada	27,(19.0)	21,(13.3)	1		
Flexible	35,(24.6)	17,(10.8)	1.20	0.87-1.64	
Caótica	68,(47.9)	99,(62.7)	0.72	0.53-0.99	
Cohesión					
No relacionada	11,(7.7)	18,(11.4)	0.70	0.42-1.15	0.07
Semirelacionada	32,(22.5)	25,(15.8)	1.03	0.76-1.39	
Relacionada	48,(33.8)	40,(25.3)	1		
Aglutinada	51,(35.9)	75,(47.5)	0.74	0.56-0.99	
Rango					
Balanceado	41,(28.9)	24,(15.2)	1		
Rango medio	58,(40.8)	54,(34.2)	0.82	0.63-1.06	0.006
Rango extremo	43,(30.3)	80,(50.6)	0.55	0.41-0.75	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ADAPTABILIDAD-COHESIÓN EN FAMILIAS CON INTEGRANTE ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA, EN LA UMF N ° 21 DEL IMSS CAMARGO CHIHUAHUA.	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	UMF no 21 Cd. Camargo NOV 2016 A MAYO 2017	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la adaptabilidad- cohesión en familias con integrante adulto mayor y su relación con la calidad de vida, en la UMF No. 21 del IMSS Camargo Chihuahua	
Procedimientos:	Se aplicara un cuestionario para determinar la adaptabilidad-cohesión familiar en el adulto mayor. FACES III y el FS 12 de calidad de vida.	
Posibles riesgos y molestias:	Los inherentes al llenado del cuestionario.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Agradecimiento por parte del investigador.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara de estos en relación a los datos particulares del paciente solicitante en el momento que lo requiera.	
Participación o retiro:	En el momento que el paciente lo requiere sin afectación de su atención médica.	
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta. Se maneja sus datos personales de manera confidencial solo para fines estadísticos	
En caso de colección de material biológico (no aplica):		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Envío a control con médico familiar.	
Beneficios al término del estudio:	Manejo interdisciplinario de la funcionalidad familiar, en caso de requerirlo.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Yaneli Gpe. Castañeda Rodríguez. 648 107 9683 y Dra. Nidia Chávez Ochoa tel. 648-107-24-03	
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: comisioneticainv@gmail.com	

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

Clave: R-2016-802-34

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

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				

INSTRUMENTO DE MEDICION PARA CALIDAD DE VIDA (SF-12)

Por favor pregunte al entrevistado y conteste cada pregunta marcando la respuesta, como se le indica. Si tiene dudas para contestar, por favor marque la opción más cercana a la respuesta.

1. En general usted diría que su salud es: (marque solo un número)

EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
1	2	3	4	5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto? (Marque solo un numero)

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Actividades moderadas mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol o beisbol.	1	2	3

3. Al subir varias escaleras. ¿Le perjudica la salud mucho, un poco o en nada? (Marque solo un numero).

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

4. Durante el último mes, ha usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (Marque solo un numero).

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

5. Durante el último mes a usted tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (Marque solo un numero)

	SI	NO
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	1	2

6. Durante el último mes ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (Como sentirse deprimido o ansioso). (Marque solo un número).

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

7. Durante el último mes ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional? (Como sentirse deprimido o ansioso). (Marque solo un número).

	SI	NO
Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre	1	2

8. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes? (Marque solo un numero).

NINGUN DOLOR	MUY POCO	POCO	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO
1	2	3	4	5	6

9. Durante el último mes ¿Cuánto el dolor ha dificultado su trabajo normal (Incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? (Marque solo un numero).

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor de la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

10. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido tranquilo (a) y sereno (a)	1	2	3	4	5	6

11. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido con mucha energía	1	2	3	4	5	6

12. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido descorazonado (a) y melancólico (a)	1	2	3	4	5	6

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ADAPTABILIDAD-COHESIÓN EN FAMILIAS CON INTEGRANTE ADULTO MAYOR, DE LA UMF N ° 21 DEL IMSS CAMARGO CHIHUAHUA.



Nombre: _____ Fecha: _____

Numero de afiliación: _____ edad: _____ Consultorio ____ M V

Marque con una X el lugar que corresponda.

1.	femenino	
2.	masculino	

1.	Empleado	
2.	Desempleado	
3.	Jubilado/pensionado	

1.	Casado	
2.	Soltero viudo	
3.	Divorciado	
4.	Unión libre	

1.	Depresión	
2.	hipertensión arterial sistémica	
3.	Infarto agudo al Miocardio	
4.	Diabetes Mellitus II	
5.	Insuficiencia renal crónica	
6.	Embolia (EVC).	
7.	otras	
8.	Ninguna	

1.	Católico	
2.	No católico	
3.	Ateo	

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	

Por favor pregunte al entrevistado y conteste cada pregunta marcando la respuesta, como se le indica. Si tiene dudas para contestar, por favor marque la opción más cercana a la respuesta.

1. En general usted diría que su salud es: (marque solo un número)

EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
1	2	3	4	5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto? (Marque solo un numero)

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Actividades moderadas mover una mesa, barrer,	1	2	3

trapear, lavar, jugar futbol o beisbol.			
---	--	--	--

3. Al subir varias escaleras. ¿Le perjudica la salud mucho, un poco o en nada? (Marque solo un numero).

ACTIVIDADES	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

4. Durante el último mes, ha usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (Marque solo un numero).

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

5. Durante el último mes a usted tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (Marque solo un numero)

	SI	NO
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	1	2

6. Durante el último mes ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (Como sentirse deprimido o ansioso). (Marque solo un número).

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

7. Durante el último mes ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional? (Como sentirse deprimido o ansioso). (Marque solo un número).

	SI	NO
Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre	1	2

8. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes? (Marque solo un numero).

NINGUN DOLOR	MUY POCO	POCO	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO
1	2	3	4	5	6

9. Durante el último mes ¿Cuánto el dolor ha dificultado su trabajo normal (Incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? (Marque solo un numero).

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor de la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

10. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido tranquilo (a) y sereno (a)	1	2	3	4	5	6

11. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido con mucha energía	1	2	3	4	5	6

12. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Se ha sentido descorazonado (a) y melancólico (a)	1	2	3	4	5	6