



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

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

TÍTULO:

**"CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE
ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
IMSS, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. DANIEL ALEJANDRO GÓMEZ MORENO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON



IMSS

H. PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2023.



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

**TÍTULO:
“CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°13, IMSS, EN TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS.”**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Dr. Daniel Alejandro Gómez Moreno
Médico Residente de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar N° 13
Matrícula: 98078810
Teléfono: 9611421849
Correo Electrónico: dan_gomez13@hotmail.com

Asesor Metodológico y Asesor de Contenido:

Dr. José Ramiro Cortés Pon
Especialista En Medicina Familiar
Subdirector Médico En Hospital General De Zona No. 2
Matrícula: 11619732
Teléfono: 9611311436
Correo Electrónico: ramistes@gmail.com

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Febrero 2023.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación Delegacional de Investigación Médica
Unidad Medicina Familiar Numero 13
Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Tema:

**“CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°13, IMSS, EN TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS.”**



Tesista:


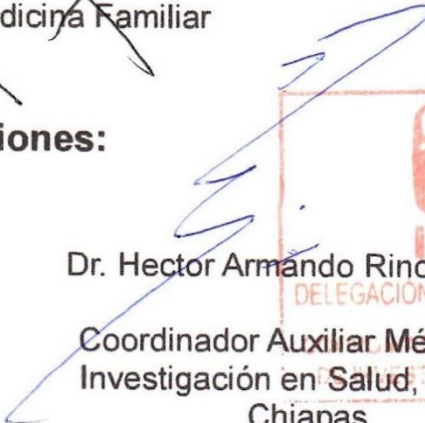
Dr. Daniel Alejandro Gómez Moreno
Médico Residente de Medicina Familiar

Investigador Responsable y Asesor de Contenido:

~~Dr. José Ramiro Cortés Pon
Especialista En Medicina Familiar~~

Autorizaciones:



Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud, OOAD, Chiapas



Dr. Hector Armando Rincón León
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud, OOAD,
Chiapas

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Febrero de 2023

AGRADECIMIENTOS

No hay etapa que no concluya, y ésta en particular ha sido una etapa de mucho esfuerzo, sacrificio, desvelos, estudio arduo y profundo por lo que me es esencial el agradecer profundamente a todas las personas que hicieron realidad el sueño de este trabajo, la culminación de mi trabajo para ser especialista en Medicina Familiar.

Agradezco infinitamente a Dios, ya que siempre me ha acompañado con su presencia, guiándome por el buen camino, sobre todo en mi mente y corazón.

Palabras me harían falta para agradecer a mis padres, ya que de no ser por ellos definitivamente no hubiera podido llegar tan lejos al día de hoy en mi formación académica, desempeñándose en todo momento como mis principales pilares, y también, del resto de mi familia. Especial mención a mi madre quien nunca me ha dejado de apoyarme, incluso en mis momentos más difíciles, siempre me ha brindado amor, cariño y comprensión. También a mi padre, quien en todo momento ha sido un gran ejemplo a seguir, siempre motivándome a alcanzar mis metas y a realizarme en todos los sentidos.

Agradezco a mis hermanos, quienes están orgullosos de mí y yo de ellos, de forma siempre pendientes de mí y de forma mutua, estén cerca de mí o lejos físicamente, sin duda alguna contribuyeron a que siempre siguiera adelante en este proyecto.

Agradezco de manera muy especial y honesta a mi asesor de tesis, el Dr. José Ramiro Cortés Pon por aceptarme para escribir mi tesis bajo su supervisión, por apoyarme en todo momento siempre otorgándome un espacio para atenderme incluso si estuviera muy ocupado, por asesorarme día tras día, por brindarme siempre los recursos suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas en la construcción de mi tesis. Así mismo agradezco a mi coordinadora de educación en salud de mi unidad, a mi profesor titular, a mi profesor adjunto, y demás profesores de escenario clínico por sus enseñanzas brindadas día a día las cuales constituyen la base de mi vida profesional, en este proceso de especialización.

También a mis amigos que se hicieron familia durante toda la residencia, con los cuáles conviví con ellos en las buenas y en las malas, con quienes crecí profesionalmente y brindaron gran amistad.

Finalmente, mando mi más sincero agradecimiento a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, así como al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser ambas instituciones en las cuales pude adquirir mis conocimientos en la práctica como clínico y en la adquisición de destrezas hospitalarias de especialista como Médico Familiar.

ÍNDICE

Parte	Página
Título	1
Agradecimientos	3
Índice	4
Abreviaturas, siglas y acrónimos	5
Lista de tablas	6
Lista de figuras	7
Resumen	8
Marco Teórico / conceptual	10
Justificación	32
Planteamiento del problema	34
Objetivos	37
Hipótesis	38
Material y método	39
Consideraciones éticas	58
Recursos, financiamiento y factibilidad	65
Cronograma de actividades	66
Resultados	67
Discusión	77
Conclusiones	81
Recomendaciones	83
Bibliografía	84
Anexos	91

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
AMM	Asociación Médica Mundial
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ICH	Conferencia Internacional de Armonización
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUIVE	Secretaría de Salud en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Tabla 1	Dimensiones e indicadores de calidad de vida	18
Tabla 2	Características sociodemográficas de los adultos mayores participantes parte I	66
Tabla 3	Características sociodemográficas de los adultos mayores participantes parte II	66
Tabla 4	Características sociodemográficas de los adultos mayores parte III	67
Tabla 5	Características económicas de los adultos mayores participantes	69
Tabla 6	Tipología y funcionalidad familiar de los adultos mayores participantes	71
Tabla 7	Comparación de la calidad de vida según características de los adultos mayores	73
Tabla 8	Nivel de calidad de vida y principal comorbilidad	

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Descripción	Página
Gráfica 1	Zona demográfica de residencia de los adultos mayores participantes	68
Gráfica 2	Número de residentes en cada familia de los adultos mayores participantes	69
Gráfica 3	Comorbilidades de los adultos mayores participantes	70
Gráfica 4	Tipo de tratamiento que recibían los adultos mayores participantes	71
Gráfica 5	Calidad de vida de los adultos mayores participantes	73

RESUMEN

Título: “CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°13, IMSS, EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”

Antecedentes: La Organización de las Naciones Unidas, establece la edad de 60 años para considerar a una persona adulta mayor. Actualmente la situación demográfica marca un incremento de este grupo etario, implicando una creciente atención sanitaria hacia ellos. El concepto de calidad de vida es multidisciplinario, denota diferentes grados de satisfacción personal influenciado por factores biológicos, socioeconómicos, psicológicos y culturales con elementos subjetivos en su percepción. Su evaluación científica es reciente, con énfasis en la Salud, así como el papel del adulto mayor y su calidad de vida dentro de la familia. Por tanto, es importante conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y determinar la funcionalidad familiar, para normar estrategias integrales en el mejoramiento de la mismas en los sistemas de seguridad social.

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional; utilizando como instrumento un cuestionario unificado de un total de 76 ítems dividido en 3 apartados. El primer apartado denota variables sociodemográficas, con 14 ítems. La escala FUMAT, en el segundo apartado, cuenta con un total de 57 ítems, valora la calidad de vida de los adultos mayores, con coeficiente alfa de Cronbach >0.725 . Por último, el APGAR familiar evalúa cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, con un cuestionario de 5 ítems, con alfa de Cronbach $=0.788$. Se aplicó a adultos mayores que acuden a la consulta externa de la UMF N°13.

Resultados: Se incluyeron 377 adultos mayores de edad media 68.0 ± 6.1 años (46.9% femeninos y 53.1% masculinos). El 76.9% de los pacientes tenían una funcionalidad familiar normal, el 21% tenían disfunción leve, el 1.6% disfunción moderada y el 0.5% disfunción severa. El 70.3% percibían tener una buena calidad de vida, el 27.6% una calidad de vida regular y el 2.1% una mala calidad de vida. Tuvieron buena calidad de vida la escolaridad de nivel licenciatura (83.3% y posgrado (100%) en comparación con analfabetas (45.9%, $p=0.018$); vivir en zona urbana en comparación con vivir en zona rural (73.1% *versus* 62.8%, $p=0.006$); ser de clase media alta en comparación ser pobre (83.3% *versus* 56.2%, $p=0.028$); tener una funcionalidad familiar normal *versus* disfunción moderada (76.6% *versus* 33.3%, $p<0.001$).

Conclusiones: La calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No.13 es mejor que la percibida en otros adultos mayores mexicanos y los factores asociados con mejor calidad de vida fueron un nivel académico de licenciatura o posgrado, vivir en zona urbana, ser de clase media alta y tener una funcionalidad familiar normal.

Palabras Clave: Calidad de vida, Adultos mayores, envejecimiento, factores socioeconómicos, funcionalidad familiar.

MARCO TEÓRICO

Concepto de adulto mayor

La **Organización de las Naciones Unidas (ONU)** establece que la edad para ser considerada vejez es a los 60 años, aunque en los países desarrollados se cree que la vejez comienza a los 65. Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, una persona mayor es cualquier persona mayor de 60 años. ⁽¹⁾

La **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** define al adulto mayor como aquel individuo de 60 años y más teniendo en cuenta la esperanza de vida y el envejecimiento de la población en la región. ⁽²⁾

De acuerdo con la norma oficial mexicana sobre prestaciones sociales PROY-NOM-031-SSA3-2018 “De servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situaciones de peligro y vulnerabilidad”, **en México** se considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años. ⁽³⁾

Situación sociodemográfica y epidemiología del adulto mayor

Hoy, por primera vez en la historia, la mayoría de la población tiene una expectativa de vida de 60 años o más. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población de la Tierra mayor de 60 años casi se duplicará, del 12 % al 22 %. Para 2050, se espera que la población mundial de 60 años o más alcance los 2 mil millones, un aumento de 900 millones en comparación con 2015. ⁽⁴⁾

A nivel mundial, la población mayor de 65 años está creciendo más rápido que el resto de la población. Según el informe Perspectivas de la población mundial de 2019, para 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16 %), en comparación con 1 de cada 10 (9 %) en la actualidad en 2019. Para 2050, una de cada cuatro personas que vivan en Europa y América del Norte tendrá

más de 65 años. En 2018, por primera vez, el número de personas de 65 años y más superó al de niños menores de 5 años. Se estima que el número de personas de 80 años y más se triplicará, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. ⁽⁵⁾

Para 2050, el 80% de todos los ancianos vivirán en países de bajos y medianos ingresos. Francia ameritó casi 150 años para adaptarse a un aumento del 10% al 20% de acuerdo con la tasa de población de más de 60 años de edad. Sin embargo, los países como Brasil, China e India deben hacer esto en solo 20 años. Aunque el cambio en la población de un país está relacionado con edades más avanzadas, -llamado envejecimiento de la población-, comenzó en los países de altos ingresos (por ejemplo, el 30% de la población en Japón es mayor de 60), los cambios más decisivos se pueden ver en ingresos países de ingresos de mediano a alto nivel. A mediados de siglo, muchos países como China, Irán Islámica República y la Federación de Rusia tendrán un número de personas mayores similar a la que tiene Japón. La larga esperanza de vida observada en los países de ingresos altos se debe a su capacidad para tratar adecuadamente las enfermedades no transmisibles (fundamentalmente enfermedades cardiovasculares) en la gente de 60 años o menos. ⁽⁶⁾

Para el 2025, la población mayor de 60 años constituirá el 18,6% de la población total de las Américas y en al menos diez países (Antillas Holandesas, Barbados, Canadá, Chile, Uruguay Cuba, Estados Unidos, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico), superará a la Población mayor de 60 años a la Población menor de 15 años, con extremos como casi dos adultos por menor de 15 años en Cuba (183 adultos por cada 100 infantes) para 2025. Los nacimientos y las defunciones descienden, principalmente en edades jóvenes, conduce a una transición demográfica muy rápida en la región. ⁽⁷⁾

De acuerdo con un estudio del Departamento Económico y Social de las Naciones Unidas (undesa 2015) sobre el envejecimiento de la población mundial y la posición

de México en relación con otros países, Japón es actualmente el país del mundo con una población excesivamente envejecida. (un tercio de la población tiene 60 años o más), mientras que la población que envejece en 45 países (20-29% de la población es anciana), es principalmente europea y norteamericana, 52 países están en transición (10% a 19 % población de 60 años o más; 102 países con población joven (menos del 10 % de la población son adultos mayores) México está en el último grupo porque las personas mayores ahora representan el 9.6 % de la población, según dicha encuesta de datos, un indicador similar a Ecuador 9,9%, República Dominicana 9,7%, Marruecos 9,6%, Venezuela 9,4% y Bolivia 9,2%. No obstante, para 2030 en México, la proporción de adultos mayores aumentará a 14,9 por lo que se considerará población en transición y para 2050, la población será envejecida, representando el 24,7% de la población Esto será similar a lo que se reporta actualmente en países como República Checa, Hungría, Dinamarca, Países Bajos y España. ⁽⁸⁾

Nuestro país está pasando por un proceso de cambio profundo y rápido en la distribución por edades de la población, y estamos pasando de una población joven a una población envejecida. Los patrones de enfermedad y mortalidad también están transformándose, y los daños a la salud se concentran cada vez más en la vejez en las últimas décadas, teniendo como causa primordial las enfermedades no transmisibles. ⁽⁹⁾

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población de México en 2019 fue de 126,577,691 personas. Sabemos que México cuenta actualmente con cerca de 13 millones de personas mayores de 60 años (correspondientes al 10% de la población), de las cuales 4,523,043 tienen entre 60 y 64 años y 9,412,458 tienen 65 años o más. De acuerdo con las proyecciones de CONAPO, para el 2030, la población de más de 60 años en el país alcanzará más de 20 millones de personas, y para el 2050 se espera que esta población envejecida represente el 27.7% de la población de México. ⁽¹⁰⁾

En tanto Chiapas, de acuerdo con los últimos datos de INEGI, hay una población en 2019 de 5, 647 532 residentes, de los cuales 154 578 varían de 60 a 64 años y más de 315,205 residentes tienen 65 años o más cuya transición demográfica es parecida al resto de la república, siendo el grupo etario de edades avanzadas con una medida cada vez mayor en la pirámide poblacional. Actualmente, el porcentaje más alto de personas mayores oscila una edad de 60 a 70 años. ⁽¹¹⁾

Principales causas de morbimortalidad del adulto mayor en México

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el año 2018 las 10 principales causas de mortalidad en México en adultos mayores de 65 años o más fueron: 1.- Enfermedades isquémicas del corazón, 2.- Diabetes Mellitus, 3.- Tumores malignos, 4.- Enfermedades cerebrovasculares, 5.- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 6.- Influenza y Neumonía, 7.- Enfermedades del hígado, 8.- Insuficiencia renal, 9.- Accidentes (de tráfico de vehículos de motor y caídas), 10.- Desnutrición y otras enfermedades nutricionales. En hombres de este grupo de edad, las principales 3 causas de muerte fueron: 1.- Enfermedades del corazón, 2.- Diabetes Mellitus y 3.- Tumores malignos (de próstata, de tráquea, bronquios y pulmón). En mujeres en este grupo de edad, las principales 3 causas de muerte fueron: 1.- Enfermedades del corazón, 2.- Diabetes Mellitus, 3.- Tumores malignos (de la mama, del cuello del útero y del hígado y vías biliares). ⁽¹²⁾

Según la Secretaría de Salud en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en México, en el año 2019 las principales 10 causas de morbilidad en la población adulta mayor de 60 a 64 años fue: 1.- Infecciones respiratorias agudas, 2. Infección de vías urinarias. 3.- Infecciones intestinales por otros microorganismos y las mal definidas, 4.- Úlceras, gastritis y duodenitis, 5.- Gingivitis y enfermedad periodontal. 6. Hipertensión arterial, 7.- Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II), 8.-Conjuntivitis, 9.-Obesidad, 10.- Insuficiencia venosa periférica. Las 10 principales causas de morbilidad en adultos mayores de 65 años en México en el año 2019 fueron: 1.-Infecciones respiratorias agudas, 2.- Infección de vías urinarias,

3.- Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, 4.- Úlceras, gastritis y duodenitis, 5.- Hipertensión Arterial, 6.- Gingivitis y enfermedad periodontal. 7.- Conjuntivitis, 8.- Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II), 9- Hiperplasia prostática, 10.- Insuficiencia venosa periférica. ⁽¹³⁾

Situación socioeconómica del adulto mayor en México

En el segundo trimestre de 2017, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo arrojó que 14.600.461 personas eran adultas mayores, de las cuales 1.085.937 eran solteras, 8.963.003 estaban casadas en pareja y 4.548.502 en pareja. En los hogares mexicanos, el 62.1% de los adultos mayores son jefes de hogar y el 37.9% son mujeres. El 78,9% de los adultos mayores son alfabetas. El 27,2% de los adultos mayores pertenecen a la población económicamente activa. El 33% de las personas de 60 años y más están empleadas. Económicamente, según la Encuesta Intercensal de 2015, en los hogares con al menos una persona de 60 años o más: el 43,8% recibe ingresos de programas gubernamentales; el 10,7% apoyo de personas que viven en el país y el 8,2% del apoyo lo brindan personas que viven en el exterior. La encuesta también identificó una serie de hogares cuyos miembros reciben ingresos por pensiones. En este caso, una persona de la tercera edad vive en el 30,6% de los hogares. Los ancianos u otros miembros de la familia pueden ser los acreditadores de dichas pensiones, que finalmente determina el apoyo económico que recibe toda la familia, lo cual es muy importante para la calidad de vida de los miembros. Es necesario promover oportunidades de empleo para este segmento de población y así tener ingresos económicos en un entorno de trabajo decente. ⁽¹⁴⁾

Envejecimiento de la población

El envejecer se entiende como un proceso de vida que se caracteriza por muchos cambios en los niveles físicos, espirituales, personales y colectivos. También es proceso natural, que debe considerarse un período del ciclo de vida con gran

potencial para que día a día se continúe con el aprendizaje sobre cualquier acervo de conocimientos. El envejecimiento, en condiciones específicas, se identifica como aquellas modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que causa el flujo de tiempo en todo organismo. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del ser vivo frente a los estresores cambiantes. Este es un proceso dinámico que comienza desde que uno nace y se adapta a lo largo de la existencia. Los cambios que se observan en el camino del envejecimiento no son exclusivos por causas biológicas, sino que involucran, en menor o mayor medida, los resultados básicos de los factores psicológicos y sociales. Es bien sabido que no todas las personas envejecen igual, por lo que los registros de edad pueden ser un criterio útil, pero no necesariamente preciso, ya que todo el mundo parece envejecer durante un período de tiempo determinado inherente a cada persona. La salud del adulto mayor se define como “la capacidad de cuidarse a sí mismo y desarrollar capacidades funcionales en la familia y la sociedad, que le permitan ser activo en la realización de las actividades diarias”.⁽¹⁵⁾

Al hablar sobre envejecimiento saludable nos referimos a: mejorar los beneficios físicos, mentales y sociales de los adultos mayores, obtenidos al aumentar la cobertura y la calidad de los servicios sociales y de salud, así como el acceso a alimentos nutritivos, creando situaciones armoniosas en su familia y comunidad. La OMS está considerando el envejecimiento activo como: el proceso de optimización de la salud, de una forma participativa que incida en la capacidad de las personas para mejorar la calidad de vida conforme se envejece. Un anciano para mejorar su salud, requiere atención y solidaridad entre las personas para vivir mucho tiempo de adecuada calidad, que se puede lograr gracias a la aplicación de un estilo de vida saludable y un control estricto de sus enfermedades. Por otro lado, es necesario mejorar su situación económica y disponibilidad de los servicios sociales, apoyar su desarrollo personal e integración social, y utilizar su ocio y tiempo libre de manera racional y proactiva. Hay un dicho que dice que "las personas envejecen de acuerdo a lo vivido", lo que implica que los cambios en la esfera social de una persona a medida que envejece están determinados por su comportamiento social anterior. La

posición de un individuo en la sociedad cambia a lo largo de la vida, dependiendo de factores biológicos, patrones de comportamiento, personalidad, los roles sociales desempeñados y, en general, el sistema social y el momento histórico en el que vivió. ⁽¹⁶⁾

El envejecimiento exitoso es un estado en el que una persona puede generar mecanismos psicológicos y sociales para compensar las restricciones fisiológicas, logrando la sensación de buena salud y de alta autoestima de la vida y el sentimiento de satisfacción personal, inclusive en aquellos casos en los que se padezcan discapacidades y patologías. ⁽¹⁶⁾

El envejecimiento de la población es el resultado de un proceso de transformación, caracterizado por aumentos tanto en el porcentaje como en el tamaño absoluto de la población de 60 años y más, debido a la disminución de la fecundidad y la mortalidad, y al aumento de la longevidad, gracias a los avances en tecnología médica y más servicios de salud desplegados por los gobiernos durante décadas. El envejecimiento se produce en todas las regiones del mundo, pero aumenta más rápidamente en países con diversos grados de desarrollo, incluidos aquellos con una gran población de jóvenes. En México, por lo tanto, el envejecimiento de nuestra población debe ser una prioridad a la luz de las autoridades, a causa de la rápida aceleración de la tasa de envejecimiento de su población en los últimos años. ⁽¹⁷⁾

Comprender la salud de esta población y sus necesidades siempre ha sido un tema de los gobiernos, reflejado en una variedad de actividades, programas y niveles de atención, como la atención primaria, en la que el médico familiar juega un papel importante como responsable del cuidado del paciente anciano. El médico de cabecera brinda atenciones oportunas al paciente adulto mayor para garantizarle no solo una vida más larga, sino una vida más activa y saludable. Alcanzar la edad geriátrica no es una enfermedad, aunque es indiscutible que muchos de dichas personas podrían presentar alguna discapacidad por el proceso de envejecimiento

crónico. La vejez puede ser una etapa positiva de la vida, como todas las demás, llena de satisfacción y calidad de vida, y no debe haber discriminación por edad. ⁽¹⁸⁾

El sistema de salud se enfrentará a un gran reto en los próximos años: el envejecimiento de la población. Como la mayoría de los países están experimentando cambios demográficos, este envejecimiento aumentará la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades crónico degenerativas. Como resultado, la demanda de servicios de salud y protección social aumentará y muchas personas de 65 años o más estarán para ese entonces a la pasividad económica. La necesidad de dotar de espacios públicos a las personas senescentes conlleva mayores exigencias a la infraestructura urbana. El sector salud necesita más recursos humanos (como médicos de familia, geriatras, personal médico especialista, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) para cuidar y asistir a la población de la tercera edad. Dentro de los servicios de salud, la atención primaria de salud juega un papel importante en la salud del adulto mayor debido a su disponibilidad y adaptabilidad a sus necesidades, cuya importancia ha sido remarcada incluso por los organismos internacionales de salud. Sintetizando, las autoridades sanitarias deberán analizar el comportamiento de la mortalidad por edades en la población anciana para actuar en consecuencia y lograr no sólo la prolongación de la vida, sino un envejecimiento saludable de calidad. ⁽¹⁸⁾

Concepto de calidad de vida.

De acuerdo a la OMS, es la forma en el que una persona siente su vida, qué posición juega en su entorno cultural, así como su integración a los valores y costumbres de su comunidad, el compromiso con sus objetivos, expectativas, normas y criterios, todo ello influenciado por las actividades diarias, la Salud en general, el bienestar psicológico, el grado de funcionalidad, las relaciones interpersonales y con la sociedad, el medio ambiente y su credo o religión. ⁽¹⁹⁾

La calidad de vida está relacionada con los elementos económicos, sociales y culturales en un entorno que se desenvuelve principalmente sobre la base del valor de cada persona. De esta manera, existe un consenso de que la calidad de vida debe tenerse en cuenta de la visión multidimensional, además de lo anterior debe incluir servicios ambientales, culturales, económicos, médicos, satisfacción, entretenimiento, entre otras cosas. La Filosofía; de la felicidad o de la buena vida; Economistas; con beneficios, ingresos, niveles de vida, condiciones de vida y calidad de vida reciente. ⁽²⁰⁾

Al evaluar el concepto de calidad de vida, su relación es principalmente la evaluación personal, subjetiva y objetiva, y más allá de lo económico, va más allá de la percepción, opinión, satisfacción y expectativa del ser humano. ⁽²¹⁾

En la década de los 90s surge el concepto de calidad de vida asociado a la salud, con la siguiente definición: El valor designado a la duración de la vida, regulado por las limitaciones, funcionalidad, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven perjudicadas por enfermedades, lesiones o beneficiadas por tratamientos y políticas sanitarias. En otras palabras, el concepto de vida relacionada con la salud se define como “un conjunto de calidad de vida que representa la actitud o la capacidad de experimentar la satisfacción en un campo de la vida determinado que es importante personalmente, modificado por los procesos de salud y enfermedad”. Cuando hablamos de medicina, se trata de función, síntomas y ausencia de enfermedad. A nivel clínico, su enfoque ayuda a analizar las áreas en las que cada paciente experimenta cambios relacionados con la enfermedad y ayuda a evaluar el impacto del tratamiento. Además, cuando no existe una cura clara, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud es en sí mismo un objetivo del tratamiento. ⁽²²⁾

Como puede ver, no existe un criterio único para determinar la calidad de vida. Sin embargo, palabras como felicidad, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo parecen ser estereotipos comunes y parecen proporcionar un marco común para muchas definiciones diferentes. De esta forma, se puede dar una definición global:

el nivel de felicidad percibido que se deriva de la valoración que hace cada persona de factores objetivos y subjetivos en diferentes aspectos de su vida. ⁽²³⁾

Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida

El modelo considera ocho dimensiones de la calidad de vida: bienestar emocional, relaciones, bienestar material, desarrollo personal, aptitud física, autodeterminación, inclusión social y derechos. Un índice de calidad de vida es una percepción, comportamiento o condición que refleja un aspecto particular de la calidad de vida real o percibida de una persona (Schalock, Keith, Verdugo y Gómez). Los criterios para elegir un indicador se basan en si está relacionado funcionalmente con la dimensión de calidad de vida obtenida, si mide lo que se supone que debe medir (validez), si es consistente entre personas y evaluadores (confiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si solo refleja cambios en una situación dada (especificidad) y cuando están disponibles, son oportunos, centrados en las personas, longitudinalmente evaluables y culturalmente sensibles (Schalock y Verdugo, 2002/2003). ⁽²⁴⁾

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Sherlock y Verdugo, 2002/2003)

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño

6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

La escala FUMAT

Evalúa objetivamente los usuarios de la calidad de la vida de los servicios sociales a través de la determinación de las siguientes dimensiones; bienestar emocional, inclusión social, bienestar físico, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación, relaciones interpersonales, derechos. El propósito de esta escala es determinar la calidad de la vida humana para implementar planes de apoyo personal. Está enfocada para personas mayores de más de 50 años y personas con discapacidades después de 18 años, que sean usuarios de servicios sociales. Consiste en un cuestionario auto aplicado, de 57 preguntas tipo Likert (desde el 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 acuerdo hasta el 4 totalmente acuerdo), distribuidas en 8 subescalas que corresponde a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, con cada una de las mediciones en las que los usuarios responden preguntas sobre su calidad de vida. La persona que realiza las preguntas (informador) del cuestionario debe completar el mismo, si se considera que hay interrogantes no aplicables al participante o si este padece de un deterioro cognitivo notable, el informador contestará pensando en realizaría dicha actividad si la persona evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión. Todas estas preguntas deben responderse, incluso si es con respuestas negativas, o positivas en caso de ser preguntas sobre lo que las personas no hacen por sí mismas, pero cuenta con la ayuda necesaria para hacer hacerlo. Finalmente, el encuestador califica y analiza los resultados. La escala FUMAT es objetiva, aunque muchos aspectos también pueden ser subjetivos. Por ejemplo, la propia definición de bienestar emocional de una persona es subjetiva porque se basa en creencias y juicios que ella misma elabora, mientras que el bienestar material determinada por

un profesional calificado es objetiva, ya que se basará en ciertos criterios para determinarla. ⁽²⁴⁾

Aplicabilidad de la escala FUMAT

Teniendo en cuenta el estado de la calidad de vida y la evaluación en el ámbito de los servicios sociales, se elaboró una escala para evaluar objetivamente la calidad de vida de las personas mayores usuarias de los servicios sociales. Esta medición con indicadores objetivos ayuda a evaluar el diseño del servicio o programa de manera efectiva (Schalock, 2006). La importancia de esta herramienta se debe principalmente a que, en el contexto de nuestro medio, no existen muchas herramientas adecuadas para medir la calidad de vida de esta población. ⁽²⁵⁾

Así, la escala FUMAT permite: (a) recolectar datos objetivos sobre la calidad de vida de los usuarios y las condiciones que afectan sus actividades, (b) evaluar todos los servicios prestados en un mismo instrumento y (c) adquirir datos de todos ellos en concordancia a cada una de las 8 dimensiones de calidad de vida. ⁽²⁵⁾

La escala no debe utilizarse como estrategia para clasificar a los participantes, sino para guiar y promover propuestas en el día a día, en la organización, sistemas administrativos y políticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores o discapacitadas. Los índices de aplicabilidad del instrumento, son, por una parte, su propiedad psicométrica y, por otro, el consenso de la sociedad, ya que los indicadores que en éste se incluyen fueron aprobados conjuntamente por otros especialistas en geriatría y discapacidad. ⁽²⁵⁾

Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida en la vejez es principalmente el resultado de las funciones ambientales que la persona se desarrolla a lo largo de su existencia. La calidad de vida en esta etapa también está relacionada con la autonomía y la independencia

humana. Algunos estudios muestran que la independencia involucrada en los deberes después de la jubilación, y con un equilibrio emocional saludable, a menudo viven mejor y más que las personas que están aisladas, frustradas y deprimidas. Las personas mayores mantienen su inteligencia lo suficientemente bien si se mantienen con una vida activa y funcional donde utilicen toda su capacidad. Como se mencionó anteriormente, diversos estudios han demostrado que la calidad de vida está relacionada con la salud de los adultos mayores según su edad, vivir fuera del hogar, presencia o no de enfermedad, medicación, capacidad funcional, personalidad, género, actividad física, abandono familiar, ingresos económicos, educación, servicios de salud, ocio, interacciones sociales, salud mental, educación, estado civil, autonomía, vivir en un entorno urbano. ⁽²⁶⁾

Cuando se trata de investigar, hablando de la calidad de vida de los ancianos, los estudios han identificado la calidad de vida positiva o negativa; positiva, cuando hay relaciones sociales y familiares armoniosas, con buena salud, relacionándolo con óptimas condiciones materiales, sin embargo, las revisiones negativas se realizan cuando son totalmente dependientes, con restricciones funcionales, no son felices o reducen sus redes sociales. ⁽²⁷⁾

Actualmente, los servicios y las políticas para los adultos mayores y las personas con discapacidades en nuestro país están experimentando cambios importantes para servir mejor a la comunidad y apoyar a las personas. En particular, Emily Greenfield cree que la creación y el mantenimiento de comunidades saludables y amigables con las personas mayores es una forma de promover la salud, la vitalidad y la armonía de los adultos en la comunidad. Este proceso refleja una nueva forma de ver a los usuarios de servicios, centrada de forma individualizada que se enfoca en el potencial de cambio y las variables ambientales que afectan sus operaciones. Este proceso también requiere cambios en la estructura y políticas organizacionales y, lo que es más importante, en las estrategias de evaluación para validar su impacto positivo de los receptores del servicio. ⁽²⁸⁾

La OPS tiene varias estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Estas estrategias se basan en el conjunto de principios y lineamientos de las Naciones Unidas: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad, y abarcan cuatro ejes fundamentales: 1.- la integración de la salud y las personas mayores en las políticas públicas, 2.- lograr pertinencia para enfrentar los desafíos que plantea el envejecimiento, 3.- formación de recursos humanos, principalmente trabajadores de la salud, los propios adultos mayores y los responsables de su cuidado, y 4.- la generación de la información necesaria para implementar intervenciones exitosas basadas en la experiencia. ⁽²⁹⁾

Por lo tanto, el análisis de la calidad de vida en la vejez incluye aspectos relacionados con el ciclo vital, ya que tiene que ver con el envejecimiento, tanto cronológico como funcional, en mayor o menor medida, afectando la productividad y eficiencia de las actividades de la vida diaria, impidiendo así un envejecimiento adecuado. Esto significa que es difícil determinar la calidad de vida, ya que incluye factores objetivos debido a las condiciones sociales, nivel de salud y desarrollo social, y factores subjetivos relacionados con la personalidad. En la vejez, la calidad de vida se mide por el estado de salud como un proceso dinámico que cambia con la presencia de enfermedades crónicas, nivel de función, dolor asociado a diversas patologías y/o discapacidad, por lo que es difícil de medir. ⁽³⁰⁾

En los últimos treinta años, el concepto de calidad de vida se ha vuelto particularmente importante y relevante en la investigación y práctica de los servicios sociales, educativos y de salud. Todo el esfuerzo y progreso alcanzado hasta la fecha ha permitido que el concepto de calidad de vida evolucione de un elemento sensible a un concepto de cambio social y organizacional. Sin embargo, a pesar de los avances de la investigación en la conceptualización, aún se necesitan soluciones para proporcionar a los profesionales y organizaciones herramientas de evaluación y estrategias para la recopilación y estudio de datos para mejorar aún más la investigación de la calidad de vida del estudio en adultos mayores. Por lo tanto,

mejorar la calidad de vida en la vejez es una meta horizontal que se plantean los grupos de salud en sus diversas actividades, ya que, a mayor calidad de vida, menor morbilidad y presencia de complicaciones médicas. ⁽³¹⁾

Tipología y funcionalidad familiar

Un elemento clave en el análisis de la estructura familiar es el fundamento estructural el que de acuerdo a Laslett, recae en el vínculo conyugal, y este lazo conyugal casi siempre se encuentra en la lista de gente que manejamos. Para que se forme una familia simple es necesario por lo menos dos personas relacionadas por ese vínculo o que habiten en el mismo lugar a partir de dicho vínculo.

Estructura familiar según el INEGI: La división y clasificación de esta categoría estructural de familias se realiza a partir de la forma de relación consanguínea, legal, de afinidad o de costumbre entre el jefe y otros miembros del hogar. A) Nuclear. El cual se conforma por jefe, cónyuge, con o sin hijos; jefes e hijos. B) Ampliado. El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con hijos o sin hijos y con otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros). C) Compuesto. El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado más no parientes. D) Extenso. Es el conjunto de hogares formados por los ampliados y los compuestos. ⁽³²⁾

Estructura familiar según De la Revilla, modificado por Márquez:

- Familia nuclear: formada por dos personas del sexo opuesto que viven con sus hijos en el mismo domicilio.
 1. Familia nuclear simple: compuesta por el cónyuge e inferior a cuatro hijos.
 2. Familia nuclear numerosa: Cuatro o más hijos viven con sus padres.
 3. Familia nuclear ampliada. Incluye una familia con parientes adicionales (abuelos, tíos, primos) o sin vínculo sanguíneo o filial (amistades, invitados, sirvientes).

4. Familia de doble núcleo. Hogar en el que uno o ambos cónyuges están divorciados y los hijos son de padres diferentes.

- Familia extensa: una familia intergeneracional con más de dos generaciones viviendo en el mismo hogar. Por lo general, incluye hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.

- Familia monoparental. Sólo incluye a los cónyuges y sus hijos.

- Sin familia. Esta familia incluye no solo personas solteras, sino también personas divorciadas o viudas sin hijos.

- Familia equivalente. Estas personas viven bien en la misma casa y no forman patrones familiares tradicionales, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunidad, personas religiosas que viven fuera de la comunidad, que viven en una casa o albergue. ⁽³²⁾

Estructura familiar según Torres.

Un grupo formado por un núcleo o una familia nuclear: 1.- Una familia nuclear que no tiene hijos. 2.- Nuclear completo (pareja más hijos en soltería). 3.- Núcleo incompleto: cabeza de la familia (padre o madre) sin pareja y con hijos no casados.

Grupos multinúcleos: 1.- Familia extendida o compuesta: incluye grupos de núcleos con otros núcleos o miembros aislados. Grupos domésticos cuyo componente central no es nuclear: 1.-Pluripersonal. Incluye al jefe de familia sin cónyuge ni hijos, pero con otros elementos, ya sean nucleares (padres, hermanos) o de otro tipo (primos, tíos, abuelos, amigos). 2.- Unipersonal (hogares con una sola persona). ⁽³²⁾

Estructura Familiar descrita por Irigoyen.

1. La familia nuclear: el modelo familiar actual formado por el padre, la madre y los hijos. 2-Familia extensa: Está formada por padres, hijos y otros miembros que comparten la misma línea de sangre, adoptan un hijo o tienen el mismo parentesco. 3.- Familia extensa compuesta: Además de las personas físicas que incluyen a la familia extensa, también existen miembros no vinculados legalmente, como amigos. (32)

Tamaño de las familias

El tamaño de la familia es el número de miembros que componen la familia, es decir, conectando la población al hogar. Depende no solo de las tasas de fecundidad, mortalidad e inmigración, sino también de factores económicos, sociales y culturales como la disponibilidad y el costo de la vivienda, los ingresos y otras formas de convivencia dominantes en la sociedad. En general, la familia mexicana promedio consta de 4.8 miembros, generalmente los papás y tres hijos. Los núcleos de 4.5 son un poco más pequeños; las ampliadas, debido a la presencia de otros parientes, presentan el promedio más alto con 6 miembros y las compuestas tienen un tamaño medio de 5.1 personas. (32)

Funcionalidad Familiar

La funcionalidad se define clásicamente como la capacidad de realizar actividades diarias que permitan a los adultos mayores vivir y existir de forma independiente. Estas habilidades se relacionan con la frecuencia de la actividad física y la inclusión social, lo que afecta positivamente su calidad de vida y limita la ocurrencia de cambios psicosociales. No obstante, la sensación de bienestar y autoestima no se limitan solo a aspectos físicos. La familia, y especialmente la estabilidad que representa, es una respuesta a la estructura, organización y comunicación típica entre sus miembros, transmitida de generación en generación. Ha sido designado como el grupo social más importante para esta era, sirviendo como representante de protección y asegurando la buena salud. Este apoyo es estimulado por un vínculo

social que permite una comunicación emocional positiva, mayor exposición y refuerzo de la estructura y funcionamiento de las relaciones interpersonales. La función familiar se define entonces como la esencia del sistema familiar que lo convierte en un sistema autónomo y dinámico. Cada familia crea y transmite un patrón de creencias, normas, hábitos, experiencias y relaciones que los hacen únicos y, por lo tanto, no puede existir un único patrón o modelo que se considere normal, ya que el funcionamiento de la acción familiar depende del contexto sociocultural, pero sigue siendo valorable a través del equilibrio o falta de funciones básicas de la familia. ⁽³³⁾

Hoy en día, el impacto en el bienestar de los adultos mayores se puede medir utilizando herramientas de recolección de datos como el Apgar Familiar, que es instrumento que califica la funcionalidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Combinando los conceptos de autoestima y autonomía, Massone y sus colegas profundizan en la importancia de la independencia para los adultos mayores, especialmente dentro de sus grupos familiares. Los hogares que funcionan bien tienen autoestima con un grado moderado de autocontrol. Las familias más funcionales tienden a responder levemente a una mejor salud física y, por tanto, a una mejor integración en la sociedad. El segundo estudio coincide con la investigación de Landinez et al., que muestra que el envejecimiento activo puede mejorar la calidad de vida al permitir que las personas mejoren su salud física, social y mental y participen en actividades sociales de acuerdo con sus necesidades, deseos y oportunidades. Esto requiere cambios importantes en el estilo de vida de los adultos mayores con un impacto directo en sus interacciones sociales y familiares. Un estudio de Vivaldi et al., mostró que la salud mental de la muestra del estudio estaba más relacionada con el apoyo social, Arias en su artículo “El apoyo social en la vejez” profundiza en el apoyo social para los adultos mayores, incluidas sus familias, y concluye que el apoyo social apoya el desarrollo potencial de los adultos mayores. Los adultos mayores en hogares más productivos tienen mejores relaciones, lo que finalmente mejora su calidad de vida. ⁽³⁴⁾

Un alto porcentaje de adultos mayores en todos los países siguen siendo un recurso vital para sus familias y comunidades, al apoyar a la economía familiar y local de forma directa e indirecta. Por otro lado, se concibe que la funcionalidad está relacionada con lograr satisfacer necesidades básicas, bienestar emocional y social, íntimamente relacionado con la calidad de vida, donde la familia juega un rol fundamental. Por lo tanto, aquellas personas mayores más limitadas en su acompañamiento social, especialmente de familia directa, presentan un mayor deterioro en su disposición frente a la vida y, en consecuencia, presentando afectación en su funcionalidad familiar, bienestar económico y material. En conclusión, la calidad de vida de personas mayores está supeditada por la funcionalidad familiar, identificando que el bienestar psicosocial y económico de estas personas se presenta de mayor y mejor forma en familias funcionales. ⁽³⁵⁾

APGAR familiar

El APGAR familiar es una herramienta de evaluación familiar diseñada para permitir que los médicos recopilen información de los pacientes sobre el estado funcional de sus parientes. Incluye cinco reactivos aplicados a diferentes miembros de la familia a través de entrevistas cortas y detección de cambios en diferentes momentos. Mide el desempeño familiar a través de la satisfacción de los encuestados con su vida en el hogar y es una herramienta importante y confiable para ayudar a determinar si la familia es un recurso para el paciente o, por el contrario, si su familia contribuyó a su enfermedad. El cuestionario está diseñado de tal manera que cualquier tipo de familia pueda responderlo, y cuantos más miembros de la familia la usen, más completa será la imagen del funcionamiento del sistema del hogar. ⁽³⁵⁾

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el desarrollo de la enfermedad sino también en su recuperación, siempre que cumpla con sus funciones básicas. El **APGAR familiar** es una herramienta diseñada para evaluar el funcionamiento de los sistemas familiares y se puede utilizar para identificar

familias en riesgo. Este instrumento ha sido probado en muchas comunidades de América del Norte, Asia y América Latina y es útil para pruebas profesionales con alta correlación. ⁽³⁵⁾

La familia como sistema juega un papel importante no solo para hacer cambios saludables sino también para reconstruirla. Depende de si la familia es disfuncional o viceversa y si hay suficientes recursos de apoyo social disponibles. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington en Seattle creó el APGAR para familias en 1978 en respuesta a la necesidad de evaluaciones familiares fáciles de entender de personas con educación limitada que pudieran realizarse en un corto período de tiempo, adaptado para una variedad de entornos socioeconómicos. Está diseñado para el uso potencial de personas de diversos orígenes culturales y sociales y puede proporcionar datos que muestren la integridad de importantes funciones familiares. Sus parámetros se determinan con el supuesto de que los miembros de la familia perciben las funciones familiares y pueden expresar satisfacción con el cumplimiento de los parámetros de referencia de las funciones familiares. ⁽³⁵⁾

Los componentes calificados de la función familiar con este instrumento son:

ADAPTACIÓN: Es el empleo de los recursos intra y extra familiares, para enfrentar los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis.

PARTICIPACIÓN: Es la presencia activa como socio, en cuanto se refiere a consensar la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

GROWTH (crecimiento): Es el logro que los miembros de la familia alcanzan en términos de madurez emocional, física y autoconciencia a través del apoyo mutuo y la fortaleza.

AFECTO: Relación amorosa y afectuosa entre los miembros de la familia.

RECURSOS: Compromiso o determinación de dar (tiempo, espacio, dinero) a otros miembros de la familia. ⁽³⁶⁾

En el caso de la herramienta original, se pueden sugerir 3 respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro, al sumar 5 parámetros se registra un resultado de 0 a 10, indicando el grado de baja o alta satisfacción con las actividades familiares. Luego se observó que la precisión de la herramienta mejoró cuando cada uno de los 5 aspectos evaluados en la familia APGAR se clasificó en 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, después de sumar 5 parámetros, los resultados oscilaron entre 0 y 20, indicando un nivel de satisfacción bajo o alto con las actividades familiares. Este sistema de puntuación se utiliza actualmente en los niveles de atención primaria e investigación.

La validación inicial del **APGAR familiar** se realizó para establecer la correlación con el instrumento utilizado anteriormente (índice de actividad familiar de Plessa-Satterwhite) y las evaluaciones de actividades familiares de varios psicólogos. La validación reveló un índice de correlación de 0,80 entre /APGAR/Pless-Satterwhite y 0,64 entre APGAR/estimación psicóloga. En el mismo estudio, el resultado de la familia profesional (media = 8,24) fue significativamente mayor que el resultado de la familia no profesional (media = 5,89). Después de la validación inicial, **los APGAR familiares** se evaluaron en una variedad de encuestas, como la encuesta realizada por el Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Washington y el estudio longitudinal de la Universidad Nacional de Taiwán, muestra una relación de correlación entre 0,71 y 0,83. En estos estudios, el apoyo social brindado por amigos se consideró un factor importante para el individuo y se asoció significativamente con el funcionamiento familiar. En diversos estudios, **el APGAR familiar** se ha utilizado como herramienta para evaluar el funcionamiento familiar en diferentes casos de embarazo, en depresión posparto, enfermedades alérgicas, hipertensión y en estudios observacionales familiares y de promoción de la salud.

Por tanto, esta herramienta puede considerarse muy útil y fácil de aplicar cuando el nivel educativo del paciente permite su autonomía. ⁽³⁶⁾

Los médicos pueden identificar fácilmente la disfunción familiar grave preguntando u observando las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que los pacientes niegan sus problemas familiares y de la salud o en su defecto, es difícil de manejar tal tema. En estos casos, el **APGAR familiar** juega un papel importante como herramienta de resolución de problemas, seguimiento y orientación para la derivación oportuna y adecuada cuando sea necesario. ⁽³⁶⁾

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida, las disminuciones sin precedentes en las tasas de natalidad, los cambios en la estructura y el tamaño de la familia, el descenso en la tasa de participación en la fuerza laboral entre los ancianos ha llevado a que problemas como el envejecimiento y la forma en que lo hacen (con o sin calidad de vida) sea una cuestión de interés máximo.

Hay muy poca investigación sobre la calidad de vida de los adultos mayores en México, por lo que es imperativo contar con herramientas validadas, confiables y fáciles de usar en la práctica de la medicina familiar. Es fundamental evaluar la presencia de apoyo familiar, trastornos emocionales y enfermedades crónicas.

Para los profesionales de la salud, especialmente los cuidadores primarios, considerar las condiciones que conducen al abandono de los ancianos, como las enfermedades crónico degenerativas y, posiblemente, incluso la falta de apoyo en caso de discapacidad que influye directamente en la calidad de vida en este grupo de edad. Hay otros factores importantes, como el estado civil y los ingresos, que difieren en esta población, algunas personas trabajan más y se vuelven más independientes, y su apoyo familiar no se ve reflejado, es importante enfocar la investigación en las enfermedades geriátricas ya que hay muchos otros factores no mencionados que pueden alterar la percepción de la calidad de vida y su relación con el apoyo familiar. El objetivo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para el envejecimiento activo y la mejora de la calidad de vida es proporcionar orientación sobre cómo lograr un envejecimiento exitoso con una morbilidad mínima o con pleno control y autonomía.

Es por ello que este estudio es importante ya que es necesario estudiar la calidad de vida en el adulto mayor en nuestro país y medio ya que al pasar los años es cada vez mayor la proporción de población en la tercera edad producto de la transición

demográfica y el envejecimiento de la población, lo cual implicó mayores recursos sanitarios, económicos y recursos humanos para la atención de dicho grupo etario.

Es un estudio actual ya que hoy en día la población adulta mayor es la que crece más rápido en México, por lo que se necesitaron realizar investigaciones en el ámbito de la salud para optimizar los recursos destinados a ellos de una forma integral e incluyente, favoreciendo el envejecimiento saludable enfocado sobre todo a tener una adecuada calidad de vida en la medida de lo posible y permisible. ⁽³⁶⁾

El presente trabajo de investigación dio nuevo conocimiento porque es un tema que no ha sido estudiado e investigado en la UMF donde se pretende realizar sobre todo en temas de calidad de vida en el adulto mayor. Además, de forma general, día a día son mayores los retos al brindar atención médica de calidad a dicha población por lo que es necesario conocer que factores y determinantes influyen en su bienestar y calidad de vida, sobre todo enfocada a su salud.

Este estudio es valioso porque pudo servir como punto de partida para elaboración de políticas sanitarias en la atención del adulto mayor, así como conocer de forma actualizada la calidad de vida en la población adulta mayor chiapaneca con seguridad social, optimizando de esa forma, la elaboración o el mejoramiento de planes de atención integral a dicho grupo etario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento significativo de la población adulta mayor es un desafío demográfico importante para México, debido en parte a las transiciones demográficas y al envejecimiento de la población, así como al aumento de la esperanza de vida debido a los avances médicos. En 2018, la población anciana del país era de 9,1 millones, equivalente a 7 de cada 100 personas era adulta mayor. Para el año 2050, se espera que la población adulta mayor a nivel nacional alcance los 24,9 millones, equivalente a 17 de cada 100 personas. Las niñas y niños nacidos en 2018 vivirán en promedio 75 años (CONAPO, 2019). De todas las etapas de la vida, la vejez es la que presenta la mayor limitación para el ser humano, y es durante esta etapa que diversas capacidades comienzan a disminuir como la fuerza física e intelectual, empeorando a partir de los 60 años.

Alcanzar una longevidad satisfactoria requiere un envejecimiento saludable, que comienza mucho antes de los 60 años. Esto solo se puede lograr desarrollando hábitos y estilos de vida saludables desde una edad temprana y previniendo ciertas enfermedades y discapacidades en una etapa temprana. Si bien la mayoría de los adultos mayores logran mantener sin discapacidad, el envejecimiento no saludable puede conducir a una vejez "enferma", una parte de la cual se debilita con la edad y requiere institucionalización, atención o tratamiento, a menudo por el resto de sus vidas. Esto determina que el aumento de la población adulta mayor se traduzca en una mayor demanda de servicios sociales y de salud.

Uno de los sistemas que enfrenta mayores desafíos en este sentido es el sector salud. El aumento del número de personas mayores en la población mundial y su vulnerabilidad a las enfermedades crónicas conducirá naturalmente a un aumento en el uso de los servicios de salud. Si bien el aumento de la esperanza de vida es un reflejo del nivel de desarrollo social de un país, entonces este hecho nos permite fijar nuevas metas para extender este indicador a una mejor salud y calidad de vida. Por lo tanto, son las personas las que se necesitan mejorar dicha calidad de vida,

lo que a su vez tiene implicaciones para el propio sistema y/o gobiernos porque tienen que vigilar y velar por la calidad de vida de las personas mayores. Por supuesto, esto es más fácil decirlo que hacerlo, la pregunta es cómo implementarlo. Es cierto que el estado de la economía del país es un factor en la formulación de la política de salud adecuada, pero la planificación, gestión, planificación y dirección por las autoridades políticas y sanitarias, además de los propios proveedores de servicios son factores decisivos para ello.

En una sociedad que envejece rápidamente como la mexicana, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores debe ser un desafío directo de la política social. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo común de los usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financieros, quienes están comprometidos con la obtención de servicios, el proceso de calidad es apreciado por los propios usuarios y mejora su calidad de vida.

Lo que más importa hoy no es seguir aumentando la esperanza de vida de la población, sino mejorar la calidad de su salud y bienestar. Para ello, el término calidad de vida ha evolucionado en las últimas décadas y es utilizado por profesionales de las más diversas disciplinas. El envejecimiento del cuerpo humano es tanto un proceso individual como un proceso colectivo porque ocurre individualmente, pero está regulado por la sociedad, la calidad de vida y el estilo de vida. Existe la necesidad de encontrar un modelo de adulto mayor que sea competente en términos de utilidad, que pueda mejorar la salud y la calidad de vida de los adultos mayores en general.

Conocer la calidad de vida del adulto mayor y sus aspectos relacionados de una manera holística es el motivo de este trabajo de investigación. Por tanto, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado de calidad de vida en pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 13 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la calidad de vida en los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Objetivos específicos

1.-Identificar las características sociodemográficas y económicas (sexo, edad, religión, escolaridad, estado civil, fuente de ingresos, ingresos, actividad laboral) de los adultos mayores derechohabientes de la UMF no.13.

2.- Identificar las dimensiones de calidad de vida -bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos- de los adultos mayores derechohabientes de la UMF no.13.

3.- Identificar las comorbilidades y el tratamiento de cada una de ellas en la población de estudio.

4.- Determinar la tipología y la funcionalidad familiar.

HIPOTESIS

Hipótesis general

- Los adultos mayores que acuden a la UMF N° 13 tienen una buena calidad de vida

Hipótesis específicas

1. Existe relación directa entre las características sociodemográficas y económicas de la población en estudio con el nivel de calidad de vida.
2. Las relaciones interpersonales, el bienestar emocional, físico y económico, el desarrollo personal, la inclusión social y derechos determinan el nivel de calidad de vida de los adultos mayores.
3. Las comorbilidades presentes se asocian de manera inversamente proporcional al nivel de calidad de vida en la población de estudio.
4. La tipología familiar más común es la familia extensa y la funcionalidad familiar es regular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio transversal, descriptivo, observacional.

Diseño de estudio

Es un estudio cuantitativo, el cual tuvo como característica ser transversal porque solo se midió una vez, observacional porque no hubo intervención alguna y prospectivo porque fue realizado a partir de la fecha de inicio de recolección de datos.

Lugar y periodo del estudio

Consulta externa de la UMF N° 13, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas. Periodo 01 de Marzo de 2020 al 01 de Julio de 2021.

Universo de estudio

Adultos mayores pacientes que cumplan con el rango de edad establecido por la OMS, que acuden a consulta externa de la UMF N° 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Constituyendo un Universo de 21727 pacientes en control registrados.

Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Cálculo del tamaño de muestra

El cálculo de muestra se realizó a partir del censo UMF N°13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que acudieron a su cita de control en consulta externa. Mediante la siguiente fórmula para población finita, con un nivel de confianza para Z de 95%.

Del universo de 21727 pacientes se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{N \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde

N= Universo,

α = error de estimación (0.05),

n= tamaño de la muestra,

Z = nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

P= probabilidad de éxito (0.5),

q= probabilidad de fracaso (0.5).

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (21727)}{(21727) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = \frac{(3.8416) (0.25) (21727)}{(21727)(0.0025)+(3.8416)(0.25)} \\ &= \frac{20866.61}{54.3175+0.9604} = \frac{20866.61}{55.2779} = 377.48 \end{aligned}$$

Se tuvo una muestra de 377 pacientes, con una confianza de 95 % y con una precisión de 95 %.

Para analizar los datos se utilizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 en español.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con igual o más de 60 años afiliados a la UMF N°13 que se encuentren en consulta externa durante el periodo de recolección de datos.
- Sexo: Indistinto.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes con problemas que condicionen deterioro neurológico.

Criterios de eliminación

- Cédulas de registro incompletas.

Procesamiento de datos y análisis estadístico

Una vez recolectada la información del instrumento se procedió a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 en español, donde se realizó el análisis estadístico para establecer las frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central. Así mismo, para la correlación de las variables, utilizamos chi cuadrada (X^2) para determinar si existe significancia estadística. Posteriormente se presentó la información analizada en cuadros y gráficas.

VARIABLES del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
EDAD	Años y meses que presenta el paciente desde su nacimiento hasta el momento actual.	De acuerdo a la diferencia entre el año actual y año de nacimiento registrado en la cartilla IMSS.	Mayores de 60 años 61-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años Mayor de 85 años	Cuantitativa De intervalo
SEXO	En términos de Biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.	Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres.	Femenino o Masculino	Cualitativa Nominal
ESCOLARIDAD	Estudios realizados en un centro docente.	Grado máximo de estudios realizado por la paciente al momento del registro.	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Cualitativa Ordinal
ESTADO CIVIL	Característica de una persona que la ubica en una	Lazos que unen a las personas.	Soltero (a) Casado (a)/Unión libre	Cualitativa Nominal

	situación legal al momento del registro.		Separado (a)/Divorciado (a) Viudo (a)	
OCUPACIÓN	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Actividad desempeñada por la paciente al momento del registro, siendo ésta la actividad habitual que desarrolla en su vida cotidiana.	Profesionista Técnico Agricultor/Ganadero/Silvícola Obrero Comerciante Administrador Trabajadores domésticos/Ama de casa Pensionado/jubilado Otro	Cualitativa Nominal
ZONA DEMOGRÁFICA	Área o lugar caracterizados como tal por sus condiciones poblacionales.	De acuerdo al domicilio registrado por la paciente.	Rural Semi-urbano Urbano	Cualitativa Nominal
FUENTE DE INGRESOS	Procedencia del dinero que gana y puede gastar un individuo y/o familia en un periodo determinado.	Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás.	Por trabajo Por pensión/jubilación Por programas sociales/gubernamentales Por renta de propiedades Otras fuentes de ingreso	Cuantitativa Nominal
NIVEL DE INGRESOS	Cantidad de dinero que gana y puede gastar un individuo y/o	Nivel socioeconómico de acuerdo al ingreso monetario	Clase rica: 85,000 o más pesos mensuales	Cualitativa ordinal

	familia en un periodo determinado.	mínimo y máximo de un individuo y/o familia durante un mes.	Clase media alta: 35,000-84,999 pesos mensuales Clase media: 11,600-34,999 pesos mensuales Clase media baja: 6800-11,599 pesos mensuales Clase pobre: 2700-6,799 pesos mensuales Pobreza extrema: 0.00-2,699 pesos mensuales.	
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales para darle culto.	Profesión y observancia de la doctrina religiosa.	Católica Cristiana- protestantes Judío Sin religión Otras religiones	Cualitativa Nominal
CALIDAD DE VIDA	Condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción y percepción que ésta experimenta en relación	A través de la escala FUMAT de calidad de vida, evaluándose directamente puntuaciones de cada una de las siguientes	Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal Dependent e

	con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales vive.	dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, obteniéndose así los percentiles e índices de calidad de vida del individuo, clasificándose posteriormente en 3 niveles.		
COMORBILIDADES	Es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.	Describe el efecto de una enfermedad o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.	Enfermedades cardiovasculares Tumores malignos Diabetes Mellitus Enfermedades pulmonares Enfermedades del hígado Enfermedad renal crónica Otras enfermedades	Cualitativa Nominal
TRATAMIENTO	Es el conjunto planificado de recursos o medios que objetivamente se requieren	Conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológico	Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Tratamiento quirúrgico	Cualitativa Nominal

	como un plan terapéutico, para curar o aliviar una lesión o enfermedad, cuando previamente se ha llegado a un diagnóstico médico.	s y/o quirúrgicos, cuya finalidad es la curación o alivio de las enfermedades o síntomas.	Combinaciones de las anteriores	
TIPOLOGIA FAMILIAR	Es la clasificación de los diferentes tipos de familia.	Estructura y composición de la familia.	Nuclear Extensa Extensa-compuesta Monoparental Sin Familia	Cualitativa Nominal
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y le confieren identidad propia, capaces de cambiar su estructura con el fin de superar dificultades evolutivas (adaptabilidad).	A través del cuestionario APGAR FAMILIAR, que evalúa cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.	Normal Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa	Cualitativa Ordinal

Instrumento de evaluación

El instrumento consta de 76 ítems, con un tiempo en promedio de aplicación de 25-30 minutos, divididos en 3 apartados:

1. Variables sociodemográficas (ficha de identificación)

El primer apartado del instrumento consta de un cuestionario de las variables sociodemográficas, que además incluyo comorbilidades y la tipología familiar. Consto de un total de 14 preguntas (ítems). Con un promedio de aplicación de 10 minutos.

2. La escala de FUMAT

En el segundo apartado del instrumento se encuentra la Escala Fumat que valora la calidad de vida de los adultos mayores en las 8 dimensiones siguientes: autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y físico. Presento una evaluación objetiva de la calidad de vida de los adultos mayores. Cuento con un coeficiente alfa de Cronbach >0.725 .

Administración:

Se trató de un cuestionario autoadministrado de forma individual en el que el profesional responde a cuestiones observables sobre la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos aproximadamente. Está compuesta por un total de 57 ítems, enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y ordenados de forma aleatoria dentro de su correspondiente dimensión y 24 indicadores. Todos los ítems pudieron responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente', 'siempre o casi siempre'). Se requirió del cuadernillo de anotación, que recoge la prueba y la hoja de resumen de puntuaciones necesaria para la interpretación de las respuestas, para posteriormente emplear los baremos (que es una tabla incluida en el Apéndice 1) para transformar las puntuaciones directas a puntuaciones estándar y la tabla para obtener el índice de calidad de vida.

Apéndice 1. BAREMOS

Puntuación estándar	Puntuaciones directas								Percentil
	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

El cuestionario fue diseñado para generar un índice global de calidad de vida, así como para proporcionar puntuaciones en cada una de las dimensiones y un perfil de la persona.

Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación Estándar TOTAL (suma)' del cuadernillo de anotación. Este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el Apéndice 2. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

Apéndice 2. Índice de Calidad de Vida

Tablas para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida.

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de la PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	3
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1

89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE= Puntuaciones estándar; ICV= Índice de Calidad de Vida.

Indicación:

Evaluar la calidad de vida

Interpretación:

A mayores puntuaciones directas y estándar, mayor fue el índice de calidad de vida, obteniéndose respectivamente percentiles más altos, lo que finalmente se interpretó como una mejor será la calidad de vida del individuo en estudio. El Perfil de Calidad de Vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica integral de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil. Además, el perfil de calidad de vida representa al Índice de Calidad de Vida, también con su correspondiente percentil.

Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unirlas mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones.

Sección 1ª. Escala de Calidad de Vida Fumat

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (Suma)			
Índice de Calidad de Vida (puntuación estándar compuesta)			
Percentil del índice de Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida

Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16- 20	16- 20	16- 20	16- 20	16- 20	16- 20	16- 20	16- 20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95

90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	21	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Para determinar un nivel preciso de calidad de vida, así como para facilitar su clasificación, la interpretación de los resultados de la escala Fumat se adaptaron para este estudio en concreto dividiéndolos en 3 niveles (bueno, regular, malo) de

calidad de vida en base a los percentiles e índices de calidad de vida, como se muestra en la siguiente tabla:

Nivel de calidad de vida	Percentil	Índice de calidad de vida
Bueno	99-64	123-103
Regular	63-34	102-83
Malo	33 o menos	82-62

3.- APGAR FAMILIAR

Y en el tercer apartado el APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: **A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de recurso personal, **A**fecto, y **R**ecursos, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).
- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.
- El APGAR familiar presenta moderada consistencia interna con un alfa de Cronbach=0.788.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente se obtiene información

sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias y se utilizan datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico y planificar intervenciones apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.

- A los miembros de familias problemáticas
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias.

Indicación:

Valora y evalúa las 5 funciones básicas de familia. Lo anterior se basa a través de la percepción del funcionamiento familiar del individuo respecto a su familia.

Administración

Para el registro de los datos el APGAR familiar se muestra el siguiente formato. La escala APGAR familiar está integrada por 5 preguntas cerradas (ítems) constituidas en escala de tipo Likert con cinco alternativas. Con un promedio de aplicación de 5 minutos.

El cuestionario debió ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre.

Con una puntuación máxima posible de 20 y una mínima de 0.

Interpretación

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Procedimiento de datos análisis estadístico

El protocolo se sometió a revisión del comité local de investigación en salud número **703** y Comité de Ética en investigación en Salud número **7038**, ambos de la UMF N° 13 de Tuxtla Gutiérrez para que en caso de su aceptación sea registrado al Sistema de registro electrónico del comité de investigación para su aceptación final.

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director de la unidad de estudio brinde todas las facilidades para la realización del estudio, posteriormente se dio información y solicitó consentimiento informado a los participantes.

A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una encuesta para determinar el grado riesgo de caídas de adultos mayores que acuden a consulta externa de la UMF N° 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El registro primario

considera además la obtención de datos sociodemográficos, datos sobre la calidad de vida de los adultos mayores con la escala Fumat y la escala APGAR de funcionalidad familiar.

Una vez obtenida toda la información se representaron de acuerdo a la hoja de recolección de datos diseñada de una forma que se identifica en un primer momento información sociodemográfica, Escala Fumat y APGAR. Posteriormente se procedió al ordenamiento de la información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

La anterior información se vació en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se utilizó la versión 22 en español para Windows, con la obtención de medidas de tendencia central y la X^2 .

Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico detallado de la información, los datos se representaron de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas representativas, con la correspondiente descripción de cada una.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad la integridad, el derecho a la autodeterminación la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético. Legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

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

adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continua, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

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

- 23.El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.
- 24.Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

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

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

asegurar su confiabilidad. Esta investigación se basó en las buenas prácticas clínicas”.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

HUMANOS

Residente de Medicina Familiar

Asesor metodológico y de contenido

MATERIALES

CONCEPTO	CANTIDAD
Computadora	1
Impresora	1
Hojas blancas	3393
Engrapadora	1
Grapas (caja)	1
Lápiz	2
Lapiceros	4
Borrador	1
Calculadora	1
Programa SPSS	1
Formatos consentimientos	377

Financieros

Los gastos generados durante el estudio fueron financiados con recursos propios del investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	2020								2021									
		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
1	Planteamiento del problema	x																	
2	Elaboración de antecedentes		x	x															
3	Revisión de bibliografía y protocolo				x	x	x												
4	Revisión de protocolo por el comité local del CLI							x	x										
5	Aplicación de prueba piloto									x	x								
6	Recolección de datos											x	x						
7	Tabulación de resultados													x					
8	Análisis de datos estadísticos														x	x			
9	Presentación de resultados																		x

RESULTADOS

Características sociodemográficas y económicas de los adultos mayores participantes

En el presente estudio se incluyeron un total de 377 adultos mayores derechohabientes de la Unidad Médico Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de edad media 68.0 ± 6.1 años (rango 60-90 años). De ellos, el 46.9% eran femeninos y el 53.1% masculinos [Tabla 2].

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores participantes parte I

Característica	Valores <i>fr(%)</i> / <i>fa</i>
Edad (años)	68.0 ± 6.1
Sexo	
Masculino	53.1% (200)
Femenino	46.9% (177)

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

La escolaridad de los adultos mayores se presenta en la Tabla 3; predominó la escolaridad primaria (41.9%) y secundaria (21.8%); es decir el 73.5% tenían escolaridad básica, el 14.1% medio superior y el 12.4% superior [Tabla 3].

Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores participantes parte II

Característica	Valores <i>fr(%)</i> / <i>fa</i>
Escolaridad	
Analfabeta	53.1% (200)

Primaria	46.9% (177)
Secundaria	
Preparatoria	9.8% (37)
Licenciatura	41.9% (158)
Posgrado	21.8% (82)
	14.1% (53)
	11.9% (45)
	0.5% (2)

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

En cuanto al estado civil, eran solteros el 6.4%, casados el 62.9%, el 9% vivían en unión libre, el 3.7% eran separados, 0.5% divorciados y el 17.8% eran viudos(as). Las ocupaciones más frecuentes fueron el trabajo doméstico (32.6%), los pensionados/jubilados (31.6%) y los comerciantes (10.1%) que en conjunto representaron el 74.5% de las ocupaciones. Todas las ocupaciones se presentan en la Tabla 4. En relación a la religión, el 73.7% eran católicos, el 20.7% cristianas, el 5.3% no tenían religión y el 0.3% eran judíos [Tabla 4].

Tabla 4. Características sociodemográficas de los adultos mayores participantes parte IV

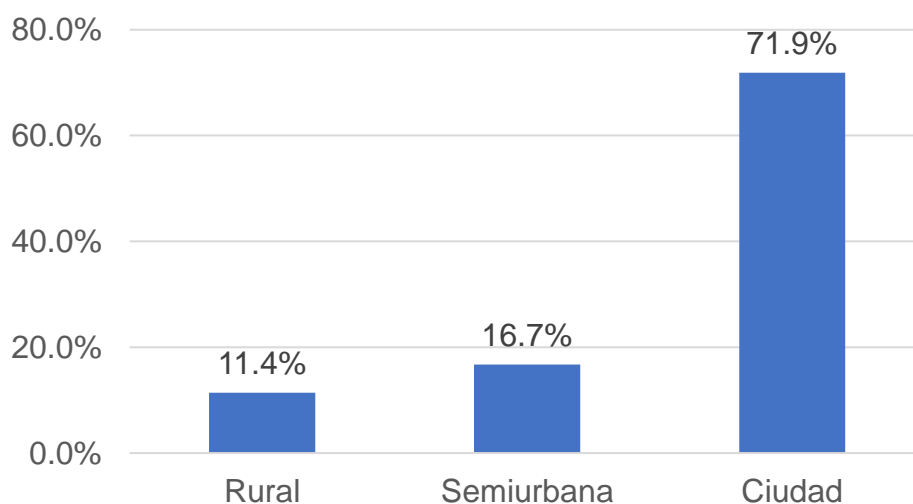
Característica	Valores Fr(%) / fa
Estado civil	
Solteros	6.4% (24)
Casados	62.6% (236)
Unión libre	9.0% (34)
Separados	3.7% (14)
Divorciados	0.5% (2)
Viudos	17.8% (67)
Ocupación	

Trabajadoras domésticas	23.6% (123)
Pensionados/jubilados	31.6% (119)
Comerciantes	10.1% (38)
Profesionista	4.2% (16)
Técnico	4.8% (18)
Agricultores/ganaderos	3.7% (14)
Obreros	7.7% (29)
Administradores	1.6% (6)
Otro	3.7% (14)
Religión	
Sin religión	5.3% (20)
Católicos	73.7% (278)
Cristianos	20.7% (78)
Judíos	0.3% (1)

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

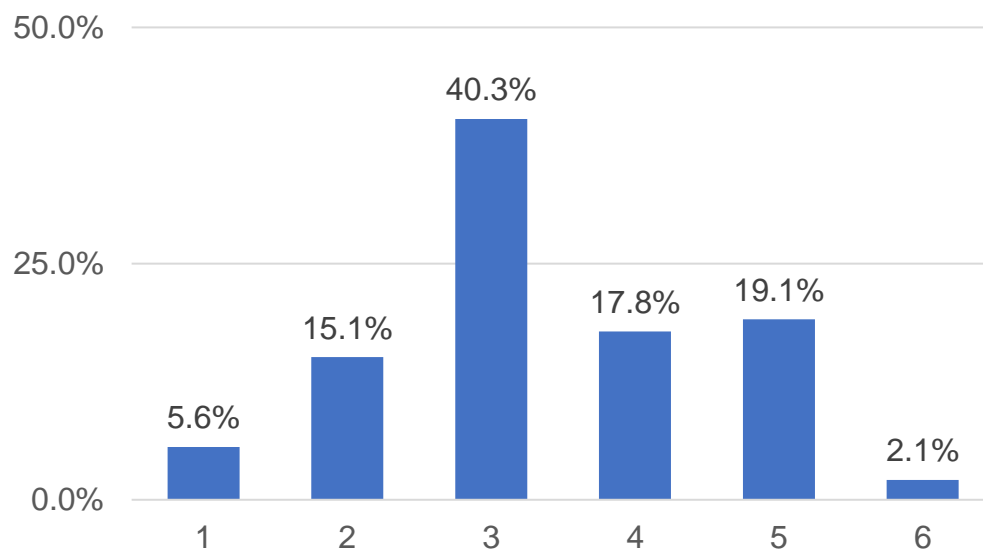
En cuanto a la zona demográfica de residencia, el 11.4% vivían en zona rural, el 16.7% en zona semiurbana y el 71.9% en la ciudad [Gráfica 1]. El número de residentes en casa era uno en 5.6% de los casos, dos en 15.1%, tres en 40.3%, cuatro en 17.8%, cinco en 19.1% y seis en 2.1% [Gráfica 2].

Gráfica 1. Zona demográfica de residencia de los adultos mayores participantes.



Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Gráfica 2. Número de residentes en cada familia de los adultos mayores participantes.



Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

En relación con las características económicas, las fuentes de ingresos de las familias de los adultos mayores participantes eran la pensión en 43%, el trabajo actual en 30%, los programas sociales en 7.7%, la renta de propiedades en 2.7% y otro en 16.7% [Tabla 5].

Tabla 5. Características económicas de los adultos mayores participantes

Característica	Valores Fr(%) / fa
Fuente de ingresos	
Pensión	43.0% (162)
Trabajo actual	30.0% (113)
Programas sociales	7.7% (29)
Renta de propiedades	2.7% (10)

Otro	16.7% (63)
Nivel de ingresos	
Clase pobre	23.6% (89)
Clase media baja	47.2% (178)
Clase media-media	26.0% (98)
Clase media alta	3.2% (12)

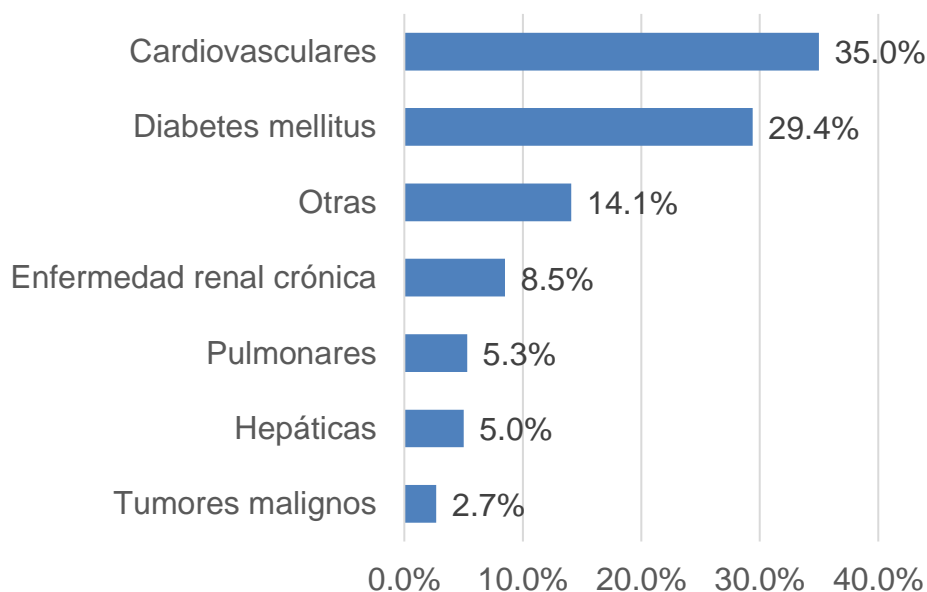
Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Comorbilidades y su tratamiento en los adultos mayores participantes

Enseguida, se identificaron las comorbilidades de los pacientes encontrando que el 35% tenían patologías cardiovasculares, el 29.4% diabetes mellitus, el 8.5% enfermedad renal crónica, el 5.3% enfermedades pulmonares, el 5% enfermedades hepáticas, el 2.7% tumores malignos y el 14.3% otra comorbilidad [Gráfica 3].

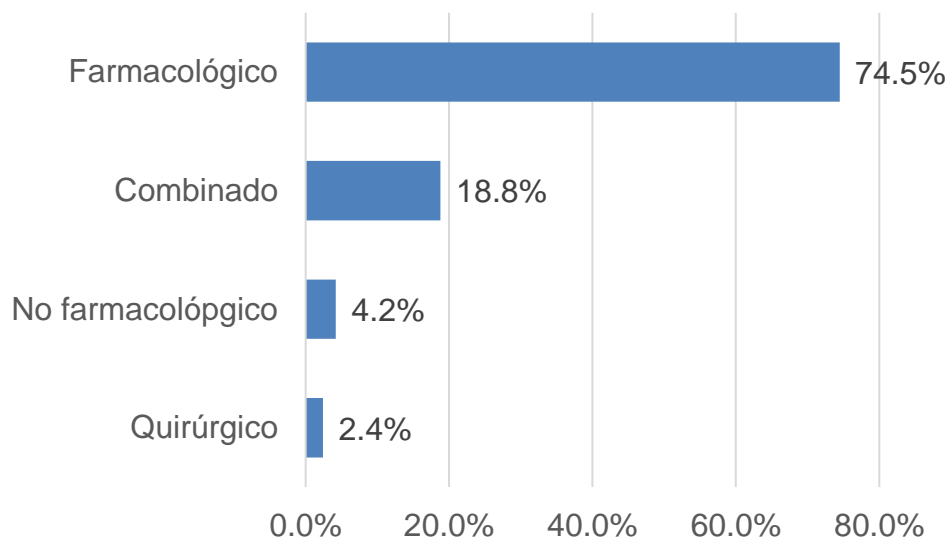
En cuanto al tratamiento que los adultos mayores recibían para el manejo de sus padecimientos, en el 74.5% era farmacológico, en 4.2% no farmacológico, en 2.4% quirúrgico y en 18.8% combinado [Gráfica 4].

Gráfica 3. Comorbilidades de los adultos mayores participantes.



Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Gráfica 4. Tipo de tratamiento que recibían los adultos mayores participantes.



Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Tipología y funcionalidad familiar de los adultos mayores participantes

En cuanto a la tipología familiar, el 58.1% tenían una familia nuclear, el 25.2% una familia extensa, el 6.6% monoparental, el 5.3% una familia extensa compuesta y el 4.8% no tenían familia [Tabla 6].

En cuanto a la funcionalidad familiar el 76.9% de los pacientes tenían una funcionalidad familiar normal, el 21% tenían disfunción leve, el 1.6% disfunción moderada y el 0.5% disfunción severa [Tabla 6].

Tabla 6. Tipología y funcionalidad familiar de los adultos mayores participantes

Característica	<i>Valores fr(%) / fa</i>
Tipología familiar	
Sin familia	4.8% (18)
Familia nuclear	58.1% (219)

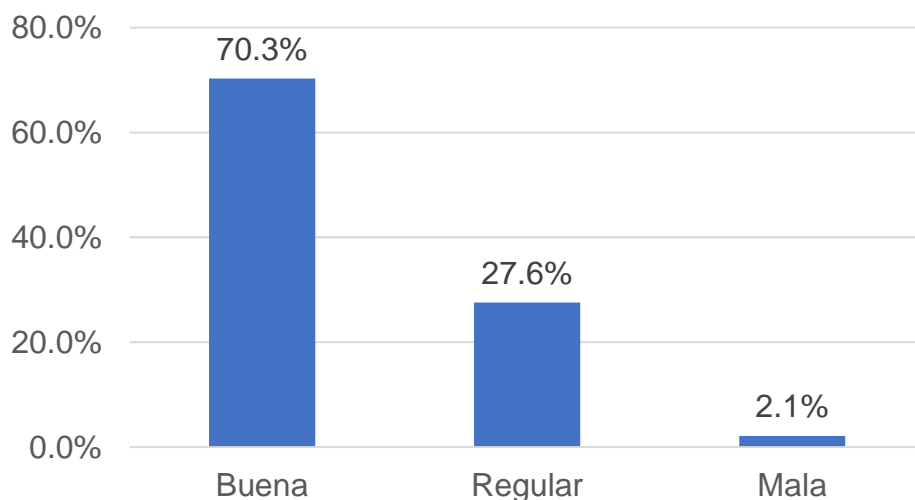
Familia extensa	25.2% (95)
Familia extensa compuesta	5.3% (20)
Monoparental	6.6% (25)
Funcionalidad familiar	
Normal	76.9% (290)
Disfunción leve	21.0% (79)
Disfunción moderada	1.6% (6)
Disfunción severa	0.5% (2)

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Calidad de vida de los adultos mayores participantes

Finalmente, se evaluó la calidad de vida de los adultos mayores participantes encontrando que el 70.3% percibían tener una buena calidad de vida, el 27.6% una calidad de vida regular y el 2.1% una mala calidad de vida [Gráfica 5]. Al comparar, la calidad de vida entre masculinos y femeninos no se encontraron diferencias significativas (**p=0.241, exacta de Fisher**); tampoco en la calidad de vida por estado civil ni por tipología familiar. Sin embargo, por escolaridad se encontraron diferencias significativas con una menor proporción de buena calidad de vida entre los analfabetas que con otro nivel de escolaridad (**p=0.018, exacta de Fisher**). También, por nivel de ingresos hubo diferencias significativas en la calidad de vida, pues hubo menor proporción de adultos mayores con buena calidad de vida de clase pobre que de otros niveles de ingresos (**p=0.028, exacta de Fisher**) [Tabla 7].

Gráfica 5. Calidad de vida de los adultos mayores participantes.



Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Así mismo se encontró que la principal comorbilidad de los adultos mayores con buena calidad de vida fueron las enfermedades cardiovasculares en un 37.5%, los que tenían una calidad de vida regular y mala fue la diabetes mellitus en un 33.6% y 62.5%, respectivamente [Tabla 7].

Tabla 7. Nivel de calidad de vida y principal comorbilidad

Nivel de calidad de vida	Principal comorbilidad
<i>Valores</i>	<i>Valores</i>
<i>fr(%) / fa</i>	<i>fr(%) / fa</i>
Buena	Enf. cardiovasculares
70.3% (256)	37.5% (96)
Regular	Diabetes Mellitus
27.6% (104)	33.65% (35)
Mala	Diabetes Mellitus
2.1% (8)	62.5% (5)

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

Finalmente, una funcionalidad familiar normal se asoció con significativamente mejor calidad de vida y una disfunción familiar moderada se asoció con mala calidad de vida [Tabla 8].

Tabla 8. Comparación de la calidad de vida según características de los adultos mayores

Características	Buena fr(%) /fa	Regular fr(%) /fa	Mala fr(%) /fa	Valor de p
Sexo				
Femeninos	66.1% (117)	31.6% (56)	2.3% (4)	0.241
Masculinos	74.0% (148)	24.0% (48)	2.0% (4)	
Escolaridad				
Analfabeta	45.9% (17)	48.6% (18)	5.4% (2)	0.018
Primaria	70.9% (112)	27.8% (44)	1.3% (2)	
Secundaria	70.7% (58)	29.3% (24)	0.0% (0)	
Preparatoria	73.6% (39)	20.8% (11)	5.7% (3)	
Licenciatura	83.3% (37)	15.6% (7)	2.2% (1)	
Posgrado	100.0% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	
Estado civil				
Soltero(a)	75.0% (18)	20.8% (5)	4.2% (1)	0.675
Casado(a)	71.6% (169)	27.1% (64)	1.3% (3)	
Unión libre	76.5% (26)	20.6% (7)	2.9% (1)	
Separado(a)	57.1% (8)	42.9% (6)	0.0% (0)	
Divorciado(a)	50.0% (1)	50.0% (1)	0.0% (0)	
Viudo(a)	64.2% (43)	31.1% (21)	4.5% (3)	
Zona demográfica				
Rural	62.8% (27)	27.9% (12)	9.3% (4)	0.006
Semi-urbana	63.5% (40)	34.9% (22)	1.6% (1)	
Urbana	73.1% (198)	25.8% (70)	1.1% (3)	
Nivel de ingresos				
Clase pobre	56.2% (50)	40.4% (36)	3.4% (3)	

Clase media baja	72.5% (129)	26.4% (47)	1.1% (2)	
Clase media-media	77.6% (76)	19.4% (19)	3.1% (3)	0.028
Clase media alta	83.3% (10)	16.7% (2)	0.0% (0)	
Tipología familiar				
Sin familia	83.3% (15)	16.7% (3)	0.0% (0)	
Nuclear	67.6% (148)	30.6% (67)	1.8% (4)	0.364
Extensa	76.8% (73)	20.0% (19)	3.2% (3)	
Extensa compuesta	75.0% (15)	25.0% (5)	0.0% (0)	
Monoparental	56.0% (14)	40.0% (19)	4.0% (1)	
Funcionalidad familiar				
Normal	76.6% (222)	22.8% (66)	0.7% (2)	
Disfunción leve	50.6% (40)	44.3% (35)	5.1% (4)	<0.001
Disfunción moderada	33.3% (2)	33.3% (2)	33.3% (2)	
Disfunción severa	50.0% (1)	50.0% (1)	0.0% (0)	

Fuente: Instrumento para medir la calidad de vida en el adulto mayor

DISCUSIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto fundamental que se debe tomar en cuenta para valorar el estado de salud biopsicosocial de los pacientes, incluyendo los adultos mayores ⁽³⁷⁾. Las personas mayores tienen mayor probabilidad de padecer múltiples trastornos de salud debido a que experimentan alteraciones en la función física y mental, soledad, deterioro de la actividad sexual y los trastornos metabólicos crónicos que contribuyen a disminuir su calidad de vida ⁽³⁸⁾. En este estudio, evaluamos el nivel de calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez en Chiapas. A continuación, se analizan los hallazgos del presente estudio.

Primero, la edad de los pacientes incluidos osciló entre 60 y 90 años y no hubo predominio de sexo, pues la mitad eran masculinos y la mitad femeninos, por lo que los resultados de este estudio podrían ser reflejo de la realidad de adultos mayores de edad similar. La escolaridad de los pacientes incluidos fue analfabeta en 10% de ellos, y nivel básico en 63% de ellos, esta escolaridad de los adultos mayores coincide con el perfil reportado por el INEGI en México, en donde alrededor del 62% de los adultos mayores tienen escolaridad máxima de nivel básico y alrededor del 10% tienen una escolaridad de nivel superior ⁽³⁹⁾.

En cuanto a la ocupación, es de destacar que predominaron los pensionados/jubilados, las trabajadoras domésticas y los comerciantes, actividades ocupativas que se esperan altas en este rango de edad, pues a esta edad algunos individuos alcanzan la edad de jubilación y una elevada proporción de mujeres continúan realizando actividades del hogar. De acuerdo con el INEGI, en un reporte del pasado día mundial del adulto mayor la mayoría de los económicamente activos llevan a cabo tareas remuneradas y hasta la mitad trabajan por cuenta propia, y un 5% tienen empresas donde emplean a otros ⁽⁴⁰⁾. Mientras que, en relación con el estado civil, en los mayores de 60 años predominan los casados, seguidos por los viudos y los de unión libre, lo cual coincide con nuestros hallazgos pues más del

60% de los pacientes incluidos son casados, seguidos de los de los viudos y de los que viven en unión libre ⁽⁴⁰⁾. En relación con la religión, las religiones predominantes de los adultos mayores incluidos fueron la católica y las cristianas, que son las dos religiones predominantes entre los mexicanos de acuerdo con datos oficiales ⁽⁴¹⁾. Por tanto, el perfil sociodemográfico de los pacientes adultos mayores incluidos en este estudio coincide con lo reportado en la literatura.

Segundo, en relación con la zona geográfica de residencia de los adultos mayores, encontramos que 71.9% de los incluidos residían en zona urbana y el resto en zona semiurbana o rural; esta cifra de residencia en zona urbana es inferior al 79% de individuos que viven en zona urbana en México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020^(40,41). En relación con las características económicas de los adultos mayores incluidos, en nuestro estudio encontramos que la mitad obtenían sus ingresos a través de pensión o programas sociales y el restante a través de trabajo actual u otras actividades económicas, lo que refleja la común dependencia de los adultos mayores de sus pensiones o apoyos de gobierno. Mientras que en relación con el nivel de ingresos, en nuestro estudio eran de clase pobre la cuarta parte de los pacientes y la mitad de clase media baja; tal cifra de pobreza es inferior a la reportada por la CONEVAL al 2020 para Chiapas, pues 78.8% de la población tienen un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos, y 30% tienen pobreza extrema. Por lo que, en términos de pobreza la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio tienen un nivel de ingresos superior al promedio de residentes del Estado de Chiapas ⁽⁴²⁾.

Tercero, las comorbilidades más frecuentes en los adultos mayores de nuestro estudio fueron patologías cardiovasculares (35%), diabetes mellitus (29.4%) y enfermedad renal crónica (8.5%). No se encontró variación significativa entre el nivel de calidad de vida y padecer una comorbilidad en específico, ya que las principales patologías continuaron siendo las cardiovasculares y diabetes mellitus independientemente del nivel de calidad de vida. Estas patologías son las más prevalentes en la población geriátrica mexicana de acuerdo con reportes previos. Castellanos Olivares por ejemplo reportó que las enfermedades coexistentes más

comunes en adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares (60%), la artritis (51%) y la diabetes mellitus (20%), lo que coincide con nuestros hallazgos⁽⁴³⁾. Una prevalencia similar de comorbilidades a la de nuestro estudio fue reportada por Vega-Quintana en pacientes adultos mayores de un Hospital de León Guanajuato⁽⁴⁴⁾.

Cuarto, la tipología familiar más común fue la familia nuclear seguida de la extensa y la monoparental, lo que coincide con la distribución por tipología de las familias mexicanas de acuerdo con datos de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y del INEGI⁽⁴⁵⁾. Mientras que, en relación con la funcionalidad familiar, tres cuartas partes de las familias fueron normales y la cuarta parte restante presentaban algún grado de disfunción familiar. Esta proporción de familias funcionales es superior a la reportada por García-Madrid y cols. quienes reportaron una funcionalidad familiar normal en 69% de los casos, en comparación con el 76.9% en nuestro estudio⁽⁴⁶⁾. Escalona y Ruiz reportaron una funcionalidad familiar media en un grupo de adultos mayores⁽⁴⁷⁾.

Quinto, la calidad de vida de los adultos mayores fue buena en 70.3% de los pacientes y regular o mala en el restante de ellos. Esta proporción de adultos mayores con buena calidad de vida es superior a la reportada por Soria y cols. quienes reportaron que 42.6% de los pacientes tuvieron una buena calidad de vida, 25% regular y 32.4% mala calidad de vida⁽⁴⁸⁾. También, la calidad de vida percibida por los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 es mejor a la percibida por adultos mayores de la Ciudad de México pues el 24% reportaron que era buena, el 70% regular y el 6% baja⁽⁴⁹⁾. De esta manera, la calidad de vida percibida por nuestros pacientes adultos mayores es mejor a la reportada en otros estudios realizados en adultos mayores mexicanos.

Finalmente, encontramos como factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor la escolaridad, la zona geográfica, el nivel de ingreso y la funcionalidad familiar. Específicamente, se asociaron con peor calidad de vida el analfabetismo, vivir en zona rural, ser de clase pobre y tener disfunción familiar, mientras que un nivel académico de licenciatura o posgrado, vivir en zona urbana, ser de clase media

alta y una funcionalidad familiar normal se asociaron con mejor calidad de vida. Lo cual es coherente con lo esperado, pues la falta de estudios, la pobreza y la disfunción familiar se esperarían asociadas a peor calidad de vida. De hecho, Romero y Montoya reportaron que un mayor nivel académico se asoció con mejor calidad de vida⁽⁴⁸⁾. Nequiz y cols. encontraron que un nivel bajo de ingresos afecta la percepción de calidad de vida de adultos mayores⁽⁴⁹⁾. De manera similar, Devraj y D'Mello reportaron que el nivel económico, educativo, la interacción con otras personas y el acceso a comodidades y tecnología, se asociaron con la calidad de vida en adultos mayores⁽⁵⁰⁾. Por lo que, los factores asociados con la calidad de vida en nuestro estudio son acordes con lo esperado y reportado en la literatura.

CONCLUSIONES

El nivel de calidad de vida de los adultos mayores de la Unidad Médico Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas es bueno en tres cuartas partes de ellos. Lo anterior cumple con el objetivo general de esta investigación y concuerda con la hipótesis general planteada. Este nivel de calidad de vida es superior al reportado en otros estudios en adultos mayores mexicanos.

En cuanto las características socioeconómicas y demográficas en las cuales no hubo predominio de sexo, más de la mitad de los encuestados se encontraron en la séptima década de la vida, con baja escolaridad y casados. La principal ocupación, con tres cuartas partes de los adultos mayores fue el trabajo doméstico y pensionados, en conjunto. Casi la mitad se clasificó en clase media baja, características que concuerdan con estado sociodemográfico actual del país de este nicho de población.

Los factores asociados con mejor calidad de vida fueron nivel académico de licenciatura o posgrado, vivir en zona urbana, ser de clase media alta y una funcionalidad familiar normal; por el contrario, se asociaron con peor calidad de vida el analfabetismo, vivir en zona rural, ser de clase pobre y tener disfunción familiar.

La principal enfermedad encontrada en los adultos mayores de este estudio fueron las patologías cardiovasculares en un tercio de ellos y el tratamiento predominante que recibían fue el farmacológico. Independientemente del nivel de calidad de vida las principales comorbilidades fueron las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus. La principal tipología familiar fue la nuclear y la funcionalidad familiar hallada fue normal, ambas en más de la mitad de la población lo cual refleja que el adulto mayor en nuestra sociedad sigue siendo un pilar fundamental en la integridad y funcionalidad de la familia.

Concluyendo, para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades básicas, de bienestar y salud, lo cual se determina analizando su calidad de vida, con libre expresión, decisión, comunicación e información.

RECOMENDACIONES

1. Convocar al personal sanitario a difundir el resultado de este estudio a los pacientes al momento de la cita del paciente en la consulta externa.
2. Informar a médicos familiares sobre la escala de Fumat y Apgar para su aplicación de la misma en consulta externa.
3. Brindar información a la población en general con enfoque a adultos mayores sobre las determinantes para conseguir una buena calidad de vida.
4. Evaluar rutinariamente la calidad de vida de los adultos mayores y así implementar estrategias para mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes.
5. Realizar seminarios sobre calidad de vida de las personas de la tercera edad en las sesiones clínicas de las UMF para concientizar al personal de salud sobre su importancia.

BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Romero, Z., 2017. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, [Internet] 23(93), p.3. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/112/11252977003/11252977003.pdf>> [Consultado el 20 de mayo de 2020].
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adulto mayor [Internet]. paho.org. 2017 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es
- 3.- Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social, [Internet]. dof.gob.mx. 2019 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud [Internet]. who.int. 2018 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- 5.- Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. un.org. 2019 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- 6.- García, Marc A., 2019. Demografía del Envejecimiento. *Departamento de Sociología, Publicaciones de la Facultad*. [Internet] 635(2), p.10-16. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/333080407_Demography_of_Aging/link/5d24c970458515c11c216ffa/download> [Consultado el 20 de mayo de 2020]
- 7.- Organización Mundial de la Salud. *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. (A69/17). Ginebra; [Internet] 2016. p. 1-7. [Consultado el 20 de mayo de 2020] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.

8.- González K. 06 González Karla.indd [Internet]. conapo.gob.mx. 2015. p.117 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf

9.- Gutiérrez LM, Kershenobich D. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción [Internet] 3era ed. Ciudad de México. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial Ciudad Universitaria; 2015 [Consultado 20 de mayo de 2020] Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf

10.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Conapo e Inapam, de la mano en la atención del envejecimiento [Internet]. www.gob.mx. 2018 [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>

11.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. ADULTOS MAYORES POR ESTADO CD1 [Internet]. inapam.gob.mx. 2015 [Consultado el 30 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

12.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI [Internet]. inegi.org.mx. 2019 [consultado el 30 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

13.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. SUIVE/Secretaría de Salud. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años [Internet]. epidemiologia.salud.gob.mx. 2020. [consultado el 30 de mayo de 2020]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf

- 14.- PENSIONISSSTE. Día del adulto mayor. [Internet]. www.gob.mx. Agosto 2017. [Consultado el 30 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
- 15.- Reinante J, Alonso Y, Alcaide Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. SCIELO [Internet]. 2017 [Consultado el 30 de mayo de 2020];15(1):2,3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms12115.pdf>
- 16.- Beard J, Oifficer A, Cassels A. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. 1.ª ed. Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS; 2015. p. 9, 28, 29, 248. [Consultado el 30 mayo de 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- 17.- Rivera G, Rodríguez L, Treviño M. El envejecimiento de la población mexicana. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2018 [Consultado el 30 mayo de 2020];56(1):116. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im181r.pdf>
- 18.- Cueto-Eduardo I. Anuario estadístico. Medisur [revista en Internet]. 2016 [Consultado el 30 de mayo de 2020]; 14(6):109. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3503>.
- 19.- Aponte Daza, Vaneska Cindy, CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo" [Internet]. 2015; 13 (2): 152-182. [Consultado el 30 de mayo de 2020] Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545456006>
- 20.- Varela Pinedo, L. Salud y Calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Revista en Internet]. 2016; 33(2): 199-201 [Consultado el 7 de junio de 2020] Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2156>
- 21.- Shirley R, Vargas R, Melguizo E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Revista de Salud Pública [Internet]. 2017 [Consultado el 7 de junio de 2020];19(4):550. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>

- 22.- Lopera J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciencia y Salud Colectiva* [Internet]. 2020 [Consultado el 7 de junio de 2020];25(2):694-695. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n2/693-702/es>
- 23.- Robles A, Rubio B, De la Rosa E. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente* [Internet]. 2016 [Consultado el 7 de junio de 2020]; 11(3);120-123. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- 24.- Verdugo M, Gómez L, Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. [Internet] 1º Edición. Salamanca, 2009. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. [Consultado el 7 de junio de 2020]. Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- 25.- Sanabrina M, Cívicos A. Calidad de vida e instrumentos de medición. Trabajo de Fin de Grado. [Internet] 2016. Universidad de la Laguna. Facultad de Ciencias Políticas, sociales y de la comunicación. [Consultado el 7 de junio de 2020]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 26.- Valdez M, Álvarez C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario* [revista en internet]. 2018; 17(2); 114-119. [Consultado el 7 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
- 27.- Loredo M., Gallegos R., Xequé A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. Artículo de Investigación [Internet] 2016. 13(3);161. [Consultado el 7 de junio de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- 28.- Greenfield E. Healthy aging and agefriendly community initiatives. *Public Policy & Aging Report*, 2015;25:43-6.
- 29.- Rubio Olivares, Doris Yisell, Rivera Martínez, Lilliam, Borges Oquendo, Lourdes de la Caridad, González Crespo, Fausto Vladimir, "Calidad de vida en el adulto

mayor". VARONA [Internet]. 2015; (61): 3-4. [Consultado el 7 de junio de 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>

30.- Cardona D, Segura A, Garzón M. Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles de Población*. [Internet] 2018; 24(97); 9-42. [Consultado el 7 de junio de 2020] Disponible en: - <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v24n97/2448-7147-pp-24-97-9.pdf>

31.- Troncoso-Pantoja C., Soto-López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizmed*. Artículo Original. [Internet] 2018; 18(.1.04); 23-26. [Consultado el 7 de junio de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n1/a04v18n1.pdf>

32.- Irigoyen. Séptima edición. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2017. Capítulo 3. Elementos para un análisis de la estructura familiar: Páginas 47-51.

33.- Rodríguez J. Funcionalidad Familiar en soldados que están en tratamiento en los diferentes servicios del Batallón de Sanidad en el Periodo-I. Trabajo de investigación. Universidad Del Estado de Río de Janeiro. [Internet] Bogotá, 2019. Consultado el 08 de junio de 2020] Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/2700/1/FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR.pdf>

34.- Paredes Y, Yarce E, Acevedo D. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias Salud* [Internet]. 2017 [Consultado el 15 junio de 2020];16(1):114–128. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00114.pdf>

35.- Monroy-Rojas A., Contreras-Garfias M.E., García-Jiménez M.A., García-Hernández M.L., Cárdenas-Becerril L., Rivero-Rodríguez L.F. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016, marzo. [Consultado el 30 de junio de 2020]; 13(1): 25-30. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100025&lng=es.

- 36.- Médicos familiares. Aplicación y Uso del Apgar Familiar [Internet]. Ciudad de México. medicosfamiliares.com. 17 de marzo, 2017. [Consultado el 30 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/aplicacion-y-uso-del-apgar-familiar.html>
- 37.- Urzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Méd Chile. 2010; 138(3): 358-365.
- 38.- Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Asghari Jafarabadi M. Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. J Caring Sci. 2014;3(4):257-263.
39. Rodríguez Nava A, Couturier Bañuelos DP, Jiménez Bustos RG. Escolaridad básica en personas adultas en México. Derechos humanos y presupuesto público. Perfiles educativos. 2020; 42(170): 40-59.
40. INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN). Tabulados interactivos. Primer trimestre de 2021. SNIEG. Información de Interés Nacional.
41. Censo General de Población y Vivienda. México 2020: INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Aguascalientes: 2021.
42. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estadísticas de pobreza en Chiapas. CONEVAL. México: 2021.
43. Castellanos Olivares A, Sánchez-Ruiz JG, Gómez-Sánchez G, Salgado-Figueroa M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. Rev Mex Anestesiología. 2017; 40(S1):S103-S105.
44. Vega-Quintana A, Moreno-Cervantes CA, Prado-Hernández OA, LunaTorres S, Torres-Gutiérrez JL. Comorbilidad en pacientes mayores de 65 años con demencia. Med Int Méx. 2018;34(6):848-854.
45. Estadísticas a Propósito del Día de la familia Mexicana del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Consultado el 10 de abril de 2017 en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf.

46. García-Madrid G, Landeros-Olvera E, Arrijoja-Morales G, Pérez-Garcés AM. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 21-26.
47. Escalona Pérez B, Ruiz Martínez AO. Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicol Iberoam*. 2016; 24(1): 38-46.
48. Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles Poblac*. 2017; 23(93), 59-93.
49. Nequiz Jasso JM, Munguía Gómez A, Izquierdo Barrera EA. Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria Reforma. *Rev Enf Neurol*. 2017; 16(3): 167-175.
50. Devraj S, D'mello MK. Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *J Geriatr Ment Health* 2019;6:94-8.

ANEXOS



**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:

"Calidad de vida en los adultos mayores que acuden a la unidad de medicina familiar n°13 IMSS, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas."

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2021

Número de registro:

EN TRAMITE

Justificación y objetivo del estudio:

La promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento saludable, tiene como finalidad lograr un envejecimiento exitoso, con la menor cantidad de enfermedades posibles y manteniendo autonomía, con buena calidad de vida. Es por ello que este estudio es importante ya que es necesario estudiar la calidad de vida en el adulto mayor en nuestro país y medio ya que al pasar los años es cada vez mayor la proporción de población en la tercera edad producto del envejecimiento de la población, lo cual implicará mayores recursos sanitarios, económicos y recursos humanos para la atención de dicho grupo etario. Es un estudio actual ya que hoy en día la población adulta mayor es la que crece más rápido en México, por lo que se necesitarán realizar investigaciones en este grupo de edad, para optimizar su atención sanitaria de una forma integral e incluyente, favoreciendo el envejecimiento saludable enfocado a tener una adecuada calidad de vida en la medida de lo posible. Día a día son mayores los retos al brindar atención médica de calidad a dicha población por lo que es necesario conocer que factores y determinantes influyen en su bienestar y calidad de vida, sobre todo enfocada a su salud. Este estudio es valioso porque podrá servir como punto de partida para elaboración de políticas sanitarias en la atención del adulto mayor, así como conocer de forma actualizada la calidad de vida en la población adulta mayor chiapaneca con seguridad social, optimizando de esa forma, la elaboración de planes de atención integral a dicho grupo etario.

Procedimientos:

Se aplicarán Encuestas directas de datos personales y llenado de cuestionarios para determinar el nivel de calidad de vida, la tipología y funcionalidad familiar.

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Que el paciente identifique las dimensiones de la calidad vida en las que pueda mejorar

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se proporcionará si el participante lo solicita.

Participación o retiro:

Participarán los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF N° 13 de manera voluntaria y con consentimiento informado. Y en caso de no desear continuar en el estudio se respetará su retiro voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: El estudio servirá para determinar la calidad de vida de los adultos mayores lo que facilitará normar estrategias para la mejora de la misma en beneficio de su Salud, además de servir de base para nuevas investigaciones en el tema.

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

Investigador Responsable:

DR. JOSE RAMIRO CORTÉS PON, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2

Tesista:

DR. DANIEL ALEJANDRO GÓMEZ MORENO, RESIDENTE DE 2DO AÑO DE MEDICINA
FAMILIAR, SEDE UMF N° 13, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

DR. GOMEZ MORENO DANIEL ALEJANDRO

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

Folio: _____

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:
CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS-INSTRUMENTO DE LA
ESCALA DE FUMAT – APGAR FAMILIAR**

Instructivo. ¡Buen día! Soy el Dr. Daniel Alejandro Gómez Moreno residente de la especialidad de Medicina familiar y estoy realizando una investigación; en este documento le presento un instrumento de evaluación con el fin de determinar el nivel de calidad de vida en adultos mayores que acuden a esta Unidad de Medicina Familiar N°13. Para su seguridad y tranquilidad, esta encuesta es confidencial, sin fines de lucro, en caso de estar de acuerdo por favor responda la siguiente encuesta.

1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad: _____

a) 60-64 años

b) 65-69 años

c) 70-74 años

d) 75-79 años

e) 80-84 años

f) Mayor de 85 años

2.- Actividad laboral (actividad que desarrolla habitualmente en su vida diaria):

a) Profesionista

b) Técnico

c) Agricultor/Ganadero/Silvícola

d) Obrero

e) Comerciante

f) Administrador

g) Trabajadores en servicios domésticos/Ama de casa

h) Pensionado/Jubilado

i) Otro _____

3.- Estado Civil:

a) Soltero (a)

b) Casado (a)

c) Unión libre

d) Separado (a)/ Divorciado (a)

e) Viudo (a)

4.-Sexo: a) Femenino b) Masculino
5.- Escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura f) Posgrado
6.-Padece enfermedades (comorbilidades): a) Sí b) No
7.- En caso de padecer de enfermedades, ¿Cuáles padece? (puede seleccionar más de una): a) Enfermedades cardiovasculares b) Tumores malignos c) Diabetes Mellitus d) Enfermedades pulmonares e) Enfermedades del hígado f) Enfermedad renal crónica g) Otras enfermedades
8.- En caso de padecer enfermedades, ¿qué tratamiento recibe o ha recibido para ello? a) Farmacológico b) No farmacológico c) Quirúrgico d) Combinaciones de las anteriores
9.- Fuente de ingresos: a) por trabajo b) por pensión/jubilación c) por programas sociales/gubernamentales d) por renta de propiedades e) otras fuentes de ingreso
10.- Nivel de ingresos: a) Clase rica: 85,000 o más pesos mensuales b) Clase media alta: 35,000-84,999 pesos mensuales c) Clase media: 11,600-34,999 pesos mensuales d) Clase media baja: 6800-11,599 pesos mensuales e) Clase pobre: 2700-6,799 pesos mensuales f) Pobreza extrema: 0.00-2,699 pesos mensuales.
11.- Religión: a) católica b) cristiana-protestantes c) judío d) sin religión e) otras religiones
12.- ¿Cuántas personas viven en su casa incluyéndose a usted? a) 1 b) 2-3 c) 3-4 d) 5 o más
13.- Tipología Familiar: a) Nuclear b) Extensa c) Extensa compuesta d) Monoparental e) Sin familia
14.- Vive en: a) Ciudad (medio urbano) b) Semi- urbano c) Colonia (medio rural)

2) ESCALA DE FUMAT

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, maque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15.-En general, se muestra satisfecho con su vida.	4	3	2	1
16.-Manifiesta sentirse inútil.	1	2	3	4
17.-Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
18.-Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
19.-Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
20.-Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	4	3	2	1
21.-Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4

22.-Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
23.-Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
24.-Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	4	3	2	1
25.-Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
26.-Carece de familiares cercanos.	1	2	3	4
27.-Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
28.-Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
29.-El lugar donde vive es confortable.	4	3	2	1
30.-Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
31.-Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
32.-El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	1	2	3	4
33.-El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
34.-Dispone de las cosas materiales que necesita.	4	3	2	1
35.-El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36.-Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1

37.-Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
38.-Tiene dificultades para expresar información.	1	2	3	4
39.-En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan.	4	3	2	1
40.-Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
41.-Tiene dificultades para comprender la información que recibe.	1	2	3	4
42.-Es responsable de la toma de su medicación.	4	3	2	1
43.-Muestra escasa flexibilidad mental.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44.-Tiene problemas de movilidad.	1	2	3	4
45.-Tiene problemas de continencia.	1	2	3	4
46.-Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
47.-Su estado de salud le permite salir a la calle.	4	3	2	1
48.-Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
49.-Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL:

AUTODETERMINACIÓN	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
50.-Hace planes sobre su futuro.	4	3	2	1
51.-Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
52.-Otras personas organizan su vida.	1	2	3	4

53.-Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
54.-Ha elegido el lugar donde vive actualmente.	4	3	2	1
55.-Su familia respeta sus decisiones.	4	3	2	1
56.-Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	4	3	2	1
57.-Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
58.-Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
59.-Está excluido en su comunidad.	1	2	3	4
60.-En el servicio que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	3	4
61.-Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
62.-Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude.	1	2	3	4
63.-Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
64.-Participa en forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude.	4	3	2	1
65.-Su red de apoyos no satisface sus necesidades.	1	2	3	4
66.-Tiene dificultades para participar en su comunidad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
DERECHOS	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
67.-En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos.	4	3	2	1
68.-Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.	4	3	2	1
69.-Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.	1	2	3	4
70.-Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.	4	3	2	1

71.-Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1	
Puntuación directa TOTAL:					
3) APGAR FAMILIAR					
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia					
PREGUNTAS	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
72.-Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
73.-Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite en asuntos de interés común.					
74.-Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o en hacer cambios en mi estilo de vida.					
75.-Me satisface la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis emociones o sentimientos de enojo, amor y tristeza.					
76.-Me satisface cómo compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.					
TOTAL, DE LA SUMA DE PUNTOS: _____					

