



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21IMSS

**ASOCIACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 21 DEL IMSS**

TRABAJO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
CICLO ESCOLAR 2014-2015

PRESENTA:

DRA. LILIANA MUÑOZ ROSALES

ASESORES:

Director De Tesis: DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL

Asesor Metodológico: DR. FABÍAN ÁVALOS PÉREZ



MÉXICO, D.F. 30 NOVIEMBRE DEL 2015

No. DE REG: R-2013-3701-40





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASOCIACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 21 DEL IMSS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

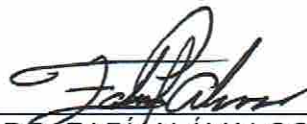
PRESENTA:

DRA. LILIANA MUÑOZ ROSALES

AUTORIZACIONES:


DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL
DIRECTOR DE TESIS

PROFESORA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR, DIVISIÓN DE
POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNAM



DR. FABÍAN ÁVALOS PÉREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10 MÉXICO, D.F.



**ASOCIACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 21 DEL IMSS**

PRESENTA

DRA. LILIANA MUÑOZ ROSALES

AUTORIDADES DEL HP/UMF10.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PESQUIATRIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10
MÉXICO, D.F.



DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ.
DIRECTOR
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PESQUIATRIA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N°10 MÉXICO, D.F. SUR.



DR. ROBERTO A. OLIVARES SANTOS.
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. HP/UMF10

ASOCIACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE
VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21 DEL IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. LILIANA MUÑOZ ROSALES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 31/10/2013

M.C. FABIAN AVALOS PÉRRZ

PRESENTE

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

"ASOCIACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 DEL IMSS",

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

Núm. de Registro
R-2013-3701-40

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



"2014, Año de Octavio Paz".

Solicitud de Enmienda

FECHA: **Viernes, 25 de julio de 2014**

Estimado Sergio Lozada Andrade

Presidente Comité Local de Investigación y Ética en Investigación No. 3701

P R E S E N T E

Por medio del presente solicito de la manera más atenta, se sirva realizar la enmienda el protocolo de investigación con título: "ASOCIACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 DEL IMSS", que se registró a través del SIRELCIS ante éste Comité Local de Investigación y Ética en Investigación Salud.

En los puntos que a continuación se exponen:

Cambio de autor responsable		
Autor actual	Autor propuesto	Justificación
Fabian Avalos Pérez	Liliana Muñoz Rosales	En relación a la solicitud girada por la Coordinación de Educación referente al Dictamen de Autorización de los alumnos que actualmente se encuentran desarrollando el Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS; dado que el alumno por ser trabajador del Instituto Mexicano del Seguro Social debe ser el responsable del proyecto, lo anterior sustentado en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, así como los lineamientos del SIRELCIS y de acuerdo al oficio No. 09B561 61 2800/2014/1788. Solicitamos la enmienda en el apartado de investigador responsable del proyecto, por lo que yo Dr. Fabian Avalos Pérez no tengo inconveniente en asignar como investigador responsable del proyecto y del trabajo de campo del presente estudio a la Dra. Liliana Muñoz Rosales

25/07/2014

Atentamente

Dr(a). Fabian Avalos Pérez

Investigador Responsable del Protocolo



Liliana Muñoz Rosales

Investigadores asociados al
protocolo



Teresa Salazar Cordero

25/07/2014



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 25/08/2014

DR. FABIAN AVALOS PÉREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de Investigación en salud con título: **"ASOCIACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 DEL IMSS"**, y con número de registro institucional: **R-2013-3701-40** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

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

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dedicatorias

A mi familia, gracias Papá, gracias Mamá por enseñarme sus valores principios y por darme su amor. Papá te amo, Mamá te amo y aún te extraño. Hermanos gracias por enseñarme a trabajar, a ser constante y por todo su amor y apoyo.

Raúl: por tu amor, tu apoyo, compañía, tu forma de ver la vida, tu estilo de hacer las cosas y todo lo que me das, me han ayudado a crecer como persona, gracias por todo, no hubiera hecho este proyecto sin ti. Te amo.

Ethan Raúl: mi pequeño, perdona todo el tiempo que he estado ausente, gracias bebé por tus sonrisas, tus besitos y tu alegría, eres mi vida.

Jorge: mi hijo "grande" gracias por tu amor, tu punto crítico para decirme las cosas, aprendo mucho de ti, y te agradezco que a estas alturas de nuestras vidas aún siga conmigo. Te amo.

Agradecimientos

Agradezco por tener Salud y el deseo de estar aquí, de continuar con mi vida profesional, de anhelar día con día el conocimiento necesario para concluir esta etapa.

A mis amigas y compañeras les agradezco todos los momentos de alegría, angustia, estrés, hambre, sueño, trabajo en equipo que compartimos, las considero personas de gran valor para mí.

En especial al DR. Fabián Ávalos Pérez por dedicarnos su tiempo y por compartir su conocimiento, y experiencia durante estos tres largos años. Gracias por ayudarme a crecer como profesionista y como persona.

Gracias Dra. Laura E. Baillet Esquivel por ayudarme a poner la cereza a este pastel, sin usted habría quedado incompleto.

Resumen

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 DEL IMSS.

INTRODUCCIÓN.

La funcionalidad familiar dentro de la familia en la que el adulto mayor está inmerso tiene un impacto importante en la calidad de vida de este tipo de pacientes. Determinar esta asociación puede permitir identificar a los pacientes en mayor riesgo de presentar deterioro en algunos de los aspectos psicológico, funcional o para el mejor control de las enfermedades crónico degenerativo

OBJETIVO. Describir la asociación existente entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor.

Material y Métodos. Diseño: transversal, analítico. Realizado en la Consulta externa, UMF# 21 en pacientes de años 65 y más, con o sin comorbilidades. Mediante la aplicación de encuesta "Apgar familiar" para evaluar funcionalidad familiar y "SF12" para calidad de vida. El análisis para encontrar la asociación se realizó con cálculo de odds y riesgo relativo y chi2 para variables cualitativas.

Resultados: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de disfunción familiar y mala calidad de vida. En el 92% de los pacientes estudiados se encontraron en una etapa familiar de contracción con adecuada calidad de vida.

Palabras clave: funcionalidad familiar, calidad de vida, adultos mayores.

Summary

Partnership between family function and quality of life in the elderly assigned to the Family Medicine Unit 21 IMSS.

INTRODUCTION.

Family functioning within the family in which the elderly are immersed has a significant impact on the quality of life of these patients. To determine this association may identify patients at increased risk of deterioration in some of the psychological, functional or for better control of chronic degenerative diseases aspects

OBJECTIVE. Describe the association between family functioning and quality of life in the elderly.

Material and methods. Design: Cross-sectional, analytical. Made in the outpatient clinic, UMF # 21 in patients 65 and older, with or without comorbidities. By applying survey "Family Apgar" to assess family functioning and "SF12" for quality of life.

Results: No statistically significant association between the perception of family dysfunction and poor quality of life was found. In 92% of patients studied they were found in a family contracting stage with adequate quality of life.

Keywords: family functioning, quality of life, seniors.

Índice

1	Marco teórico	16
1.1	Introducción	16
1.2	Envejecimiento	16
1.2.1	Teorías del envejecimiento	16
1.3	Transición Demográfica y Epidemiológica	18
1.4	Objetivo de la EGGI	22
1.5	Definición de Calidad de vida	23
1.5.1	La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	25
1.5.2	La Calidad de Vida relacionada con la Salud en Atención Primaria	25
1.5.3	Las medidas de Calidad de Vida relacionadas con la Salud	26
1.5.4	Utilidad de la CVRS	27
1.5.5	Otros conceptos de Calidad de Vida	27
1.5.6	Dimensiones en la Calidad de Vida	28
1.5.7	Criterios de excelencia de Calidad de Vida	28
1.6	La Familia	36
1.6.1	Tipología Familiar	37
1.6.2	Clasificación	37
1.6.3	Clasificación por su composición	38
1.6.4	Clasificación por su integración	38
1.6.5	Clasificación según el desarrollo	38
1.6.6	Clasificación por sus complicaciones	39
1.6.7	Clasificación según el punto de vista tipológico	40
1.7	En el Consenso de medicina familiar 2005	40
1.7.1	Clasificación de las familia con base a la presencia física o convivencia	42
1.7.2	Clasificación de las familias con base a sus medios de subsistencia	43
1.7.3	Clasificación de las familias en base a Nuevos estilos de vida	43

1.8	Ciclo Vital o Evolutivo de las Familias	44
1.8.1	Clasificación de las Etapas del Ciclo Vital modelo de la OMS	45
1.8.2	Modelo según Geyman	45
1.8.3	Modelo de Duvall	46
1.9	Funcionalidad Familiar	46
1.9.1	La evaluación de la Funcionalidad con Instrumento APGAR	47
1.10	Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida Salud SF12	51
1.11	Marco Contextual	52
2	Planteamiento del problema	53
3	Justificación	54
4	Hipótesis	55
5	Objetivos	56
5.1	Objetivo General	56
5.2	Objetivos Específicos	56
6	Material y Métodos	57
6.1	Tipo de Estudio	57
6.2	Diseño general de la Investigación del Estudio	57
6.3	Población, Lugar y Tiempo	58
6.4	Muestra	58
7	Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	60
7.1	Criterios de Inclusión	60
7.2	Criterios de Exclusión	60
7.3	Criterios de Eliminación	60
8	Definición de Variables	61
8.1	Definición Conceptual y Operativa de las variables	63
9	Diseño Estadístico	64
9.1	Instrumentos de Recolección de datos	64
9.2	Método de Recolección de datos	65
9.3	Maniobras para evitar o controlar sesgos	66
9.4	Prueba Piloto	66
9.5	Procedimientos Estadísticos	66
9.6	Descripción del Estudio	66
9.7	Análisis Estadístico	67
9.8	Uso de Resultados	67
9.9	Limitantes del Estudio	68
9.10	Conflictos de intereses	68
9.11	Recursos Humanos, Físicos y Financiamiento del	68

	Estudio	
9.12	Consideraciones Éticas	69
9.13	Definición del Consentimiento Informado	69
9.14	Declaración de Helsinki	
9.15	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México	70
9.16	Cronograma	70
10	Resultados	71
11	Discusión	79
12	Conclusiones	81
13	Referencias	83
14	Anexos	88

1. Marco Teórico

1.1 Introducción

La atención del anciano requiere evaluación integral de los aspectos biológicos propios del organismo envejecido, los relacionados con la calidad de vida y funcionalidad familiar, debe ir más allá de la historia clínica tradicional para extenderse a los aspectos, psicológicos inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, las concepciones de la dinámica familiar, de apoyo familiar y de las condiciones socioeconómicas, individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno¹.

Así como un manejo gerontológico adecuado mejorará la calidad de vida y disminuirá los efectos negativos de las enfermedades para lograr niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. El conocimiento del estado de salud de nuestra población adulta mayor o anciana permitirá adecuar los servicios y marcar prioridades de acción².

1.2 Envejecimiento

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XXI en términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad³.

1.2.1. Teorías de Envejecimiento

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario, intrínseco o «per se» y el secundario.

- **El envejecimiento primario**

El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado «envejecimiento con éxito» (successful aging).

- **El envejecimiento secundario**

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario, intrínseco o «per se» y el secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado «envejecimiento con éxito» (successful aging).

El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el «envejecimiento habitual» (usual aging). Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno.

Su investigación abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida ^{4, 5,6}.

Sea cual fuere el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, lo cual condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa, al disminuir los

mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier factor causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia.

Al tiempo que aumenta la esperanza de vida y son más numerosas las cohortes de ancianos de mayor edad, se empiezan a perfilar subgrupos más definidos en la población de ancianos, los cuales son importantes debido no solo a sus características fisiológicas, sino también a las mentales y sociales, como se muestra en la siguiente tabla ⁷.

Tabla 1

CLASIFICACIÓN DE LOS ANCIANOS POR GRUPOS DE EDAD	
GRUPO	EDAD
Ancianos jóvenes	Menores de 74 años
Ancianos adultos	Entre 75 y 84 años
Muy viejos (old-old)	Entre 85 y 99 años
Centenarios	Entre 100 y 105 años
Supra centenarios	Mayores de 105 años

1.3. Transición Demográfica y Epidemiológica

Los datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para 2050 será de 21%. México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelerará significativamente en el presente siglo. Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6,8 millones en 2002 a 22,2 millones en 2030 y a 36,2 millones en 2050. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su calidad de vida y/e independencia y por consiguiente la necesidad constante de ayuda⁸.

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad en distintas partes del mundo produjeron en los últimos 20 años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa al envejecimiento como uno de los principales problemas del siglo XXI, compromete la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que se debe tomar en cuenta que ellos son también actores sociales de desarrollo y del progreso de los pueblos.

Las predicciones demográficas indican que para el año 2050 el grupo de Adultos Mayores superará al de 14 años y menores, En América Latina la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2050 será de 3.5%, tres veces mayor a la

población total. En México, este grupo etario suma 7.9 millones y representa el 7.5% del total de la población. La esperanza de vida radica en 74.8 años, 72.4 años para hombres y 77.2 para mujeres (Guzmán, 2009). Por lo que, esta población se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, con enormes implicancia sociales, económicas y políticas que van a influenciar en su calidad de vida³¹.

En México existe un crecimiento de la población del adulto mayor el D.F. refiere un aumento de 27 millones por año hasta el 2050. El 80% de dicho aumento empezará a partir del 2020. En 1970 el porcentaje de adulto mayor era de 4 %, para el año 2025 se estima un porcentaje del 10%, uno de cada 4 habitantes entrara en este grupo de edad (INEGI 2010)³².

Las Naciones Unidas consideran a una persona anciana a toda aquella mayor de 65 años en países desarrollados y a una persona mayor de 60 en países en vías de desarrollo. En México la norma oficial (nom-167-ssa1-1997) considera a una persona mayor de 60 años o más.

En el último censo INEGI 2010 la población mexicana del grupo de edad de 60 años y más asciende a 10 055 379 al cuadrado, lo que significa el 9.06 % de la población total del país. La tasa de crecimiento anual entre el 2000 y el 2010 es de 3.8%.La esperanza de vida para el 2012 a partir de los 60 años es de 20.9 años para los hombres y de 22.9 años para las mujeres³².

En este grupo de edad existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres, indicador que muestra los efectos de la sobre mortalidad masculina en los adultos mayores. Para el año 2010 la relación de dependencia por vejez señala que existen aproximadamente 9.7 personas dependientes por vejez por cada 100 personas en edad productiva³².

De acuerdo con su lugar de residencia el 74.0 % de la población de más de 60 años residen en zonas urbanas y el 26% en zonas rurales, el envejecimiento en México es predominantemente urbano.

De los adultos mayores el 38.8% tiene derecho a atención a la salud por el IMSS, el 9.3% por el ISSSTE, el 20.4% por el seguro popular, el 4.1% por otra institución

y el 27.4% está sin derechohabiencia. (1). El 44.7% de los hogares donde el jefe de familia es una persona de más de 60 años son de tipo nuclear, en los hogares no familiares, el 17.1% son unipersonales y solo el 0.7% son de corresidentes.

El 20.7% de los adultos mayores declaro tener alguna discapacidad y en el auto-reporte del estado de salud el 14.2% reportó su estado de salud como malo o como muy malo. El 7.3% de esta población curso con una hospitalización en año previo al censo, los principales motivos fueron enfermedad o por cirugía; durante ese año en promedio los adultos mayores se hospitalizaron 1.7 veces y los días promedio de internamiento fueron de 8.3 días³².

El 11.6% de adultos mayores sufre o a sufrido depresión; 16.8% tiene diabetes: el 33.5% tiene la presión alta; el 3.3% tuvo un infarto; el 1.8% tiene angina de pecho; el 3.1% tiene insuficiencia cardíaca; el 4.5% tiene otra enfermedad cardíaca y el 1.4% tiene cáncer³³.

En relación a los factores de riesgo el 28.9% de los adultos mayores alguna vez han fumado y el 40.6% alguna vez han tomado alcohol. En relación a las actividades cotidianas (se les pregunto de acuerdo a la dificultad que presento el día de la entrevista) el 36.6% de la población presento dificultad para caminar o tuvo que estar en cama; el 18.5% de la población tuvo dificultad para vestirse y lavarse o no pudo hacerlo ese día ³³.

En la unidad de medicina familiar número 21 del IMSS la población que corresponde a este grupo de edad es de 9977 ³⁴.

La OMSS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

En relación a los factores de riesgo el 28.9% de los adultos mayores alguna vez han fumado y el 40.6% alguna vez han tomado alcohol. En relación a las actividades cotidianas (se les pregunto de acuerdo a la dificultad que presento el día de la entrevista) el 36.6% de la población presento dificultad para caminar o tuvo que estar en cama; el 18.5% de la población tuvo dificultad para vestirse y lavarse o no pudo hacerlo ese día³³

1.4. Objetivo de la EGGI

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De éste total de ancianos, el 72% vivirá en los países en desarrollo.

Se espera que la esperanza de vida en Latinoamérica, se incremente para el 2025 de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 77.6 años en comparación a la de los varones (73.1 años). El promedio en ambos sexos es de 75.3 años en el quinquenio 2000-2005, y podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo. Por otro lado, en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1, durante el mismo periodo. Un dato de suma importancia en la demografía del envejecimiento, es que las mujeres ocupan el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas.

En países desarrollados, las mujeres pueden llegar a tener una esperanza de vida al nacimiento hasta siete años mayor que los varones. Las adultas mayores viven solas y pobres, además de que, aún en países ricos, la gran mayoría vivirán esos años adicionales, dependiendo de alguien y además necesitarán servicios de salud de largo plazo ^{9,10}. (Gráfica. 1).

Gráfica 1.



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 pertenecen.

Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más. En otros países de América Latina, la proporción de adultos mayores crecerán significativamente en las próximas décadas. Por este motivo a medida que el número de adultos mayores aumenta, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas, entre las cuales, las más importantes son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer; además de tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos^{9, 10}.

1.5. Definición Calidad de vida

La OMSS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a

popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general³⁹.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, este término ha evolucionado desde la definición hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. La vitalidad, el dolor, la discapacidad se deja influir por las experiencias personales y expectativas de una persona. Puesto que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidades pueden afectar la Calidad de Vida. Dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente calidad de vida.

La OMS ha tratado de encontrar consenso internacional no sólo sobre la conceptualización del término calidad de vida sino también sobre sus dimensiones y evaluación. De este modo define la calidad de vida como: "la percepción personal subjetiva de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

La calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se ve afectado debido a las condiciones de salud que constituyen un problema que persiste en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo tiene un sin número de complicaciones en la vida de la persona en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; puede aparecer en forma inesperada o insidiosa, ocasionando una crisis personal y familiar son permanentes las incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles que requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol a lo largo de un tiempo de supervisión, observación y cuidado^{38,44}.

1.5.1 La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

En las últimas décadas la Evaluación de la Calidad de Vida ha adquirido cada vez más importancia en el ámbito de la salud y la enfermedad, observándose en este sentido un amplio campo de investigación.

El concepto denominado *calidad de vida* implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren^{11,12,13}.

1.5.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Atención Primaria

Para otros autores la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

La importancia de la CVRS se ha ido incrementando en los últimos 20 años, llegando a ser un objetivo central de la asistencia sanitaria y una medida de resultados en salud “centrada en el paciente”. Todas las definiciones de CVRS derivan más o menos de las definiciones de salud y calidad de vida dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya en 1948 definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Posteriormente, la OMS en 1994 describió la calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” La Organización Mundial de la Salud en 1995 creó un grupo multicultural de expertos Calidad de Vida (Grupo WHOQOL) que estableció una serie de puntos de consenso, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, que han sido ampliamente aceptados por diversos grupos de investigadores .

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

1.5.3 Las medidas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción subjetiva del impacto de la enfermedad sobre el paciente, el cual se encuentra influenciado por sus experiencias, creencias y expectativas.

2. Multidimensionales: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal.

3. Incluir sentimientos positivos y negativos.

4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa del ciclo vital o evolutivo que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor) y el estadio de la enfermedad que se padece, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. La evaluación de la calidad de vida en atención primaria se considera hoy día imprescindible, ya que es una medida final de resultado en salud que se centra más en la persona que en la enfermedad e incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. A pesar de ello, su utilización sigue siendo limitada, probablemente por desconocimiento, sobrecarga asistencial o falta de convicción por parte de los profesionales sobre su beneficio en la atención y mejoría de los pacientes. Por otra parte, la incorporación de medidas de la CVRS en las consultas de atención primaria resulta de gran utilidad, pues sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas y contribuye a mejorar la relación médico-paciente al posibilitar al enfermo la participación en la elección de la opción más conveniente^{11, 15-19}.

1.5.4 Su principal utilidad de la CVRS reside en:

- Ante alternativas terapéuticas de eficacia similar permite decidir cual elegir en el caso de que existan diferencias en la CVRS que proporcionan. Por ejemplo, en un ensayo clínico aleatorizado que evaluaba la terapia antihipertensiva en hombres comparando captopril vs. enalapril, utilizando varias escalas de CVRS, la conclusión fue que aunque los tratamientos eran similares en términos de eficacia y seguridad sin embargo producían cambios sustanciales y diferentes en la CVRS.
- En problemas de salud moderados y/o crónicos en los que los tratamientos tienen como objetivo controlar la sintomatología hay que asegurarse que su uso no disminuye la CVRS.
- En intervenciones terapéuticas que provocan importantes efectos adversos que pueden afectar de forma negativa a la CVRS resulta una información muy útil para el paciente.
- En enfermedades que carecen de un marcador clínico objetivo y validado que muestre la afectación en el paciente (migraña, epilepsia, ansiedad, etc...) facilita la elección de un tratamiento u otro.
- En la aplicación de tratamientos preventivos en enfermedades asintomáticas, al confirmar que su uso no disminuye la CVRS de los pacientes^{11-,19,40}

1.5.5 Otros conceptos de Calidad de Vida

El concepto denominado *calidad de vida* implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren.¹⁻³ La *calidad de vida relacionada con la salud* incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias,

expectativas y percepciones de las personas.⁴ Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo.⁵ Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida. La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las tres últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido instrumentos *genéricos* y *específicos*. Tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes ^{20-25, 42.}

1.5.6 Dimensiones en la calidad de vida

Dimensión física

Percepción de estado físico o la salud entendida como ausencia de enfermedad o los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.

Dimensión psicológica

Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro etc. también incluye creencias personales, espirituales y religiosas como significado de la vida y actitud de sufrimiento.

Dimensión social

Percepción de individuo en sus relaciones interpersonales y de roles sociales en la vida como necesidad de apoyo familiar y social la relación médico paciente y el desempeño laboral.

1.5.7 Criterios de excelencia de calidad de vida

- El propio impacto del diagnóstico.

- Las demandas de tratamiento que pueden poner a las personas con enfermedades crónicas y a su familia ante situaciones que con frecuencia, producen aparición de reacciones emocionales negativas.
- Incertidumbre sobre sus posibles complicaciones
- Miedo a las consecuencias negativas de las enfermedades (físicas, cognitivas, motoras).
- Frustración ante cambios inesperados en el estado de salud por niveles altos o bajos de glucosa de forma inexplicable o de Tensión arterial²⁰⁻²⁵.
- El cumplimiento diario del régimen médico impone restricciones en estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas ejercicio físico).

Para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre metodología de su estudio, la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente, ya que muchos aspectos son subjetivos^{5,35}. Algunas de las definiciones que se han sugerido son: Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. Define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas³⁶. Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”³⁷. Por

tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas. De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

En un estudio realizado en Medellín “Calidad de vida en los adultos mayores de Medellín” describe puntajes de calidad de vida más altos en los adultos mayores en aquellos que no se sintieron maltratados por sus familiares ($p < 0.05$) y en aquellos que sintieron apoyo por parte de sus familiares ($p < 0.05$)³⁸.

Describe otro de los aspectos relacionados de forma negativa con la valoración de la calidad de vida fue sentirse maltratados por sus familiares. Esta situación puede desencadenar sentimientos de infelicidad y frustración en el adulto mayor.

Valdés E. Policlínica Santa Clara, México, 2011, en el estudio “Comportamiento de los malos tratos al adulto mayor” hace referencia que el maltrato físico y psicológico predomina en los países de Sudamérica en un rango del 30 al 50%, el maltrato físico en Norteamérica y Europa en un 30%, en Madrid el maltrato por negligencia 16.4% y el abandono 7.7%, abuso psicológico 3.1%, la explotación financiera 1.5%, el abuso físico 1% y el sexual 0.2%. Hace mención al funcionamiento familiar y su relación con el maltrato, se encontró en un estudio realizado en el 2004, un amplio predominio de las familias disfuncionales (57.1%), y un mínimo de familias funcionales (42.9%)³⁹.

Resulta que los adultos mayores sean objeto de conductas de maltrato en el seno de su familia, son víctimas de violencia intrafamiliar deteriorando su nivel de calidad de vida.

González-Celis y su equipo de colaboradores en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México, se han dado a la tarea de evaluar el impacto de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes: en dos centros de salud de instituciones del sector salud, y en centros recreativos-culturales para ancianos⁴⁰. En el primer estudio se analizó la asociación de las variables

jubilación, espiritualidad, bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento con la calidad de vida. En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad, soledad, tipo de actividades que realizan los adultos mayores, comportamientos saludables, bienestar subjetivo y autoeficacia. Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad ^{41,42}.

En el estudio documentado reporta que la variable de salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos, y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos, pues un alto porcentaje de la muestra sufría de alguna afección, reflejando así lo dicho por de que la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, lo cual a su vez afecta su estado de salud general, su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y su calidad de vida⁴³.

Asimismo se ratifica que las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad son las crónicas degenerativas, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas con los estilos de vida que se han llevado a lo largo de la vida, por lo que es importante prestar atención a intervenciones de prevención en grupos de edades más jóvenes. En cuanto a las preocupaciones, la situación familiar es una de las principales. Esto es de esperarse, ya que la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar; en este caso, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. Además, la familia es una importante red de apoyo social en la vejez; por ejemplo, cuando el cuidado de los nietos está a cargo de los abuelos, éstos esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie⁴¹. Actualmente se ha desarrollado el cuestionario de salud SF12, que es un instrumento a partir del Sf16, validado en diciembre del 2011 para población latinoamericana que evaluar la calidad de vida relacionada a la salud. Comprende 12 reactivos con una confiabilidad alfa de Cronbach superior a .80 ⁴⁴.

La evaluación del proceso salud-enfermedad en las familias bajo un enfoque integrador de los elementos que intervienen en este proceso, ha ocupado a los médicos familiares y en general a los profesionales de la salud que participan en la atención primaria. La integración de una orientación familiar efectiva en la práctica cotidiana se ha manifestado como una tarea del médico familiar⁴⁵. Se han propuesto diversos enfoques para explorar y caracterizar la función familiar con fines de investigación. Al mismo tiempo, se han establecido diversos conceptos de familia, la importancia de su estructura y dinámica, función familiar, disfunción familiar, funcionalidad familiar y modelos que permiten su estudio⁴⁶. En una descripción de las líneas de investigación de los trabajos de tesis de los residentes de medicina familiar se identificó que poco más de 8% de ellas consideran estudios de las familias en sus aspectos psicosociales la experiencia empírica en la asesoría de los trabajos de investigación permite estimar que, actualmente, el interés por esta línea de investigación se ha incrementado.¹⁷ La funcionalidad familiar será vista desde una perspectiva emocional de los saludable, la característica de la funcionalidad tendrá entonces que ver con: estructura de la familia, bienestar, formas de intercambio, afectivo, de manera de resolver problemas, enseñanza de reglas ⁴⁷.

En un estudio realizado en Colombia hace referencia al apoyo social entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifican en familiar (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano, y el apoyo institucional o de tipo formal como organismos públicos o privados asistentes a la población⁴⁸.

Esta red social es de vital importancia, se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con red socio familiar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que la tiene ⁴⁹.

Para la valoración socio familiar utilizaron una versión modificada de la escala de Gijon, que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes de 1 a 5 por cada ítem, y clasifica a los adultos

mayores en una buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (menos de 15 puntos). La puntuación oscila entre 0 y 20, lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social⁴⁹.

Con relación a la situación socio familiar, la puntuación de la escala muestra que el 40.4% de los adultos mayores está en riesgo social; un 27.3% tiene problemas sociales y solo el 32.3% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable.

La situación familiar más frecuente consiste en que los adultos mayores de 65 años y más viven con familiares y sin conflicto en un 32,3%, y viven con el conyuge de similar edad el 25%, sin embargo el 8% viven en situaciones de abandono familiar. Se encontró relación entre el nivel funcional y el soporte familiar, en la medida que constituye un factor protector el vivir en pareja y con los hijos ($p < 0.05$). Por lo que en Perú la situación socio familiar fue considerada como aceptable ⁴⁹.

En otro estudio realizado en Perú “Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general” por Paola casas y colaboradores, describen que el 23.8% de los adultos mayores que participaron en el estudio tenían disfunción familiar.

La evaluación de la funcionalidad familiar la realizaron el test de Apgar familiar, y los hallazgos son similares a los encontrados por Hisako y col en Portugal en 107 pacientes mayores de 80 años, encontraron disfunción familiar en 32% de su población. Esto debe alertar en la toma de medidas adecuadas ya que el ámbito familiar es el lugar de intervención anticipada en el que la percepción individual de los valores familiares podría influir en el estado de salud del adulto mayor⁴⁷.

El uso del Apgar Familiar o Fapgar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito que diseñar un instrumento breve de Tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”. Con base en la propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en socio medicina, se efectuó una revisión del Apgar familiar. Los resultados del análisis, permiten asegurar que el Apgar familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir

cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia. La escala de calificación de apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir con el Apgar la disfunción familiar.

Con el propósito de probar una nueva escala de calificación para el Apgar familiar, Se efectuó un trabajo de investigación en una población abierta de pacientes adscritos a la consulta médica familiar de un centro de salud en el sur de la Ciudad de México.⁹ Se aplicó el Apgar familiar en la versión española¹⁰ (figura 4) a 1,321 personas entre 15 y 96 años de edad que acudieron al Centro de Salud, 289 (21.9%) casos fueron varones, en tanto 1,032 (78.1%) lo contestaron mujeres. La mayor parte de las familias (60.8%) fue nuclear. La modificación de la interpretación del Apgar familiar se presenta en la figura 5. Se establecieron los puntajes de calificación Apgar con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Esta escala de puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein. Los resultados de la aplicación del apgar familiar calificado con la nueva escala se presentan en la figura 6. La correlación promedio inter-variables fue de 0.41 y la covarianza promedio inter-variables fue de 0.159, ambos valores se consideran adecuados ya que la exploración de la satisfacción familiar se identifica con los cinco reactivos que forman el instrumento y denotan cierto grado de independencia entre los reactivos del constructo. El análisis de varianza y las fuentes de variación evaluadas a partir de las variables del Apgar familiar mostraron diferencias altamente significativas ($p < 0.001$) entre las mediciones de la población, indicando diferencias importantes en las respuestas de las cinco variables entre los individuos encuestados de las tres

categorías o niveles de la escala propuesta. La consistencia interna del instrumento fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.770 ⁴⁷.

Las variables que mide el Apgar familiar son 5, variables. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?, ¿conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?, ¿las decisiones importante se toman en conjunto?, ¿está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?, ¿siente que la familia la quiere? Con respuestas cualitativas ordinales, baja satisfacción en la funcionalidad, mediana satisfacción y alta satisfacción.

1.6 La Familia

Uno de los principios básicos del modelo biopsicosocial en la atención médica afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciados por ellas^{26, 27}.

La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares como describe Minuchin.

Es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud tiene como característica la unidad, satisface las necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización entre otras. Cuando la familia tiene a uno de sus integrantes con necesidades especiales, todos los miembros de la familia son afectados.

Por lo que el foco principal de la atención sanitaria es el paciente considerado en su contexto familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta qué punto inciden en la génesis de la enfermedad.

La calidad de vida de los adultos mayores con enfoque a su familia y sobre todo a su funcionalidad familiar, abre enormes posibilidades para potenciar un abordaje amplio, individual y familiar en la atención a la patología que presente nuestro paciente, por parte del profesional de salud. Para lo cual se dispone de una amplia lista de instrumentos para el estudio de las familias, destacando que

en el presente estudio nos enfocamos al estudio de la funcionalidad familiar y la calidad de vida, con la aplicación de cuestionario de APGAR Familiar y el SF-12.^{26,27.}

1.6.1 Tipología Familiar

Definición

La tipología familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar a los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

1.6.2 Clasificación

Existen diversos criterios para clasificar la Tipología Familiar, entre ellos se puede citar los siguientes:

- 1) Puede nombrarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.
- 2) Desde el punto de vista de su integración la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada.
- 3) Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien como rural o urbana.
- 4) Si se analiza a la familia con un enfoque psicosocial y con base en la dinámica de las relaciones entre los miembros que la constituyen se puede clasificar como en funcional o disfuncional.

1.6.3 Por su composición (Irigoyen)²⁷⁻²⁹ la clasifica de la siguiente manera:

Familia nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos

Seminuclear: (Monoparental) sólo cuenta con un cónyuge e hijos

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal, es decir, padres, hijos, familiares consanguíneos, por adopción o afinidad e incluyendo además amigos, compadres, etc

1.6.4 Por su integración: (Irigoyen)

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen sus funciones respectivas.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen sus funciones adecuadamente.

Desintegrada. Los conyugues se encuentran separados.

1.6.5 Según el desarrollo:(Irigoyen)

Moderna: Familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de las tierras que trabajan.

Según su demografía (Irigoyen)

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios

De acuerdo a los censos poblacionales de 1970 a 1990 en México se define como población urbana a aquella con más de 2500 habitantes, y rural a la que tenía menos de esta cantidad.

1.6.6 Por sus complicaciones_(Irigoyen)

Interrumpida: Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio

Contraída: cuando fallece uno de los padres

Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos cónyuges tuvo una pareja previa

El Departamento de Medicina Familiar UNAM. Actualmente la Subdivisión de Medicina Familiar hace clasificación de la familia desde el punto de vista social de la siguiente manera:

1. Con base a su desarrollo

- a) moderna
- b) tradicional
- c) arcaica o primitiva.

2. Con base a su demografía

- a) Urbana
- b) rural

3. En base a su integración:

- a) **integrada** los conyugues viven juntos y cumplen sus funciones

b) Semiintegrada los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones

c) desintegrada falta alguno de los cónyuges, por muerte, separación, divorcio o abandono.

1.6.7 Desde el punto de vista tipológico:

a) campesina

b) obrera

c) profesional de acuerdo a la ocupación de uno o ambos cónyuges.

1.7 En el Consenso de Medicina Familiar 2005

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales ^{28,29}:

1. Parentesco
2. Presencia física en el hogar o convivencia
3. Medios de subsistencia
4. Nivel económico
5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

Clasificación de las familias con base en el parentesco.

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

La trascendencia de esta clasificación es fundamentalmente en la necesidad del médico de identificar las características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso de salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco ^{28,29}.

Con parentesco.

Características

Nuclear:

Hombre y mujer sin hijos

Nuclear simple:

Padre y madre con 1 a 3 hijos

Nuclear numerosa:

Padre y madre con 4 hijos o más

Reconstruida (binuclear):

Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior

Monoparental:

Padre o madre con hijos

Monoparental extendida:

Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta:

Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa:

Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco

Extensa compuesta:

Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

No parental:

Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos, y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.

Sin parentesco:

Monoparental extendida sin parentesco:

Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco

Grupos similares a familias:

Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo, grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos.

1.7.1 Clasificación de las Familias con base a la presencia física o convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias ^{28,29}.

Presencia física en el hogar:

Núcleo integrado:

Presencia de ambos padres en el hogar.

Núcleo no integrado:

No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.

Extensa ascendente:

Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.

Extensa descendente:

Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.

Extensa colateral:

Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos etc.).

1.7.2 Clasificación de las familias con base a sus medios de subsistencia^{28, 29}.

Se clasifican en base al origen de los medios de subsistencia, los cuales se generan en las siguientes áreas

Agrícolas y pecuarias

Industrial

Comercial

Servicios

1.7.3 Clasificación de las familias en base a Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.

Se deben tomar en cuenta los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de vida de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar ^{28,29}.

Tipo Características

Persona que vive sola:

Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.

Matrimonios o parejas de homosexuales:

Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.

Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

Familia grupal:

Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan

indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.

Familia comunal:

monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.

Conjunto de parejas

Poligamia: Incluye la poliandria y la poliginia.

1.8 Ciclo Vital o Evolutivo de las Familias

Favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias. Existen varias clasificaciones las cuales pueden adaptarse para clasificar diferentes tipos de familia según sus características.

El factor más importante que se refiere a la etapa del ciclo de desarrollo en las familias, en este caso de los adultos mayores que se encuentran o transitan por la etapa de dispersión e independencia y en ocasiones por retiro y muerte se producen fuerzas centrífugas que generan acciones de dispersión hacia el exterior de la familia, ya que la tarea más importante es fomentar la independencia y autosuficiencia de sus hijos. Cuando un integrante en alguna de estas etapas pierde la salud, la disposición y cooperación del resto de los miembros, es más difícil y limitada debido que los jóvenes están fortaleciendo su independencia. Es necesario fomentar el autocuidado y fomentar la adquisición de auto-responsabilidad, así como promover la reorganización de la estructura familiar, mediante la redistribución de las funciones familiares.

1.8.1 Clasificación de las Etapas del ciclo Vital o Ciclo Evolutivo de las Familias según modelo de la OMS modificado (de la Revilla) ³⁰.

I Formación: abarca desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

II A de Extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años.

IIB de Extensión: nacimiento del último hijo.

III Extensión completa: desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.

IV Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.

V Final de la Contracción: el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.

VI Disolución: desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente.

1.8.2 El modelo según Geyman

I Matrimonio

II Expansión: se inicia con el nacimiento del primer hijo

III Dispersión: familia con hijos escolares

IV. Independencia: Los hijos salen de casa y forman su propia familia

V Retiro y muerte. Desde la jubilación hasta muerte de los cónyuges.

1.8.3 El modelo Duvall por su parte clasifica a las familias en 8 etapas:

I Comienzo de la familia “nido sin usar”

II Familia con hijos, el hijo mayor hasta 30 meses.

III Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses y 6 años)

IV Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)

V Familias con hijos adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)

VI Familia como” plataforma de colocación” (salida de los hijos del hogar)

VII Familias maduras (desde el” nido vacío” hasta la jubilación)

VIII Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

1.9 Funcionalidad Familiar.

Evaluar la funcionalidad familiar se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la Medicina Familiar. Existen diversos modelos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia, entre los más importantes podemos mencionar los siguientes:

Family Assessment Device 1(FAD), Self-report Family Inventory 2(SFI), Family Environment Scale 4(FES), Family Functioning Index 5 (FFI), Family Functioning Questionnaire 6 (FFQ), Family APGAR 7, y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

Los instrumentos para evaluar la funcionalidad deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales en el área de salud y de otros que trabajan en el marco de la atención primaria.

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales, desarrollado por Olson Sprenkel y Russell (1979). Los autores

presentan en este modelo algunas dimensiones: cohesión, autonomía, conflicto, roles, reglas, orientación intelectual-cultural, orientación religiosa, orientación recreativa. Una vez construido los autores desarrollaron el FACES que forma parte de los 11 instrumentos que constituyen el paquete de valoración del modelo Circunflejo dirigido a analizar las primeras dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad.

El FACES III es la tercer versión de The Family Adaptability and cohesión Evaluation Scales desarrollado por (David Olson, Phortner y Lavee, 1985), constituida por 20 ítems. Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México. Conceptos Básicos para el Estudio de las familias. Arch Med Fam 2005.

1.9.1 La Evaluación de la Funcionalidad con Instrumentos APGAR

La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. en general la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica y con base en esta teoría la familia se define como una unidad organizada integrada por elementos(individuos) y sub unidades(padres hijos etc) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo se evidencia que el sistema^{36,35} .

Estos instrumentos proporcionan una perspectiva interna de funcionalidad. Los instrumentos de autoaplicación son cuestionarios estandarizados que proveen información individual de los integrantes de una familia incluyendo percepción sobre si mismo sobre los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores etc, El propósito de este tipo de instrumentos es la evaluación de la calidad de

las relaciones dentro de las familias y sus características de su ambiente que permitan identificar una funcionalidad saludable. El uso de instrumentos de autoevaluación fue la metodología predominante en los años setenta. Aunque su confiabilidad y validez fueron cuestionadas en las siguientes décadas por lo que se publica una nueva propuesta para la interpretación de Family **Apgar** (versión en español)³¹.

Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección. Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos; estos aspectos permitirán la toma de decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación se desarrolló una propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en sociomedicina³⁷⁻³⁹.

El uso del Apgar familiar o Fapgar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de Tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”³⁹. Con base en la propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en sociomedicina, se efectuó una revisión del Apgar familiar.

Los resultados del análisis de los elementos, permiten asegurar que el Apgar familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente

la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo

que un individuo recibe de su propia familia. La escala de calificación de Apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar.

La modificación de la interpretación del Apgar familiar se presenta en la figura 5.

Se establecieron los puntajes de calificación Apgar con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja

satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Esta escala de puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein. Los resultados de la aplicación del Apgar familiar calificado con la nueva escala se presentan en la figura 4. La consistencia interna del instrumento fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.770. Las cinco variables del instrumento evalúan un solo constructo que en este caso es

“La Percepción del Funcionamiento Familiar Mediante la Exploración de su Satisfacción de las Relaciones que tiene con sus Familiares”.

En este estudio se probó una nueva escala de calificación del Apgar familiar, en un esfuerzo por hacer congruentes el constructo, el formato y significado de los reactivos y la escala de evaluación final.

El instrumento se aplica a mayores de 15 años y mide: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, y resolución^{20,21}.

Figura 4. APGAR familiar

Instrucciones: marque con una equis (X) la manera en que usted percibe a su familia

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2

Tomado de: Bellón SJA, Delgado SA, Luna CJD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6):289-296.

Gómez Clavelina Fr J, 1 Ponce Rosas E R .*Aten Fam* 2010; 17(4): 102-106

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; con base en el cumplimiento eficaz de las funciones de cada uno, se habla de la familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Uno de los instrumentos para su medición es el APGAR familiar, el cual

consta de 5 ítems, los cuales abordan la percepción de funcionamiento familiar a través de satisfacción del entrevistado con su vida en familia ⁴⁰.

1.10 Cuestionario de Evaluación de la calidad de Vida salud SF12

Tradicionalmente la evaluación en salud ha estado basada en indicadores objetivos (ej. Bioquímicos, fisiológicos y anatómicos). Sin embargo, el enfoque moderno de salud que deriva del concepto de completo bienestar físico, mental y social propuesto por la Organización Mundial de la Salud, ya no solamente está centrado en la ausencia de infecciones o enfermedades, sino que pone de relieve la necesidad de incluir evaluaciones tanto objetivas como subjetivas para esta variable así como en la valoración de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar⁴⁰.

La actual estimación de salud incluye medidas subjetivas como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Como medida más ampliamente utilizada para esta valoración, se encuentra la familia de los cuestionarios SF cuyo propósito es estimar el estado funcional del paciente, reflejando su salud física, mental y social, así como la obtención de un valor cuantitativo, que representará el estado de salud de forma multidimensional. La versión original de los SF consta de treinta y seis ítems (SF-36) desarrollados y utilizados en la década 1990-99 en investigaciones de corte epidemiológico, por el hecho de proporcionar un perfil del estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en población con y sin patología. Esto hace de este instrumento uno de los más ampliamente utilizados en el mundo, por relacionar salud con calidad de vida ⁴¹.

Un ejemplo de esto es el SF-12 caracterizado por ser una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems (tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente), cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad

funcional de las personas mayores de 14 años. Es un instrumento a partir del Sf16, validado en diciembre del 2011 para población latinoamericana que evaluar la calidad de vida relacionada a la salud. Comprende 12 reactivos con una confiabilidad alfa de Cronbach superior a .80⁴¹.

Definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), algunos ítems del instrumento son: “En general, usted diría que su salud es”, “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/ as u otras personas?”, “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable.

A cada persona que aceptó participar, se le explicó la tarea a realizar y se le hizo entrega del conjunto de cuestionarios, previa lectura y firma del consentimiento informado, este fue aprobado por los comités de ética.

1.11 Marco Contextual

En la Unidad de Medicina Familiar número 21 del IMSS en el censo de población adscrita a la consulta de medicina familiar al 30 de junio 2013 (servicio ARIMAC) la población del grupo de edad de 65 a 69 años es de 6598 derechohabientes. De 70 a 74 años es de 5 725, de 75 a 79 es de 5 377, de 80 a 84 de 4600 y de 85 y más es de 6772.

El número de adultos mayores atendidos en el consultorio es alto si tenemos en cuenta que la población total integrando al resto de los grupos de edad es de

2534. Siendo los adultos mayores el 11.36% de la población adscrita al consultorio³⁶.

2. Planteamiento del problema

Existen muchos estudios que relacionan a la familia con el proceso salud enfermedad en el individuo, de su influencia positiva o negativa depende en gran medida la prevención, control y apego al tratamiento, tratándose principalmente de del estudio integral del paciente en su contexto familiar y del conocimiento de la familia se pueden planear estrategias y orientaciones dirigidas al paciente y su familia con enfoque de riesgo en beneficio de los mismos con la mejora en la calidad de vida.

La atención del anciano requiere evaluación integral de los aspectos biológicos propios del organismo envejecido, los relacionados con las actividades de la vida diaria y las concepciones neuropsicológicas, de la dinámica familiar – funcionalidad familiar y de las condiciones socioeconómicas.

El envejecimiento poblacional no debe verse como algo negativo por los avances médicos, tecnológicos y cambios culturales que han disminuido la mortalidad e incrementado la esperanza de vida, por lo cual es relevante la investigación

El crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado del incremento de enfermedades crónicas en individuos con mayor vulnerabilidad, cuya atención requiere mayor consumo de recursos y obliga a incorporar atención especializada, lo que ha provocado importantes consecuencias en el sistema de salud actual, donde se ha privilegiado la especialización, la tecnología y la pérdida de la visión integral y horizontal del paciente. Es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico identificar y diferenciar a la población geriátrica que requiere atención especializada de la que no, así como los problemas susceptibles de mejorar y diseñar las estrategias para mejorar la

condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor. Las personas envejecidas suelen ser vulnerables, muy susceptibles a presentar complicaciones y a tener un impacto negativo en su calidad de vida. Por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor?**

3. Justificación

La magnitud del problema: El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población de adultos Mayores y tiene repercusiones significativas en la calidad de vida. Hay estudios de investigación que demuestran que el 28.3% de los adultos mayores tenían disfunción familiar que afectaba su calidad de vida, teniendo en cuenta la importancia de la funcionalidad familiar en el entorno del paciente adulto mayor como factor que favorece la calidad de vida, sería de gran utilidad el poder identificar en la población la calidad de vida y funcionalidad familiar.

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas en la unidad familiar y la interdependencia. Al aumento de la edad se incrementa la dependencia de los adultos mayores. Coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional y que se asocia a un incremento de la susceptibilidad para que el adulto mayor desarrolle enfermedades, accidentes, pérdida de autonomía o muerte. Factibilidad: en el primer nivel de atención el médico familiar, cuenta con elementos y habilidades necesarias para identificar funcionalidad familiar, así como para evaluar la calidad de vida de sus pacientes por contar con un equipo multidisciplinario. Este estudio es trascendente, dado que no se cuenta en la UMF 21 con investigaciones precedentes que versen sobre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes mayores de 65 años y más, por lo que los resultados obtenidos aportarán información relevante sobre el tema.

La investigación que se plantea es factible, dado que requiere de poca inversión por parte de los investigadores y por lo que los recursos humanos, materiales y financieros, están al alcance de los autores.

Es viable ya que es un estudio observacional que no representa riesgos para la salud de los participantes y se cuenta con una población de 29, 172 adultos mayores de más de 65 años y se podrá implementar estrategias que favorezcan un envejecimiento exitoso y saludable que conlleve a una mejor calidad de vida.

4. Hipótesis

Solo con fines didácticos

Ho = Hipótesis Nula

El paciente adulto mayor cuenta con buena calidad de vida en la familia funcional

Ha Hipótesis alterna

El paciente adulto mayor no cuenta con buena calidad de vida en la familia funcional.

5. Objetivos

► 5.1 Objetivo General

Identificar la asociación de la percepción de funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor de 65 años y más sin causa efecto.

► 5.2 Objetivos Específicos

Identificar en el adulto mayor de 65 años y más:

Identificar principales variables sociodemográficas como:

Edad, sexo, estado civil, escolaridad

Identificar la percepción de apoyo familiar

Identificar la percepción de calidad de vida

Identificar aspectos antropométricos (talla, peso, IMC).

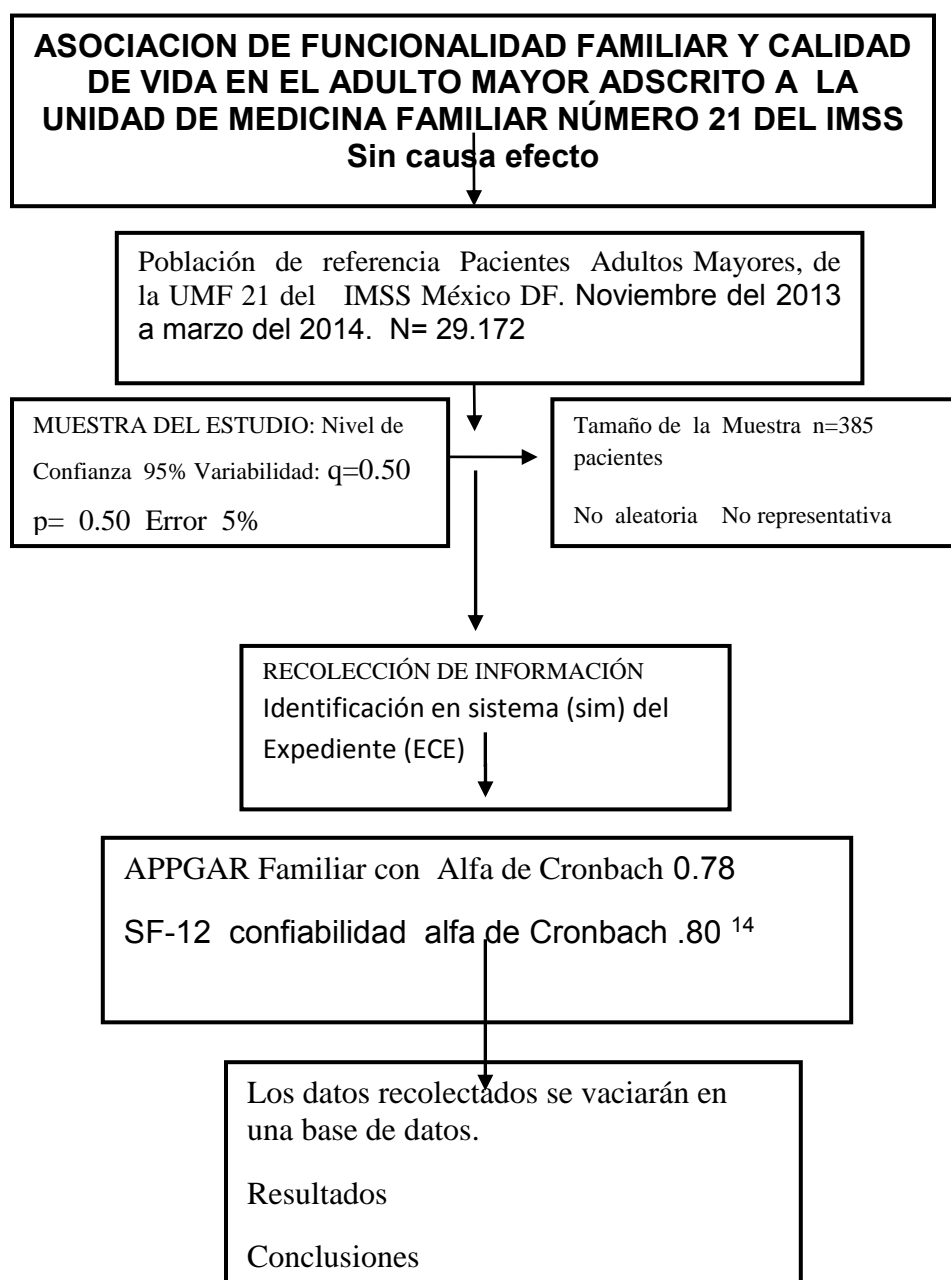
6. Material y Métodos

6.1 Tipo de estudio. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

6.2 Diseño General de la Investigación del Estudio

En el siguiente diagrama se muestra el diseño general del estudio: Se trata de una muestra no aleatoria no representativa con 440 pacientes adultos mayores.

Basado en la fórmula para poblaciones mayores a 10.000



6.3 Población Lugar y Tiempo

El presente estudio se realizó de Noviembre del 2013 a marzo del 2014. Ambos turnos. Se incluyeron pacientes Adultos Mayores de 65 años y más, que fueran derechohabientes de la clínica 21 IMSS México DF. con expediente vigente y que cumplieran con los criterios de inclusión referidos en este estudio. La población hasta dicha fecha era de 29.172 adultos mayores. Asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor es sin causa efecto, se busca la asociación de las variables funcionalidad familiar y calidad de vida sin causa efecto, pueden estar presentes pero sin influir.

6.4. Muestra

Se calculó una muestra, no aleatoria, no representativa, para la población de estudio de la clínica 21 IMSS.

Se utiliza la siguiente fórmula; la cual se emplea con poblaciones mayores de 10.000 elementos.

Recolección de información, Identificación en sistema (sim) del Expediente. Asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor es sin causa efecto, se busca la asociación de las variables funcionalidad familiar y calidad de vida sin causa efecto, pueden estar presentes pero sin influir.

Nivel de confianza 95%

$P=0.5\%$

$Q=0.5\%$

$Z=1.960$

Donde los valores a sustituir y su definición son:

Z= valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra 95%

(1.960).

P y q= valor de probabilidad de éxito o fracaso (p=0.50%) y q= 0.50% error 5%.N=385

http://www.investigacionenmedicina.org/muestreo/muestreo_binomial_proporciones_Nmayordi_ezml.xls

Cálculo del tamaño de muestra
Criterio de diferencia absoluta
Distribución binomial
Población mayor de 10,000

$$n = \frac{z^2pq}{E^2}$$

Z	valor de unidades "Z" bajo la curva normal, según el nivel de confianza seleccionado para la muestra
p y q	variabilidad del fenómeno en términos de la proporción de la población que es objeto de estudio. Entre 0.10 y 0.90
E	Precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad. Entre 1 y 10 %

Nivel de confianza (%)	95
Z=	1.960
p =	0.50
q =	0.50
E (%)=	5
n=	384.160
Redondeando n =	385

Error α (%)	nivel de confianza (%)	Valor de Z
10	90	1.645
9	91	1.695
8	92	1.750
7	93	1.810
6	94	1.880
5	95	1.960
4	96	2.055
3	97	2.170
2	98	2.330
1	99	2.580

Ing. Irma Jiménez Galván Junio, 2015

Tamaño de la muestra

Se realiza con fórmula para estudios descriptivos con la siguiente formula.²⁰

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

Fórmula 1. Tamaño de muestra para una proporción. Población infinita.

N=Tamaño de la muestra que se requiere

P=Proporción de sujetos portadores

Q= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

γ 2= Precisión o magnitud del erro que estamos dispuestos a aceptar.

n= 384. Tamaño de muestra = 384

7. Criterios de Inclusión Exclusión y Eliminación

7.1 Criterios Inclusión

- Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del IMSS
- Pacientes de 65 años y más, ambos sexos
- Pacientes de ambos turnos
- Pacientes que firmen consentimiento informado
- Pacientes que tengan convivencia con su familia

7.2 Criterios de Exclusión

- pacientes que viven por períodos con diferentes familias por ejemplo los pacientes que un mes viven con un hijo y al siguiente mes viven con otro.
- Pacientes que no acepten firmar consentimiento informado

7.3 Criterios de Eliminación

- Cuestionarios incompletos

8. Definición de Variables

En el Cuadro 1 se muestra el tipo, escala y medición y categoría o valor.

Cuadro 1

Se estudiaron 30 variables que forman el instrumento dividido en 3 secciones como se presenta en el siguiente cuadro

Sección	Nombre de variable	Número de variable
Sección 1	Variables socio antropométricas y Sociodemográficas	12
Sección 2	Instrumentos Test SF-12	13
Sección 3	APGAR Familiar	5

8.1 Tabla 1

Definición Operativa de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
APGAR Familiar		Satisfacción de la función Familia	Cualitativa continua	1 Alta 7-10 2. Media 4-6 3. Baja 0-3
Instrumento SF-12		Calidad de Vida		
Funcionalidad Familiar	Es la Forma en que está relacionada, afecto, comprensión,		Cualitativa Continua	1. Alta 2. Media 3. Baja

	rechazo, su ambiente, cultura, edo.económico la familia.			
Ciclo Vital		Ciclo evolutivo de la familia	Cualitativa continua	1.Matrimonio 2.Expansión 3.Dispersión 4.Independencia 5.Retiro y Muerte

8.2 Definición Conceptual y Operativa de las Variables.

Todas las variables son medidas cualitativamente, con nivel de medición nominal y categorizada como presencia o ausencia diagnóstica, excepto las variables de edad y sexo, como se describe en la siguiente tabla.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	INDICADOR
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la última consulta.	Cuantitativa continua	La referida en el expediente clínico	Edad en Años cumplidos
Sexo	Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.	Cualitativa Nominal	El referido en el expediente clínico	1) Masculino 2) Femenino

9. Diseño Estadístico

Se estudió un solo grupo, se realizó una sola medición de variables, se aplicaron los instrumentos, SF-12 Calidad de Vida y Cuestionario de Función Familiar APGAR en Primer Nivel de Atención a pacientes derechohabientes de la sala de espera de la consulta externa de los consultorios de Medicina Familiar UMF 21 IMSS, en donde se dará la bienvenida al servicio, con presentación del personal médico, se le explica el motivo por el cual es derivado a este servicio, de los objetivos y beneficios del mismo. **Los adultos mayores cuentan con una cartilla de autocuidado con el propósito de lograr que el adulto mayor se responsabilice de su salud.**

Se utilizó estadística descriptiva a través del programa, El tamaño de la muestra se calculó a partir de la fórmula para una población mayor a 10.000 elementos, por lo que fue una muestra no aleatoria no representativa.

9.1 Instrumentos de recolección de datos

Previa firma del consentimiento informado de participación voluntaria, se diseñó y utilizó un formato de presentación de datos denominados:

Cuestionario con los datos Sociodemográficos integrado además ficha de identificación, número de expediente y folio, con los datos de peso, talla, IMC.

Instrumento de evaluación de la percepción de apoyo familiar, APGAR Familiar. Cuestionario de 5 rubros (adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución) 3 opciones (casi siempre = 2, algunas veces = 1 y casi nunca = 0). Calificación: (Satisfacción de la función familiar) Baja: 0 a 3 puntos, Media: 4 a 6 puntos y Alta: 7 a 10 puntos.

Instrumento de evaluación de calidad de vida.SF12

El SF-12 caracterizado por ser una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems (tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente), cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años. Es un instrumento a partir del Sf16, validado en diciembre del 2011 para población latinoamericana que evaluar la calidad de vida relacionada a la salud. Comprende 12 reactivos con una confiabilidad alfa de Cronbach superior a .80 ⁴¹.

9.2 Método de recolección de los datos

Se seleccionó la muestra y se solicitó autorización de las autoridades correspondientes de la UMF 21 y del Sirelcis para la aplicación del instrumento.

La primera etapa de captura de la información: los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes por un solo encuestador en la sala de la consulta externa de los consultorios de Medicina Familiar durante el periodo de Noviembre del 2013 a Marzo del 2014.

Previo consentimiento informado se les invitó a participar a los pacientes, iniciando con la identificación de la población de adultos mayores adscritos a la unidad, que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 21 IMSS, con el propósito de realizar una encuesta con los instrumentos APGAR Familiar y SF12,

En donde se preguntó acerca de su calidad de vida, así como también, su percepción con respecto a satisfacción de la función familiar, los cuales han sido validados previamente para la población mexicana y Latinoamericana. El tiempo de aplicación promedio de 20 minutos. A partir de la cual se realizará el vaciado de los datos en la base de datos. Se agradeció a los pacientes por su participación dándose por terminada la entrevista.

9.3 Maniobras para evitar o controlar sesgos

- El sesgo de información debido a que los datos se obtuvieron por medio de encuesta, se trató de controlar con una sola persona que efectúa la encuesta.
- Se trató de controlar el sesgo de selección considerando que no es una muestra, probabilística, no es representativa y para el tamaño muestral se consideraron los 3 elementos fundamentales (confianza, representatividad y error o precisión).
- Sesgo de análisis de resultados, se controla con el programa estadístico

9.4 Prueba piloto

No se efectúa

9.5 Procedimientos Estadísticos

Una vez ordenados, clasificados y presentados los datos, fueron capturados en el programa Stata 11.

9.6 Descripción del Estudio

El presente estudio se realizará en el UMF 21 durante el periodo de Noviembre del 2013 a Marzo del 2014, iniciando con la identificación de la población de adultos

mayores adscritos a la unidad. En la sala de espera la cual se solicitara por medio de un proceso de consentimiento informado por escrito la participación de los pacientes en el estudio. Se incluirá a cada paciente conforme se identifique que cumpla con criterios de inclusión y se le realizará una encuesta estructurada con los instrumentos Apgar familiar y SF12, los cuales han sido validados previamente para la población mexicana y Latinoamericana.. El tiempo de aplicación promedio de 20 minutos. A partir de la cual se realizará el vaciado de los datos en la base de datos.

9.7 Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se usará estadística descriptiva con proporciones, tablas y gráficas. Para las cualitativas, considerando su distribución, se empleará la medida de tendencia central y dispersión. El análisis para encontrar asociación se realizará con cálculo de odds ratio y Riesgo relativo, así como χ^2 para variables cualitativas

9.8 Uso de resultados

El concepto terapéutica para un médico familiar, está estrictamente relacionado con una visión holística del proceso salud enfermedad como fenómeno individual, social y familiar. En este sentido los Médicos Familiares al conocer los resultados de este estudio la terapéutica estará orientada a la prevención y restitución del bien estar biológico, psicológico y social del paciente y su familia.

9.9 Limitantes del estudio

La limitación del estudio, no aleatoria no representativa, solo lo es para la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 21 y no se puede generalizar.

9.10 Conflicto de interés

El equipo de investigadores declara no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

9.11 Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del estudio

Recursos humanos	Para realizar el presente estudio se cuenta con el médico adscrito, el cual realizará la encuesta a los pacientes
Financiamiento	Por parte del investigador
Recursos materiales	Consultorio, computadora, (software Windows) impresora, tinta para impresora, papelería, plumas y cuestionario. Papel para las 386 encuestas

9.12. Consideraciones Éticas

9.13 Definición del consentimiento informado

Proporcionar una adecuada y completa información, hace imprescindible que el médico familiar tenga en su relación con el usuario, paciente, enfermo o el grupo familiar una clara actitud de honestidad y rectitud. Cualquier decisión del equipo debe tener como fin el mejor interés del paciente y su familia.

9.14. La Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Es deber del médico promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente».

Debemos recordar que la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Los investigadores deben conocer los requisitos:

- éticos

- legales
- jurídicos

Para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos.

9.15 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México

Importante los artículos 13 y 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

[Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.](#) Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. **64a. Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013.**

[Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.](#) UNESCO, 2005

[Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México,](#) 1983 - Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 1987. Lee con Ver anexos)seres humanos, Artículos 13 a 71 que se encuentran en las páginas 4 a la 14

9.16 Cronograma (Ver ANEXOS).

10. Resultados

El presente estudio se realizó en una muestra de 384 pacientes los cuales presentaron en sus características Sociodemográficas:

Edad

Una media de edad de 74.42 con una desviación estándar (DE) 6.47 en un rango de 55 a 92 años.

Sexo

El sexo se distribuyó mayormente en mujeres con el 67.45,

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de la Población

	N= 384	Media	Desviación Estándar	Rango
EDAD.		74.42	6.47	55-92
		Frecuencia	Proporción.	
SEXO	Hombre	125	32.55%	
	Mujer	259	67.45%	
Escolaridad	Sin primaria	95	24.74%	
	Primaria	144	37.50%	
	Secundaria	90	23.94%	
	Preparatoria	42	10.94%	
	licenciatura	13	3.39%	
	posgrado	0	0%	
		Frecuencia	Proporción.	
Estado civil	Soltero	38	9.90%	
	Casado	126	32.81%	
	Divorciado	44	11.46%	
	Viudo	162	42.19%	
	Unión libre	14	3.65%	

Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

Escolaridad

La escolaridad principalmente es básica.

Estado Civil

Predominio viudo con un 42.19%. PONER TODOS

Las características clínicas de los pacientes es la siguiente:

Peso

Con una media de peso fue de 69.89 con una DE de 14.67,

Talla

Con una media de talla de 1.56 Con **IMC** con media de 27.70 con una DE de 4.51,

En cuanto al estado nutricional:

El 46.88% de la población se encuentra en sobrepeso, casi el 27% de los pacientes presenta obesidad.

Tabla 2

Características Clínicas de la Población

	N= 384	Media	Desviación estándar	Rango
Peso		69.89	14.67	46-118
Talla		1.56	0.99	1.35-1.99
IMC		27.70	4.51	18-41
		Frecuencia	Proporción	
		Desnutrición	0.52%	
		Normal	23.44%	
		Sobrepeso	46.88%	
		Obesidad GI	22.66%	
		Obesidad GII	4.17%	
		Obesidad GIII	2.34%	

Fuente: Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

Apgar Familiar

En el Apgar Familiar la Percepción del Apoyo Familiar se encontró:

El 65% de los pacientes presentó adecuada Funcionalidad Familiar,

El 21% disfunción moderada

El 13.54% disfuncionalidad familiar severa.

Tabla 3.

Indicadores de Funcionalidad Familiar

N= 384	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Percepción de funcionalidad familiar	251	65.36%
Percepción de disfunción moderada	81	21.09%
Percepción de disfuncionalidad severa	52	13.54%

Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

Calidad de Vida

La calidad de vida se encuentra el 92.71% reporta una buena calidad de vida, el 7.29% reporta mala calidad de vida.

Tabla 4.

Calidad de Vida

N= 384	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
MEJOR CALIDAD DE VIDA	356	92.71%
MALA CALIDAD DE VIDA	28	7.29%

Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

Análisis Bivariado

Análisis Bivariado contrastando funcionalidad familiar con calidad de vida

Distribución de frecuencias.

Tabla 5

Distribución de frecuencias.

Funcionalidad familiar	Mejor calidad de vida, frecuencia	Mala calidad de vida, frecuencia
Percepción de funcionalidad familiar	239	12
Percepción de disfunción moderada	75	6
Percepción de disfuncionalidad	42	10

Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

Tabla 6**Grupos de comparación**

	Disfunción familiar	Funcionalidad
Mejor calidad de vida	12	239
Mala calidad de vida	16	117

	Disfunción moderada familiar	Funcionalidad
Mala calidad de vida	6	12
Mejor calidad de vida	75	239

	Disfunción Familiar Severa	Funcionalidad
Mala calidad de vida	10	12
Mejor calidad de vida	42	239

Fuente: Encuestas efectuadas UMF 21 IMSS

La percepción de Apoyo Familiar(funcionalidad familiar) asociado a Buena Calidad de Vida presenta un odds ratio de 1.53, con un Riesgo Relativo (RR) de .67 lo cual se interpreta como factor protector con un valor de p= .0048,

La Regular Percepción de Apoyo Familiar (disfunción moderada) asociado a mala calidad de vida presenta un Odds ratio de 1.59 con un RR 1.75 con un valor de p=066,

La Mala Percepción de Apoyo Familiar (disfunción familiar severa) y mala calidad de vida presenta un odds ratio de 4.74, con un RR de 4.75, valor de p= 0031. Ver Tabla7

Tabla 7

Medidas de Asociación.				
	Frecuencia	Odds ratio	RR	Valor de p
Buena percepción familiar y buena calidad de vida	239	1.53	.67	P0.48
Disfunción moderada y mala calidad de vida	75	1.59	1.75	P0.66
Disfuncionalidad y mala calidad de vida	10	4.74	4.75	p.331

Fuente: Encuestas efectuada

Al realizar el análisis Bivariado se encontró que el tener una percepción de buena funcionalidad familiar y buena calidad de vida parece ser un factor protector con una RR menor de 1. Las variables en las que se encontraron mayor asociación fue la de mala calidad de vida y disfunción grave con un Odds ratio de 4.73 y un RR de 4.50.

11. Discusión

Los resultados del estudio muestran que, a pesar de los cambios en la familia –La calidad de Vida de los pacientes adultos mayores se mantiene dentro de lo habitual y las familias se ajustan a los cambios. Percepción de funcionalidad familiar el 35% de los pacientes se refiere con algún grado de disfunción. Resultados similares se mostraron en un estudio realizado por Villarreal A. Mont, A 2012 en cuanto a funcionalidad familiar

Por su parte en cuanto a la calidad de vida, González-Celis en 2009 realizó una investigación en la cual abordó a pacientes quien aplicó el cuestionario de vida a través del WHOQOL en ancianos, reportó satisfacción general moderadamente alta con su calidad de vida y los resultados muy similares a los reportados en este estudio.

Sin embargo las características clínicas de esta población son semejantes con lo reportado en las Encuestas Nacionales de Salud, con una media en índice de Masa Corporal de 27, lo cual establece a la población como con sobrepeso y obesidad, con un estado nutricional con sobrepeso y obesidad en 75% de la población.

Con respecto a ciclo evolutivo de la familia con una media de edad de 74 años se encuentra en retiro y muerte. Dorantes Mendoza reporta estado civil: viudo, divorcio, separado como factor de riesgo²¹.

El estado civil que predominó fue el de viudez, estos datos pueden describir patrones específicos de funcionalidad familiar, ya que la población en su mayoría se encuentra en la última etapa del ciclo evolutivo en la que se deben enfrentar

diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

En cuanto a la percepción de la satisfacción de la funcionalidad familiar en este estudio se encontró con una calificación alta , lo que nos da a entender que existe una adecuada percepción de apoyo familiar, el 35% de los pacientes se refiere con algún grado de disfunción^{16,17} aunque solo el 7% se reporta como con mala calidad de vida. Lo cual es congruente con lo reportado con la literatura con respecto a la prevalencia. Con una adecuada calidad de vida en el 92% de los pacientes. Lo cual es mayor a lo reportado en la literatura sobre todo en países con economías emergentes. Seguramente este valor cambiará en poblaciones sin acceso a la seguridad social.

12. Conclusiones

En este trabajo de investigación se logró cumplir con los objetivos planeados la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor, se busca la asociación de las variables funcionalidad familiar y calidad de vida sin causa efecto, pueden estar presentes pero sin influir.

No se encontró realmente asociación estadísticamente significativa entre la percepción de disfunción familiar y mala calidad de vida. Tal vez lo que más haya impactado en la interpretación de las variables fue la distribución de la población, presentándose un grupo de pacientes de la tercera edad con una etapa familiar de contracción, con una adecuada calidad de vida en el 92% de los pacientes.

Sugerimos que se implemente dentro del estudio de salud del adulto mayor, una evaluación de su calidad de vida, con el fin de detectar a aquellos pacientes vulnerables y de poder medir el impacto de las intervenciones, no solo en la salud del paciente,

Las ventajas que se han obtenido con este estudio han sido una mayor formación de todo el equipo de la UMF 21 en la orientación al anciano o adulto mayor, aspecto descuidado en la formación del médico general y del especialista en medicina familiar. Y por último ha servido como base para pensar/ proponer la realización de un programa de atención domiciliaria, en el que se incluiría la atención al adulto mayor y a la familia con el fin de mejorar su Calidad de Vida , aspectos incluidos en este estudio para evaluar de forma objetiva al paciente anciano.

Se valoró calidad de vida y percepción de funcionalidad familiar, al término de esto se identifican los probables factores de riesgo para enfermedad o dependencia y de igual forma si ya existe la presencia de alteración en la salud física, mental y social, se brinda cita subsecuente para la modificación de factores

de riesgo, seguimiento y control de enfermedad crónica degenerativa o rehabilitación física y mental con apoyo de Trabajo social, Medicina preventiva, psicología, y consulta de Medicina Familiar. Es importante mencionar que se les brinda una cartilla de autocuidado con el propósito de lograr que el adulto mayor se responsabilice de su salud.

Consideramos, por tanto, que la Evaluación Integral del paciente geriátrico ha de permitir mejorar la calidad asistencial y conocer la calidad de vida del paciente anciano en la etapa del ciclo evolutivo de retiro y muerte.(Para geyman 1987) o etapa familiar de contracción.

13. Referencias

- 1.-Valoración geriátrica integral. Medina-Chávez JH, Torres-Arreola LP, Cortés-González RM, Durán-Gómez V, Martínez-Hernández F, Esquivel-Romero G. Rev Med Inst. Méx Seg. Soc. 2011; 49 (6): 669-684
- 2.-Diagnostico sociodemográfico del envejecimiento en México. 2012 Citado 13 06 15 disponible en :<http://conapo.gob.mx/es/CONAPO>
3. Alonso Galván P, Sanso Soberats f, Díaz Cannel Navarro AM, Carrasco García M, Carrasco García TO. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Publica 2007;33(1): 24-28
- 4 Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev. Esp Geriatr y Gerontol 2001; 36(3):24-35.
- 5Halliwell B. The antioxidant paradox. Lancet 2000; 355:1179-80.
- 6 De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, eds. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001. p. 15-55
7. Gómez J. F.; Curcio, C. L. Valoración integral de la salud del anciano, Manizales, Artes Gráficas Tizan, pp. 10-17, 2002.
8. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. */Pan Am J Public Health* 2007;22 (1):1-11.

9. Alcalá, Visitación, Camacho, Manuel, Giner, José. Afectos y depresión en la tercera edad. Psicothema [en línea] 2007, 19 (1): [Fecha de consulta: 26 de agosto de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719108> ISSN 0214-9915.

10. Peña Pérez, Belém, Terán Trillo, Margarita, Moreno Aguilera, Fernando, Bazán Castro, Manuel. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [en línea] 2009, 14 (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 26 de agosto de 2013] Disponible :

en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312308002> ISSN 1665-7330

12. Katz S. The science of quality of life. J Chronic Dis 1987;40: 459-463.

13. Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. Med Care 1989;27 suppl 3:S148-S156.

14. Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. Rev Invest Clín 1995; 47:315-327.

15. Agency for Healthcare Research and Quality: Web del U.S. Health Service que ofrece información relacionada con la investigación en calidad de vida. Ofrece también información en español. <http://www.ahrq.gov/>

16. European Clearing Houses on Health Outcomes: Grupo que reúne a instituciones de diversos países europeos relacionadas con la investigación de resultados en salud. <http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/ECHHO/home.html>

17. Euroqol Group: Se ofrece información el cuestionario Eurqol (medida genérica de CVRS) y referencias bibliográficas relacionadas con el EQ-5D. Disponible: <http://www.euroqol.org>

18. .Evaluación Clínica y Económica de Medicamentos: Web española que proporciona recursos en evaluación clínica y económica de medicamentos, y también en CVRS. Disponible : <http://www.farmacoeconomia.com>

19v. International Society for Quality of Life Research: Web que ofrece información acerca de esta sociedad y sus congresos internacionales ISOQOL sobre calidad

de vida. Disponible: <http://www.isogol.org> MAPI Research Institute: Web del instituto

20. Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. Rev Invest Clín 1995; 47:315-327.

21. Testa MA, Simonson DC. Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-840.

22. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ 1998;316(7130):542-545.

23. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998;21 suppl 3:C44-C52.

24. Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. CMAJ 1989;140:1441-1448.

25. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Mex 2006; 48(3):200-211. *salud pública de México / vol.48, no.3, mayo-junio de 2006.*

26. Yurss I. Atención a la Familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. Anales del sistema sanitario de Navarra. Suplementos 2001; 24(2):73-82.

27. De la Cerda SM, Riquelme HE, Guzmán GF, Barrón GF, Vázquez D. Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A.B.P". Disponible en:
<http://mail.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/TipFamNinosadolescentesacuden.pdf>.

28. Editorial. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Arch Med Fam 2005;7(1):15-19.

29. Editorial. Conceptos Básicos para el Estudio de las familias. Arch Med Fam 2005;7(1)15-19 VER ART DEL CONCENSO DE MEDICINA FAMILIAR 2005
30. De la Revilla AL, Fleitas CL. "Instrumentos para el Abordaje Familiar Atención Longitudinal: el ciclo vital familiar". en Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Editorial Springer-Verlay Ibérica. Barcelona 1999.
31. Gómez Clavelina FJ. Y Cols. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2)45-57
32. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE). Serie 28. Población y Desarrollo [2009];<http://www.eclac.cl/publicaciones/población/7/LCL1737P>
33. Censo de Población y Vivienda INEGI 2010. México
34. Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 México.
36. Información Estadística ARIMAC UMF 21, junio 2013.
37. Cardona, D., Estrada A. y Agudelo, H.B., 2006. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica, 26 (2), pp. 206-215.
38. Vilchis Chaparro E, Espinoza Anrubio Gilberto, Frías Austria Cesar Arturo. Evaluating Quality of Life in Patients with Allergic Rhinitis in a Family Medicine Unit in Mexico City. Aten Fam. 2011;18(4)
39. Schwartzmann L. health-related quality of life: conceptual aspects. ciencia y enfermería ix (2): 9-21, 2010
40. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas E R. Aten Fam 2010; 17(4): 102-106
41. Evaluación del cuestionario SF-12 P. Vera-Villaruel et al. Chile 2014; 142:1275-1283. Consultada 27 03 14. Disponible [.www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/.../520](http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/.../520)
42. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordoñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud. 2011; 31: (4):492-502.

43. Valdés, E; Guevara de León, T; Nepomuceno, N. "Comportamiento de los malos tratos al adulto mayor" *Medi centro Electrónica*. 2011; 15(2):100-105. 6.
44. González-Celis R., A.L., Trón, A.R. y Chávez, B.M., 2009. Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población anciana en México. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
45. González-Celis R., A.L., y Lázaro, L.G., 2007. Espiritualidad y sentimientos de soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 9 (1), pp. 44-55.
46. González-Celis R., A.L., y Padilla, A., 2006. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México. *Universitas Psychological*, 5 (3), 501-509.
47. Marcelo T. Berlim, Daniele P. Pavanello, Marco A.K. Caldieraro & Marcelo P.A. Fleck Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res* (2005) 14: 561–564
48. Robinson Ramírez, Ricardo A Agredo, Alejandra M Jerez, Confiabilidad y Valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF12. Adultos colombianos. *Rev Salud Pública* 12(6); 807-819 2010.
49. González Sala F, Adelina Gimeno Collado, Meléndez MoralJC, Córdoba IniestaA. The perception of the family functionality. Confirmation of its bifactorial structure. *Escritos de Psicología*, 2012;5 (1): 34-39.
- 16.- Pons AON, Flores MA. Abordaje integral de la salud familiar. En: Azures CR, Chávez AV, García PMC, Pons AON. *Medicina Familiar*. Corinter México, 2008. pp 145-171.
50. Gómez Clavelina F, Ponce Rosas ER, New Proposal of an Intepretation Scale for Family Apgar. *Aten Fam* 2011;7 (4):
51. Gloria Villarreal Amaris Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (colombia) *Salud Uninorte, Barranquilla* 2012;28 (1)
52. Villarreal A. Mont, A;"Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad de ladulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincilejo". *Eda lcy. Salud Uninorte*. Ene-jun 2012, vol.28 Issue 1, p75-87. 13 p.6
53. Velasco Rodríguez VM , Martínez Ordaz VA , Roiz Hernández J . Muestreo y ta

14. Anexos

14.1 Cronograma de Actividades

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Planteamiento del problema y marco teórico.	x Realizado 2013									
Hipótesis y variable	x Realizado 2013									
Objetivos		x Realizado o 2013								
Calculo de muestra		x Realizado o 2013	2013							
Hoja de registro		x Realizado o 2013		2013	2013					
Presentación ante el comité							2013	2013		
Aplicación de cuestionario									2013	2013
Análisis de resultados	2014	2014	2014							
Elaboración de conclusiones				2014	2014	2014				
Presentación de resultados						2014				

Realizado
Programado



14.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 DEL IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	NO.
Lugar y fecha:	México DF, 30 septiembre del 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la asociación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor adscrito a la unidad de medicina familiar numero 21 del imss
Procedimientos:	Sólo se realizará encuesta, no se revisara expedientes ni se realizará procedimientos invasivos.
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación sin riesgo para el paciente. No se tocan temas sensibles para la población
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Todo caso detectado de padecimientos que requieran manejo médico serán canalizados de forma oportuna con su médico familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán difundidos al personal médico y a la población, por medio de un informe semestral en la dirección de la unidad
Participación o retiro:	<u>El paciente tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento.</u>
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados, y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional _____

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

Investigador Responsable:

Dra. Liliana Muñoz Rosales

Colaboradores:

Dr Fabian Avalos Pérez tel 5579 6122, ext: 21315

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

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: 14.2 (anexo 3)

▣ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DISTRITO FEDERAL.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
UMF 31



ASOCIACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 DEL IMSS

Hoja 1/2

INSTRUMENTO 1.

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

Adultos mayores de 65 años de ambos sexos con vigencia de derechos adscritos a la UMF 21, que acepten participar por medio de un proceso de consentimiento informado en la investigación.

No llenar

INSTRUMENTO 1.						
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:						
Adultos mayores de 65 años de ambos sexos con vigencia de derechos adscritos a la UMF 21, que acepten participar por medio de un proceso de consentimiento informado en la investigación.						
No llenar						
1					FOLIO _____	_ _ _ _
2					Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	_ _ _ _
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)					
4	NSS: _____	5	Teléfono _____			_ _ _ _ _ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()					_
7	Número de Consultorio: (____)					_
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()			_ _ _ _ / _
10	ESTADO CIVIL: 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()					_
11	ESCOLARIDAD: 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()					_
12	PESO: _____ kgs	13	TALLA _____ cms	14	IMC (Peso/Talla ²) _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Apgar familiar						
15	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? 0= Casi nunca () 1= A veces () 2= Casi siempre ()					_
16	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? 0= Casi nunca () 1= A veces () 2= Casi siempre ()					_
17	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? 0= Casi nunca () 1= A veces () 2= Casi siempre ()					_
18	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos? 0= Casi nunca () 1= A veces () 2= Casi siempre ()					_
19	¿Siente que su familia lo quiere? 0= Casi nunca () 1= A veces () 2= Casi siempre ()					_

	Calificación apgar familiar	
20	1= Funcional () 2= Levemente disfuncional = () 3= disfuncional = ()	<input type="checkbox"/>
	Test SF-12	
21	¿En general usted diría que su salud es? 1= Excelente () 2= Muy Buena () 3= Buena () 4= Regular () 5=Mala ()	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿Qué tanto le limita para realizarlas?

22	Esfuerzos moderados. 1= Si, me limita mucho () 2= Si, me limita poco () 3= NO, No me limita ()	<input type="checkbox"/>
23	Subir varios pisos por las escaleras 1= Si, me limita mucho () 2= Si, me limita poco () 3= NO, No me limita ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

24	Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? 1= Si () 2= NO ()	<input type="checkbox"/>
25	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas? 1= Si () 2= NO ()	<input type="checkbox"/>
26	Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar deprimido, triste, o nervioso)? ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? 1= Si () 2= NO ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? 1= Si () 2= NO ()	
	Durante las últimas 4 semanas ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y las tareas domesticas? 1= Nada () 2= Un poco () 3= Regular () 4= Bastante () 5= Mucho ()	
	En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido calmado y tranquilo? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()	
	En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()	
	En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo Se sintió desanimado y triste? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()	
	En las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales? 1= Siempre () 2= Casi siempre () 3= Algunas Veces () 4= Solo alguna vez () 5= Nunca ()	
		<input type="checkbox"/>
	GRACIAS POR SU COLABORACION	<input type="checkbox"/>