

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS ALTOS



TESIS

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAPILLA DE
GUADALUPE, TEPATITLÁN DE MORELOS.**

JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

Tepatitlán de Morelos, Jalisco, septiembre de 2014.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS ALTOS



T E S I S

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**CORRELACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAPILLA DE
GUADALUPE, TEPATITLÁN DE MORELOS.**

JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ CERVANTES

CO DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARÍA GUADALUPE DÍAZ RENTERÍA

Tepatitlán de Morelos, Jalisco, septiembre de 2014

DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ CERVANTES

CO DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARIA GUADALUPE DÍAZ RENTERÍA

ASESOR TÉCNICO
DRA. ELISA GIL HERNÁNDEZ

ASESOR METODOLÓGICO
MTRA. MARTHA ALICIA AYALA TORRES

Tepatitlán de Morelos, Jalisco, septiembre de 2014

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma mater, la Universidad de Guadalajara por contribuir a la formación de todo aquel que se acerca a sus aulas.

Al Doctor Francisco Javier, la Doctora Elisa y el personal de la Región Sanitaria III, que durante mi año de servicio social me apoyaron para realizar este proyecto.

A la Jefa Lupita, que es una gran amiga y mentora, me ha dado de los mejores consejos durante mi formación en la licenciatura, me ha brindado su apoyo en todo momento y me ha ayudado a mejorar este trabajo.

A mis maestros, que influyeron en mí con sus lecciones y experiencia, para forjarme como una buena persona.

A los sinodales que estudiaron mi tesis y la aprobaron.

DEDICATORIA

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

Mis padres, Arturo y Lolis, que me educaron para siempre dar lo mejor de mí.

Mis hermanos, Chuy, Blas y Carlitos, siempre han sido un apoyo moral.

Mis abuelos, Pepe, Elva, Pío y Lucha, han sido tan cercanos como mis padres y me han dado muchas lecciones para la vida.

Mi novia, Vicky, que siempre me ha apoyado en todo lo posible para alcanzar mis metas.

Todos mis amigos, junto a los cuales he pasado grandes momentos y me han ayudado con sus consejos y opiniones.

ÍNDICE

Resumen	4
CAPÍTULO 1	5
Introducción	5
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Hipótesis	14
CAPÍTULO 2	15
Marco teórico conceptual.....	15
El adulto mayor	15
1.1 aspectos demográficos.....	16
1.2 políticas de salud para adultos mayores	17
1.3 cambios del adulto mayor por el envejecimiento.....	19
1.3.1 cambios biológicos	19
1.3.2 cambios psicológicos.....	22
1.3.3 cambios socioculturales	23
1.3.4 cambios del rol social	23
1.3.5 cambios en las relaciones en la familia	24
1.3.6 cambios laborales	24
1.4 calidad de vida	25
La familia	26
2.1 familia como núcleo de la sociedad.....	26
2.2 tipos de familias.....	27
2.3 valores en la familia.....	28
2.4 relaciones sociales y salud.....	29
2.5 funcionalidad familiar.....	30

2.6 cuidado informal	31
2.6.1 cuidador principal	33
Metodología	34
Criterios	34
Población de estudio	35
Instrumento	37
Prueba piloto	38
Hoja de captura de datos	38
Aspectos éticos	38
Procedimientos.....	39
CAPÍTULO 3.....	41
Resultados.....	41
Características sociodemográficas.....	41
Tipología familiar	44
Funcionalidad familiar	45
Calidad de vida.....	57
Calidad de vida y funcionalidad familiar	59
Correlación de la calidad de vida y funcionalidad familiar	60
Conclusiones	62
Sugerencias	64
Bibliografía.....	65
Anexos	70

**CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS
MAYORES DE CAPILLA DE GUADALUPE, TEPATITLÁN
DE MORELOS.**

RESUMEN

Introducción: Actualmente, la esperanza de vida de la población es de 74 años, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012), por lo que se ha incrementado la población de adultos mayores. Las instituciones de salud no pueden dar abasto a todos los adultos mayores, y la familia es la mejor respuesta a este problema (Roca, *et al.*, 2005). Se prevé que es posible resolver esto con el apoyo y capacitación adecuada hacia las familias que tienen bajo su cuidado a un adulto mayor. Para esto, hay que conocer los aspectos la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivo: Evaluar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de los adultos mayores.

Metodología: Estudio de tipo ecológico, exploratorio, observacional y analítico en un total de 138 adultos mayores

Resultados: 136 adultos mayores cumplieron con los criterios de inclusión, 74 % corresponde a mujeres, el promedio de edad fue 74 ± 8 años, 46 % es analfabeta, 52 % está casado, 53 % se dedican a cuidar de su hogar, 24 % se encuentra económicamente activo, 85 % está enfermo, principalmente: Hipertensión arterial (38%) y Síndrome metabólico (34 %), 53 % tiene alguna discapacidad, principalmente: Problemas visuales (39 %), dificultad para caminar (31 %) y sordera (25 %). 29 % vive en una familia nuclear, 77 % vive en una familia funcional, 47 % tiene una calidad de vida medianamente satisfactoria. Hay un coeficiente de correlación de 0.366 entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

Conclusiones: Existe una relación, estadísticamente significativa entre la calidad de vida de los adultos mayores y la funcionalidad familiar ($P = 0.0000$, Coeficiente de correlación = 0.366251, $R = 13.414$ %).

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, relaciones familiares, familia.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, versa sobre la calidad de vida, la funcionalidad y tipología familiar de los adultos mayores, su perfil y el del cuidador principal.

El primer capítulo, describe los antecedentes de la población de adultos mayores, actualmente 1 de cada 10 personas es adulto mayor. De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) se prevé un crecimiento acelerado; para el año 2030, se calcula que 1 de cada 5 mexicanos serán adultos mayores (CONAPO, 2006).

A su vez que se plantea el problema visto desde una perspectiva de salud, el aumento de la población de adultos mayores incrementa a su vez la demanda de servicios de salud para este grupo de la población; sin embargo, tanto los servicios de salud como la familia son participes de la salud y la calidad de vida de los adultos mayores. Se plantea la pregunta a responder en la cual se desea conocer cómo es la calidad de vida de los adultos mayores y su funcionalidad familiar.

Posteriormente se justifica el estudio, así como las afirmaciones mencionadas, donde la familia tiene la obligación, por ley, de atender a sus adultos mayores y el hecho de que actualmente México sea un país de jóvenes involucra que al envejecer, este se tornará en un país con un gran número de habitantes adultos mayores.

En el segundo capítulo se conceptualizan todos los términos utilizados en la presente investigación, en relación al adulto mayor: ¿quién es?, ¿cómo se define? y un perfil general de los aspectos sociodemográficos, políticos y de los cambios que conlleva el envejecimiento en la salud: biológica, mental,

sociocultural; el rol social, las relaciones familiares y la vida laboral y la calidad de vida del adulto mayor.

Se define a la familia, su importancia como núcleo de la sociedad, los diferentes tipos de familias, los valores familiares, la importancia de las relaciones sociales y la salud; así mismo se define la funcionalidad familiar y el instrumento con el cual se evaluó y las características del cuidado informal que otorga la familia, definido como cuidado familiar.

El Tercer capítulo, da a conocer la metodología; el presente es un estudio ecológico, exploratorio, observacional, analítico, enfocado a la calidad de vida del adulto mayor y la funcionalidad de la familia, en la comunidad de Capilla de Guadalupe, Jalisco. La unidad de análisis fue: adultos mayores de 60 años o más;

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para proporciones. Se definió el instrumento a utilizar y se realizó una prueba piloto.

Para dar respuesta a los aspectos éticos, se realizó un consentimiento informado, para dar a conocer la confidencialidad de los resultados individuales de cada persona la cual acepto ser entrevistada.

En el capítulo cuatro se muestran los resultados observados, de 138 entrevistas realizadas fueron eliminadas 2 por falta de respuestas. Se observó que dentro de la población, el 64 % son mujeres y el promedio de edad es de 72 ± 8 años, el 80 % son analfabetas, el 50 % están casados, el 53 % se dedica a actividades dentro de su hogar, y en los aspectos de salud el 85 % está enfermo, 56 % tiene discapacidad y 56 % es independiente con riesgo para su salud; el 80 % es derechohabiente.

El 83 % de la población vive acompañada de al menos un familiar. El 29 % de las familias son nucleares, en donde el adulto mayor y su pareja siguen siendo la cabeza de la familia, y el 75 % son familias funcionales.

En relación a la calidad de vida de los adultos mayores, se contemplaron 4 dominios: salud física, salud mental, socialización y ambiente.

Se observa que la salud física es el dominio más afectado ya que el 51 % se encuentra insatisfecho, acerca de la salud mental el 61 % se encuentra satisfecho, respecto a la socialización el 56 % se encuentra satisfecho y respecto al ambiente el 39 % se encuentra parcialmente satisfecho. El 47 % de los adultos mayores tienen una calidad de vida mediana.

ANTECEDENTES

Actualmente México es un país de jóvenes, donde la mitad de la población tiene 22 años o menos. No obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo en los años por venir.

Jalisco durante el 2010 tuvo una población total de 7'122,724 habitantes de esto 651,506 son mayores de 60 años y se clasifican como mayores de edad, ellos representan un 9.14 % de la población.

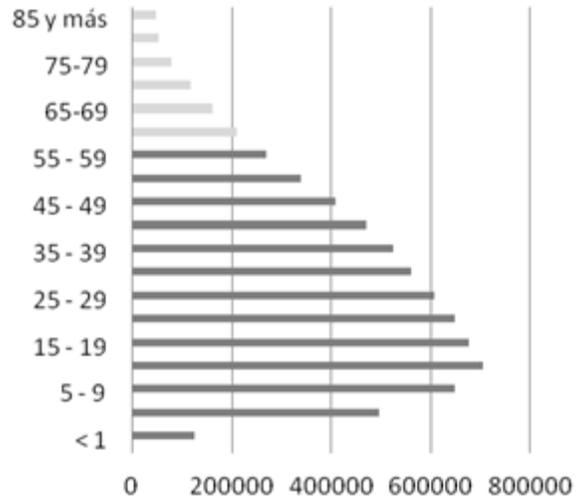
La Región Sanitaria III Altos Sur de Estado de Jalisco, tiene una población total de 339,291 y los habitantes que corresponden al rango de adultos mayores son 35,036, es decir un 10.32 %. El municipio de Tepatitlán de Morelos tiene un total de 129,458 habitantes y de ellos 11,910 son adultos mayores, representan un 9.19%. Dentro del municipio, la población de estudio en Capilla de Guadalupe tiene un total de 17,171 habitantes y de ellos 1,554 son adultos mayores, es decir un 9.05 %, porcentaje cercano al promedio del estado (CONAPO, 2013).

Según el Consejo Estatal de Población (COEPO) en 2008 en el Panorama Demográfico de Jalisco, se prevé que en el año 2030 la población de adultos mayores se incrementará, llegando a representar entre 15 y 18 % de la población total y en las siguientes décadas se incrementará aún más. En Tepatitlán esto será impactante, ya que se prevé que la natalidad disminuirá y habrá una mayor migración, por lo que la población global disminuirá. La población estará concentrada en grupos de adultos y adultos mayores. Se considera que este cambio será similar para la población de Capilla de Guadalupe.

Los adultos mayores tienen mayor probabilidad de ser dependientes, y la familia es la que principalmente se encarga de brindarle los cuidados que necesite. El Congreso de la Unión en 2001 estableció que por ley “la familia del adulto mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que deberá velar por cada una de las personas adultos mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral”. Considerando al desarrollo integral como un proceso para la satisfacción de las necesidades humanas que al adulto mayor perciba.

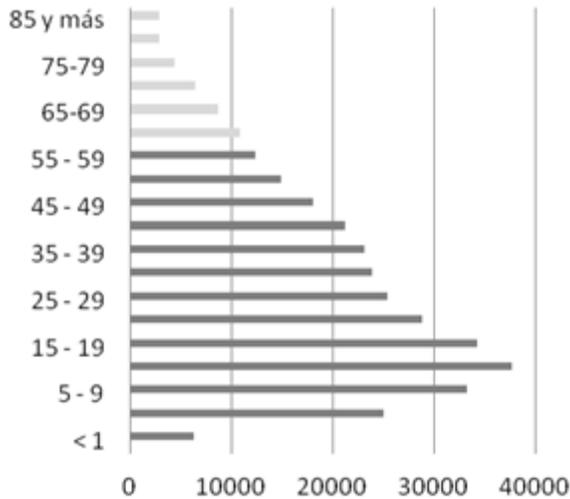
Población en Jalisco, 2010

Gráfica 1. (Izquierda) Población en Jalisco, 2010. Se resalta en gris más claro la parte de la población que corresponde a adultos mayores. Equivale al 9.14 % de la población. Fuente: CONAPO. Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 – 2030.



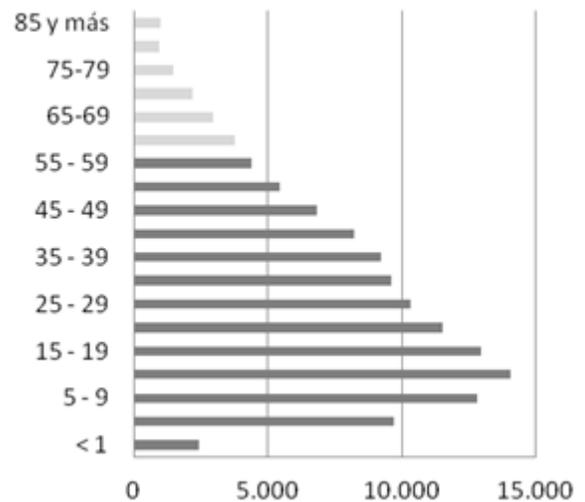
Población en Región Sanitaria III, 2010

Gráfica 2 (Derecha) Población en Región Sanitaria III, 2010. Se resalta en gris más claro la parte de la población que corresponde a los adultos mayores. Equivale al 10.32 % de la población. Fuente: CONAPO. Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 – 2030.



Gráfica 3. (Izquierda) Población en Tepatitlán, 2010. Se resalta en gris más claro la parte de la población que corresponde a adultos mayores. Equivale al 9.19 % de la población. Fuente: CONAPO. Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 – 2030.

Población en Tepatitlán 2010



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la Secretaría de Salud realiza acciones dirigidas al cuidado del adulto mayor, sin embargo estas no incluyen a la familia dentro de su cuidado o atención, es decir es un modelo sólo médico-paciente y no hay una relación médico-familia-paciente. Para esta investigación se considera al adulto mayor como alguien vulnerable y que en general será dependiente. Por lo que es importante considerar el cuidado familiar como un pilar para mantener un buen nivel de calidad de vida del adulto mayor.

En la presente investigación se pretende evaluar la relación de la calidad de vida del adulto mayor y la funcionalidad familiar. Además, se clasificarán los tipos de familias con las que conviven los adultos mayores. Se considera que la funcionalidad familiar está estrechamente vinculada a la calidad de vida del adulto mayor.

Por lo que la principal pregunta a responder es: ¿Cuál es la correlación de la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores en Capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos, entre el 1° de febrero de 2013 y el 31 de enero de 2014?, además también se formulan las siguientes preguntas secundarias:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores?
2. ¿Cuál es la tipología familiar de los adultos mayores?
3. ¿Qué tan funcionales son las familias de los adultos mayores?
4. ¿Cuál es la perspectiva que tienen los adultos mayores de su calidad de vida?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la esperanza de vida de la población es de 74 años, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012), por lo que se ha incrementado la población de adultos mayores.

Se prevé que en 2030 llegará a duplicarse, llegando a formar entre el 15 y el 18 % de la población. Esto significa que la demanda de atención por parte de los adultos mayores también irá en aumento.

Se estima que las instituciones de salud no pueden dar abasto a todos los aspectos en los que los adultos mayores necesitan cuidados, y considera que la familia es la mejor respuesta a este problema (Roca, Úbeda y Caja, 2005). Por lo que se debe mirar al adulto mayor en conjunto con su familia, para poder brindar una atención adecuada. Actualmente, en México la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2012) vuelve de carácter obligatorio para la familia el cuidar de sus adultos mayores.

Se prevé que es posible resolver esto con el apoyo y capacitación adecuada hacia las familias que tienen bajo su cuidado a un adulto mayor; pero para esto, primero se deberá conocer en qué aspectos la calidad de vida del adulto mayor se ve afectada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Correlacionar la calidad de vida y funcionalidad familiar de los adultos mayores de Capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos, del 1° de febrero de 2013 al 31 de enero de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores.
- Determinar la tipología familiar de los adultos mayores.
- Identificar la funcionalidad familiar de los adultos mayores.
- Determinar la calidad de vida que tienen los adultos mayores.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: No existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores.

Hipótesis alternativa: Existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los adultos mayores.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

EL ADULTO MAYOR

El hecho de envejecer es un proceso inherente a toda persona, de esta manera todo ser humano desde que nace entra en este proceso biológico, puede llegar a la tercera etapa de la vida: el adulto mayor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término de Adulto Mayor se utiliza para nombrar a toda persona con más de 60 años, en países en vías de desarrollo, o más de 65 años, en países desarrollados. A partir de 1982 se introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (Roca, Úbeda y Caja, 2005).

Los cuidados que necesita el adulto mayor son múltiples y en todas las áreas de la vida cotidiana, ellos requieren atención para su cuidado y en los aspectos del hogar, como son la higiene personal, la alimentación, la nutrición y los aspectos emocionales. El aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a un incremento de adultos mayores. El hecho de vivir más años implica tener más probabilidades de volverse dependiente. El costo que genera la atención de personas dependientes en instituciones sanitarias públicas es difícil de soportar por los estados, y en general resulta una respuesta insuficiente. Esta situación conlleva a que, en muchas ocasiones, sea la familia la que se haga cargo de sus adultos mayores, siendo esta la respuesta más real a prevenir los problemas que puede desarrollar el adulto mayor (Roca, Úbeda y Caja, 2005).

1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

En términos estadísticos, el índice de envejecimiento es representado por la población de 60 años de edad en adelante, misma que se toma en cuenta para proyectar la esperanza de vida en la población. Según la OMS, el número de personas de 60 años en el mundo pasará de 600 millones en el 2000 a 1,200 en el 2025; y a casi 2,000 millones en 2050, cifra que, como se observa, se duplicará (Fajardo, 2008). La población de adultos mayores cada vez se incrementa a nivel mundial, en ese sentido, en Jalisco el 9% de la población corresponde a adultos de 60 años y más, es decir: adultos mayores, pero según se prevé, en el 2030 representará hasta entre el 15 y 18% de la población, según diversas fuentes. El incremento de personas de edad avanzada provoca una fragilidad en la estructura del país, con respecto a la economía y al campo laboral, entre otras áreas.

Dentro de las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2005, se realizó un estudio en base a la información estadística para generar un panorama de múltiples aspectos de los adultos mayores en el país. Entre las que se tomaron en cuenta para el presente estudio las características de educación y trabajo y de familias, arreglos residenciales e ingresos.

La educación es un factor importante, que se relaciona con una mejor calidad de vida. Junto a esto se encuentra el trabajo, donde un mayor grado de educación generalmente corresponde a un mejor trabajo y mayores ingresos.

En la situación de la educación en los adultos mayores se ha visto lo siguiente: Analfabetismo: 33%; Primaria sin terminar: 33%; Primaria terminada: 16%; Secundaria terminada: 8%; Nivel medio superior terminado: 4% y; Nivel Superior terminado: 4% (INEGI, 2005).

En lo que respecta a la situación laboral del adulto mayor, se considera el trabajo doméstico y el extradoméstico. En general los hombres se dedican en mayor

proporción al trabajo extradoméstico y las mujeres se dedican de manera equitativa al trabajo doméstico y extradoméstico.

Respecto a las familias con las que el adulto mayor reside, la mayoría se encuentra en familias ampliadas o en familias nucleares y en los últimos años los hogares unipersonales han incrementado su número (INEGI, 2005).

1.2 POLÍTICAS DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES

Durante el Día Mundial de la Salud del 2012 (Organización Mundial de la Salud, 2012), se hizo mención de los cambios demográficos que se prevén en los próximos años y que estos plantean nuevos retos sociales y en políticas de salud integrales; y que estas sean efectivas a lo largo del curso de la vida. Se hace hincapié en los estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la promoción de ciudades amigables, que permitan llegar a una población de adultos mayores a ser felices. Se establecieron 4 ejes para que se haga reflexión en los países:

- Poner la salud de los adultos mayores en las políticas públicas.
- Generar hábitos saludables en todas las edades.
- Capacitar al personal para tener mayor consideración por los adultos mayores
- Generar los datos necesarios, que sirvan para planificar acciones a favor de los adultos mayores.

Actualmente México es un país de jóvenes, donde 50% de la población tiene 22 años o menos, no obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de los adultos mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo de población en los próximos años. Para esto es necesario generar y ejercer leyes cuyo objetivo sea el bienestar de los adultos mayores y sus familias (INEGI, 2005).

En 2001 el Congreso de la Unión estableció que por ley, la familia del adulto mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente,

de tal manera que deberá velar por cada uno de los adultos mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral. Además en 2002, se propuso la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, para todo México y en Jalisco en 2006 se publica la Ley de Desarrollo, Protección, integración social y Económica del Adulto Mayor, la cual en 2011 se transforma en la Ley para el Desarrollo integral del Adulto Mayor del Estado de Jalisco. Que entre otras cosas, tornan la atención y el cuidado familiar al adulto mayor un derecho y que el estado, la sociedad y la familia tienen responsabilidades hacia los adultos mayores. Para el presente trabajo se tomaron en cuenta los puntos más importantes en lo que corresponde a la familia, sus derechos y responsabilidades al cuidar al adulto mayor.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en el Artículo 5º establece que las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores. Así pues, los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado comprenderán los siguientes aspectos:

- Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados como mínimo una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
- Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que se generen sobre su estado de salud.
- Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

Los derechos en los que pueden participar las familias son:

- Integridad
- No violencia
- Igualdad
- Protección
- Entorno seguro y digno

- Libertad para ejercer sus derechos
- Satisfactores necesarios
- Acceso a servicios de salud
- Cartilla de salud
- Acceso a trabajo

La Ley para el Desarrollo Integral de Adulto Mayor en el Artículo 6º menciona que la familia también debe ser partícipe en:

- Fomentar la convivencia familiar en la que participe el adulto mayor.
- Evitar que alguno de sus integrantes realice cualquier acto de abandono, desamparo, marginación, discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia o los que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.
- Fomentar su independencia, respetar sus decisiones y mantener su privacidad.
- Contribuir a que se mantengan productivos y socialmente integrados.

1.3 CAMBIOS DEL ADULTO MAYOR POR EL ENVEJECIMIENTO

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Dentro de estos cambios están:

1.3.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

En términos generales, los cambios físicos que caracteriza la vejez pueden considerarse como la continuación del deterioro que empieza en la edad adulta. A medida que la gente envejece, tiene más dificultades para adaptarse a los cambios; son menos capaces de mantener y recobrar su estado de salud. Esta incapacidad adaptativa es claramente evidente cuando el individuo soporta cierto grado de *stress* psicológico o fisiológico.

Se presenta una disminución en muchas de las funciones orgánicas, inclusive un abatimiento del gasto cardiaco, de la capacidad vital, de la fuerza muscular, y del

flujo sanguíneo renal. Esos cambios son los responsables de la disminución en la tasa de metabolismo basal, y por lo general, en una concomitante elevación de peso corporal. Otros factores, como una dieta empobrecida, y la pérdida de la visión, la audición y el sentido del gusto, contribuyen y explican la lentitud de movimientos y la disminución en la capacidad física para el trabajo, evidente en la mayoría de las personas de edad avanzada (Doval, 1984).

Las moléculas proteicas cambian de forma continua; ciertos tejidos como la piel y la mucosa intestinal son reemplazados por células en unos cuatro días aproximadamente, mientras que en la pared vesical, cambia cada dos meses y los eritrocitos cada cuatro. Otras células, como las hepáticas y óseas, se renuevan a lo largo de varios años. Tal proceso de renovación implica la sustitución de células que deben ser eliminadas con un proceso de muerte celular.

En la edad avanzada, hay un acumulamiento en este medio interno de materiales desechos y sustancias tóxicas producidas por las células, así como por los radicales libres nocivos, derivados de reacciones bioquímicas vitales, que con su lipoperoxidación oxidativa destruyen las membranas celulares y el ADN causando el envejecimiento celular y tisular.

La alteración de los órganos vitales, como en el sistema inmune, genera enfermedades autoinmunes y el desarrollo del cáncer. Los factores sociales y psicológicos tienen gran importancia en el proceso de envejecimiento y el desarrollo de nuevas enfermedades.

Los cambios en el envejecimiento determinan la vulnerabilidad de los agentes bióticos y abióticos que nos hacen más propensos a las enfermedades. Los mecanismos reparadores a nivel molecular, que eliminan las moléculas defectuosas o reparan las dañadas, disminuyen su función, presentándose más errores y, como consecuencia, mayor deterioro.

El sistema inmunológico es el responsable de las funciones de defensa del organismo humano, los elementos principales son los linfocitos B, encargados de la inmunidad humoral o inmediata por medio de los anticuerpos y los linfocitos T, responsables de la inmunidad celular o tardía, ambas se producen en el tejido linfoide. Roy Walford (2003), refiere que el envejecimiento disminuye la efectividad de los mecanismos inmunológicos, por consiguiente hay envejecimiento y enfermedad. El envejecimiento cerebral inicia a partir de los 30 años de edad, cuando se comienzan a perder 4 000 neuronas por hora, es decir, 96 000 por día, la actividad y la salud son importantes para no tener un deterioro mental y conservar la salud (Nélida, 2004). Los principales cambios fisiológicos son:

- **Problemas de irrigación sanguínea:** La caja torácica se vuelve más rígida, lo que disminuye la capacidad respiratoria, el ritmo cardiaco aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo, debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.
- **Los sentidos:** Los procesos sensoriales, los ojos y los oídos son los órganos que envejecen antes, es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones. Lo cual afectará a varias esferas de la vida, según la severidad y evolución del deterioro en los sentidos.
- **La sexualidad:** Generalmente existe una atrofia de las glándulas sexuales, lo que hace que se disminuya la activación sexual. Es importante mencionar que esto no significa que desaparezca la actividad sexual normal, sino que cambia el nivel de actividad sexual.
- **Cambios somáticos:** Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas e irreversibles, en función de la edad. Existen modificaciones de los tejidos, de los huesos, las glándulas, la postura corporal, el color de los cabellos y, en general, del estado de salud.
- **Alimentación:** En general los alimentos ingeridos ya no son propicios por el aparato digestivo, ya sea porqué la familia desconoce la dieta adecuada, o el adulto mayor que vive solo no puede preparar estos alimentos. En ocasiones, por la falta de dentadura, el alimento ya no es procesado igual

(Moragas, 1991). Así también, muchos alimentos dejan de ser gustosos o atractivos, debido al deterioro de los sentidos, sobre todo el olfato y el gusto.

De esta manera se puede decir que el deterioro biológico en el envejecimiento es irreversible y afecta a todo el cuerpo, pero con el cuidado correcto de la salud se puede prevenir o disminuir. Asegurar un mayor grado de independencia del adulto mayor, lo cual ha demostrado que mejora otros aspectos como son aspectos psicológicos y sociales.

1.3.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos que menciona Doval (1984) comprenden diferentes puntos a tratar como son:

- **Personalidad:** Mediante el individuo envejece los rasgos de personalidad tienden a volverse más rígidos, la mayor parte de los rasgos variables de la personalidad son, a la larga, bastante estables durante la vejez.
- **Procesos cognitivos:** Estos tienden a disminuir con el paso de la edad. Disminuye la capacidad de adquirir y retener nuevos hechos y realizar tareas novedosas para ellos.
- **Cambios en el Afecto:** Esto es de gran influencia en la autopercepción y por tanto en la autoestima del adulto mayor. Así como lo que siente por los demás.

Los cambios psicológicos que ocurren en el adulto mayor no precisan de ser simultáneos con los cambios biológicos o socioculturales. Sin embargo, estos cambios se consideran normales solo al punto de no alcanzar un problema de salud mental del tipo demencia.

1.3.3 CAMBIOS SOCIOCULTURALES

Las edades aceptadas socialmente reflejan los papeles que la sociedad asigna a las personas según su edad. La “edad social” puede ser un auténtico grado de desarrollo o, simplemente, un “status” impuesto por un grupo social.

El envejecimiento suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy amplios parece existir una restricción en los espacios sociales para los adultos mayores; a ello contribuye la jubilación o la muerte de amigos o parientes así como una disminución en la posibilidad de asociarse a otros.

Según Doval (1984), en nuestra estructura social, los adultos mayores son considerados como inferiores, improductivos, y cuya aportación es nula. Entonces, su vida se ve afectada, tanto en sus actividades que creía cotidianas, como en la relación familiar y social que venía manteniendo; lo que lo hace que busque otro tipo de actividades que le permitan sentirse útil, asumiendo, mayormente, responsabilidades que no siempre son reconocidas por su núcleo familiar.

1.3.4 CAMBIOS DEL ROL SOCIAL

El adulto se caracteriza por la toma de decisiones en el desempeño de su rol, las cuales repercuten en su vida social, familiar e individualmente [...]. En la función del rol, el adulto puede manifestar diferentes tipos de comportamiento y personalidad. Se pueden aceptar y se dirigen hacia sus nuevos roles y actividades. Tienden a sentir temor hacia la enfermedad, a ser dependientes de otros, de ahí que experimentan todo tipo de autoestima (Gutiérrez, 2007).

Los cambios sociales se producen con el paso del tiempo, algunos adultos mayores se pueden integrar muy bien a la sociedad, otros no por los valores, el tipo de cultura, la religión y el estatus social. El rechazo en la sociedad se ve por la

falta de valores, no reconocen que el adulto mayor tiene un gran potencial para aportar, siendo desperdiciados por la sociedad o grupos de personas más jóvenes. Sus ideas no son aceptadas fácilmente y sus costumbres son consideradas fuera del orden social.

1.3.5 CAMBIOS EN LAS RELACIONES EN LA FAMILIA

Las relaciones familiares cambian con frecuencia, sobre todo si se trata de relaciones entre los hijos, los nietos y la sociedad misma. El adulto tiene una relación estrecha con los nietos y son cómplices. En sus diversas relaciones, el adulto mayor comparte sus tradiciones, valores y experiencias con su familia y con su entorno. Hay una relación más cercana y frecuente entre padres e hijos, porque tienen más tiempo.

En general, la familia contribuye a desempeñar sus roles de enfrentar que el tiempo ha pasado y que la enfermedad, la salud y la muerte siempre están presentes en toda la vida del ser humano.

Las relaciones matrimoniales se pueden identificar como una etapa de vida, la cual describe los cambios que tiene el adulto mayor. Éstos muestran más interés sobre su relación, etapa en la que se presentan las enfermedades y éstas pueden llevar a la muerte de alguno de los cónyuges.

1.3.6 CAMBIOS LABORALES

Se refiere principalmente a que el adulto mayor deja de asistir a un centro laboral. Esto significa el comienzo de la jubilación y cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, aunque para otros significa el comienzo de su final, viéndolo como algo en lo que ya no será útil o necesario y por ello será aislado (Márquez y Meléndez, 2002).

1.4 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Y en general se considera una buena calidad de vida ligada a una vida saludable, lo cual implica también que la salud es un factor importante, se define salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y en armonía con el medio ambiente y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Aguilar (2012), refiere que el tener una buena calidad de vida, depende en gran parte al estilo de vida que el adulto mayor adopte y este está ligado a varios factores, como la educación y puede estar estrechamente ligado a la familia y los cuidados que esta le otorga. De esto dependerá la prevención de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y la malnutrición.

Según estudios realizados por Vera en 2007, los adultos mayores perciben que una mayor atención en aspectos afectivos y emocionales así como el mantener su libertad de expresión, comunicación y decisión, será mayor su calidad de vida. Esto es algo importante a resaltar, ya que los adultos mayores, a diferencia de otros grupos de la población, requiere una reubicación de las necesidades de amor y afecto como necesidades básicas.

El WHOQOL-BREF es un cuestionario para evaluar la calidad de vida, elaborado por la OMS, que ya ha sido traducido por WHOQOL-BREF Barcelona, España, a una versión en español y ha sido validada su fiabilidad para su uso en Adultos

Mayores en Chile por Espinoza y colaboradores en 2011, mediante el análisis de la consistencia interna a través del cálculo del Alpha de Cronbach.

LA FAMILIA

La familia es una unidad de organización doméstica, esta forma un hogar en donde se satisfacen las necesidades bio-psico-sociales. La familia brinda apoyo y protección a sus miembros para así alcanzar su bienestar. La familia generalmente se conoce como aquellas personas que tienen lazos consanguíneos, ya sea que vivan o no en la misma casa (Valdés, 2007).

Recientemente se ha destacado la importancia del apoyo familiar en los adultos mayores. Aunque existen ciertas dificultades y cambios en la estructura de la familia, el apoyo de esta es aún muy importante, siendo especialmente como punto de conexión entre el adulto mayor y la comunidad y las actividades que se desarrollan en ésta.

2.1 FAMILIA COMO NÚCLEO DE LA SOCIEDAD

Es el principal núcleo que conforma la sociedad, es quien transmite los conocimientos de generación en generación, son proveedores económicos y parte fundamental en el proceso de socialización. Por lo tanto, la familia es la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto y lo acompaña hasta la vejez (González, 2012).

Afirma Cervera (2008) que la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el cuidado familiar.

Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década. Aunque en contradicción de esto, hay estudios del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), que relacionan el incremento de la esperanza de vida a la formación de hogares unipersonales de adultos mayores.

2.2 TIPOS DE FAMILIAS

Toda familia debe tener posibilidades de modificar su estructura, así permite apreciar más la funcionalidad, para responder a nuevas demandas, que implican una necesidad de reconocimiento y las intervenciones que se pueden hacer con los adultos mayores. En general, dependiendo de los miembros que conformen el hogar es como se clasifica su tipo (Potter y Griffin, 2002), y para la clasificación de las familias en esta investigación se realizará de la siguiente manera:

- **Familia nuclear:** Este tipo de familia está integrada por ambos padres biológicos o no biológicos y los hijos, siempre y cuando los hijos no estén casados.
- **Familia ampliada:** Están conformadas por varios parientes (tías, tíos, abuelos, primos, etc.), además de la familia nuclear. Generalmente son mayores las aportaciones que realiza el adulto como integrante de una familia, hay una fuerte relación de los vínculos familiares.
- **Familia compuesta:** Está formada por la familia nuclear y otros miembros no familiares.
- **“Nido Vacío”:** Es la familia conformada exclusivamente por la pareja de adultos mayores que tienen hijos pero estos no están con ellos.
- **Unipersonal:** Como su nombre lo indica, este tipo de hogares solo poseen un miembro.
- **Mono parental:** Es en la que el hijo o hijos vive (n) sólo con uno de sus padres.

- **Ensamblada:** Está conformada por agregados de 2 o más familias, y otros tipos de familias, como aquellas conformadas únicamente por hermanos o amigos, quienes viven en un mismo lugar por un tiempo considerable.
- **Abuelos acogedores:** Es un tipo de familia que se da cuando los abuelos se hacen cargo de los nietos asumiendo el rol de padres. Generalmente se produce por causas forzosas o negativas.

2.3 VALORES EN LA FAMILIA

Las familias tienen diferentes valores y creencias. La honestidad, el respeto hacia los padres, la felicidad y el autocontrol de la misma familia. Los valores familiares afectuosos tienden a ser más seguros en la etapa del adulto, cuando éstas son más efectivas dejan huella por el tipo de cuidado que se dé al adulto mayor. Los niños aprenden desde el nacimiento, esto se transmite de generación en generación (Arzú, 2002).

Los valores del adulto mayor son diferentes a los que han creado las nuevas generaciones, o más bien han dejado de ser significativos, como lo son el esfuerzo, el sacrificio, la autoridad, el orden establecido, la organización religiosa, etc. Ellos van descubriendo esa profunda crisis de valores en nuestra sociedad y esto les impulsa a vivir con añoranza sus tiempos pasados.

“El adulto mayor quiere conservar su propia escala de valores” (Izquierdo, 1994). Por ello se puede caer en el peligro de que se frustre la alegría por vivir, la generosidad, el espíritu de servicio y la colaboración con los demás. Hartos de no hacer nada, aburridos en el hogar, aburridos de la vida y de la sociedad pueden lanzarse a la profesión absurda del aburrimiento y de la angustia.

El ser adultos mayores no implica que deban cesar en algunas de sus ocupaciones. Se debe confiar en la capacidad de realización personal de cada individuo. Un adulto mayor sobreprotegido puede llegar a manifestarse como un

ser inútil. Uno abandonado puede convertirse en una persona amargada y angustiada en medio de la familia o la sociedad. El pesimismo es una fuerza destructiva, y para esto, el anciano no es un enfermo, es una persona en plena vitalidad.

2.4 RELACIONES SOCIALES Y SALUD

Philip (1997), afirmó que las relaciones sociales son básicas para mantener la vida y la salud. Es posible que la familia tenga que ver con la salud del adulto mayor, ésta contribuye a una buena salud, las buenas relaciones sociales mejoran con el apoyo emocional, disfrutan las relaciones con los amigos, hijos, nietos y familia en general.

Las relaciones sociales, de familia y de trabajo son la satisfacción del adulto mayor, porque las ha tenido durante toda su vida (González, 2012). A continuación se mencionan las principales relaciones que puede tener el adulto mayor:

- Relación padre/madre e hijo/hija: La relación con el adulto mayor mejora cuando va pasando el tiempo, los hijos maduran y descubren la razón que había en sus padres. Los hijos adultos aún pueden aprender más lecciones de vida importantes de sus padres, que ya son adultos mayores.
- Relación de pareja: En los años de madurez del adulto mayor es una fuente de felicidad y consuelo y de amor propio. La mayoría de los adultos tienen una relación de cónyuge. Los adultos que eligen una vida con pareja disfrutan una mejor posición económica y emocional a lo largo de la vida, aún estando solos o con relación de amistad (González, 2012). Durante esta etapa se puede “redescubrir a la pareja” y de esta manera mejorar los lazos de afecto que existen entre ambos.
- Relación con los nietos: La relación que establece con los nietos se basa en actividades cotidianas cuando vive con ellos bajo el mismo techo, en lo general hay fuertes lazos entre nieto y abuelo. Cuando el adulto mayor vive

separado de los nietos, disfrutaban su estancia con el adulto mayor por el compañerismo que hay entre ellos (González, 2012).

2.5 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es el principal foco para identificar el cuidado brindado por la familia y la sociedad al adulto mayor. Una familia integrada es un buen factor positivo de salud para el adulto, mientras que una familia desintegrada, con problemas legales o familiares es negativa para la salud del individuo (González, 2012).

El cuestionario **Apgar Familiar** (Family APGAR) desarrollada por Smilkstein en 1978, permite realizar una evaluación de la funcionalidad familiar. El acrónimo Apgar hace referencia a los cinco componentes de la función familiar:

- **Adaptability** (Adaptabilidad): Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- **Partnership** (Cooperación / participación): Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- **Growth** (Desarrollo / crecimiento): Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- **Affection** (Afecto): Mide las relaciones del cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre los mismos.
- **Resolve** (Capacidad resolutoria): Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

De esta manera el Apgar familiar sirve para diagnosticar una posible disfunción familiar y establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, tanto el ambiente emocional que rodea al adulto mayor como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. De esta manera se conoce el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del adulto mayor con su vida familiar.

Se evalúa utilizando la escala de Likert de 3, la puntuación total máxima es 10 y total mínimo es 0. Una familia calificada con un total de entre 10 a 7 es considerada una familia normofuncional, así una familia con calificación entre 6 y 4 se considera moderadamente funcional o con disfunción moderada y una familia con una calificación entre 3 y 0 se considera como severamente disfuncional.

2.6 CUIDADO INFORMAL

Cuidar es una actividad humana y como tal tiene un componente no profesional. El cuidado ha sido tradicionalmente una actividad doméstica realizada por mujeres. Hoy en día se distingue entre cuidado formal e informal o familiar. El cuidado formal es el profesional y lo proporcionan el profesional de enfermería. El cuidado no remunerado proporcionado por la familia, los amigos, los vecinos o parientes se denomina “informal” o “familiar”, se presta cuando hay una necesidad de cuidado personal en actividades de la vida cotidiana (Cuesta, 2004).

Tradicionalmente este tipo de cuidado no había preocupado al sistema sanitario ya que pertenecía al ámbito familiar y no suponía una sobrecarga especial para las personas que vivían en él. A lo largo de nuestra vida, la mayor parte de los cuidados de salud que recibimos provienen de lo que se denomina cuidado informal (Roca, Úbeda y Caja, 2005).

Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de adultos mayores es señalada por tener generalmente mayor seguridad emocional e intimidad, evita al mismo

tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización (despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicación exagerada y falta de afecto). Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel importante en garantizar al adulto mayor los recursos y alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar en la prevención de un gran número de enfermedades y discapacidades (Cervera, 2008).

Además, Sánchez (2005), citado por Guerrini (2010), afirma que a pesar de la creencia común de que los adultos mayores en el mundo contemporáneo han sido abandonados por su familia, las investigaciones a nivel mundial la desmienten. Por el contrario, ellas están integradas a un sistema de parentesco con lazos filiales intensos. La familia mantiene una posición de prominencia dentro del espacio vital psicológico de estas personas, por virtud de su habilidad para proveer seguridad emocional y material. Ella continúa siendo la principal fuente de protección de los adultos de edad avanzada y a la que acuden generalmente en primera instancia.

En general, no se encontraron investigaciones de cuáles son los cuidados que brinda la familia. Sin embargo se encontró que se considera que la familia sí cuida al adulto mayor y que éste depende a su vez, en gran medida de su familia para garantizar que tenga una buena calidad de vida. Así también, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la Ley para el Desarrollo Integral de los Adultos Mayores establecen que la familia del adulto mayor es la principal responsable de cuidar de él. Dichas leyes exponen que los principales cuidados hacia el adulto mayor son en torno a su alimentación, apoyo, atención médica, alojamiento (a decisión del adulto mayor), respetar sus decisiones y apoyar a que el adulto mayor conserve su independencia.

2.6.1 CUIDADOR PRINCIPAL

Se denomina cuidador principal o familiar a la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de actividades de la vida diaria.

Los cuidadores principales en su mayoría son de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con nivel de educación y socioeconómicos heterogéneos. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día, y por lo general desconoce el rol que ocupa.

La experiencia del cuidado varía con el género, la mujer, por naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. En general, ella cuida de sus hijos, de sus padres y de quienes le rodean. (Pinto, *et al.*, 2005).

Se considera que la prestación de cuidados no se reparte, habitualmente, de forma equitativa entre los miembros de la familia y el cuidador principal es aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado.

Los resultados de diferentes estudios sobre cuidadores familiares ponen de manifiesto que la mayoría de ellos tienen un perfil parecido (Guerrini, 2010). Algunas de las características son las siguientes: Mujer, edad mediana, no trabaja fuera del hogar y carecen de ayuda para los trabajos domésticos o para cuidar.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Ecológico, exploratorio, observacional, analítico.

Universo de trabajo: Capilla de Guadalupe, Jalisco, México.

Unidad de observación: Viviendas aleatorizadas y estratificadas.

Unidad de análisis: Adultos mayores de 60 años o más.

CRITERIOS

Criterios de inclusión:

Personas de 60 años y más que vivan en la población Capilla de Guadalupe, que firmen un consentimiento informado, acepten participar en la investigación y tengan un tiempo de residencia mayor a 6 meses en la localidad y no estén diagnosticados con algún tipo de demencia.

Criterios de no inclusión:

Personas mayores de 60 años que no acepten participar en la investigación.

Criterios de eliminación:

Personas de 60 años y más que no contesten a todas las secciones del instrumento de recolección de datos.

MUESTREO

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población total consta de 17,171 habitantes de Capilla de Guadalupe, Tepatitlán, Jalisco y de ellos la población de referencia son 1,554 adultos mayores, lo cual representa un 9.05% de la población (CONAPO, 2010).

TAMAÑO DE MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de la muestra se realizó con base a que los adultos mayores representan un 9% de la población. Utilizando la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para proporciones, aceptando un error del 5%, con lo que se obtiene un total de 126 adultos mayores. Se agregó 10% por margen de tasa de no respuesta resultando un total de 138 adultos mayores a los cuales se les aplicó el cuestionario. A continuación se muestra la fórmula de tamaño de muestra para proporciones:

$$n = [(1.96^2) (p) (1-p)]/d^2$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

p = 0.09 (primera aproximación a la proporción poblacional por estimar)

d = 0.05 (error estándar aceptado en este caso)

MnR = Margen de no Respuesta

Desarrollo de la fórmula:

$$n = [(1.96^2) (0.09) (1-0.09)]/0.05^2$$

$$n = [(3.8416)(0.09)(0.91)]/0.0025$$

$$n = 0.3146/0.0025$$

$$n = 125.84 \approx 126$$

$$\text{MnR} = 126 + 10\% = 138$$

TÉCNICA DE MUESTREO

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerado, ya que no se contaba con una lista, ni una numeración de los adultos mayores que conforman toda la población; pero sí con un plano urbano sectorial de Capilla de Guadalupe (Ver anexo 3), el cual está dividido en 4 sectores numerados entre el 2369 al 2372. Para fines de esta investigación se sustituyó por una numeración del 1 al 4. Se eligió este muestreo, porque cada vivienda tuvo la misma probabilidad de ser elegida y es posible conocer el error de muestreo, es decir la diferencia entre las medidas de la muestra y los valores totales de nuestra población de estudio.

En primera instancia se utilizó el muestreo por conglomerados, para dividir cada uno de los 4 sectores que integran a la localidad de Capilla de Guadalupe en subgrupos homogéneos llamados estratos. Se consideró como característica concreta el número de manzanas, para así obtener la muestra estratificada de 32 manzanas, es decir 8 manzanas para cada sector. Se tomaron un total de 35 adultos mayores de los sectores 1 y 3, y un total de 34 adultos mayores en los sectores 2 y 4.

Se elaboró un identificador numérico para cada una de las manzanas, y utilizando la función “aleatorio” de Microsoft Office Excel 2010, se insertaron valores numéricos correspondientes al número de cuadras según correspondía a su sector. Enseguida se procedió a sacar mediante muestreo aleatorio simple, un identificador de manzana, esto se realizó tantas veces hasta completar 8 manzanas en cada sector.

Cuadro 1. Determinación de encuestas por sector.

Sector	N° de estratos (manzanas)	N° de manzanas	N° de Viviendas	N° adultos mayores a entrevistar
1	74	8 (8, 18, 31, 38, 41, 54, 57, 70)	35 (4 ó 5 por manzana)	35

2	72	8 (3, 4, 37, 47, 54, 58, 59, 63)	34 (4 ó 5 por manzana)	34
3	88	8 (6, 24, 52, 59, 66, 75, 85, 87)	35 (4 ó 5 por manzana)	35
4	52	8 (4, 16, 19, 28, 31, 35, 44, 46)	34 (4 ó 5 por manzana)	34
TOTAL	288	32	138	138

Fuente: Mapa de Capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos. Jalisco.

Para la selección de las viviendas a encuestar, se usó un muestreo sistemático de cada 3 viviendas. Diseñando rutas en forma de barrido, del centro a la periferia, iniciando en el Norte y en dirección de las manecillas del reloj, realizando una encuesta por domicilio. En las casas donde no había un adulto mayor se tomó una de las casas vecinas.

En los casos en donde el adulto mayor o el cuidador principal no se encontraban, pero se sabía que había un adulto mayor en la casa, se visitaron al día siguiente. Se visitaron como máximo 3 veces el mismo domicilio. Se continuó el muestreo sistemático hasta completar el total de adultos mayores por sector.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos está dividido en 3 secciones:

- La primer sección corresponde a las características sociodemográficos del adulto mayor, en donde se conoce lo siguiente: Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, enfermedad, discapacidad, dependencia y si el adulto mayor es derecho-habiente.

- La segunda sección corresponde al APGAR familiar, desarrollado por Smilkstein en 1978, para evaluar la funcionalidad familiar. El termino APGAR es acrónimo de sus 5 componentes en inglés: Adaptability, partnertship, growth, affection & resolve.
- La tercera sección corresponde al cuestionario WHOQOL-BREF, elaborado por la OMS versión en español, para la valoración de la calidad de vida. El cuestionario se divide en 4 dominios: estado físico, estado mental, socialización y ambiente. Está compuesto por 26 componentes.

En un máximo de 3 visitas se respondieron a todas las secciones. De igual modo, al final del instrumento se incorporaron las observaciones realizadas, así como el agradecimiento por su participación.

PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto el jueves 14 de marzo de 2013 en el Centro de Salud de Tepatitlán, con un total de 10 cuestionarios. Se tuvo una estimación de que eran necesarios aproximadamente 45 minutos para contestar el cuestionario completo.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Se diseñó una hoja de captura de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010, en donde se incluyeron todos los datos, variables y parámetros de medición.

ASPECTOS ÉTICOS

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2012) se determina que esta investigación en seres humanos es sin riesgo. Sin embargo se incluyó un consentimiento informado para brindar confidencialidad al adulto mayor y a la familia respecto al uso de su información personal.

La participación de los adultos mayores, los cuidadores y sus familias no implica ninguna clase de riesgo. Se dio a conocer a los adultos mayores que la presente investigación no tendrá ningún costo para su participación o el acceso a los resultados.

En el consentimiento informado se exponen datos de investigador y de la institución a la que pertenece y el propósito de la investigación. Se informa que la participación es completamente voluntaria y que el no participar no conlleva ninguna sanción ni afecta sus derechos a obtener atención médica o cualquier beneficio a los que tiene derecho y si se desea puede cancelar su participación.

PROCEDIMIENTOS

La investigación se realizó mediante tres fases de investigación: teórica, de campo y descriptiva.

La presente investigación dio comienzo en Febrero de 2013. La primera fase consta del diseño del proyecto el cual fue elaborado durante Febrero y Marzo. Se buscó y se recopiló en diversas fuentes, información relacionada con el adulto mayor, su calidad de vida y los cuidados familiares. Se elaboraron fichas de trabajo, el marco teórico y se generó el instrumento de recolección de datos; el cual fue utilizado en la prueba piloto para verificar su claridad por parte de la población objetivo. Se dio una revisión por parte de las autoridades y el comité de Investigación y Ética para aprobar el proyecto.

Durante Abril se realizó solicitud de apoyo para la movilización, misma que fue aceptada. A finales de abril y principios de mayo se dio comienzo a la segunda fase: el trabajo de campo en donde se visitó a la población de Capilla de Guadalupe y se realizó el muestreo polietápico y la recolección de datos en entrevistas directas con los adultos mayores.

En la tercera fase, a mediados de Julio, se procedió a la captura en la base de datos se vació la información en la base de datos en Microsoft Excel 2010, y subsecuentemente en una base estadística de statgraphics. Se analizaron y describieron los resultados, y con base a éstos se establecieron las conclusiones y se propusieron sugerencias.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Los resultados encontrados en esta investigación se representaron en gráficos y tablas acompañados de una breve nota de su descripción y datos adicionales.

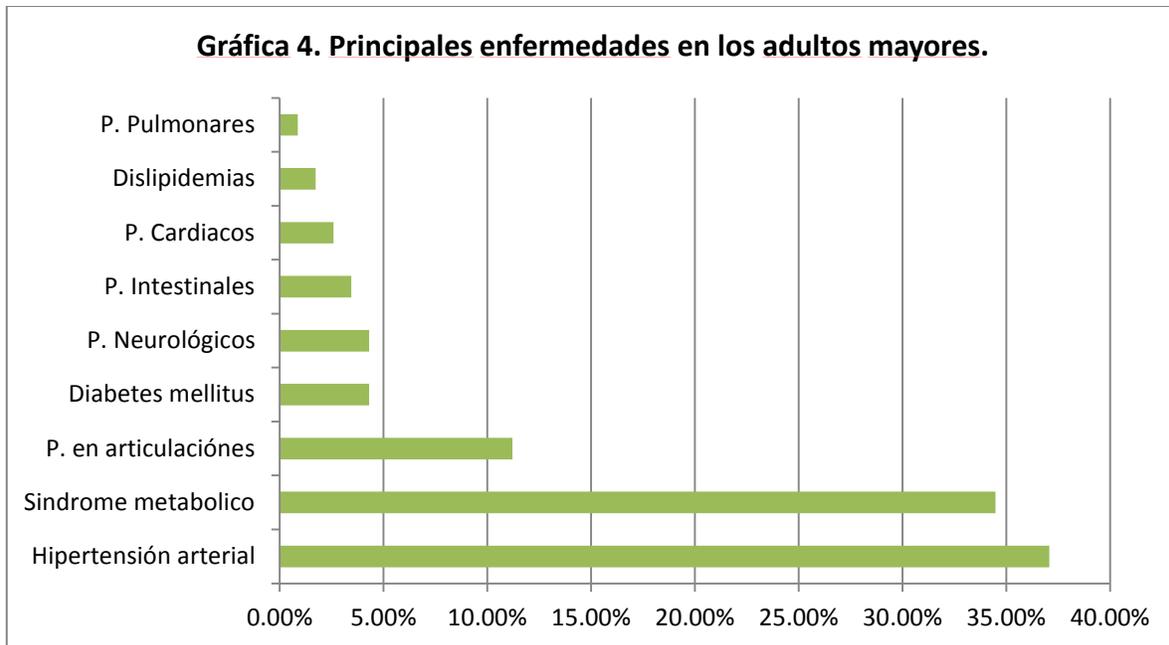
Inicia con los datos sociodemográficos de los adultos mayores, seguidos de los resultados del APGAR familiar, el cuestionario de calidad de vida y finalmente la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

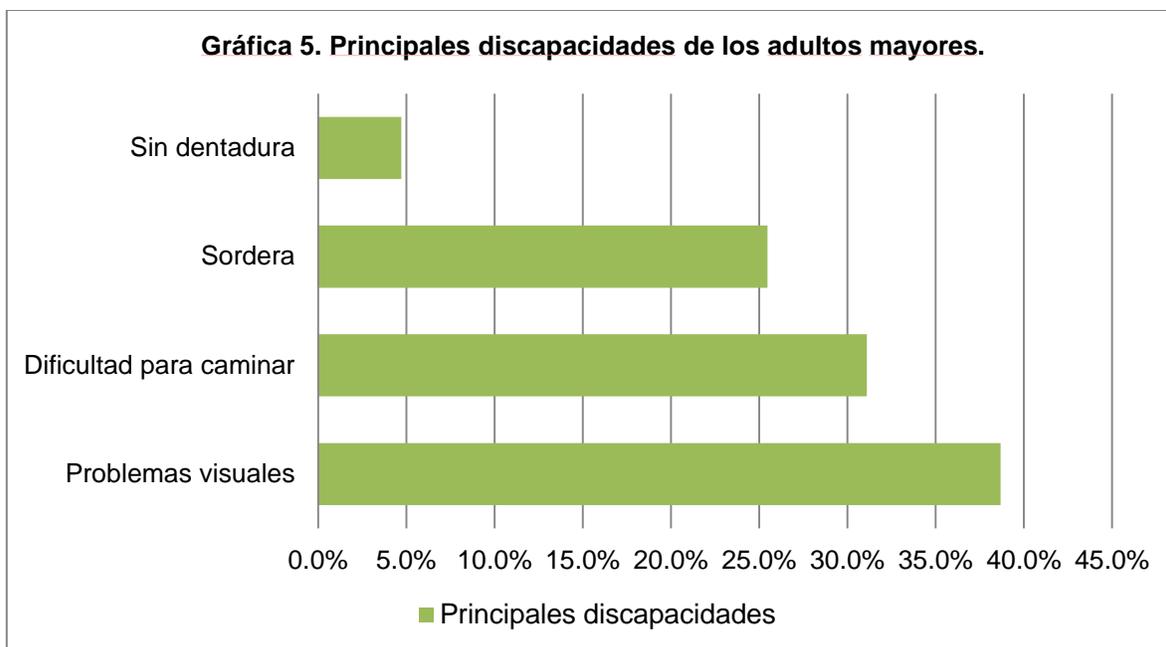
El total de entrevistados fueron 138 personas adultos mayores de 60 a más años, de las cuales 136 (98%) cumplieron con los criterios de inclusión.

El 74% correspondió a mujeres, donde el promedio de edad fue de 72 ± 8 años, su nivel académico es analfabeta en un 46%; el 34 % tiene estudios incompletos de primaria y el 20 % restante tiene estudios de primaria completos. En relación al estado civil 52 % está casado, 37 % es viudo, 8 % soltero y 3 % divorciado.

El 53 % de los Adultos mayores tienen como ocupación diaria el cuidar de su hogar realizando tareas como son la limpieza de la casa o ayudar a preparar los alimentos. 23 % no tiene una ocupación específica, ya sea por desempleo o la falta de capacidad para realizar las actividades que le gustarían. 24% se encuentra económicamente activo realizando labores del campo y comercio.



En total 85 % de los adultos se encuentran enfermos de este grupo el 38 % padece de hipertensión arterial (HTA), 34 % padece de Síndrome metabólico, el 28% restante sufre de diversos problemas de salud en menor proporción (gráfica 4). El 15 % que dijo no estar enfermos refirieron asistir al médico y que éste les encontraba saludables, se les considera como aparentemente sanos.



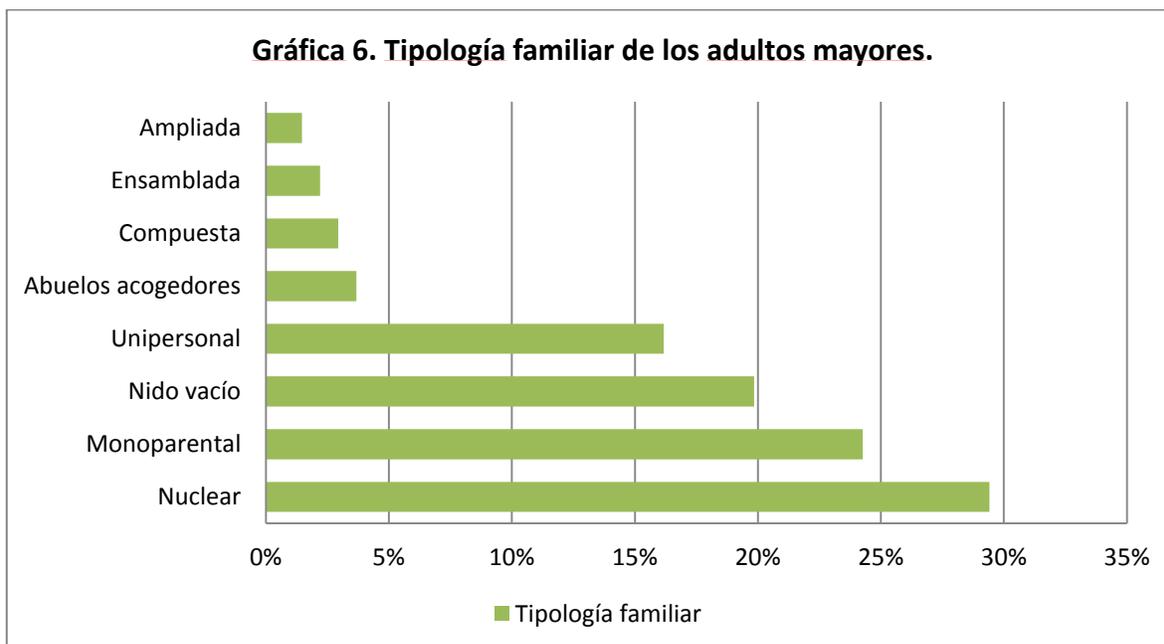
El 56 % de los adultos mayores tienen alguna discapacidad siendo las principales los problemas visuales en un 39 %, 31% presenta alguna dificultad para caminar, 25 % sordera y 5 % no tiene dentadura (gráfica 5).

El 56% de los adultos mayores son independientes con riesgo, 27 % son dependientes completamente de algún familiar y 17 % son independientes completamente de otros familiares.

El 57% de los adultos mayores están integrados al programa social de 70 y más, sin embargo durante la aplicación de las encuestas comenzó el cambio de éste programa por el de 65 y más, por lo que se encontraron adultos mayores con 65 años integrados a este programa, pero sin recibir aún sus bonificaciones.

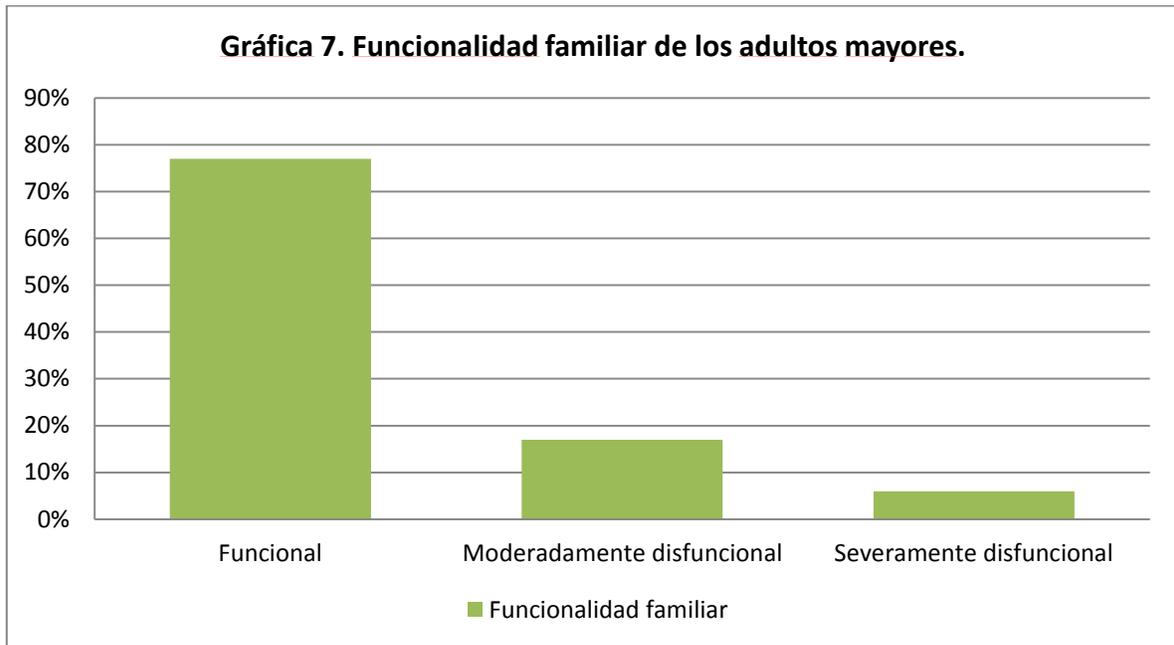
El 78 % son derechohabientes de alguna institución: 40% al Seguro Popular; 37% al IMSS; 1% ISSSTE; el 13% en algunos casos se atienden con médicos particulares y; 9% no se atienden en ningún lugar automedicándose y en otros casos dejando sus enfermedades sin atención.

TIPOLOGÍA FAMILIAR



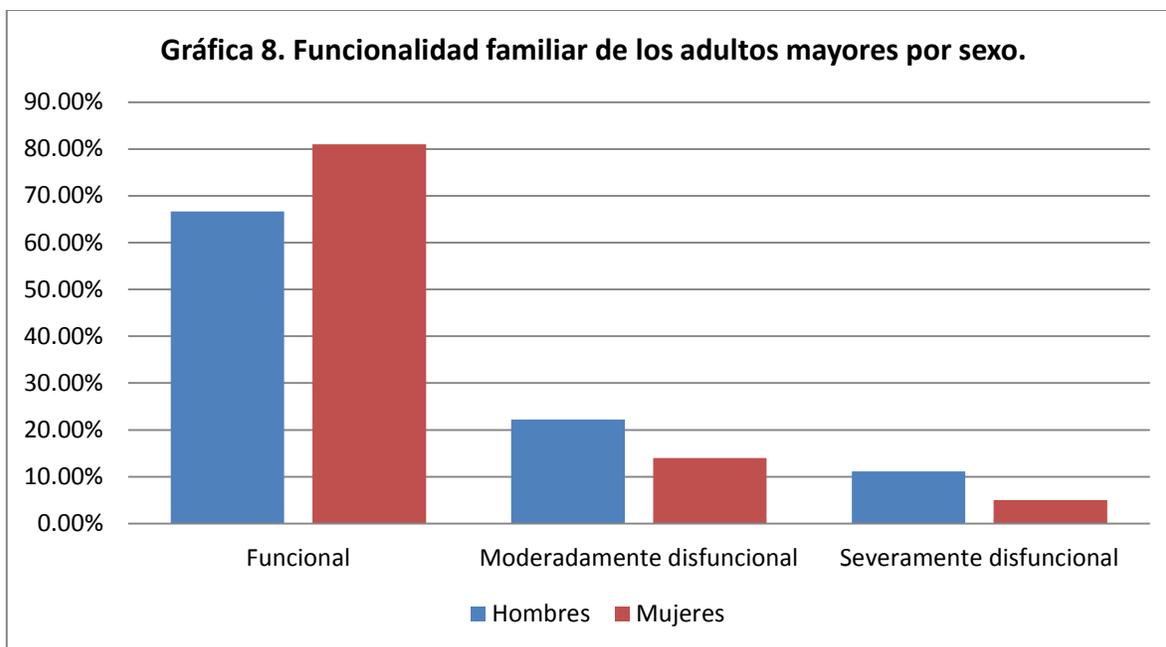
En relación a la tipología familiar del adulto mayor se encontró: un predominio de la familia nuclear en un 29%, en donde la pareja de adultos mayores siguen siendo la cabeza de la familia y sus hijos adultos solteros viven con ellos, 24 % viven en una familia monoparental, 20 % en una familia tipo “Nido vacío”, 16 % viven en una familia unipersonal y el 11 % restante vive en diferentes tipos de familias (Gráfica 6).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR



El 77 % de la población está dentro de una familia considerada como funcional, el 17 % dentro de una familia moderadamente disfuncional y 6 % se encuentra en una familia severamente disfuncional (Gráfica 7).

Así también, al igual que González en 2012 en México, se observó que los adultos mayores se sienten en una familia funcional. Y el tener una adecuada atención familiar, como menciona Cervera (2008), brinda mayor seguridad emocional, mayor intimidad y evita los problemas psicopatológicos de la institucionalización.



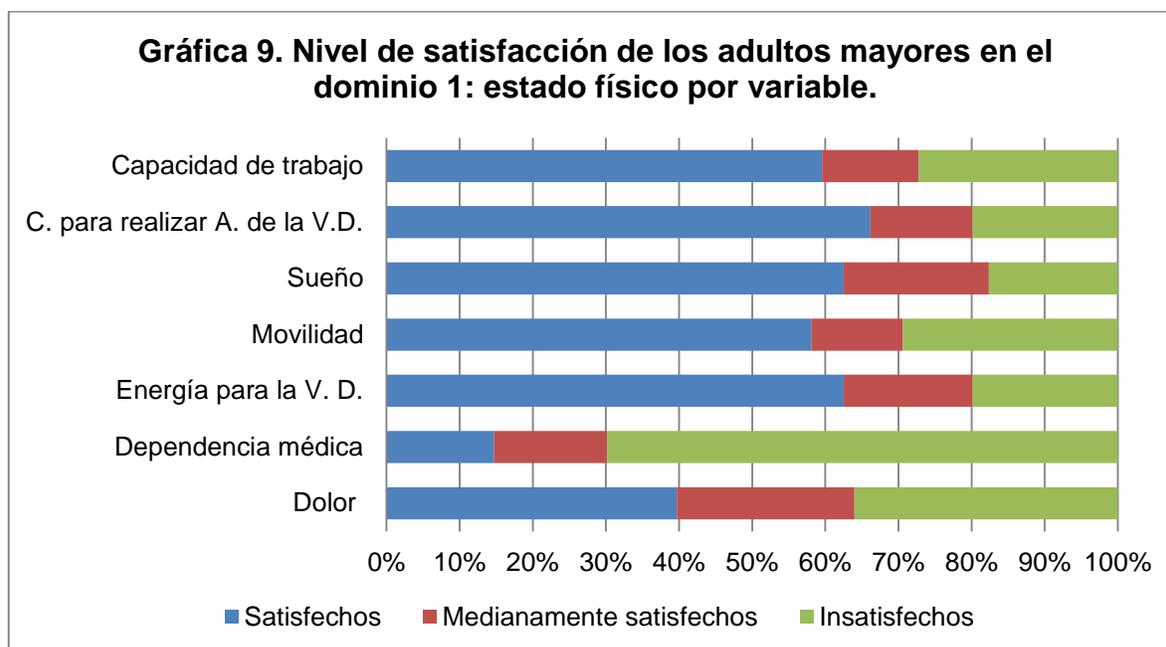
De acuerdo al género el 67 % de los hombres viven en familias funcionales, 22 % en familias moderadamente disfuncionales y 11 % en familias severamente disfuncionales. En comparación con las mujeres que el 81 % vive en familias funcionales, 15 % dentro de una familia moderadamente disfuncional y solo el 4 % vive en una familia severamente disfuncional (Gráfica 8).

CALIDAD DE VIDA

El Cuestionario utilizado para conocer la calidad de vida de los adultos mayores contiene 2 preguntas generales y el resto pertenecen a 4 dominios diferentes.

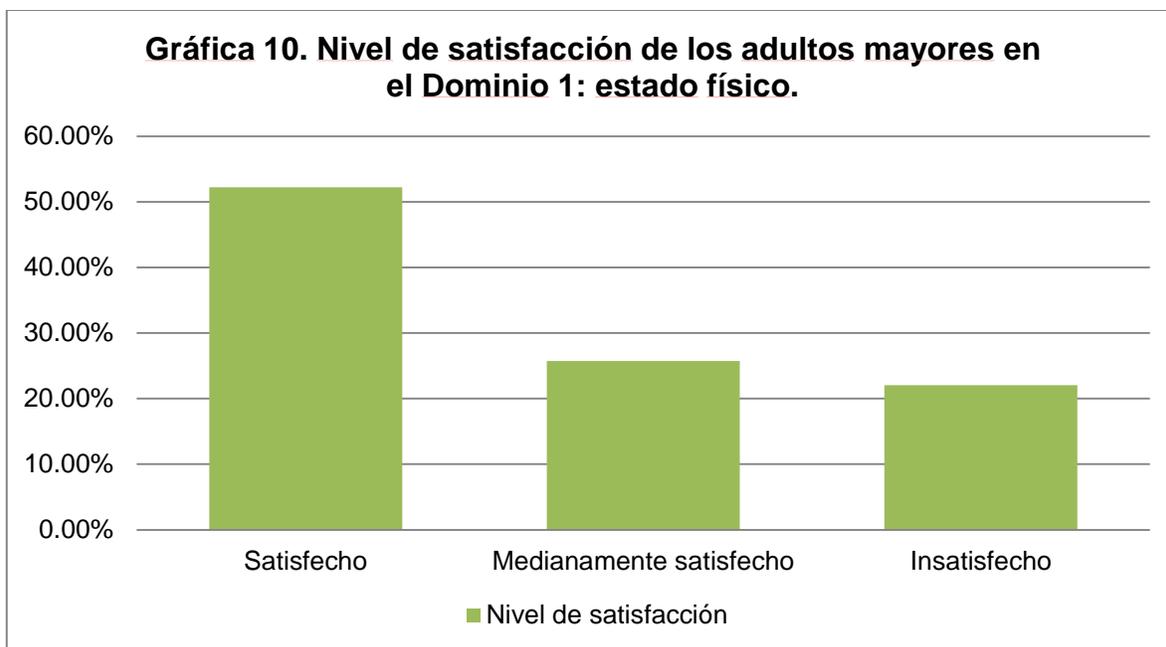
En primer lugar, el 75 % de los adultos mayores respondieron que califican como satisfactoria su calidad de vida; 16 % la califican como medianamente satisfactoria; 9 % la califica como insatisfactoria. Y El 58 % de los adultos mayores respondieron que se sienten satisfechos con su estado de salud; 22 % se sienten medianamente satisfechos; 20 % se siente insatisfecho.

El Dominio 1 comprende el estado físico el cual se define como la capacidad para desarrollar tareas que involucren fundamentalmente movimiento y esfuerzo. Está relacionado con las variables: dolor, dependencia médica, energía, movilidad, sueño, capacidad para realizar las actividades y capacidad de trabajo las cuales se miden en escala de Likert y va de 1 a 5, se agrupan los resultados de la siguiente manera: 1 y 2 como insatisfactorios; 3 como medianamente satisfactorio; 4 y 5 como satisfactorios.



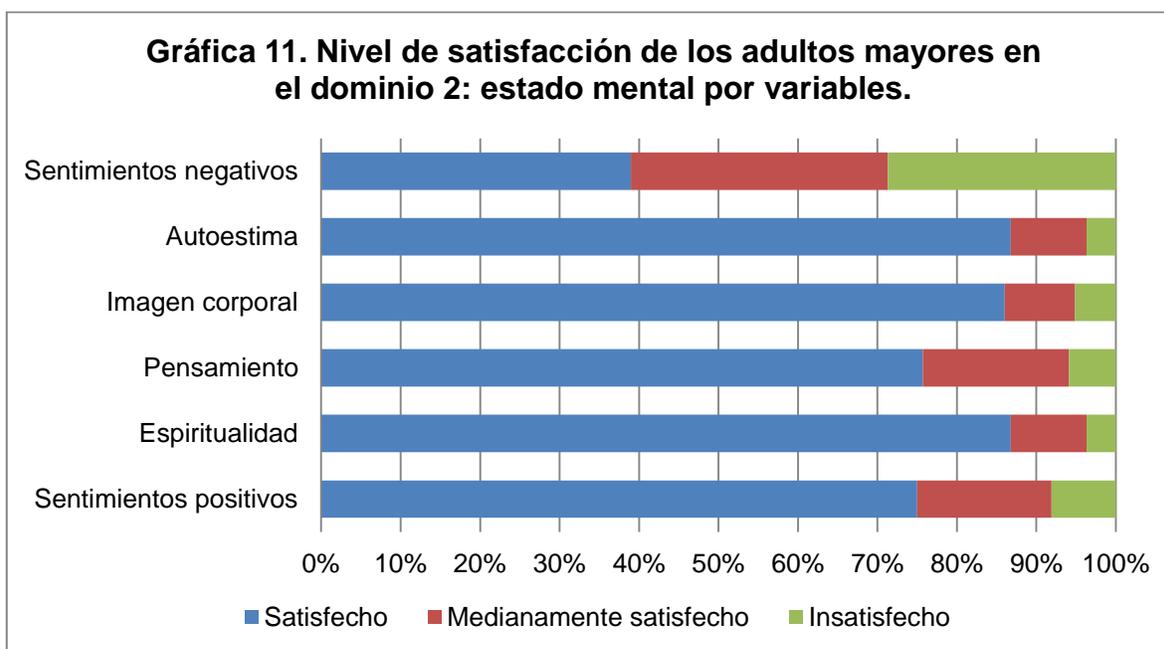
- 1) **Dolor:** 40 % refirió no sentir dolor; 36 % refirió sentirlo continuamente; 24 % refirió sentirlo de vez en cuando.
- 2) **Dependencia médica:** 70 % lo requiere todo el tiempo; 15 % refiere requerirlo algunas veces; 15 % no requiere tratamiento médico continuo.
- 3) **Energía para la vida diaria:** 63 % dice tener la suficiente energía para la vida diaria; 20 % no se siente con energía para realizar todas sus actividades; 17 % siente que más o menos tiene energía.
- 4) **Movilidad:** 58 % refirió poder moverse y trasladarse sin problemas o problemas mínimos; 29 % tiene muchos problemas para movilizarse o se encuentra inmovilizado; 13 % tiene algunas dificultades para su movilización.
- 5) **Sueño:** 63 % se encuentran satisfecho, 20 % ni satisfecho ni insatisfecho y 17 % insatisfecho.
- 6) **Capacidad para realizar las actividades para la vida diaria:** 66 % se encuentra satisfecho; 20 % se encuentra poco satisfecho; 14 % ni satisfecho ni insatisfecho.
- 7) **Capacidad de trabajo:** 59 % se encuentra satisfecho; 27 % poco satisfecho; 14 % más o menos satisfecho.

(Gráfica 9)



Estado físico: 53 % de los adultos mayores se sienten insatisfechos con su estado físico; 25 % se sienten medianamente satisfechos; 22 % se sienten altamente satisfechos (Gráfica 10).

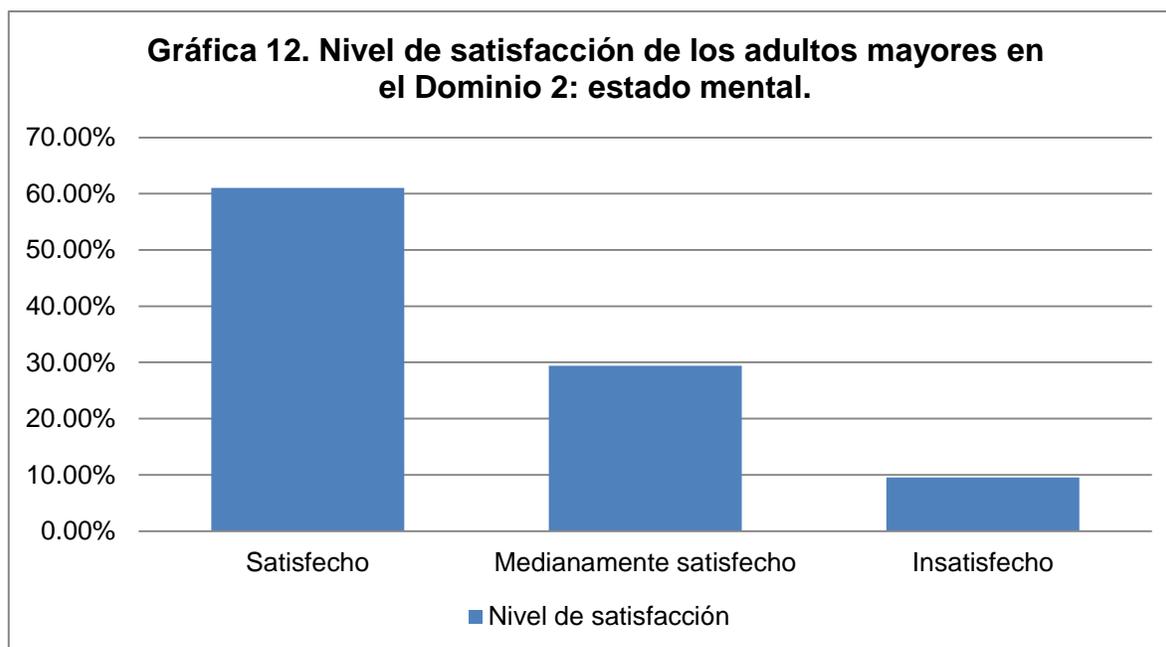
El Dominio 2 comprende el Estado mental el cual se define como Capacidad del individuo de estar consciente de sus propias capacidades, afrontamiento de las tensiones normales de la vida y autoestima. Está relacionado con las variables: sentimientos positivos, espiritualidad, capacidad de pensamiento, imagen corporal, autoestima y sentimientos negativos las cuales se miden en escala de Likert y va de 1 a 5, se agrupan los resultados de la siguiente manera: 1 y 2 como insatisfactorios; 3 como medianamente satisfactorio; 4 y 5 como satisfactorios.



- 1) **Sentimientos positivos:** 75 % refirió tenerlos continuamente; 17 % tenerlos en algunas veces; 8 % no tenerlos o tenerlos rara vez.
- 2) **Espiritualidad:** 87 % dijo sentirse bien; 10 % que a veces se siente bien; 3 % que no se siente bien.
- 3) **Capacidad de pensamiento:** 76 % se siente bien; 19 % dice sentirse ni mal ni bien; 5 % se siente mal.
- 4) **Imagen corporal:** 87 % dice sentirse satisfecho; 9 % que a veces se siente satisfecho; 4 % dice sentirse mal al respecto.
- 5) **Autoestima:** 87 % refiere sentirse bien la mayor parte del tiempo; 10 % a veces se siente bien; 3 % rara vez se siente bien.

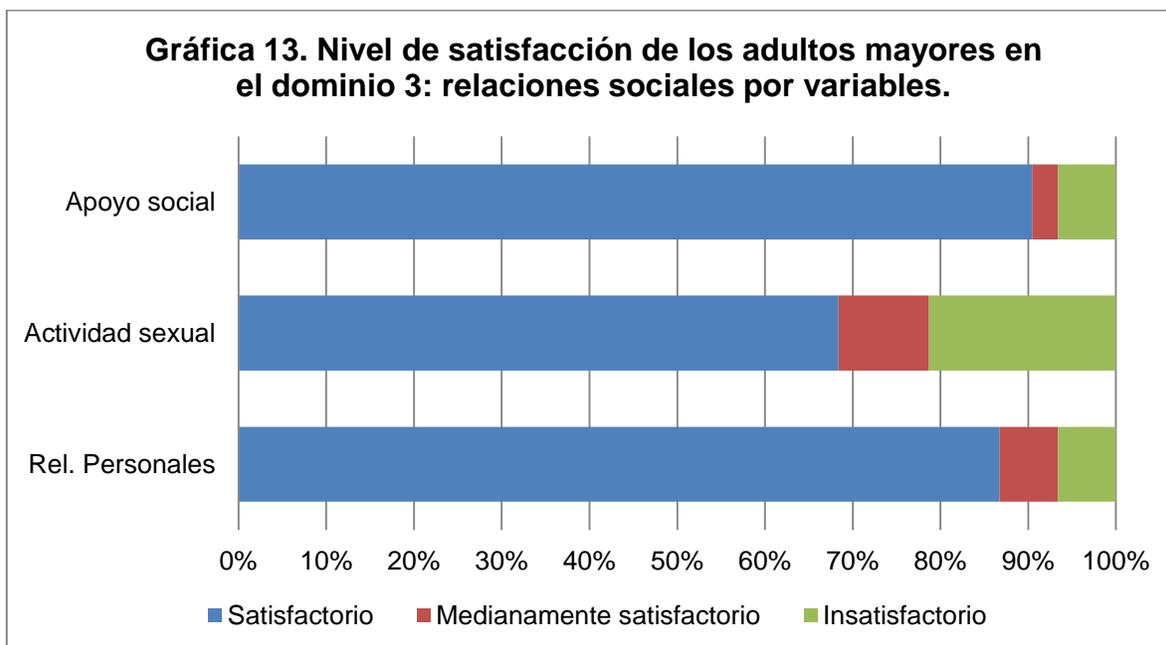
6) **Sentimientos negativos:** un 39 % dijo no presentarlos o presentarlos rara vez; 33 % los siente en algunas ocasiones (hasta 1 vez al mes); 28 % se tiene sentimientos negativos la mayor parte del tiempo.

(Gráfica 11)



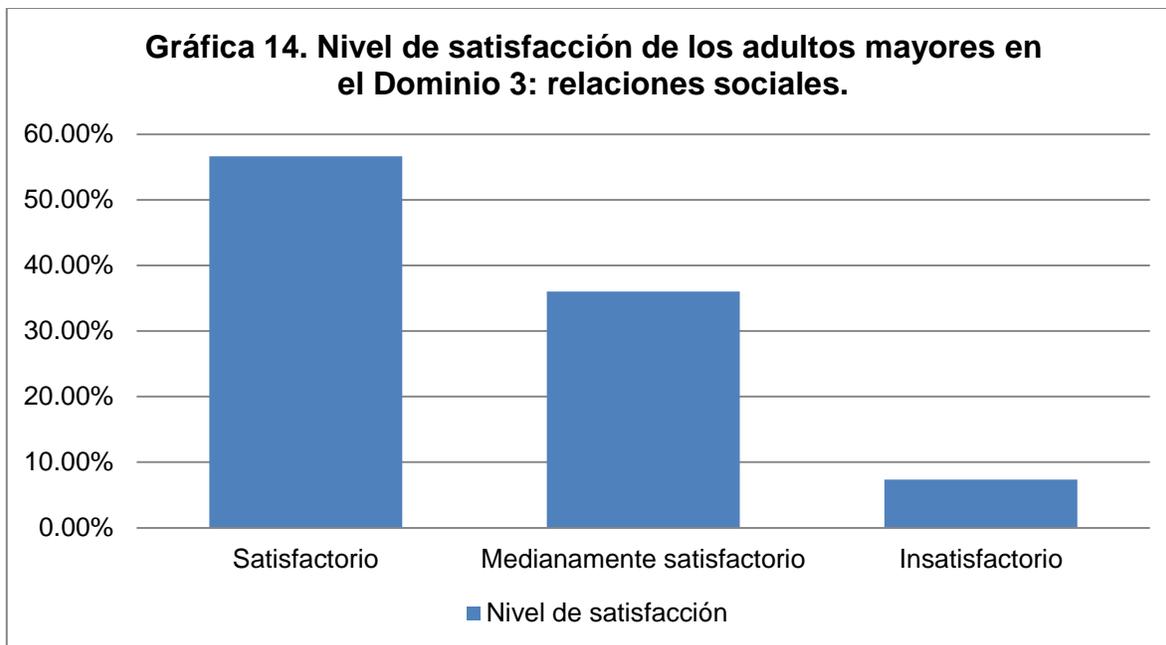
Estado mental: 61 % se siente satisfecho con su estado mental; 30 % se siente medianamente satisfecho; 9 % se sienten insatisfechos (Gráfica 12).

El Dominio 3 comprende las relaciones sociales, las cuales se definen como la conexión, correspondencia o comunicación de alguien con otra persona. Están relacionadas con las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social. Se miden en escala de Likert y va de 1 a 5, se agrupan los resultados de la siguiente manera: 1 y 2 como insatisfactorios; 3 como medianamente satisfactorio; 4 y 5 como satisfactorios.



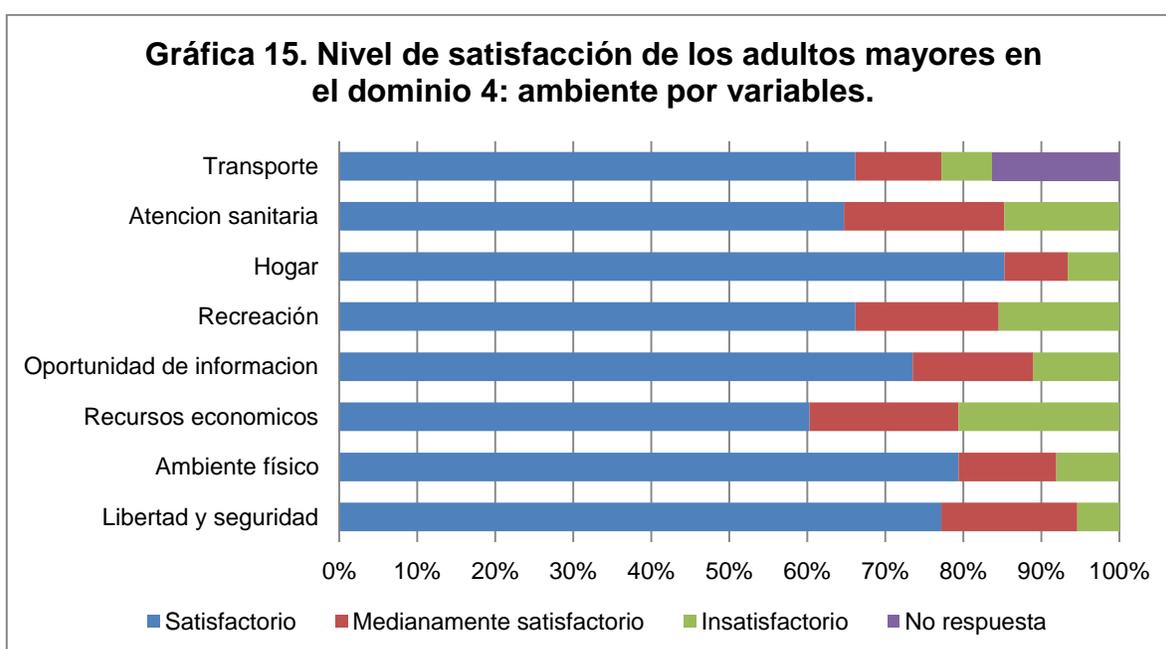
- 1) **Relaciones personales:** 87 % afirmó estar satisfecho; 7 % estar satisfecho a veces; 6 % refirió sentirse insatisfecho.
- 2) **Actividad sexual:** 68 % se encuentra satisfecho; 10 % dice encontrarse ni satisfecho ni insatisfecho; 18 % se encuentra insatisfecho; 4 % prefirió no responder.
- 3) **Apoyo social:** 91 % se siente satisfecho con el apoyo que recibe, 3 % se siente satisfecho a veces; 6 % se siente insatisfecho.

(Gráfica 13)



Relaciones sociales: 56 % se siente satisfecho; 36 % medianamente satisfecho; 8 % se sienten insatisfechos (Gráfica 14).

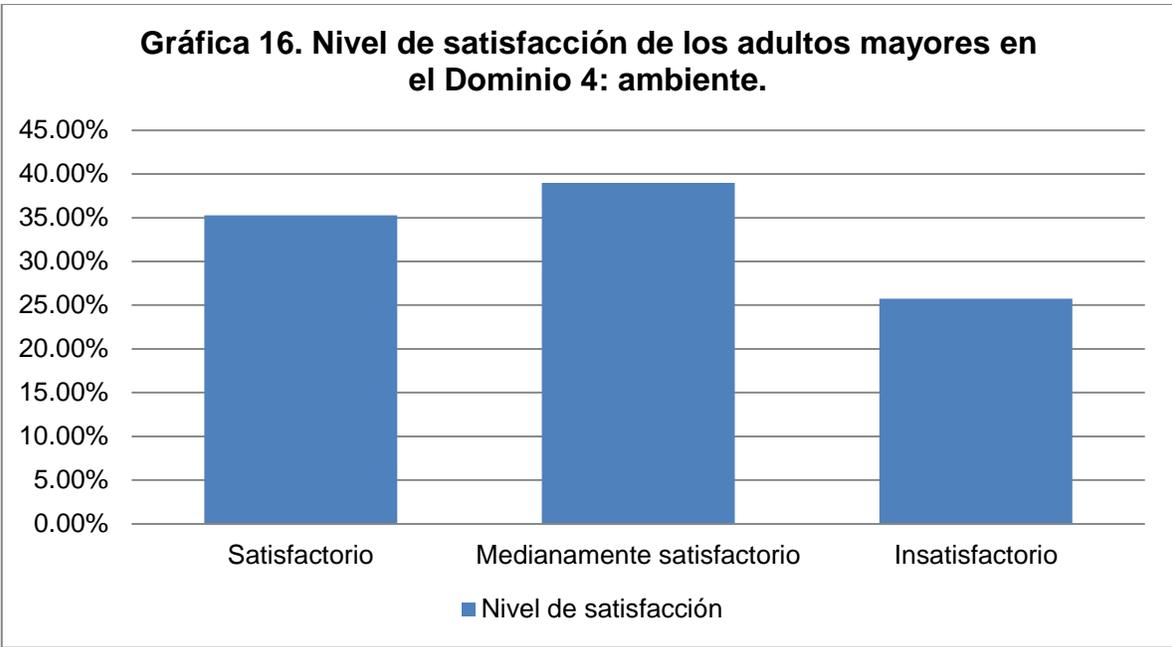
El Dominio 4 corresponde al ambiente del adulto mayor. Se define como las condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas de un lugar. Está relacionado con las variables: libertad y seguridad, satisfacción con el ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, recreación, condiciones del lugar donde vive, atención sanitaria y transporte público. Se miden en escala de Likert y va de 1 a 5, se agrupan los resultados de la siguiente manera: 1 y 2 como insatisfactorios; 3 como medianamente satisfactorio; 4 y 5 como satisfactorios.



- 1) **Libertad y seguridad:** 85 % de los adultos se encuentra satisfecho; 9 % está satisfecho a veces; 6 % no está satisfecho.
- 2) **Satisfacción con el ambiente físico:** 79 % se siente bien al respecto; 13 % se siente medianamente satisfecho; 8 % se siente insatisfecho.
- 3) **Recursos económicos:** 61 % refirió que la mayor parte del tiempo tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades; 20 % que solo a veces; 19 % que casi nunca tiene dinero suficiente.

- 4) **Oportunidad de información:** 74 % dijo que siempre tiene la información que necesita; 16 % a veces tiene la información que necesita; 10 % que casi nunca tiene suficiente información.
- 5) **Recreación:** 66 % dijeron tener suficiente tiempo para realizar sus actividades de recreación; 18 % sólo a veces; 16 % casi nunca tiene tiempo para actividades de recreación.
- 6) **Condiciones del lugar en donde vive:** 85 % refirió sentirse satisfecho; 9 % más o menos satisfecho; 6 % insatisfecho.
- 7) **Atención sanitaria:** 65 % dijo sentirse satisfecho con la atención que recibe; 20 % medianamente satisfecho; 11 % se siente insatisfecho; 4 % se negaron a responder. Cabe resaltar que las principales observaciones al respecto es que los adultos mayores se encontraban inconformes con la falta de sus medicamentos.
- 8) **Transporte público:** 66 % de los adultos mayores se sienten satisfechos con el transporte público; 12 % medianamente satisfecho; 6 % insatisfecho; 16 % no respondió esta pregunta debido a que no utilizan el transporte público.

(Gráfica 15)



Ambiente: 39 % se siente medianamente satisfecho; 35 % satisfecho; 26 % insatisfecho (Gráfica 16).

CALIDAD DE VIDA

La Calidad de vida se define como la sensación de bienestar que puede ser experimentada por la persona y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. Se mide sumando los resultados de todos los dominios y promediándolos. Se miden en escala de Likert y va de 1 a 5, se agrupan los resultados de la siguiente manera: 1 y 2 como insatisfactorios; 3 como medianamente satisfactorio; 4 y 5 como satisfactorios.

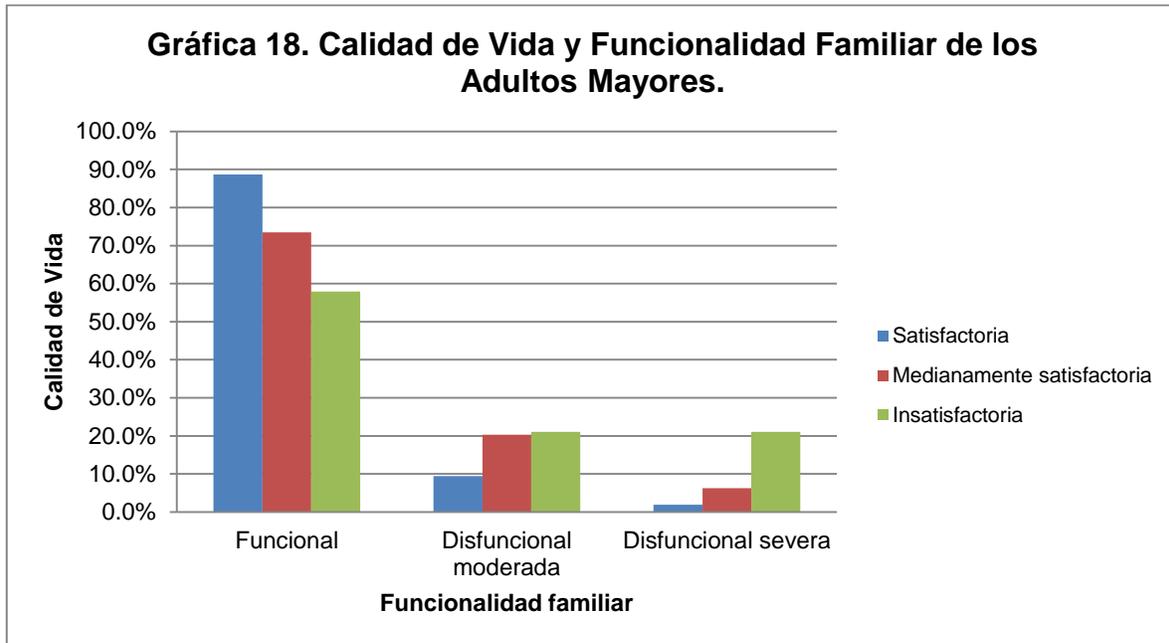


El promedio en la calidad de vida es de 3.9, se redondea a 4. El 47 % de los adultos mayores tiene una calidad de vida medianamente satisfactoria, 39 % una calidad de vida satisfactoria y 14 % una calidad de vida insatisfactoria (Gráfica 17).

Los resultados coinciden con los estudios de calidad de vida en adultos mayores utilizando en WHOQOL-Bref realizados con Borrayo y Casal en 2011 en Cuba, Torres y colaboradores en 2008 en Chile. En donde se observó que los adultos mayores tienen una calidad de vida medianamente satisfactoria, principalmente debido a un deterioro en su estado físico, sin embargo Torres y colaboradores

observaron una mayor insatisfacción respecto al ambiente en donde viven los adultos mayores.

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



De los adultos mayores con calidad de vida alta el 89 % vive en una familia funcional, el 10 % en familias disfuncionales moderadas y el 1 % en familias disfuncionales severas.

De los adultos mayores con calidad de vida mediana un 74 % vive en familias funcionales, el 20 % en familias disfuncionales moderadas y el 6 % en familias disfuncionales severas.

Finalmente, de los adultos mayores con calidad de vida baja, un 58 % vive en familias funcionales, un 21 % en familias disfuncionales moderadas y otro 21 % en familias disfuncionales severas.

Aunque no se había realizado un estudio utilizando los instrumentos WHOQOL-Bref y APGAR familiar, el estudio realizado por Cervera en 2008 en Cuba la disfunción familiar se vio relacionada con la desatención y abandono del adulto mayor, como se observó en un 5 % de la población de estudio.

CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Variable dependiente: Calidad de vida

Variable independiente: Funcionalidad familiar

Parámetro	Estimación	Error estándar	Estadístico T	P-Valor
Ordenada	76.5	3.78384	20.2175	0.0000
Pendiente	2.00722	0.440542	4.55625	0.0000

Análisis de la Varianza					
Fuente	Suma de cuadrados	de GL	Cuadrado medio	Cociente-F	P-Valor
Modelo	4118.97	1	4118.97	20.76	0.0000
Residuo	26587.5	135	198.414		
Total (Corr.)	30706.4	136			

Coefficiente de Correlación = 0.366251

R-cuadrado = 13.414 %

R-cuadrado (ajustado para g.l.) = 12.7678 %

Error estándar de est. = 14.086

Error absoluto medio = 10.2656

Estadístico de Durbin-Watson = 2.07351 (P=0.3349)

Autocorrelación residual en Lag 1 = -0.0376936

La salida, muestra los resultados del ajuste al modelo lineal para describir la relación entre calidad de vida y la funcionalidad familiar. La ecuación del modelo ajustado es:

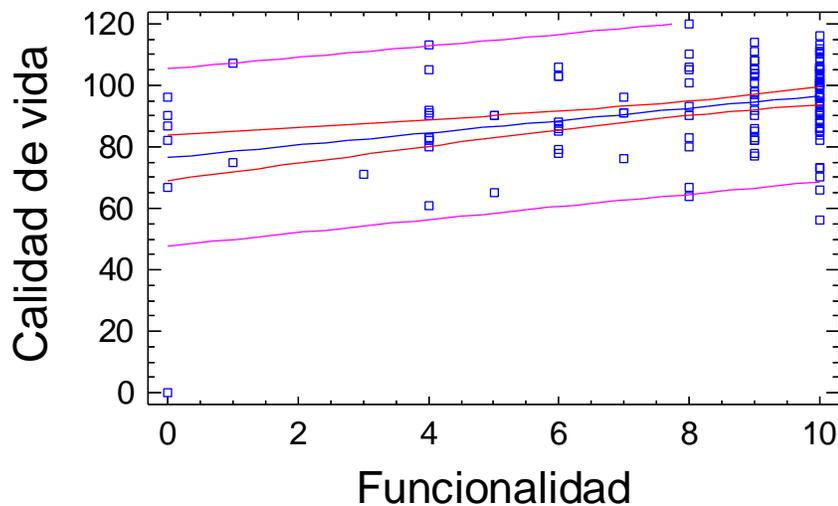
Calidad de vida = 76.5 + 2.00722*Funcionalidad

Dado que el valor de p en la tabla ANOVA es inferior a 0.01, existe relación estadísticamente significativa entre Calidad de vida y Funcionalidad para un nivel de confianza del 99%.

El estadístico R-cuadrado indica que el modelo explica un 13.414% de la variabilidad en Calidad de vida.

El coeficiente de correlación es igual a 0.366251, indicando una relación relativamente débil entre las variables.

Gráfico del Modelo Ajustado



Vera en 2007 en Perú, estudió el significado de la calidad de vida para el adulto mayor y su familia, en donde para la familia significa que el adulto mayor satisfaga sus necesidades básicas. El adulto mayor percibe que requiere más que eso para sentirse con una calidad de vida satisfactoria. Por lo que esto podría estar pasando en la población de Capilla de Guadalupe, donde los familiares apoyan al adulto mayor en sus necesidades básicas y se olvidan de otros aspectos.

CONCLUSIONES

Se observó que las principales características sociodemográficas de los adultos mayores son las siguientes: el 74 % de los adultos mayores son mujeres, el promedio de edad es de 72 ± 8 años, el 46 % son analfabetas, el 52 % están casados, la ocupación del 53 % son actividades dentro de su hogar, 4 de cada 5 están enfermos, 3 de cada 5 tienen discapacidad, 3 de cada 5 son independientes con riesgo y 78 % son derecho-habientes.

Se determinó que la tipología familiar del adulto mayor es principalmente nuclear con 29 %, seguida de: familia monoparental con 24 %, nido vacío con 20 %, unipersonales con 16 % y el 11 % restante vive en diferentes tipos de familias tales como: abuelos acogedores, compuestas, ensambladas y ampliadas.

Se identificó que el 77 % de las familias de los adultos mayores son funcionales, 17 % son moderadamente disfuncionales y 6 % son severamente disfuncionales.

Se determinó que el 47 % una calidad de vida medianamente satisfactoria, 39 % de los adultos mayores tienen una calidad de vida satisfactoria y 14 % una calidad de vida insatisfactoria. Entre las principales causas de esto se observó que el deterioro físico de los adultos fue el causante de la insatisfacción en la calidad de vida.

Se concluye que existe una correlación, estadísticamente significativa entre la calidad de vida de los adultos mayores y su funcionalidad familiar, $P= 0.000$. Por lo que se descarta la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alternativa.

Personalmente, la experiencia de realizar el presente trabajo con adultos mayores y los diferentes tipos de familias en los que puede estar, es una fuente de conocimiento para realizar futuras investigaciones. Se esperaba un mayor grado de significancia en la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

Para la profesión de enfermería, como profesión del cuidado, el conocer la calidad de vida contribuye a que la atención integral del paciente no solo se fundamente en los aspectos biológicos de las enfermedades de los adultos mayores, sino que también se realicen acciones, si es posible, en conjunto con la familia, para que la calidad de vida tenga una mejora significativa en todos los aspectos posibles (físicos, psicológicos, sociales y ambientales).

SUGERENCIAS

Se considera pertinente el dar un nuevo enfoque a la atención integral del adulto mayor, la cual vea a la familia como partícipe de la calidad de vida del adulto mayor. Dando un principal enfoque en la salud física, la rehabilitación y al apoyo de la familia en éste aspecto.

Es necesario que los profesionales de la salud se encarguen de promover una cultura de envejecimiento saludable, realizando las acciones adecuadas para la promoción de la salud y fomentando a que las personas tengan un plan de vida para el envejecimiento, teniendo un rol como un adulto mayor dentro de la sociedad y su familia.

Continuar con investigaciones en torno al adulto mayor de manera integral, para fortalecer los conocimientos y realizar comparaciones en diferentes poblaciones.

Brindar más apoyo a las instituciones que ayudan a dichos fines, así como incrementar su estructura e infraestructura y la capacitación y formación del personal.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Arzú, W.M. (2002). Amor y familia. Formación de nuestros hijos adultos responsables. México. Edit. Trillas
2. Cárdenas, B., *et al.* (2009). Cuidado profesional de Enfermería. México. Edit. FEMAFEE.
3. Carrulla S., Cano S. y Cabo S. (2004). Longevidad. España. Edit. Medicina panamericana.
4. Congreso de la Unión (2001). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. México, Congreso de la Unión.
5. Doval Mezey, *et al.* (1984). Evaluación de la salud en el Anciano. México. Edit. La Prensa Mexicana, S.A.
6. González, L. (2012). Tesis: "Autoevaluación familiar y valoración de los sistemas de apoyo en el cuidado del adulto mayor: Situación de la casa del adulto mayor del DIFEM, Municipio de Toluca". México. Edit. Universidad Autónoma del Estado de México.
7. Gutiérrez M. (2007). Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Colombia. Edit. Manual moderno.
8. Izquierdo, C. (1994). La Ancianidad: Nueva Frontera. España. Edit. Ediciones Mensajero.
9. Krassoievitch, M. (1993) Psicoterapia Geriátrica. México. Edit. Fondo de Cultura Económica.
10. Millán, J. (2006). Principios de geriatría y gerontología. España. Edit. MacGraw-Hill Interamericana.
11. Moragas, R. (1991). Gerontología social. Barcelona. Edit. Herder.
12. Nélica, A. (2004). Vida plena en la vejez: un enfoque multidisciplinario. México. Edit pax.
13. Pereiro, R. y Gómez, M. (1992). Guía de atención a la salud del anciano. España. Edit. Consejería de salud.

14. Philip F. (1997). Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. México. Edit. Pearson.
15. Potter A. y Griffin A. (2002). Fundamentos de enfermería, volumen I (5ª ed.). España. Edit. Harcourt/Océano.
16. Roca, Úbeda y Caja (2005). Elementos conceptuales para la práctica de la enfermera comunitaria. España. Edit. Monsa Prayma.
17. Saucedo y Maldonado (2003). "La Familia: Su Dinámica y Tratamiento". Estados Unidos de América. Edit. PALTEX.
18. Stanley M. Blair K. y Gauntlett B. (2009). Enfermería Geriátrica (3ª ed.). México. Edit. Mc Graw Hill.
19. Valdés A. (2007). Familia y desarrollo intervenciones en terapia familiar. México. Edit. Manual Moderno.

FUENTES HEMEROGRAFICAS

20. Borrayo, Y., Casal, M. (2011). Calidad de Vida en Adultos Mayores, Cuba. *Rev. Horiz. Enferm.* 22 (1): 11-22. Recuperado en 22 de abril de 2013, de: <revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/calidad_vida_adultos.pdf>
21. Cervera, L. *et al.* (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Archivo Méd. de Camagüey*, 12 (6): 1-10. Recuperado en 10 de febrero de 2013, de: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211116123006>>
22. Cuesta, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Rev. Texto Contexto Enferm*; 13 (1): 137-146. Recuperado en 10 de febrero de 2013, de: <rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17047/3/Texto%20%26%20Contexto.pdf>
23. Espinoza I. *et al.* (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. Méd. Chile*, 139 (5): 579-586. Recuperado el 17 de abril de 2013, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es&nrm=iso

24. Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Rev. Margen57*, 57 (3): 1-11. Recuperado en 10 de febrero de 2013, de: www.margen.org/suscri/margen57/querrini57.pdf
25. Márquez J. y Meléndez L. (2002). Promoción humana en el envejecimiento una experiencia de orientación gerontológica. *Rev. Educere*. 6 (18): 176-180. Recuperado en 10 de febrero de 2013, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601807
26. Pinto, N., Barrera, O. y Sánchez, H. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa: cuidando a los cuidadores. *Rev. Aquíchan*. 5 (1): 128-137. Recuperado en 10 de febrero de 2013, de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100013
27. Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., Ducci, M. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev. Méd. Chile*. 136 (3): 325-333. Recuperado el 17 de abril de 2013, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007&lng=es&nrm=iso
28. Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4): 349-361. Recuperado en 04 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es&tlng=es
29. Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 284-290. Recuperado en 04 de marzo de 2013, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=37968312

FUENTES ELECTRONICAS

30. Águila, R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. 2012 [Fecha de consulta: 4 de Marzo de 2013]. Disponible en: <new.paho.org/blogs/chile/?p=111>
31. Consejo Estatal de Población (COEPO). Panorama Demográfico de Jalisco. 2008 [Fecha de consulta 6 de marzo de 2013]. Disponible en: <coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/panoramajalisco.pdf>
32. Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud (2006). Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030. México.
33. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de los municipios de México. 2013 [Fecha de consulta 5 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_los_municipios_de_Mexico_2010_-_2030
34. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Los Adultos Mayores en México Perfil Sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI. 2005 [Fecha de consulta 5 de marzo de 2013]. Disponible en: www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
35. Organización Mundial de la Salud: Glosario de Promoción de la Salud. 1998. [Fecha de consulta: 4 de marzo de 2013]. Disponible en: www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromoción/docs/glosario.pdf
36. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud - ¿Está Usted preparado? 2012. [Fecha de consulta 3 de mayo de 2013]. Disponible en: www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index.html
37. Organización Panamericana de la Salud. La salud añade vida a los años. 2012 [Fecha de consulta: 4 de marzo de 2013]. Disponible en: <new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=1717&Itemid=724>
38. World Health Organization. WHOQOL-BREF: INTRODUCTION, ADMINISTRACION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE

ASSESSMENT. 1996 [Fecha de consulta 4 de Marzo de 2013]. Disponible en: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

LEYES

39. Artículo 4º Constitucional. *REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Distrito Federal, México. 26 de enero de 1982.

40. Artículo 15º de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Jalisco, fracción II. *Ley para el Desarrollo integral del Adulto Mayor del Estado de Jalisco*. Jalisco, México. 15 de Septiembre de 2011.

- Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

41. Ley Federal No. 063 Del Diario Oficial de la Federación. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Distrito Federal, México. 25 de Junio de 2002.

- Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/47.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAPILLA DE GUADALUPE

Fecha: /_/_/___/

Sector _____

No. de Manzana _____

1. DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

¿Ha vivido en Capilla de Guadalupe por más de 6 meses? No Sí

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

Escolaridad: 1. An. 2. Pri. 3. Sec. 4. Pre. / Tec.

Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo

Ocupación: _____

1. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

No Sí ¿Cuál(es)? _____

2. ¿Tiene alguna discapacidad (amputación por diabetes, retinopatía, cataratas, etc.)?

No Sí Especifique: _____

Clasificación: Dependiente – Independiente con riesgo - Independiente

3. ¿Pertenece a algún programa social (70 y más, oportunidades, etc.)?

No Sí ¿Cuál(es)? _____

4. ¿Es usted derechohabiente, ya sea por usted o por sus hijos (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.)?

No Sí Especifique: _____

5. ¿Vive solo?, y en caso de vivir con alguien especifique con quien (es).

No Sí Especifique: _____

2. APGAR FAMILIAR, CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0	1	2
2.- ¿Arreglan hablando los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	0	1	2
5.- ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Total			

Fuente: Apgar familiar, elaborado por Smilkstein y colaboradores, modificado por el investigador

3. WHOQOL-BREF, CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

El siguiente cuestionario es para conocer aspectos de la calidad de vida en lo que respecta a su estado físico, estado mental, relaciones sociales/socialización y medio ambiente. Leeré las preguntas y usted me responderá con su opinión. Por favor, elija la respuesta más apropiada. Si está inseguro de que responder, la primera respuesta que haya pensado es la mejor. Considere para responder lo que haya pasado en el último mes.

No.	Pregunta	Muy mal	Mal	Ni mal, ni bien	Bien	Muy bien
1.	¿Cómo califica su calidad de vida?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	satisfecho	Muy satisfecho
2.	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
3.	¿En qué medida siente que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	5	4	3	2	1
4.	¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para poder funcionar en la vida diaria?	5	4	3	2	1
5.	¿Cuánto disfruta su vida?	1	2	3	4	5
6.	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Muy poco	Poco	Más o menos	Bien	Muy bien
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad (tranquilidad) siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
10.	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Cuán disponible tiene la información	1	2	3	4	5

	que necesita para su vida diaria?					
14.	¿Hasta qué punto tiene posibilidades de realizar actividades de recreación?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Muy poco	Poco	Más o menos	Bien	Muy bien
15.	¿Se siente capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Insatisfecho	Poco	Más o menos	Mucho	Siempre
16.	¿Se siente satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Está usted satisfecho con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho esta de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones sociales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho está con el acceso a servicios de salud?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho está con la movilización de su barrio?	1	2	3	4	5

No.	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	5	4	3	2	1

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, elaborado por la OMS, versión en español, modificado por el investigador.

¡Gracias por su participación!

Observaciones: _____

ANEXO 3. Consentimiento informado

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO
REGIÓN SANITARIA III ALTOS SUR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR Y CUIDADOS FAMILIARES

INVESTIGADOR PRINCIPAL: NOMBRE Y DIRECCIÓN

Nombre: José Juan Rodríguez Hernández

Puesto: Enfermero Pasante del Servicio Social

Institución: Publica (X) Privada ()

Razón Social: Región Sanitaria III Altos Sur; Coordinación de Desarrollo Institucional Y/O Coordinación Regional de Epidemiología

Dirección: Jacarandas # 1568, Tepatitlán De Morelos, Jalisco, México

Teléfono: 78 2 03 65 ext. 128, 129, 132 y 133

PROPÓSITO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

El propósito del estudio es evaluar la calidad de vida del adulto mayor y los cuidados familiares, para lo cual también se identificará la funcionalidad familiar y se conocerá el perfil del adulto mayor, el cuidador principal y personas involucradas en los cuidados.

Los fondos para llevar a cabo este estudio de investigación son proporcionados por: la Región Sanitaria III Altos Sur, Secretaria de Salud Jalisco y el investigador.

INFORMACION ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

La participación en este estudio de investigación es completamente voluntaria. Si decide no participar, no habrá sanciones y ello no afectará su derecho a tener atención médica o recibir cualquiera de los beneficios a los que tiene derecho.

DURACIÓN PREVISTA DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

Se anticipa que la participación en este estudio será del día 13 de mayo hasta el 5 de julio del 2013.

NÚMERO DE PERSONAS QUE SE ANTICIPA PARTICIPARAN:

130 Adultos mayores, hombres y mujeres.

DESCRIPCIÓN DE LO QUE IMPLICA LA PARTICIPACIÓN:

Se contestará un cuestionario que consta de 6 secciones, la primera consta de datos generales del adulto mayor, la segunda de datos generales del cuidador principal, la tercera de datos generales de las demás personas que cuidan al adulto mayor, la cuarta consta del Apgar familiar, para la valoración de la funcionalidad familiar desarrollado por Smilkstein, *et al.*, la quinta es el cuestionario para la valoración de la calidad de vida WHOQOL-BREF modificado por el investigador y por último el cuestionario de autovaloración de cuidados del adulto mayor, elaborado por el investigador.

LA INVESTIGACIÓN NO IMPLICARÁ NINGÚN RIESGO PARA EL ADULTO MAYOR O SU FAMILIA.

COSTOS Y/O PAGOS QUE PODRÍAN REGISTRARSE COMO RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN:

La presente investigación no tiene ningún costo para los entrevistados, ni para tener acceso a los resultados.

FINALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

El entrevistado puede cancelar su participación en el estudio en cualquier momento sin ninguna sanción. Lo que no afectará su derecho a recibir atención médica, o recibir cualquiera de los beneficios a los que tiene derecho en cualquier institución de salud.

Así mismo que puede retirar el permiso para el uso y divulgación de cualquiera de su información protegida por el estudio, solicitándolo por escrito al investigador principal en la dirección citada anteriormente. Aun cuando retire su permiso, el investigador principal podría utilizar su información que ya había sido recolectada si dicha información es necesaria para completar el estudio.

MANTENIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD:

En este estudio, le solicitaremos información acerca de su salud, los detalles de esta información se encuentran en el consentimiento que usted ha leído o que nosotros le hemos explicado.

ESTA INFORMACIÓN, SERÁ RESGUARDADA POR EL EQUIPO DE INVESTIGADORES Y SÓLO SERÁ UTILIZADA PARA LOS FINES DE LA INVESTIGACIÓN.

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
REGIÓN SANITARIA III ALTOS SUR
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**DOCUMENTACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
ESTA INVESTIGACIÓN CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR Y CUIDADOS
FAMILIARES**

EI VOLUNTARIO, su CUIDADOR PRINCIPAL y el ENTREVISTADOR, debe cada uno FIRMAR en este formulario.

He leído o me han leído en su totalidad este consentimiento de participación en estudio de investigación. Todos los espacios en blanco, declaraciones o preguntas que requieren ser completados, fueron completados correctamente antes de que yo firmara este consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que tenía sobre este estudio de investigación y todas las preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Si decido no participar en este estudio de investigación, o si decido retirarme del estudio de investigación en cualquier momento, ello no afectará mi derecho a recibir atención médica fuera de este estudio de investigación. Por medio de la presente, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio.

Nombre(s) completo con letra legible

Firma del sujeto de investigación (o su representante(s))

Nombre(s) completo y firma del Cuidador Principal del adulto mayor

Nombre(s) completo y firma del entrevistador

Fecha _____

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividades	2013											2014
		Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
1	Diseño de proyecto	X	X										
2	Diseño de hoja de captura de datos		X										
3	Prueba piloto		X										
4	Solicitud de financiamiento económico extra-institucional			X									
5	Aprobación por el comité de Investigación y Ética (Registro Estatal de Investigación)			X	X								
6	Trabajo de campo				X	X	X						
7	Recolección de la información				X	X	X						
8	Captura de la información					X	X	X					
9	Análisis de los resultados								X	X	X	X	
10	Informe Final											X	X
11	Presentación del trabajo de investigación a las autoridades												X

ANEXO 5. GLOSARIO

- **ADULTO MAYOR:** Toda persona con más de 60 años.
- **APGAR FAMILIAR:** Evaluación que se realiza para valorar la funcionalidad de la familia. Es un acrónimo de: **A**daptability (adaptabilidad), **P**artnership (participación), **G**rowth (crecimiento), **A**ffection (Afecto) y **R**esolve (capacidad resolutive)
- **CALIDAD DE VIDA:** Sensación de bienestar que puede ser experimentada por la persona y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.
- **FAMILIA:** Unidad de organización doméstica, esta forma un hogar en donde se satisfacen las necesidades bio-psico-sociales.
- **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:** Grado de integridad familiar según su adaptabilidad, participación, desarrollo, afecto y capacidad resolutive.
- **WHOQOL-BREF:** Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.

ANEXO 6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	CONSTRUCCIÓN
Caracterización del adulto mayor	Caracterización: Determinar las cualidades o rasgos característicos de una.		
• Edad	Edad: Tiempo que ha vivido una persona en años.	(Cuantitativo) Continuo: * <60 años	1= 60 a 64 2= 65 a 69 3= 70 a 74 4= 75 a 79 6= 80 a 84 7= 85 a 89 8= 90 a 94 9=95 a 99 10= 100 y +
• Sexo	Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina.	(Cualitativo) Nominal: *Masculino *Femenino	1= Femenino 2= Masculino
• Escolaridad	Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	(Cualitativo) Nominal: *Analfabeta *Primaria *Secundaria *Preparatoria/ carrera técnica	1=Analfabeta 1.5 = Prim. incompleta 2=Primaria 2.5= Secundaria incompleta 3=Secundaria 4=Preparatoria/ Carrera técnica
• Estado civil	Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	(Cualitativo) Nominal: *Soltero *Casado *Divorciado *Viudo *Unión libre	1=Soltero (a) 2=Casado (a) 3=Divorciado (a) 4=Viudo (a) 5=Unión libre
• Ocupación	Ocupación: Trabajo, empleo, oficio que impide emplear el tiempo en otra cosa.	(Cualitativo) Nominal: *Actividades primarias *A. Secundarias *A. Terciarias *Jubilado *Desempleado *Hogar	1=Actividades primarias. 2=A. Secundarias 3= A. Terciarias 4= Jubilado 5= Desempleado 6= Hogar 7= Dos o más actividades
• Enfermedad	Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud.	*Sí *No	1= Sí 2= No

• Discapacidad	Discapacidad: Impedimento o entorpecimiento de alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas.	*Sí *No	1= Sí 2= No
• Dependencia	Dependencia: Situación de una persona que no puede valerse por sí misma.	*Dependiente *Independiente con riesgo *Independiente	1= Dependiente 2= Independiente con riesgo 3= Independiente
• Derecho-habiente	Derecho-habiente: Dicho de una persona que deriva su derecho de otra.	*Sí *No	1= Sí 2= No
Tipología familiar	Tipología familiar: Unión de personas que comparten lazos consanguíneos.	*Nuclear *Ampliada *Compuesta *"Nido vacío" *Unipersonal *Monoparental *Ensamblada *Abuelos acogedores	1= Nuclear 2= Ampliada 3= Compuesta 4= "Nido vacío" 5= Unipersonal 6= Monoparental 7= Ensamblada 8= Abuelos acogedores
Funcionalidad Familiar	Grado de integridad familiar según su adaptabilidad, participación, desarrollo, afecto y capacidad resolutive.	(Cualitativo) Ordinal: *Funcional *Moderadamente Disfuncional *Severamente Disfuncional	Funcional = 7 a 10 Moderadamente Disfuncional = 4 a 6 Severamente Disfuncional = 0 a 3
Calidad de Vida del adulto mayor.	Calidad de Vida: Sensación de bienestar que puede ser experimentada por la persona y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "Sentirse bien".	(Cualitativo) Ordinal: *Satisfactoria *Medianamente Satisfactoria *Insatisfactoria	Satisfactoria= 100 o más pts. Medianamente Satisfactoria = 70 a 99 pts. Insatisfactoria = 69 o menos pts.
• Dominio 1. Estado físico	Definición De Estado Físico: Capacidad para desarrollar tareas que involucren fundamentalmente movimiento y esfuerzo.	Ídem	Satisfactoria = 30 o más pts. Medianamente Satisfactoria = 25 a 29 Insatisfactoria = 24 o menos pts.

<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 2. Estado mental 	<p>Definición De Estado Mental: Capacidad del individuo de estar consciente de sus propias capacidades, afrontamiento de las tensiones normales de la vida y autoestima.</p>	<p>Ídem</p>	<p>Satisfactoria = 25 o más pts. Medianamente Satisfactoria = 20 a 24 pts. Insatisfactoria = 19 o menos pts.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 3. Relaciones sociales 	<p>Definición De Relaciones Sociales: Conexión, correspondencia o comunicación de alguien con otra persona</p>	<p>Ídem</p>	<p>Satisfactoria = 13 o más pts. Medianamente Satisfactoria = 10 a 12 pts. Insatisfactoria = 9 o menos pts.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 4. Ambiente 	<p>Definición De Ambiente: Condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas de un lugar</p>	<p>Ídem</p>	<p>Satisfactoria = 35 o más pts. Medianamente Satisfactoria = 30 a 34 pts. Insatisfactoria = 29 o menos pts.</p>

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS ALTOS

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Me consta que José Juan Rodríguez Hernández elaboro la Tesis "Correlación de la Calidad de Vida y la Funcionalidad Familiar de los Adultos Mayores de Capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos".

Para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

Dr. Francisco Javier Ramírez Cervantes

Dra. María Guadalupe Díaz Rentería

Tepatitlán de Morelos, Jalisco, septiembre de 2014.