



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC
ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO

“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA, EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMyM, EN UN PERIODO DE 4 MESES”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. FRANCISCO JAVIER MONTAÑO ALMAZÁN.

ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO

2015



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.

**“PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE
VIDA, EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR
ISSEMyM EN UN PERIODO DE 4 MESES”**

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

PRESENTA

DR. FRANCISCO JAVIER MONTAÑO ALMAZAN

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA, EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMyM, EN UN PERIODO DE 4 MESES”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. FRANCISCO JAVIER MONTAÑO ALMAZÁN

AUTORIZACIONES:



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSEMyM



M en C RICARDO FLORES OSORIO

JEFE DE INVESTIGACIÓN Y
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC

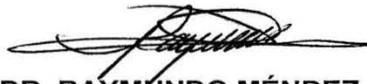
“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA, EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMyM, EN UN PERIODO DE 4 MESES”.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

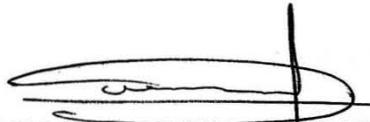
PRESENTA:

M.C. FRANCISCO JAVIER MONTAÑO ALMAZÁN

A U T O R I Z A C I O N E S



DR. RAYMUNDO MÉNDEZ SÁNCHEZ
DIRECTOR DE CENTRO MÉDICO
ISSEMYM ECATEPEC



DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
JEFE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC

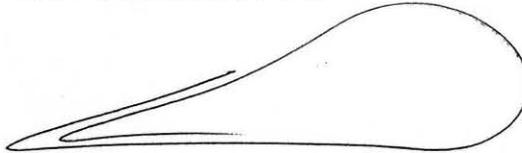
**PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE
SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA EN LA CLINICA DE
CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMyM, EN UN PERIODO DE 4
MESES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C.FRANCISCO JAVIER MONTAÑO ALMAZAN

AUTORIZACIONES:

A handwritten signature in black ink, consisting of a long, sweeping horizontal stroke that curves upwards and then loops back to the left, ending in a small hook.

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA,
U.N.A.M
ASESOR DE TESIS

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen.....	7
Introducción.....	8
Marco teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	33
Justificación.....	35
Hipótesis.....	37
Objetivos.....	37
Metodología.....	38
Tipo de estudio.....	38
Población Lugar y Tiempo.....	38
Criterios de Selección.....	38
Criterios de inclusión.....	38
Criterios de no inclusión.....	38
Criterios de eliminación.....	39
Operacionalización de las variables.....	40
Método para captar la información.....	40
Plan de elaboración, análisis e interpretación de la información....	41
Consideraciones éticas.....	42
Consentimiento informado.....	42
Resultados.....	43
Tablas y gráficas.....	43
Análisis e interpretación de los resultados.....	43
Discusión.....	58
Conclusiones.....	59
Sugerencias.....	61
Referencia Bibliográfica.....	62
Anexos.....	64

TITULO: “PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA, EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMYM, EN UN PERIODO DE 4 MESES”.

Autor. Francisco Javier Montaña Almazán.

Introducción: Las enfermedades crónicas degenerativas tienen un papel importante en el desarrollo de una función familiar y calidad de vida adecuada. El envejecimiento y aumento de la demografía de los adultos mayores, da pie a realizar estudios en búsqueda de disminuir la comorbilidad, y enfermedades crónicas, mejorando la calidad de vida y función familiar.

Objetivo general: Conocer la percepción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 de su funcionalidad familiar y su calidad de vida en la clínica de consulta externa Ecatepec Sur ISSEMYM en un periodo de 4 meses.

Metodología: Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, y prospectivo, en la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur ISSEMYM, en un periodo de 4 meses de marzo a junio de 2014. Se encuestó a 80 pacientes adultos mayores, con un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, ambos sexos, previo consentimiento informado se les aplicó el cuestionario de funcionamiento familiar de Atri y Zetune y el cuestionario de calidad de vida de whoqol-Bref. Con muestreo no probabilístico por cuota.

Resultados: De las 80 personas encuestadas el sexo masculino predominó con un porcentaje de 55%, en relación con el sexo femenino con un 45%. Por lo que corresponde a la edad se encontró una media de 68.8, una mediana de 68.88, una moda de 68, y una desviación estándar de 5.63, con un mínimo de 60 y un máximo de 89. Se encontró una calidad de vida aceptable en un 75% y una funcionalidad familiar en un 70%.

Conclusiones: Tener una buena calidad de vida tiene una relación importante con la funcionalidad familiar. El adecuado control de enfermedades crónico degenerativo tiene una repercusión importante en la calidad de vida y funcionalidad familiar.

Sugerencias: Dar un abordaje integral al adulto mayor, mejorar el ámbito psicosocial mediante una identificación oportuna con un manejo holístico. Así como disminuir la comorbilidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y repercusión en las complicaciones.

Introducción

El crecimiento poblacional de los adultos mayores ha sido significativo en las últimas décadas. A nivel mundial se ha observado que varios países, incluido México, se encuentran en transición demográfica y están expuestos a un acelerado proceso de envejecimiento, aunado al incremento de la esperanza de vida promedio de la población.

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialectico entre soma y psique. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud enfermedad, como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y éstas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica donde se evidencia la relación entre lo biológico y lo social.

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica degenerativa consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los que el estilo de vida y el funcionamiento familiar juegan un papel fundamental.

Identificar la calidad de vida y la funcionalidad familiar, son prioridad para el médico familiar, ya que algunos de sus componentes se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 o cambiar su historia natural.

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como, los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la funcionalidad familiar y la calidad de vida, de los individuos como factor priorizado para entender y proteger la salud, especialmente de los grupos más vulnerables, entre ellos los adultos mayores.

2.- MARCO TEORICO

FAMILIA.

DEFINICION DE FAMILIA.

Para la Organización Mundial de la Salud, La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella. (15)

La familia tiene una relación originaria, auto producido, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales o colectivos, o de su mezcla. (15)

TIPOLOGIA FAMILIAR

1. En base a su estructura:

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, como lo son los tíos, primos, yernos y cuñados.
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

2. En base a su desarrollo:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su integración:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones.
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4. En base a su demografía:

- Urbana.
- Rural.
- Suburbana.

5. En base a su ocupación:

- Campesina, obrera, empleada, profesional, comerciante. (15)

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Se han dado varias definiciones sobre sistema, para cuestiones de este trabajo adoptaremos la de Von Bertalanffy que dice que es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida; o conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos. (15)

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. (15)

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace. (15)

El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la familia será más sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetra, más peligro de enfermedad. (15)

DINAMICA FAMILIAR

La familia está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, como las que presentan las diversas organizaciones sociales, los cambios históricos y los conflictos de valores debidos principalmente a las diferencias étnicas, religiosas y de clase social. Estos factores han jugado un papel esencial en el modo en que la familia ha vivido y experimentado su evolución de vida. (7)

La familia debe poseer los recursos necesarios para evitar el pánico en una situación de crisis o de atención familiar, por lo que autores como Angell menciona la identificación de dos conceptos primarios que están relacionados con la interacción del grupo familiar: la integración y la adaptabilidad. (7)

Por dinámica familiar se entiende al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. Para poder comprender en toda la extensión de la palabra lo que implica la dinámica familiar se debe considerar: la familia como sistema, como grupo y la comunicación en la familia. Además es necesario entender el papel individual de cada miembro de la familia, principalmente a través del estudio de los roles familiares, crisis familiares y liderazgo. (7)

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionalidad. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (8)

La funcionalidad familiar saludable posibilita a la familia a cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar: la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la

promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital y educación para la convivencia social. (8)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El Ciclo Vital de la Familia es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. (15)

El Ciclo Vital de la Familia se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. Cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno. (14)

Es entendido también como un proceso de crecimiento y maduración. La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros, padres, hijos y familiares de la pareja que interactúan constantemente. (15)

El Ciclo Vital de la Familia ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al Médico Familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la orientación anticipada. (15)

El Modelo del ciclo vital familiar de Duvall: es uno de los más conocidos y utilizados al igual que el modelo de Geyman.(15)

Ciclo Vital Familiar De Duvall.

Para este autor el ciclo familiar se divide en VIII etapas que a continuación mencionamos.

En la Etapa I el ciclo inicia con el comienzo de la familia, aquí la familia se forma, también conocido como nido sin usar, La Etapa II, son las familias con hijos, inicia desde que nace el primer hijo y es considerada hasta que el hijo mayor cumple los 30 meses. En la Etapa III; la familia tiene hijos preescolares, el hijo mayor tiene entre 30 meses y 6 años de edad. En la Etapa IV la Familia tiene hijos escolares, y el hijo mayor tiene entre 6 y 13 años de edad. En la Etapa V la Familia tiene hijos adolescentes, el hijo mayor tiene entre 13 y 20 años de edad. En la Etapa VI son las Familias como plataforma de colocación, inicia desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último. La Etapa VII son las Familias maduras, inicia desde el nido vacío hasta la jubilación. La Etapa VIII son Familias ancianas, desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos. Con esto se concluye el ciclo vital de Duvall. (15)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. (5)

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

En cualquier sociedad del mundo, la familia es la unidad organizacional más pequeña con que se cuenta, tanto para la producción como para el consumo de necesidades familiares y sociales. Estas necesidades que se deben cubrir al interior de una familia, se pueden considerar al tomar en cuenta los tres factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que el trabajo a desarrollar para cumplir

con estas funciones debe ser amplio y variado, y se necesita de la participación de todos los miembros de la familia para poderlas realizar. La familia moderna presenta dentro de sus funciones particulares las siguientes: (4)

Socialización.

La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño, en un determinado periodo de tiempo, en un ser capaz de tener una actuación completa, así como una plena actuación social; esto incluye el desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales, además del desarrollo individual de la personalidad, sin olvidar la transmisión de sus tradiciones y su cultura social. (4)

Cuidado.

Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia, esto implica proporcionar casa, alimento, vestido, o sea, cubrir las necesidades materiales de la familia. (4)

Afecto.

Esta función está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, lo que incluye el proporcionar amor, cariño, ternura, preocupación. (4)

Reproducción.

Antes se consideraba a la reproducción como una función más, ya que su objetivo era el de proveer de nuevos miembros a la sociedad y dejaba los aspectos de sexualidad enfocados exclusivamente a la función reproductora de la madre. La familia es un medio en el cual sus elementos aprenden, expresan e interpretan los componentes de la sexualidad, entendida ésta como un área muy amplia en la cual los factores sociales, biológicos y psicológicos se conjuntan y determinan cada familia. (4)

Estatus.

La familia socializa dentro de un nivel o clase social, la cual le permite transmitir aspiraciones, anhelos, tradiciones, su herencia sociocultural, además de sus expectativas según este nivel o clase social. El estatus o nivel sociocultural incluye factores económicos, educacionales y ocupacionales. (4)

SALUD Y FAMILIA

En 1948 la ONU estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y el de su familia. Definió de manera general que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección. Este concepto fue ampliado en 1978 en la reunión de Alma Ata, donde se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo. (11)

El hombre, el ser más evolucionado de la escala biológica, es paradójicamente el más desvalido e incapaz de subsistir por sí mismo, ya que para lograrlo necesita depender de su relación con otros seres humanos. (11)

La salud familiar está condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia. (11)

La familia como grupo adquiere una entidad diferente a la entidad de la simple suma de sus componentes. La familia no solo es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, sino también un excelente recurso para mantener y preservar ese derecho esencial del hombre y la sociedad que es la salud. (11)

EL ADULTO MAYOR

Según la organización panamericana de la salud, se define con o adulto mayor a las personas con 60 años o más. (6)

En México, el censo del año 2010, indica que el 6.3% de la población correspondía a adultos mayores; de acuerdo con las proyecciones se espera que para el año 2050 la proporción aumente a 28%. (1).

El inicio de la edad adulta es una etapa de equilibrio funcional donde el crecimiento termina y el individuo debe alcanzar su mayor desarrollo físico e incluso intelectual. El envejecimiento se define como el resultado de procesos biológicos de decadencia, donde factores genéticos, ambientales y psicosociales, así como sus interacciones, influyen en el grado y la velocidad a la que se presenta. (3)

Es importante destacar que la situación social a la que se enfrentan los adultos mayores es desfavorable, debido a que una gran proporción de ellos vive en pobreza y abandono ya por viudez, débiles redes de apoyo social por la muerte de amigos y familiares, carencia de un rol social activo, la hostilidad y la falta de recreación, origina problemas psicológicos como la depresión y el deterioro cognitivo, lo cual favorece que tengan más exposición a los determinantes de la enfermedad, al respecto la OMS reporta que los problemas mentales afectan a más de 350 millones de personas en el mundo y la mayoría vive en los países en desarrollo, se espera que para el año 2030 la depresión sea la enfermedad de mayor prevalencia en el mundo, superando a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer, por lo anterior se considera necesario abordar integralmente la problemática de salud en los ancianos. (4)

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: El normal, el patológico y el exitoso. Se entiende que es un envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles, biológico, psicológico y social, que lo llevan incluso hasta la muerte. En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se

observan una serie de ganancias, y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias. (11)

DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus tipo 2 es considerado un problema de salud pública mundial; el sobrepeso y la obesidad son los factores de riesgo más importantes, asociados con inactividad física y alimentación inadecuada. (16)

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por niveles elevados de glucosa sanguínea, o sea, hiperglucemia. Hay 4 tipos de Diabetes Mellitus, a) Diabetes Mellitus tipo 1; b) Diabetes Mellitus tipo 2; c) Diabetes Gestacional y d) otros tipos de Diabetes Mellitus, tales como: defectos genéticos de las células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, lesiones pancreáticas, endocrinopatías, Diabetes Mellitus inducida por drogas o químicos y otros síndromes genéticos algunas veces asociadas con Diabetes Mellitus. (17)

La Diabetes Mellitus tipo 2, representa el 90 a 95% de todos los pacientes con Diabetes Mellitus y hasta la fecha, los investigadores clínicos consideran que la etiología específica no es conocida. (17)

Sin embargo existen estudios en donde se señala que la causa primaria de la Diabetes Mellitus tipo 2 es de origen isquémico, ocurrido en los núcleos hipotalámicos anteriores, provocando hiper excitación de las vías parasimpáticas ascendentes y del eje HPA, y así, incrementando los niveles sanguíneos de glucosa, lípidos y acumulación de tejido adiposo, siendo este último el principal responsable de la resistencia a la insulina y de hiper insulinemia. Por el contrario, un trasplante de epiplón puede revascularizar esta zona isquémica, así como las áreas circundantes. (17)

Por otro lado, los hallazgos histopatológicos encontrados en el páncreas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 sugieren, también, que son causados por isquemia, la cual provoca una deficiencia crónica y progresiva en la secreción de insulina. Una transposición de epiplón sobre el páncreas sería lo más indicado para revascularizar a los islotes y proporcionarle células madre omentales. (17)

DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR.

Quizá el principal factor de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2 sea la herencia y la falta de un control preventivo en edades más tempranas, generalmente en los adultos mayores encontramos a la Diabetes Mellitus tipo 2 con las manifestaciones tardías de la misma, en donde otros factores de riesgo como la obesidad y la dieta juegan un papel ya no de primer orden, pero adquieren relevancia el uso indiscriminado de medicamentos como diuréticos, agonistas adrenérgicos, beta bloqueadores, esteroides, AINES, cafeína, nicotina, alcohol, difenilhidantoina, entre otros. La incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en el adulto mayor se incrementa notoriamente. El 50% de todos los sujetos mayores de 65 años del mundo presentan Diabetes Mellitus tipo 2 en los Estados Unidos de América la incidencia es del 18% de los ancianos, mientras que en México tiene un incremento anual de 41.1% entre toda la población, y en los adultos mayores la incidencia es del 40%, con expectativas que al finalizar el 2010, la incidencia sea del 50%, por lo que se convertirá en un problema de salud pública.(16)

En el adulto mayor y conforme aumenta la edad se incrementa la morbilidad y mortalidad con aceleramiento del proceso del envejecimiento, incremento del tejido adiposo por envejecimiento además de leptina y alteraciones en la amilina, esto incrementan los niveles de glucosa posprandial en los adultos mayores y del síndrome de resistencia a la insulina. (16)

Existen algunos estudios en donde se demuestra que los niveles de glucosa aumentan con la edad, pero hasta últimas fechas se ha encontrado él porque de dichos cambios, se presenta glucotoxicidad que incrementa la morbilidad, con la

diuresis osmótica que lleva al paciente a la deshidratación, predisposición a la enfermedad de Alzheimer, hipertensión arterial, infecciones, menor tolerabilidad de las sulfonilureas y disminución de la calidad de vida.

Generalmente evoluciona en forma asintomática entre la población de ancianos, y en muchas de las ocasiones, lo que observamos son manifestaciones relacionadas con las complicaciones, nefropatía o retinopatía, sin embargo es frecuente encontrar pacientes en estado hiperosmolar, con glicemia superior a 500 mg, hipernatremia, delirium, elevación de azoados y la presencia de un poseso infeccioso generalmente pulmonar o de vías urinarias. (16)

La presencia de la triada de polidipsia, poliuria, polifagia casi nunca es observada, sin embargo encontramos sujetos que refieren no ser los de antes, anorexia y pérdida de peso inexplicable, hipodipsia, disminución de agudeza visual, trastornos mentales, propensión a caídas, depresión, hipoglicemia en ocasiones refractaria al tratamiento, disfunción eréctil, infecciones por candida, hipotensión postural, neuropatía autonómica, y grandes problemas sociales y familiares. El laboratorio es la principal arma para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus, ya que mostrara elevación de la glicemia, pero hay que observar algunos criterios en las cifras para poder diagnosticar adecuadamente a un sujeto añoso.

CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Este concepto debe tener en cuenta todas y cada una de aquellas dimensiones a las que el ser humano se encuentra expuesto, como lo son las áreas: física y mental, el entorno cultural y social, entre otros. (2).

La calidad de vida es un concepto que utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto

de la salud médica y asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político.
(7)

En la evaluación de la calidad de vida, debe reconocerse que el concepto es multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.(9)

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.

El conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida y, con ello, cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los ancianos es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan. Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer, bien o mal, depende de los grandes márgenes fijados por el contexto social de los mismos individuos que envejecen. (7)

En el caso de los adultos mayores cuando el nivel de calidad de vida no es elevado, la persona mayor presentará deficiencia en todas las áreas. Así, en el área cognitiva, cuando el contexto no es estimulante, cuando las capacidades cognitivas se van usando cada vez menos se va produciendo una pérdida gradual.
(9)

En el área motivacional y emocional, cuando la persona carece de apoyo tanto formal como informal, cuando no está integrada a la sociedad, cuando la persona no está satisfecha con el trato que recibe o siente que no tiene control sobre su vida, se produce un descenso de la autoestima y el auto concepto generándose de esta forma un sentimiento de inutilidad y dependencia. En lo relativo al estado físico, el hecho de no ejercitar las funciones que aún poseen, conlleva al deterioro de éstas e incluso al dolor físico. (9)

La gran mayoría de los adultos mayores coincide es en que la familia es un pilar fundamental de la calidad de vida. Existen estudios que demuestran que es en la pareja donde los mayores encuentran su soporte incondicional. La viudez tiene un impacto muy importante en la calidad de vida y la sensación de soledad, y este peso se lo llevan más fuertemente las mujeres, que viven más tiempo. Pero no es el único factor la soledad comienza a aparecer como un tema relevante, probablemente por la salida de los hijos del hogar. (9)

Entre los 60 y los 75 los adultos mayores parecen haberse acomodado a esa situación, pero después de los 75 la soledad vuelve a recrudecer, posiblemente asociada a un nuevo alejamiento de los hijos, que en esa etapa están absolutamente abocados a sus familias nucleares. (9)

A medida que se aumentan los años la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía y la independencia. La autonomía está definida como la capacidad percibida de controlar, afrontar y toma de decisiones personales, acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias. La independencia está definida como la capacidad de desempeñar sus funciones relacionadas con la vida diaria. (10)

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. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. (11)

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Para que así se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar

un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad. (11)

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales. (11)

No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida. (11)

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. (11)

Sin embargo, estas medidas tendrán que tomarse a partir del conocimiento que se derive del estudio de dicho fenómeno. Por ello, la Psicología promete hacer aportaciones valiosas al estudio del comportamiento de los ancianos y de su entorno, para contribuir con intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. (11)

A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control. (11)

Se ha observado que las personas que asisten a un grupo religioso puede reflejar la pertenencia a un grupo y se contribuye a aumentar el nivel de espiritualidad, lo cual repercutiría en la calidad de vida de las personas. (11)

La calidad de vida y jubilación, se visto que los ancianos que se encontraban laborando obtuvieron mejor puntuación de calidad de vida, que aquellos que eran jubilados, lo que indica que este proceso deberá ser contemplado como un cambio importante a afrontar, donde la psicología puede proporcionar herramientas para preparar a las personas ante este acontecimiento, pues el retiro exige como condiciones especiales dicha anticipación, así como la planeación del futuro, tanto en el sentido económico, como en lo referente a la salud, nuevas actividades, planes y desarrollo de nuevas relaciones personales. (11)

La jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, pues generalmente conduce a una pérdida de estatus, reducción de redes de apoyo y disminución o pérdida de los ingresos, lo que implica una redefinición en las relaciones con todas las personas que le rodean, así como también en la manera enfrentar lo que les espera, repercutiendo en todos los niveles de la vida de la persona. (11)

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida en el adulto mayor, se destacan entre ellos:

1. Soporte social, un elemento que con frecuencia aparece relacionado de forma positiva, independientemente del tipo de estudio o de la intervención médica de que se trate.
2. Edad, sexo, condición de salud y residencia.
3. Factores socioeconómicos y escolaridad.
4. Finalmente, el estado de salud, ya que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental, como los desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos. (12)

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

Durante la década de 1990 a 1999 la organización mundial de la salud, reunió un grupo de investigadores, de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente. El primero que se desarrollo fue el WHOQOL-100. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL- BREF, que produce un perfil de calidad de vida de cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Existen validaciones de este cuestionario para adultos mayores. Motivo por el cual se ha aplicado ampliamente a este rubro de personas. (18)

Para la interpretación de este cuestionario se debe de tomar en cuenta que a mayor puntuación obtenida corresponde a mayor cantidad de atributo para cada uno de los dominios, y cuya escala de medición sería de manera ordinal, 69 y menos, 79-99, y de 100-130; para Mala, Regular y Buena calidad de vida respectivamente. (18)

Cuestionario para determinar la calidad de vida.

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no

está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA	
EDAD	
SEXO	

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

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

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

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

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

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

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

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

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

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

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

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

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

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

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

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

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

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

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
------	---------	----------	----------	------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

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

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

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

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

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

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

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

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

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

20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

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

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
------	------	-----------	---------------------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

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

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

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

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

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

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

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

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

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

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados. (8)

La funcionalidad individual en el adulto mayor se divide en tres categorías: Actividades básicas de la vida diaria. Actividades instrumentadas de la vida diaria y Actividades avanzadas de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. Las actividades instrumentadas de la vida diaria permiten una vida independiente en la comunidad. Las actividades avanzadas de la vida diaria permiten desarrollar un rol social. El deterioro de la “capacidad funcional” desde estas tres perspectivas, es frecuentemente motivo de estudio. Sin embargo, la traspolación de los resultados reportados de una población a otra, suele ser imposible, dado que el punto de corte para definir a una persona como adulto mayor, difiere según el nivel de desarrollo del país en cuestión. (8)

En México, 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. (13)

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. (20)

El cuestionario fue elaborado a partir del Modelo Mc Master de Funcionamiento Familiar. Se generó un banco de 200 reactivos con base en este marco teórico, se realizó una primera selección de reactivos, utilizando como criterio la claridad y pertinencia con la escala y quedaron 151 reactivos distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de Resolución de Problemas, 25 al área de Comunicación, 26 al área de Roles, 25 al área de Respuestas Afectivas, 22 al área de involucramiento Afectivo y 28 al área de Control de Conducta. (20)

Éstos se repartieron a 20 expertos para efectuar la validación por jueces, quienes eligieron los 10 reactivos más significativos de cada una de las seis dimensiones, los cuales se repartieron aleatoriamente para formular el cuestionario original. (20)

El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar es del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5). Acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1). (20)

En base a esto se tiene una validez y confiabilidad que se requiere para la percepción de la funcionalidad familiar. (20)

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar. A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una x el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1).

1	Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre	1	2	3	4	5

	todos.					
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema, me paraliza.	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi Familia	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5

27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de Salud Pública y socioeconómico a nivel mundial, debido al creciente incremento en la prevalencia, en México se espera que en los próximos 25 años, alcanzará los 11.7 millones.

Es una enfermedad crónica degenerativa consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los que el estilo de vida y el funcionamiento familiar juegan un papel fundamental.

Identificar la calidad de vida y la funcionalidad familiar, son prioridad para el Médico Familiar, ya que algunos de sus componentes se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 o cambiar su historia natural.

En numerosas investigaciones se ha demostrado como la calidad de vida influye de manera importante, en el adecuado control de la Diabetes Mellitus tipo 2, y si además, se cuenta con una familia funcional puede llevar a un buen apego al tratamiento.

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como, los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la funcionalidad familiar y el estilo de vida, de los individuos como factor priorizado para entender y proteger la salud, especialmente de los grupos más vulnerables, entre ellos los adultos mayores.

La importancia de realizar este estudio radica en que el Médico Familiar debe centrar la atención en los adultos mayores, ya que la población mexicana

experimenta un cambio en la composición estructural, caracterizado por un aumento en este grupo etario en relación al resto de la población.

El adulto mayor que cursa con Diabetes Mellitus tipo 2, es un individuo que se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre en busca de apoyo a los integrantes de la familia, cuya respuesta influirá positiva o negativamente en el curso clínico de su enfermedad, aunado a su relación con el estilo de vida en la adopción o no de hábitos saludables.

Por lo tanto, es importante conocer ¿Cuál es la percepción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 de su funcionalidad familiar y su calidad de vida en la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur ISSEMyM en un periodo de 4 meses?

4.- JUSTIFICACIÓN.

En México La Diabetes Mellitus tipo 2 tiene un crecimiento exponencial importante, siendo actualmente no solo un problema de Salud Pública si no también repercute en el ámbito socioeconómico, debido al creciente incremento en la prevalencia, en México se espera que en los próximos años aumente considerablemente.

En estados unidos se estima que la mitad de los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, son mayores de 60 años. Se calcula una prevalencia de 20% para los hombres y 15 % para las mujeres en los mayores de 65 años.

En México la prevalencia oscila entre 20 y 22% siendo la principal causa de muerte ligada a enfermedades cardiovasculares.

La interacción de la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor es importante para un adecuado control de la Diabetes Mellitus tipo 2, repercutiendo directamente en su salud.

Identificar la calidad de vida y la funcionalidad familiar, son prioridad para el Médico Familiar, ya que algunos de sus componentes se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 o cambiar su historia natural.

En numerosas investigaciones se ha demostrado como la calidad de vida influye de manera importante, en el adecuado control de la Diabetes Mellitus tipo 2, y si además, se cuenta con una familia funcional puede llevar a un buen apego al tratamiento.

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como, los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con

el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la funcionalidad familiar y la calidad de vida, de los individuos como factor priorizado para entender y proteger la salud, especialmente de los grupos más vulnerables, entre ellos los adultos mayores.

La importancia de realizar este estudio radica en que el Médico Familiar debe centrar la atención en los adultos mayores, ya que la población mexicana experimenta un cambio en la composición estructural, caracterizado por un aumento en este grupo etario en relación al resto de la población.

El adulto mayor que cursa con Diabetes Mellitus tipo 2, es un individuo que se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre en busca de apoyo a los integrantes de la familia, cuya respuesta influirá positiva o negativamente en el curso clínico de su enfermedad, aunado a su relación con el estilo de vida en la adopción o no de hábitos saludables.

5.- HIPOTESIS:

De trabajo:

La calidad de vida y la funcionalidad familiar son adecuadas en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

6.- OBJETIVO GENERAL:

Conocer la percepción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 de su funcionalidad familiar y su calidad de vida en la clínica de consulta externa Ecatepec Sur ISSEMYM en un periodo de 4 meses.

7.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Conocer la percepción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 de su funcionalidad familiar en los siguientes rubros:

- a. Por género.
- b. Por grupo de edad.

2.- Conocer la percepción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 de su calidad de vida en los siguientes rubros:

- a. Por género.
- b. Por grupo de edad.

3.- Conocer la proporción de la calidad de Vida con respecto a la funcionalidad familiar en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

8- MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de estudio: El presente es un estudio analítico, prospectivo, transversal, observacional.

9. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se realizó en la Clínica consulta externa Ecatepec Sur ISSEMyM, la cual se encuentra ubicada en la avenida Pichardo Pagaza No 70 Col Fuentes de Aragón, Ecatepec, Estado de México.

Se estudió a una población urbana de adultos mayores considerados como las personas que tengan 60 años y más con Diabetes Mellitus tipo 2, adscritos a la unidad de estudio.

10.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyen en el estudio a 80 voluntarios a conveniencia.

11. CRITERIOS DE SELECCIÓN

11.1.- CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Adultos mayores diabéticos tipo 2.
- b) Derechohabientes de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur ISSEMYM.
- c) Sin complicaciones tardías, (enfermedad renal crónica, retinopatía diabética).
- d) Que acepten firmar el consentimiento informado.

11.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Con alteraciones cognitivas (Demencia, retraso psicomotor).

12.- CRITERIOS DE ELIMINACION.

- a) Pacientes que durante el estudio pierdan su vigencia de derechos.
- b) Abandono voluntario del protocolo de estudio.
- c) Pacientes que durante el periodo de aplicación de los instrumentos fallezcan.
- d) Con cedula de encuesta incompleta o mal llenada.

13.- INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICION	FUENTE	ANALISIS
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Características fenotípicas del sujeto	Definición operacional no aplicable, ya que su definición conceptual es obvia y compartida. La variable se evalúa empíricamente.	1.-Masculino 2.-Femenino	Censo nominal	Grafica
Funcionalidad Familiar	Cualitativa Nominal Dicotómica	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital de la familia y las crisis por las que atraviesa	Aplicación del instrumento para la recolección de datos y, análisis de los criterios utilizados para evaluar la funcionalidad	1.-Funcionalidad 2.-Disfuncionalidad	Cuestionario Escala de Evaluación Familiar de Atri y Zatune	Grafica
Calidad de vida	Cualitativa Ordinal.	La percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses	Aplicación del instrumento para la recolección de datos y, análisis de los criterios utilizados para evaluar la calidad de vida	1.-Buena 2.-Regular 3.-Mala	Cuestionario WHOQOL-BREF	Grafica
Adulto Mayor	Cualitativa Ordinal	Personas de 60 años y mas	Personas en la senectud	1.-60-64 años 2.-65-69 años 3.-70-74 años 4.-75-79 años 5.-80 y mas	Censo nominal	Grafica
Diabetes Mellitus Tipo 2	Cualitativa Nominal Dicotómica	Elevación de la glucemia en ayuno de por lo menos 8 hrs, mayor a 126 mg dl	Enfermedad metabólica	1.- Presente 2.- Ausente.	Censo nominal	Grafica

14.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se dio a conocer el protocolo a las autoridades de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur Issemym en Ecatepec, Estado de México, informando la metodología y los pormenores del mismo, así como se solicitó la autorización a las mismas para el desarrollo del estudio.

Se informa al personal de enfermería, médico, paramédico y administrativo, sobre el envío de los pacientes al consultorio número 2, de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, de manera aleatoria, con la finalidad de la aplicación de los cuestionarios de calidad de vida y funcionalidad familiar, firmando previamente el consentimiento informado correspondiente.

Se elaboró la prueba piloto a un grupo de 15 personas que asistieron a consulta de medicina familiar, seleccionados al azar, dichos pacientes no están incluidos en la etapa de recolección definitiva.

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación y enseñanza Centro Medico Issemym Ecatepec Folio PICME051; Se llevó a cabo un estudio analítico, prospectivo, transversal, observacional, con medición de encuestas en una población de 80 adultos mayores de 60 años y más, mismos que acudieron a consulta externa en el consultorio 2, de la clínica de consulta externa Ecatepec sur, en ambos turnos de mazo a junio del 2014. Los cuestionarios aplicados son los de la escala de funcionamiento familiar de Atri y Zetune, y el cuestionario de calidad de vida en los adultos mayores de Whoqol-bref.

Plan de elaboración, análisis e interpretación de la información.

La recopilación de la información se sometió a una revisión y codificación, se interpretó el instrumento que permitió realizar el tamizaje el cual será responsabilidad del investigador, con el objeto de disminuir la variabilidad, disminuir el sesgo y lograr un mejor control sobre la calidad de datos.

Procesamiento de datos; se realiza la captura y para el análisis de los datos se empleó el paquete de Microsoft office para Windows.

Análisis estadístico; se aplicó las determinaciones simples de frecuencia y porcentajes.

Interpretación de los resultados; los resultados obtenidos se representan mediante tablas y graficas.

15.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.

CONFIDENCIALIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki, de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989. La presente investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación ética y se encuentra establecido en las normas e instructivos internacionales. Antes del inicio del estudio el protocolo fue sometido a comité local de investigación.

16.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes del inicio del estudio se informará a los participantes acerca de la investigación y se les pedirá su consentimiento para participar si lo desea.

Además de solicitar su autorización, se informará al c. director de la unidad médica en donde se realizará el estudio de los resultados del presente estudio, así mismo se realizarán acciones educativas en los individuos detectados con disfuncionalidad familiar y su calidad de vida.

17.-RESULTADOS

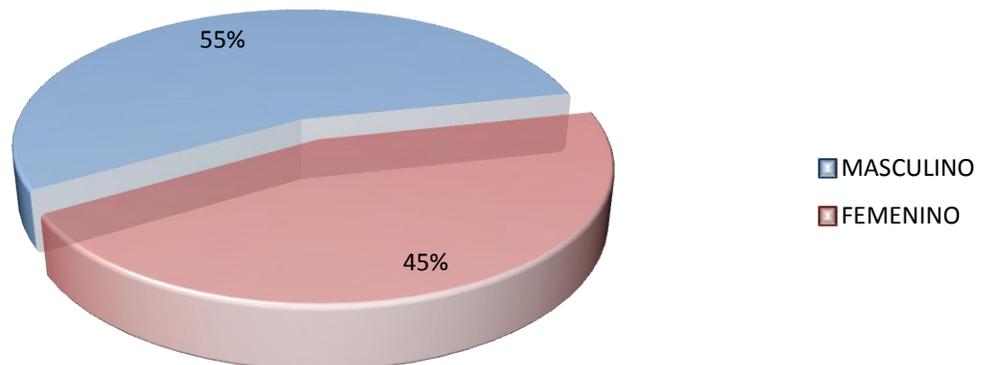
Los resultados obtenidos de la investigación realizada en 80 pacientes adultos mayores portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, de ambos sexos, que acudieron a consulta externa de medicina familiar de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur, en un periodo de cuatro meses, se encontró que, el 55 % correspondió al sexo masculino y 45% correspondió al sexo femenino. (Así como se observa en la tabla No 1 y grafica No 1). Por lo que corresponde a la edad se encontró una media de 68.8, una mediana de 68.88, una moda de 68, y una desviación estándar de 5.63, con un mínimo de 60 y un máximo de 89.

TABLA 1.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 por sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MASCULINO	44	55%	55%
FEMENINO	36	45%	100%
TOTAL	80	100%	

GRAFICA 1.- Porcentaje de adultos mayores, portadores de diabetes mellitus tipo 2 por sexo.

ADULTOS MAYORES AMBOS SEXOS, PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.



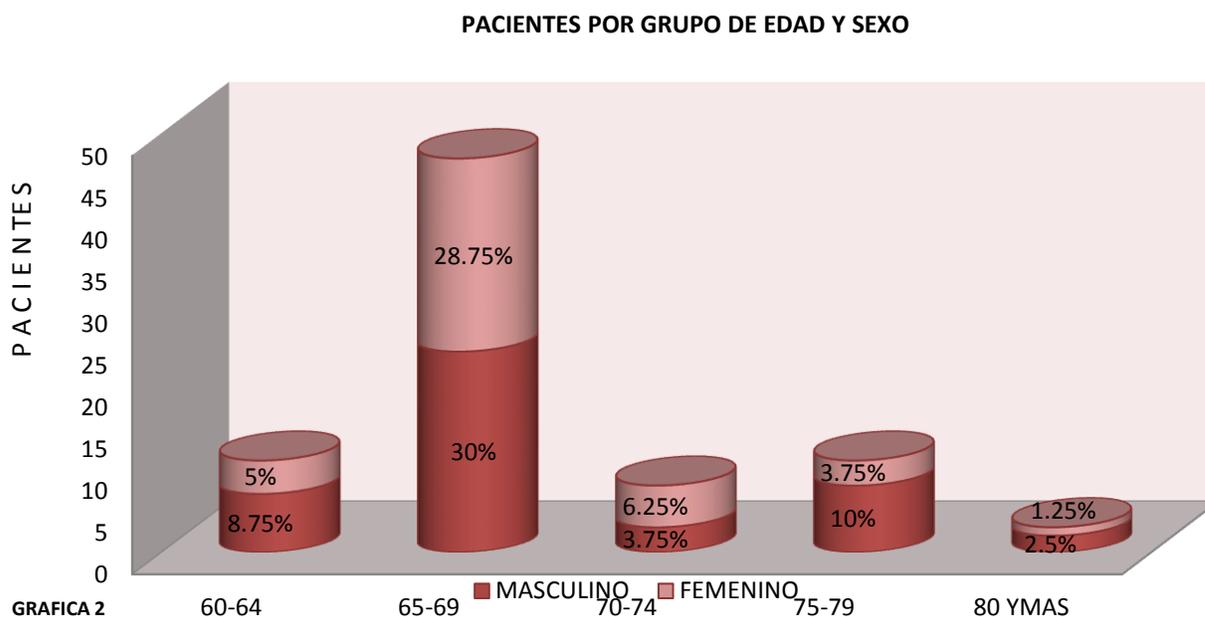
GRAFICA 1

En cuanto al grupo de edad se encontró, un mayor número de pacientes en el rango de edad de 65 a 69 años de edad, con un 58.75% (Así como se observa en la tabla No 2 y grafica No 2)

TABLA 2.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 por grupo de edad.

GRUPO DE EDAD AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
60-64	11	13.75%	13.75%
65-69	47	58.75%	72.5 %
70-74	8	10%	82.5%
75-79	11	13.75%	96.25%
80Y MAS	3	3.75%	100%
TOTAL	80	100%	

GRAFICA 2.- Pacientes adultos mayores, portadores de diabetes mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.



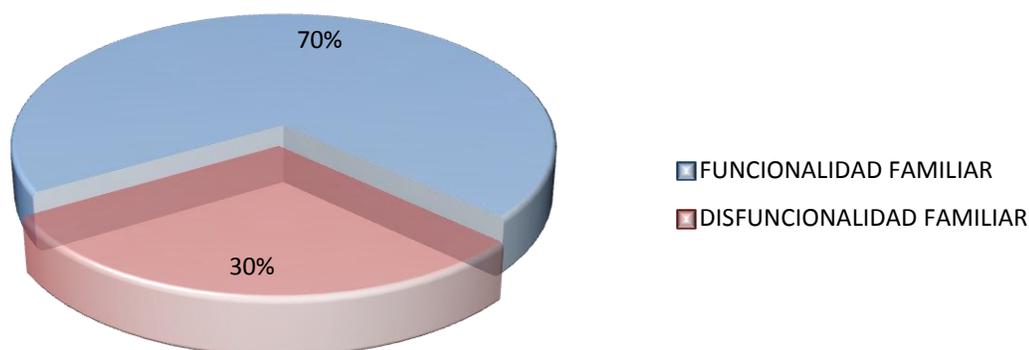
La percepción de los pacientes en cuanto a una funcionalidad familiar fue del 70% y la disfuncionalidad familiar se presentó en un 30%. (Así como se observa en la Tabla No 3 y grafica No 3).

TABLA 3.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2, con su funcionalidad y disfuncionalidad familiar.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
FUNCIONALIDAD	56	70%	70%
DISFUNCIONALIDAD	24	30%	100%
TOTAL	80	100%	

GRAFICA 3.- Pacientes con funcionalidad y disfuncionalidad familiar en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR



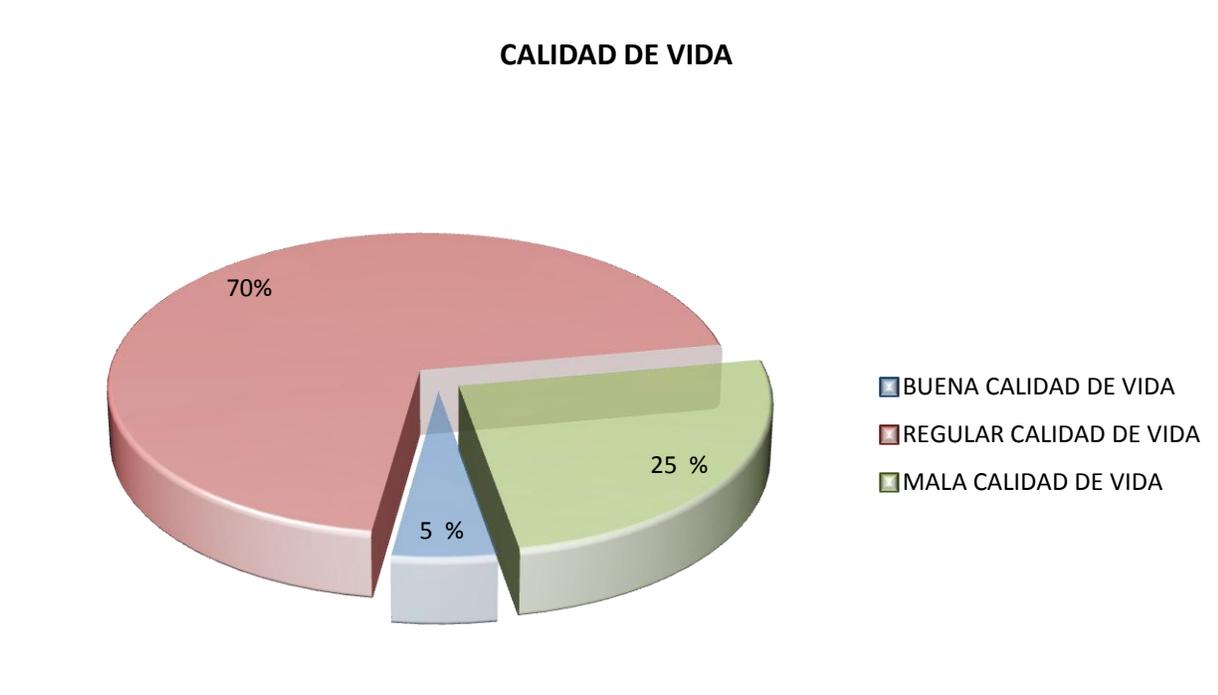
GRAFICA 3

La percepción de los pacientes en cuanto a su buena calidad de vida fue del 5%, la regular calidad de vida en un 70% y la mala calidad de vida se presentó en un 25% (Así como se observa en la tabla No 4 y Grafica No 4)

TABLA 4.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2, con respecto a su calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENA	4	5%	5%
REGULAR	56	70%	75%%
MALA	20	25%	100%
TOTAL	80	100%	

GRAFICA 4.- Calidad de vida en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2.



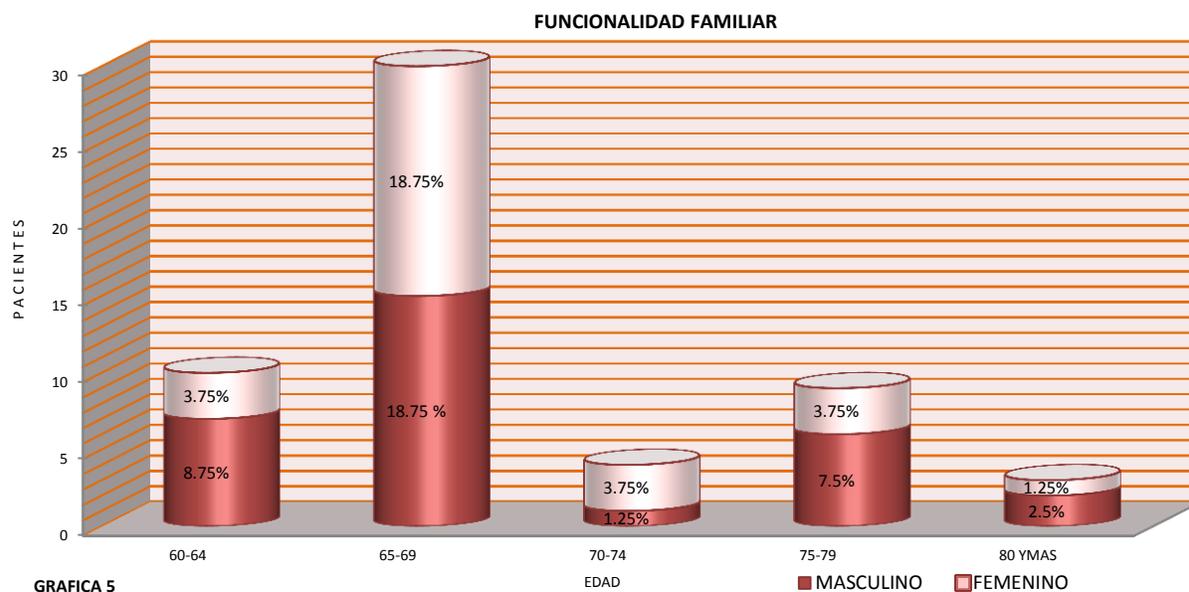
GRAFICA 4

La percepción de los pacientes en cuanto a su funcionalidad se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un porcentaje del 37.5% (Así como se observa en la tabla 5 y grafica 5).

TABLA 5.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 con respecto a su funcionalidad y disfuncionalidad familiar, por grupos de edad.

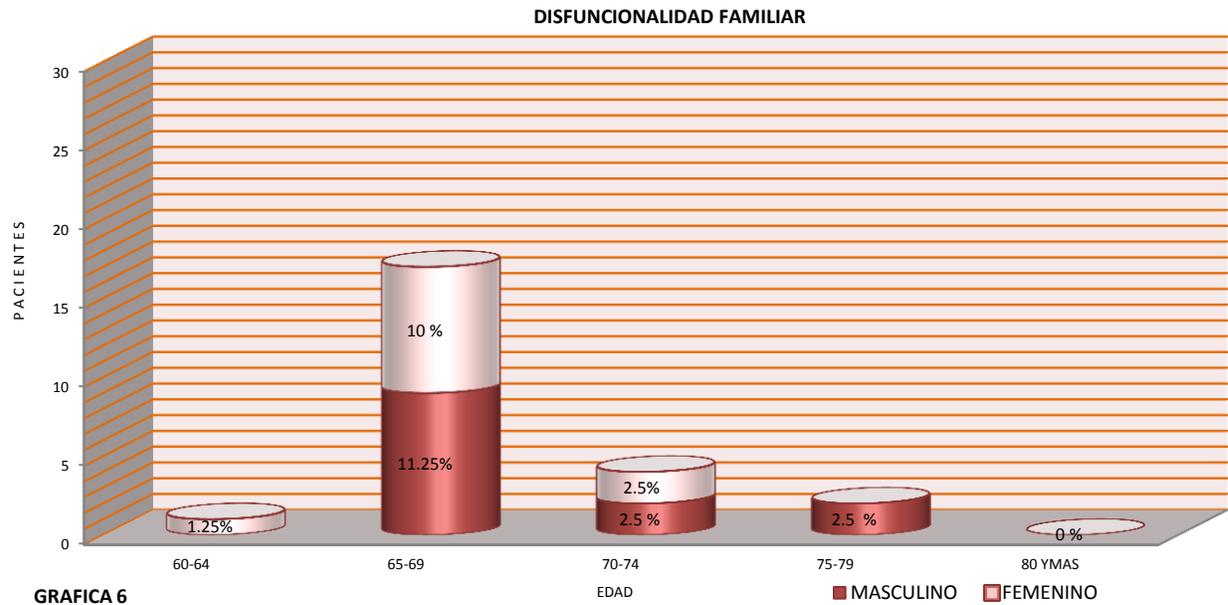
GRUPOS DE EDAD	CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR		CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR		PORCENTAJE ACUMULADO
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
60-64	10	12.5%	1	1.25%	13.75%
65-69	30	37.5%	17	21.25%	72.5 %
70-74	4	5%	4	5%	82.5%
75-79	9	11.25%	2	2.5%	96.25%
80Y MAS	3	3.75%	0	0%	100%
TOTAL	56	70%	24	30%	

GRAFICA 5.- Porcentaje de funcionalidad familiar en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 por grupos de edad.



La percepción de los pacientes en cuanto a su disfuncionalidad familiar se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad, con un porcentaje de 21.25% (Así como se observa en la tabla 5 y grafica 6).

GRAFICA 6.- Porcentaje de disfuncionalidad familiar en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 por grupo de edad.

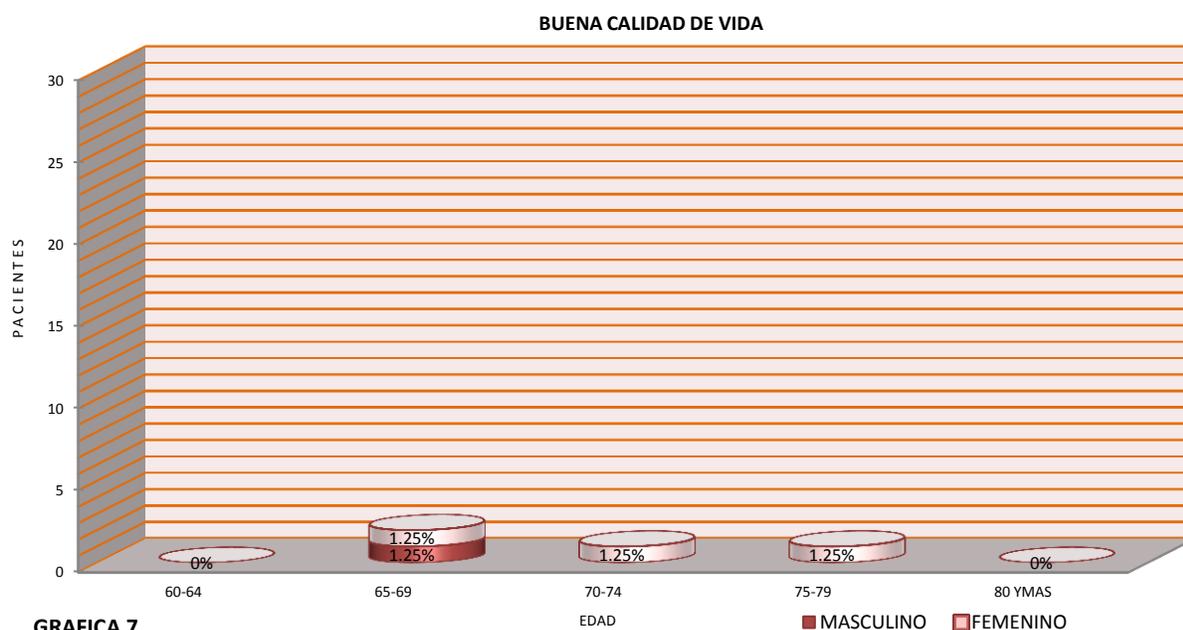


La percepción de los pacientes en cuanto a su buena calidad de vida se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un 2.5% (Así como se observa en la tabla 6 y Grafica 7).

TABLA 6- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2, respecto a su calidad de vida.

GRUPOS DE EDAD	BUENA CALIDAD DE VIDA		REGULAR CALIDAD DE VIDA		MALA CALIDAD DE VIDA		PORCENTAJE ACUMULADO
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
60-64	0	0%	6	7.5%	4	5%	12.5%
65-69	2	2.5%	32	40%	13	16.25%	71.25%
70-74	1	1.25%	6	7.6%	2	2.5%	82.6%
75-79	1	1.25%	9	11.25%	1	1.25%	96.35%
80Y MAS	0	0%	3	3.75%	0	0%	100%
TOTAL	4	5%	56	70%	20	25%	

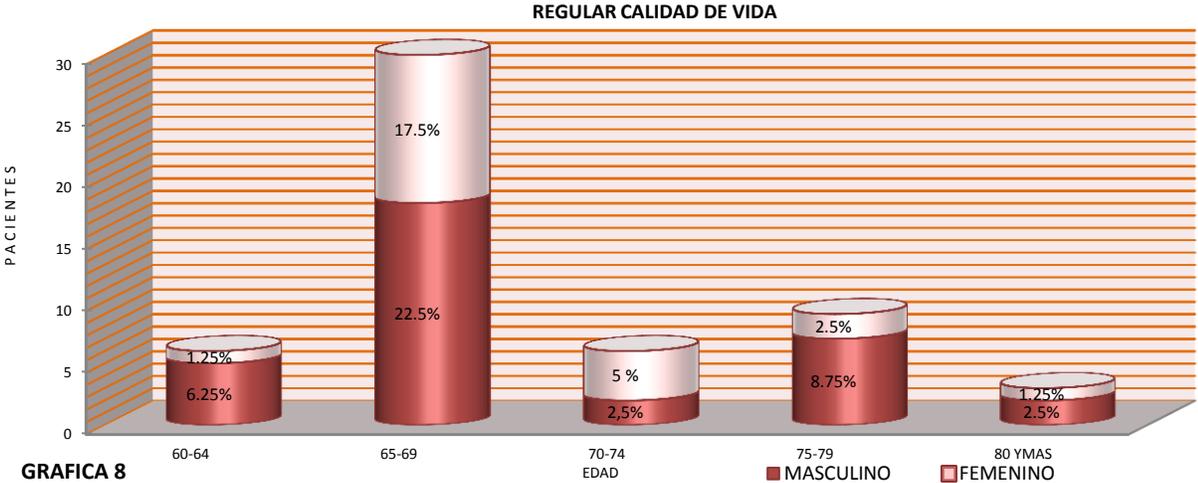
GRAFICA 7.- Porcentaje de los adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 con respecto a una percepción de buena calidad de vida, por grupo de edad.



GRAFICA 7

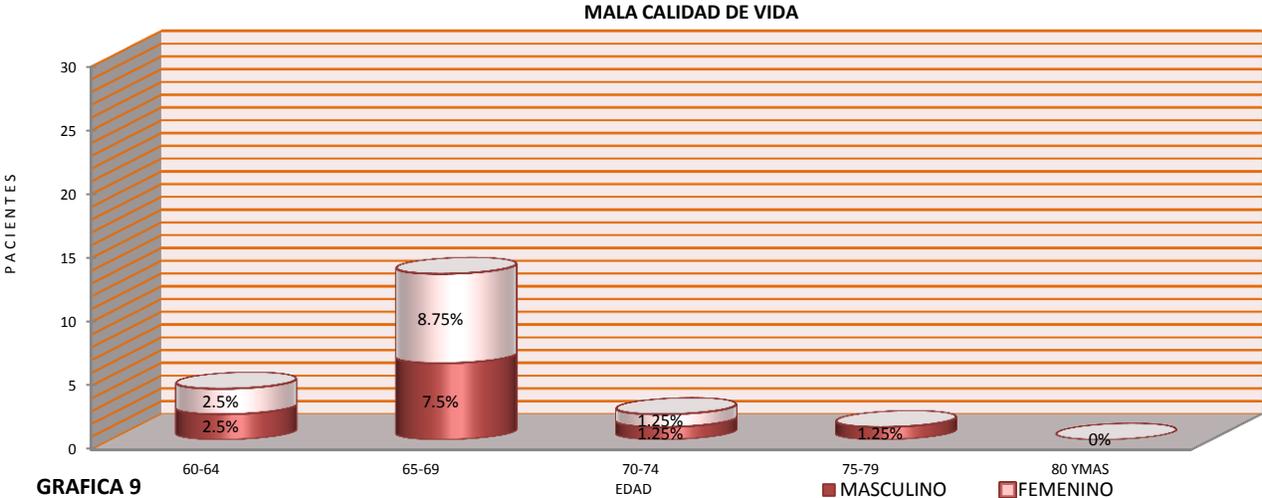
La percepción de los pacientes en cuanto a su regular calidad de vida se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un 40% (Así como se observa en la tabla 6 y Grafica 8)

GRAFICA 8.- Porcentaje de los adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 con respecto a una percepción de una regular calidad de vida.



La percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un 16.25% (Así como se observa en la tabla 6 y Grafica 9).

GRAFICA 9.- Porcentaje de los adultos mayores portadores de diabetes mellitus tipo 2 con respecto a una percepción de una mala calidad de vida.

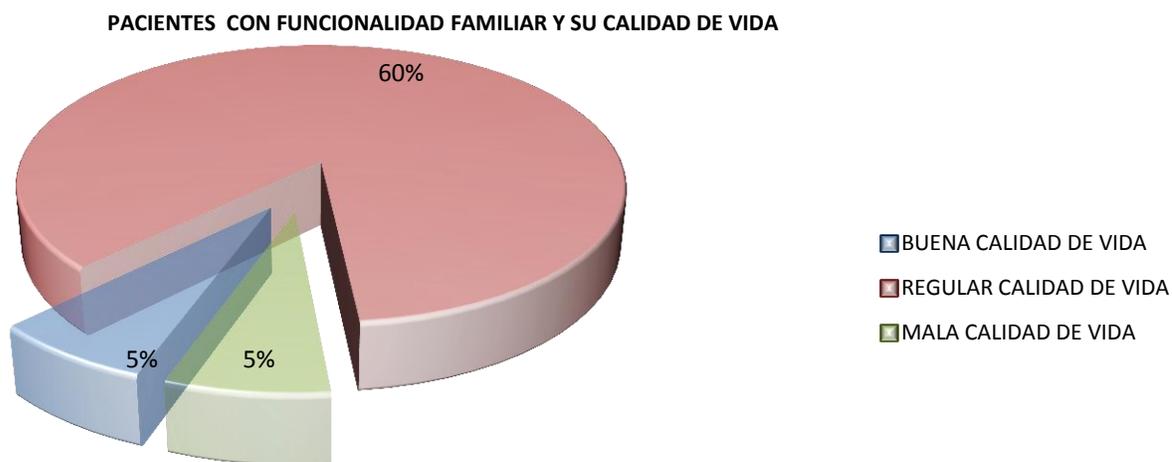


La percepción de los pacientes con funcionalidad familiar en cuanto a su calidad de vida, se encontró que el 60 % tienen una buena calidad de vida, el 5% con regular calidad de vida y en un 5% una mala calidad de vida (Así como lo muestra la tabla 7 y grafica 10).

TABLA 7.- Frecuencia y porcentaje de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, funcionalidad familiar y disfuncionalidad familiar con respecto a su calidad de vida.

GRUPOS DE EDAD	BUENA CALIDAD DE VIDA		REGULAR CALIDAD DE VIDA		MALA CALIDAD DE VIDA		PORCENTAJE ACUMULADO
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
FUNCIONALIDAD	4	5%	48	60%	4	5%	70%
DISFUNCIONALIDAD	0	0%	8	10%	16	20%	100%
TOTAL	4	5%	56	70%	20	25%	100%

GRAFICA 10.- Pacientes con funcionalidad familiar y la percepción de su calidad de vida.

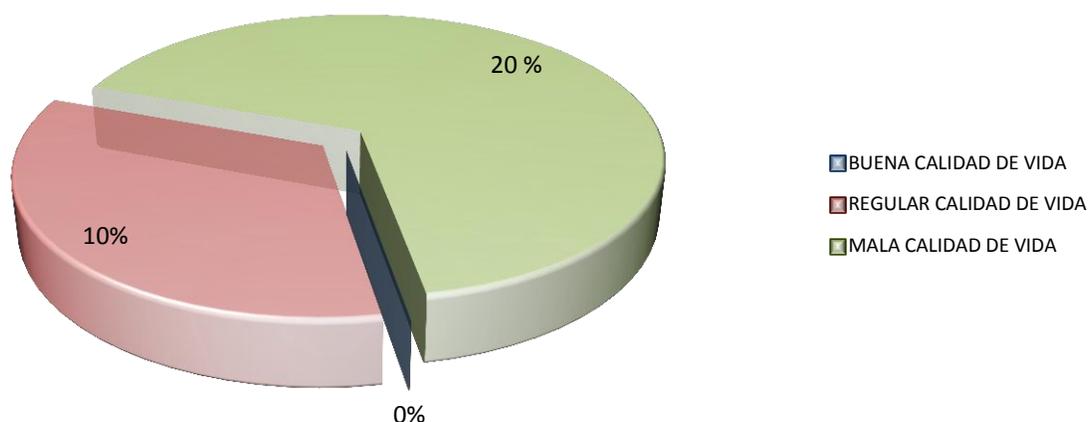


GRAFICA 10

La percepción de los pacientes con disfuncionalidad familiar en cuanto a su calidad de vida, se encontró que el 0 % tienen una buena calidad de vida, el 10% con regular calidad de vida y en un 20% una mala calidad de vida (Así como lo muestra la tabla 7 y grafica 11).

GRAFICA 11.- Pacientes con disfuncionalidad familiar y la percepción de su calidad de vida.

PACIENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA



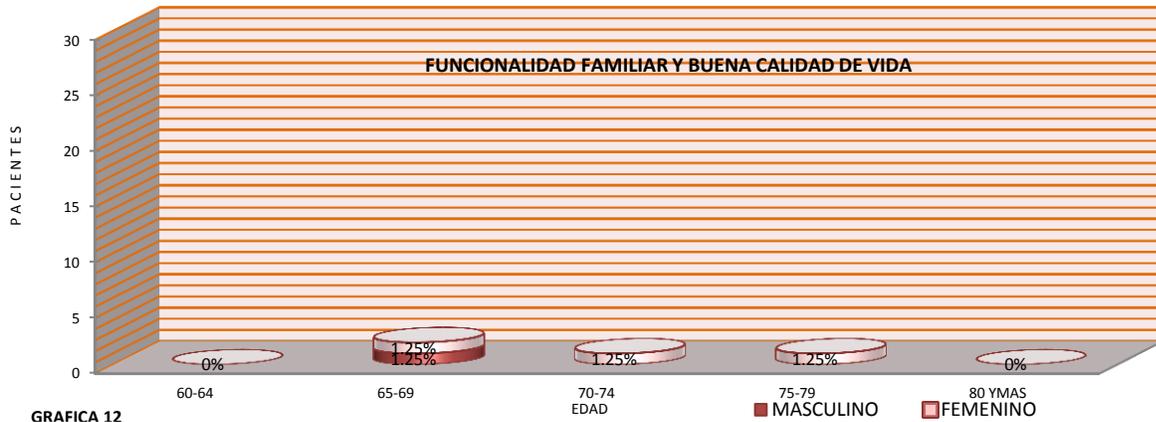
GRAFICA 11

Se encontró que los pacientes con funcionalidad familiar y una buena calidad de vida fue mayor en el grupo de edad de 65 a 69 años con un 2.5%. (Así como lo muestra la tabla 8 y grafica 12).

TABLA 8.- Frecuencia y porcentaje de pacientes con funcionalidad familiar con respecto a su calidad de vida, por grupos de edad.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD CON RESPECTO A SU CALIDAD DE VIDA							
GRUPOS DE EDAD	BUENA CALIDAD DE VIDA		REGULAR CALIDAD DE VIDA		MALA CALIDAD DE VIDA		PORCENTAJE ACUMULADO
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
60-64	0	0%	6	7.5%	3	3.75%	11.25%
65-69	2	2.5%	27	33.75%	1	1.25%	48.75%
70-74	1	1.25%	4	5%	0	0%	55 %
75-79	1	1.25%	8	10%	0	0%	66.25%
80Y MAS	0	0%	3	3.75%	0	0%	70%
TOTAL	4	5%	48	60%	4	5%	

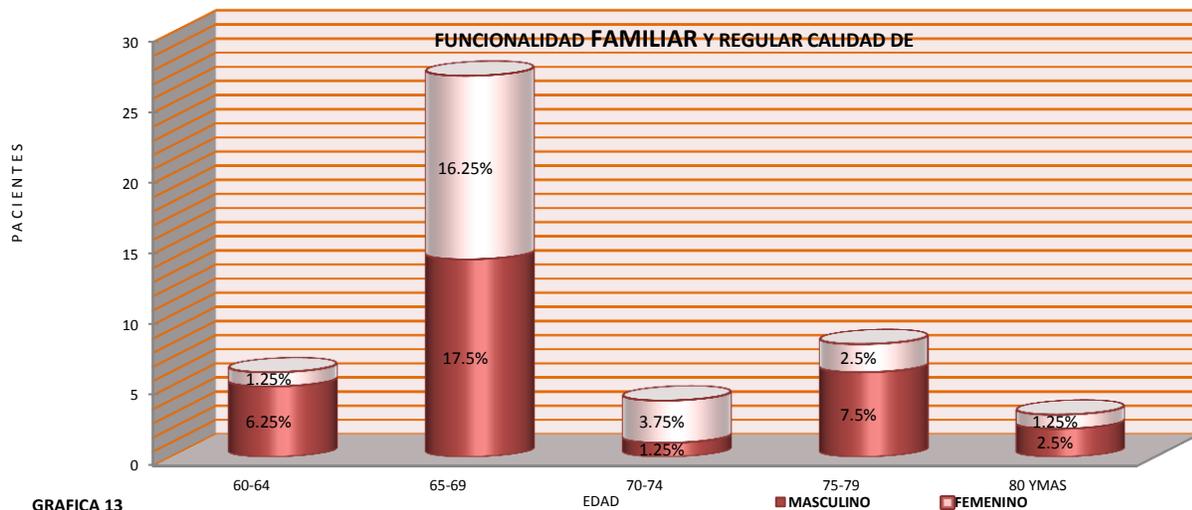
GRAFICA 12.- Pacientes con funcionalidad familiar y una buena calidad de vida, por grupos de edad.



GRAFICA 12

Se encontró que los pacientes con funcionalidad y una regular calidad de vida fue mayor en el grupo de edad de 65 a 69 años con un 33.75%. (Así como lo muestra la tabla 8 y grafica 13).

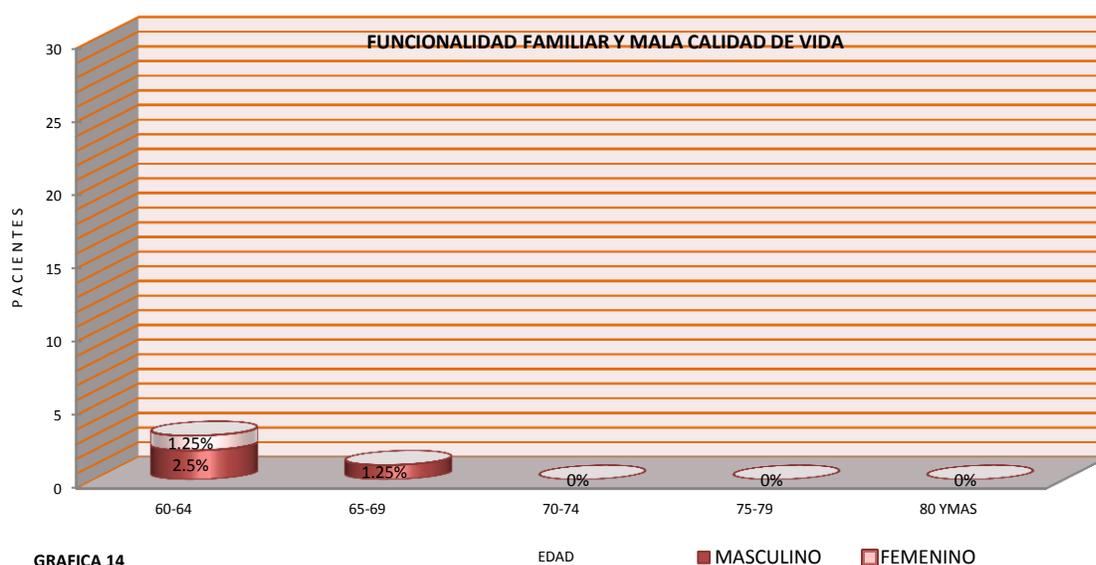
GRAFICA 13.- Pacientes con funcionalidad familiar y una regular calidad de vida, por grupos de edad.



GRAFICA 13

Se encontró que los pacientes con funcionalidad y una mala calidad de vida fue mayor en el grupo de edad de 60 a 64 años con un 3.75%. (Así como lo muestra la tabla 8 y grafica 14).

GRAFICA 14.- Pacientes con funcionalidad familiar y una mala calidad de vida, por grupos de edad.



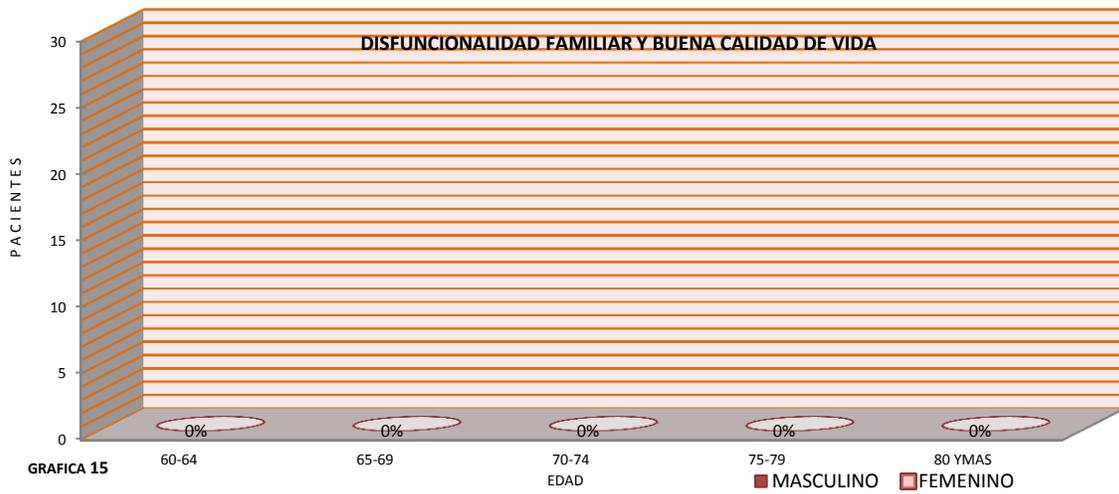
GRAFICA 14

No se encontró pacientes con disfuncionalidad familiar y una buena calidad de vida, con un 0%. (Así como lo muestra la tabla 9 y grafica 15).

TABLA 9.- Frecuencia y porcentaje de pacientes con disfuncionalidad familiar con respecto a su calidad de vida, por grupos de edad.

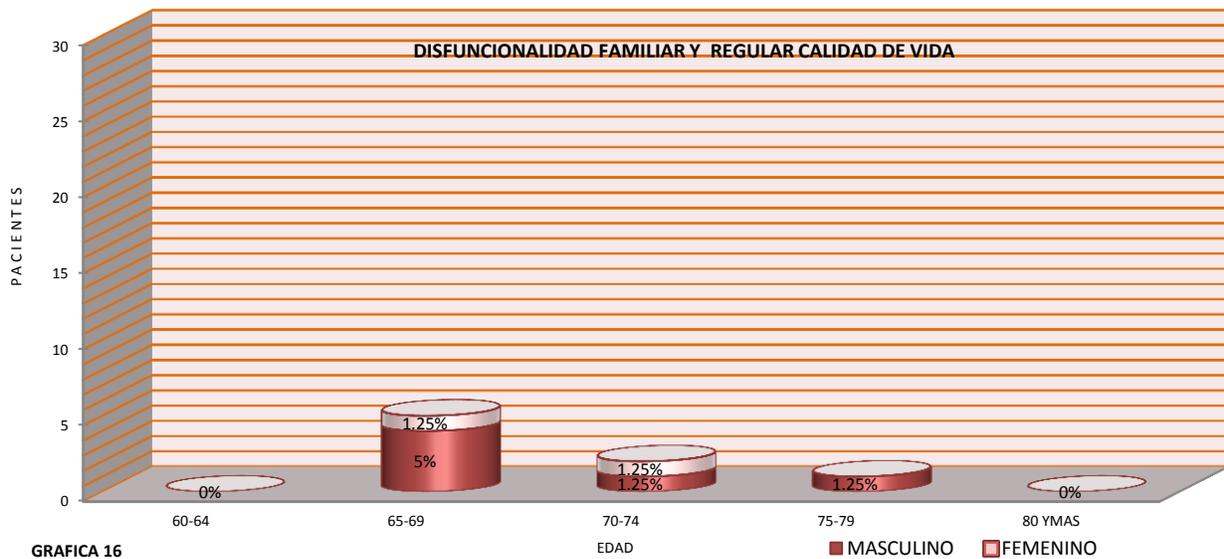
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD CON RESPECTO A SU CALIDAD DE VIDA							
GRUPOS DE EDAD	BUENA CALIDAD DE VIDA		REGULAR CALIDAD DE VIDA		MALA CALIDAD DE VIDA		PORCENTAJE ACUMULADO
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
60-64	0	0%	0	0%	1	1.25%	1.25%
65-69	0	0%	5	6.25%	12	15%	22.5%
70-74	0	0%	2	2.5%	2	2.5%	27.5 %
75-79	0	0%	1	1.25%	1	1.25%	30%
80Y MAS	0	0%	0	0%	0	0%	
TOTAL	0	0%	8	10%	16	20%	

GRAFICA 15.- Pacientes con disfuncionalidad familiar y una buena calidad de vida, por grupos de edad.



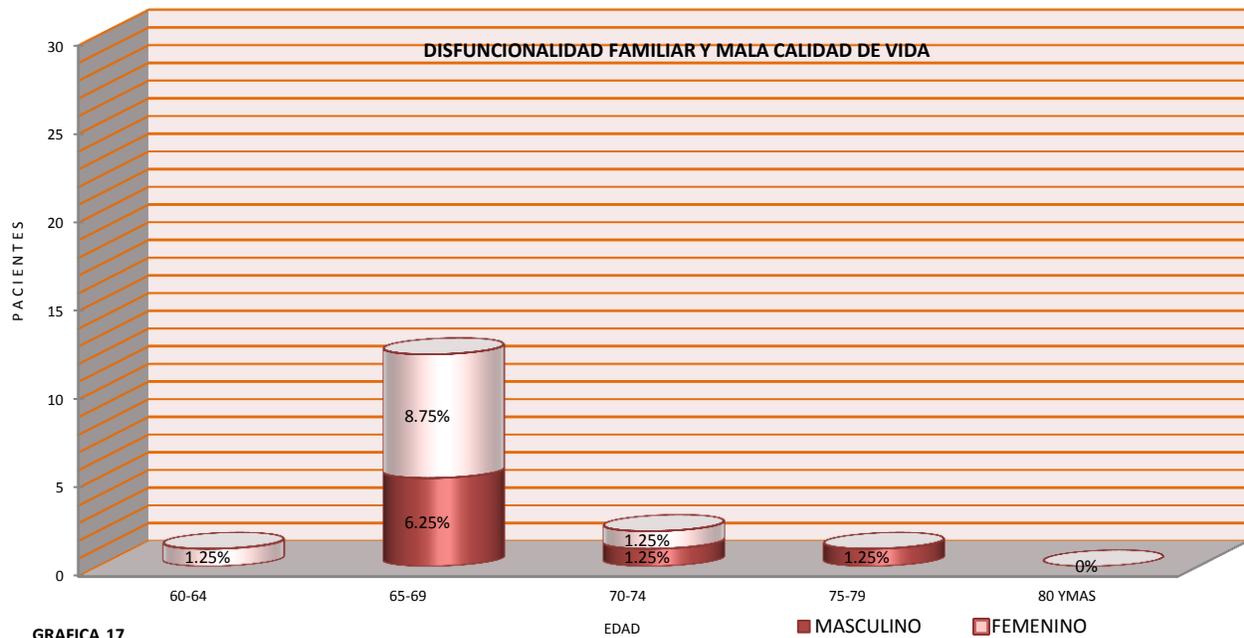
Se encontró que los pacientes con disfuncionalidad familiar y una regular calidad de vida fue mayor en el grupo de edad de 65 a 69 años con un 6.25%. (Así como lo muestra la tabla 9 y grafica 16).

GRAFICA 16.- Pacientes con disfuncionalidad familiar y una regular calidad de vida, por grupos de edad.



Se encontró que los pacientes con disfuncionalidad familiar y una mala calidad de vida fueron mayores en el grupo de edad de 65 a 69 años con un 15%. (Así como lo muestra la tabla 9 y grafica 17).

GRAFICA 17.- Pacientes con disfuncionalidad familiar y una mala calidad de vida, por grupos de edad.



GRAFICA 17

Se puede demostrar que existe una relación entre una buena calidad de vida y funcionalidad familiar con una chi cuadrada de tendencia de 7.812 y una p menor de 0.5.

18.-DISCUSION

En nuestros resultados encontramos que la mayoría de los adultos mayores, tuvieron una calidad de vida aceptable, con un 75% del total de los pacientes y estos resultados difieren de lo reportado en la literatura, como lo descrito por Montanet, quien encontró que los pacientes adultos mayores tienen una buena calidad de vida en un 57.2%. (21). Con una diferencia del 17.8 % probablemente esta diferencia se deba a la muestra utilizada en cada estudio, pudiendo dar un sesgo mayor comparado con el estudio en mención, o posiblemente la diferencia pueda deberse a que los cuestionarios aplicados no sean contestados verídicamente como se sugiere en un inicio de la encuesta.

También encontramos que la mayoría de los adultos mayores que participaron en el estudio fueron en una edad promedio de 68.8 años de edad y estos resultados son similares a lo reportado en la literatura como lo descrito por Montanet, en el cual la mayoría de los pacientes que participaron fueron en edad promedio de 70 años (21).

Se observó que la mayoría de los pacientes de nuestro estudio fueron del sexo masculino con un 55%, y estos resultados son similares a los reportados en la literatura, como lo descrito por Montanet, el cual encontró que la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino con un 57.1% (21).

En cuanto a la funcionalidad familiar encontramos en nuestro estudio que el 70% de los adultos mayores estudiados tienen funcionalidad familiar, y estos resultados son compatibles con lo encontrado en la literatura, tal y como lo describe García, el cual encontró que la funcionalidad familiar en los adultos mayores es de un 69%. (22).

19.- CONCLUSIONES.

La percepción de los pacientes en cuanto a una funcionalidad familiar fue del 70% y la disfuncionalidad familiar se presentó en un 30%.

La percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida fue del 5%, regular calidad de vida en un 70% y la mala calidad de vida se presentó en un 25%.

La percepción de los pacientes en cuanto a su funcionalidad se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un porcentaje del 37.5%.

La percepción de los pacientes en cuanto a su disfuncionalidad familiar se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad, con un porcentaje de 21.25%.

La percepción de los pacientes en cuanto a su buena calidad de vida se encontró con mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años de edad con un 2.5%.

La percepción de los pacientes con funcionalidad familiar en cuanto a su calidad de vida, se encontró que el 60 % tienen una buena calidad de vida, el 5% con regular calidad de vida y en un 5% una mala calidad de vida.

En cuanto al género se encontró un mayor número de pacientes del sexo masculino en un 55%.

Una familia que tiene funcionalidad familiar, tiene una buena calidad de vida. Las redes de apoyo pueden influir de manera positiva en la función familiar y la calidad de vida de los pacientes. El médico familiar, tiene la oportunidad de dar un manejo integral a estos pacientes, para una buena evolución y sobre todo mejorar estos aspectos de suma importancia.

La demografía en aumento de los adultos mayores hace necesario el conocimiento de estos pacientes y un abordaje multidisciplinario.

Los pacientes con funcionalidad familiar se perciben con adecuada calidad de vida, y los pacientes con una disfunción familiar se perciben con una mala calidad de vida.

Considero que las redes de apoyo para asistir a las instituciones son importantes para una atención oportuna, además que la esperanza de vida tiene papel en el uso de los servicios institucionales.

En la familia mexicana se presentan disímiles generaciones sin adiestramiento, con un rápido patrón de envejecimiento y una esperanza de vida que ha aumentado y que ha impedido garantizar a la población la preparación necesaria, lo que origina problemas generacionales con una mayor preocupación por la esfera biomédica y no psicosocial.

Considero que los hombres con más frecuencia terminan solos y limitados en sus posibilidades de llenar las demandas personales en la vida diaria, por lo que buscan apoyo en instituciones sociales, lo que justifica su predominio en esta muestra. Contrariamente las mujeres tienden a permanecer en los hogares asumiendo diversas actividades, tanto para el beneficio del resto de la familia, como específicamente en la atención de menores.

Las familias de los pacientes en mención pueden ser considerados como funcionales, situación que de acuerdo a los autores antes mencionados, reafirma que la familia sigue siendo la principal institución responsable del cuidado de la salud, específicamente de los adultos mayores.

20.- SUGERENCIAS.

Capacitación médica, con una visión universal, teniendo un manejo integral en el adulto mayor.

Información al paciente y familiares sobre la importancia de una adecuada calidad de vida y funcionalidad familiar.

Crear grupos de autoayuda con la finalidad de compartir herramientas para promover una adecuada calidad de vida y funcionamiento familiar en el adulto mayor.

Compromiso con las autoridades institucionales para los recursos necesarios para la identificación y ayuda de la disfuncionalidad familiar y calidad de vida.

Manejo multidisciplinario en conjunto con las especialidades de psicología, nutrición, geriatría, y las que se consideren necesarias para tener una adecuada calidad de vida y funcionamiento familiar.

21.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- 1.- Huerta JL. La familia como unidad de estudio. Medicina familiar, La familia en el proceso salud enfermedad. 2da. Edición. Editorial Alfil, 2005: 1-24.
- 2.- Zavala-Rodríguez, MR, Ríos-Guerra MC, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Aquichan, dic 2009; 9(3): 257-270.
- 3.- Antúnez M, Gómez M, Acciones que elevan la calidad de vida en el adulto mayor. Multimed, 2012; 16(2):1-19.
- 4.- Velázquez CJ y cols. Estimación de la calidad de vida relacionada con la salud y medidas de utilidad en una población de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico. Revista colombiana de reumatología, 2013; 20(4):183-194.
- 5.- Lozano L, Yudovich M, Procesos biológicos durante la edad adulta. Odontología Actual, 2013; 10 (126): 50-63.
- 6.- Hernández R, Taboada O, Méndez J. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. Odontología Actual, 2014; 11(133): 58-60.
- 7.- Hernández R, Taboada O, Boizo M. Experiencia de evaluación integral multidisciplinaria de adultos mayores. Odontología Actual, 2013; 10(126): 44-48.
- 8.- Hernández L, Cargill N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta. Salud en Tabasco 2012; 18(1): 14-23.
- 9.- Gil B y cols. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005; 43 (5): 425-44.
- 10.- De la Fuente T, Quevedo E, Jiménez A, Zavala M. Functionality for Activities of Daily Living in the Rural Elderly. Archivos en medicina familiar, 2012; 12 (1): 1 - 4.
- 11.- Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Revista facultad nacional de salud pública, 2010; 28(2): 149-160.

- 12.- González A, Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de geriatría. 2006; (5): 365- 378.
- 13.- Duran L, Salinas G, Gallegos K, Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. La salud del adulto mayor. 2000; 1 (1):155-189.
- 14.- Flores M, Colunga C, González M, Vega M, Cervantes G. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Uaricha, 2013; 10 (21): 1-13.
- 15.- Suarez M. El médico familiar y la atención a la familia. Revista Pacea de Medicina Familiar. 2006; 3(4): 95-100.
- 16.- Golberg AP; Andrés R; Bierman EL. Diabetes mellitus in the elderly. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Company New York 2 ed. 1990:739-58.
- 17.- González L y cols. Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; 51(1):104-19.
- 18.- Hernando R. Etiología y Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Revista mexicana de cardiología, 2011; 22 (1):39 – 43.
- 19.- Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas R, Bunout D. Validation of the whoqol-bref quality of life questionnaire among Chilean older people, Revista Médica Chile, 2011; 139 (1): 579-586.
- 20.- Gutiérrez D, Zavala M, Castro M, Mora O, Mathiesen E. Calidad de vida en el adulto mayor; estado físico y relaciones sociales. Cuadernos Médico Sociales, 2008; 48 (1): 5-12.
- 21.- Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A, Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. MH Salud, 2004; 1(1):1-12.
- 22.- García G, Landeros E, Arrijoja G, Pérez A. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007; 15 (1): 21-26.

22.- ANEXOS

ANEXO A

1.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

LUGAR: C.C.E ECATEPEC SUR ISSEMYM ECATEPEC, MEXICO FECHA: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU CALIDAD DE VIDA, EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR ISSEMyM, EN UN PERIODO DE 4 MESES”

-Registrado ante el Comité Local de Investigación y enseñanza Centro Medico Issemym Ecatepec Folio PICME051-

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, en pacientes diabéticos tipo 2 adultos mayores de la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur Issemym, Ecatepec , Estado de México, en un período de cuatro meses.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar un cuestionario con la mayor sinceridad posible, sobre Funcionalidad Familiar y otro sobre la calidad de vida en paciente diabéticos, adultos mayores lo que le permitirá darse cuenta cómo se encuentra su relación con su familia y su calidad de vida.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, Molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

DR. MONTAÑO ALMAZAN FRANCISCO JAVIER
Mat.998859637

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **cel. 5513570451.**

ANEXO C

Cuestionario para determinar la calidad de vida.

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA:

EDAD:

SEXO:

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

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

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

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

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

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

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

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
------	---------	-----------	----------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

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

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

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

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

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

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

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

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

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

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

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

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

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

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

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

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

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

20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

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

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

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

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

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

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

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

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

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

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

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

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

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

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO D

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar. A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una x el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1).

1	Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema, me paralizó.	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5

15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi Familia	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5