



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

ACAPULCO, GUERRERO.

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES DEL HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO**

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

PRESENTA:

ROSA ISELA LIBERATO MUÑOZ

ACAPULCO, GRO.

SEPTIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES DEL HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

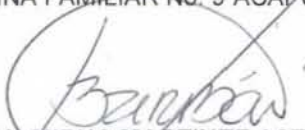
DRA. ROSA ISELA LIBERATO MUÑOZ

AUTORIZACIONES:



DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

PROFESOR TUTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.



DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

DIRECTORA DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.



DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

ASESOR DE TEMA Y METODOLOGIA DE TESIS

ACAPULCO, GRO

OCTUBRE 2015.

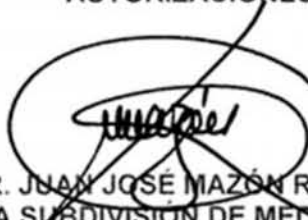
**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES EN EL HGZ/MF No.19 ALTAMIRANO,
GUERRERO**

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

PRESENTA

DRA. ROSA ISELA LIBERATO MUÑOZ

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

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

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1102
H GRAL REGIONAL NUM 1, GUERRERO

FECHA 25/10/2013

DRA. ROSA ISELA LIBERATO MUÑOZ

PRESENTE

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

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES
DEL HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO**

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

Núm. de Registro
R-2013-1102-20

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO ROBERT URIBE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1102

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

DEDICATORIA

A mi Estrellita, por llegar a iluminar mi vida en el momento más exacto, por satisfacer mi esperanza, por ser mi motivo de lucha en esta vida y porque llegaste a formar mi nuevo núcleo familiar.

Agradeciendo a Dios por haberte dejado a mi lado para que cumplas el propósito que tienes en esta vida, aprender a educarte y tener la oportunidad de verte crecer plena y feliz.

Te amo hijita.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque gracias a su fe me acompañaron la luz, la fortaleza y la sabiduría, indispensables para poder llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi familia, por ser origen de mis valores más preciados, mi guía para la vida y por demostrarme su ayuda incondicional con palabras de aliento que fueron trascendentales en la construcción de este proyecto profesional.

A mis profesores y compañeras de especialidad, por el aprendizaje, apoyo y convivencia.

RESUMEN

TITULO: la funcionalidad familiar y su relación con adultos mayores dependientes del HGZ MF 19 Altamirano, Guerrero.

OBJETIVO: determinar la relación entre adultos mayores dependientes y la funcionalidad familiar en el HGZ/MF No. 19 Altamirano, Guerrero.

METODOLOGÍA: estudio transversal comparativo en 60 adultos mayores dependientes y su funcionalidad familiar, pertenecientes al HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero, en el período de noviembre de 2013 a febrero de 2014 previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado a los participantes. Se aplicó una cédula de recolección de datos, se evaluaron la funcionalidad familiar mediante el test de funcionamiento familiar FF-SIL, las actividades básicas de la vida diaria mediante la aplicación del índice de Barthel y el índice simplificado de pobreza (ISPF); el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.11.0 para Windows, se calcularon frecuencias simples y proporciones, análisis inferencial con cálculo de chi cuadrada de Mantel-Haenzel con un IC del 95% y valor de p.

RESULTADOS: de la población estudiada, prevaleció el grupo de 60-64 años, 31.7% (19/60), sexo femenino, 55% (33/60), casados, 68.3% (41/60), escolaridad primaria 41.7% (25/60), pobreza familiar media 50% (30/60), familias funcionales 63.3% (38/60), actividades básicas diarias de la vida destacó la dependencia leve 38.3% (23/60), comorbilidades de diabetes y cardiopatías 21.66% (13/60).

CONCLUSIONES: una tercera parte de los adultos mayores del HGZ/MF No. 19 Altamirano, Guerrero, presentaron dependencia leve y la mayoría de las familias fueron funcionales.

ABSTRACT

TITLE: the familiar functionality and its relationship with the HGZ MF 19 Altamirano, Guerrero-dependent older adults.

OBJECTIVE: to determine the relationship between dependent elderly and family functionality in the HGZ/MF No. 19 Altamirano, Guerrero.

METHODOLOGY: Cross-sectional study comparative in 60 dependent elderly and family functionality, belonging to the HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero, in the period of November 2013 to February of 2014 prior authorization of the Local Committee for research in health and signing of letter of consent to the participants. Apply a data collection card, we assessed family functionality through the test of family functioning FF-SIL, the basic activities of daily living through the application of the Barthel index and the simplified index of poverty (ISPF); the statistical analysis was performed with the SPSS program v.11.0 for Windows, simple frequencies were calculated and ratios, inferential analysis with calculation of Chi-square of Mantel-Haenzel with CI 95% and p-value.

RESULTS: in the studied population, prevailed the Group of 60-64 years, 31.7% (19/60), female, 55% (33/60)), married, 68.3% (41/60), primary schooling 41.7% (25/60), average family poverty 50% (30/60), functional families 63.3% (38/60), basic daily life activities highlighted slight dependence 38.3% (23/60), Comorbidities of diabetes and heart disease 21.66% (13/60).

CONCLUSIONS: a third of seniors from the HGZ/MF No. 19 Altamirano, Guerrero, presented mild dependency and most of the families were functional.

**INDICE
CONTENIDO**

PÁGINAS

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	17
3. Justificación.....	19
4. Objetivo general.....	20
4.1 Objetivos específicos.....	20
5. Hipótesis.....	20
6. Metodología.....	21
6.1 Tipo de estudio.....	21
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	21
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	21
6.4 Criterios de selección.....	22
6.5 Definición y operacionalización de las variables.....	23
6.6 Descripción general del estudio.....	27
6.7 Método de recolección de datos.....	28
6.8 Organización de datos.....	28
6.9 Análisis estadístico.....	28
6.10 Instrumentos de medición.....	28
6.11 Consideraciones éticas.....	31
6.12 Presupuesto y financiamiento.....	32
7. Resultados.....	33
8. Discusión.....	38
9. Conclusiones.....	41
10. Recomendaciones.....	42
11. Referencias.....	43
12. Anexos.....	47

1. MARCO TEORICO

Los adultos mayores constituyen el grupo de población que está en mayor crecimiento, con significativo avance tecnológico para el cuidado de la salud, cambios demográficos y epidemiológicos presentes a nivel mundial, dato otorgado por la Organización Panamericana de la Salud. Esto ha llevado a un envejecimiento progresivo de la población, con implicaciones en los problemas de salud, educación (la INEGI reporta en “Estadísticas históricas de México 2009”²⁴, predominio de analfabetas en hombres de 60 años y más), seguridad social, en el campo social y económico (según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en 2012, existen 53.3 millones de personas en situación de pobreza²⁵). Como resultado de lo anterior las personas podrán tener una mayor expectativa de vida, por tanto va a ser mucho más frecuente encontrar a adultos mayores con múltiples enfermedades crónicas que afectan los aspectos físicos, psicológicos, sociales y económicos. En consecuencia se deteriora la funcionalidad y por esta razón necesitarán mayor atención y cuidado que en la mayoría de las situaciones los ofrecerán los familiares. Ocampo J y col. ¹, en su estudio “Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes”, se concluyó que los ancianos dependientes en las actividades básicas cotidianas en el aspecto físico se asociaron con la carga percibida por el cuidador. Como los familiares son los principales cuidadores, los futuros estudios se deben de enfocar en identificar y llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar el deterioro de la salud mental y la pérdida de la calidad de vida de estas personas y por consiguiente la aparición de sobrecarga para el cuidador.

Por lo anterior se concluye que la atención de un adulto mayor dependiente puede generar sobrecarga para su cuidado, lo que se conoce como carga del cuidador, que es un concepto de dimensiones múltiples donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos o las dificultades que originan el cuidado de un adulto mayor, en incluye aspectos de la salud física, emocionales, sociales y financieros.¹

Existen cuatro formas de envejecimiento, según el estudio hecho por González C y col. en 2007 ², las tipologías son las siguientes:

- *Envejecimiento ideal*: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- *Envejecimiento activo*: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna (Actividad Instrumental de la Vida Diaria) AIVD; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- *Envejecimiento habitual*: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- *Envejecimiento patológico*: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.²

Se han creado tres grupos dentro de las edades avanzadas:

- *50 a 64*. Este grupo se encuentra en la *transición hacia la vejez*. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.

- *65 a 74*. Se establece como la *tercera edad*. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.
- *75 y más*. Este grupo es la *cuarta edad*. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.²

Peña-Pérez B y col.³ desde la perspectiva del envejecimiento biológico, existen modelos que indican que la vejez es una época inactiva y de desgaste físico e intelectual (según datos otorgados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en su “Manual de educación gerontológica para el personal de atención primaria de salud” en 2001):

1. *Modelo deficitario*: propone que lo que caracteriza al envejecimiento son las pérdidas. Dicho de otro modo, lo que diferencia a un adulto mayor de un adulto joven es el haber perdido algunas capacidades que el adulto joven conserva. El problema y las críticas le vienen de que, si bien es cierto que la conducta depende de los órganos, el principio básico de la biología funcionalista es que los órganos evolucionan de modo distinto, en función de que se usen o no. Se sabe que a cualquier edad el cerebro muestra gran plasticidad, es decir, una capacidad de recuperación. Esto significa que en la vejez no sólo hay pérdidas, sino también ganancias.

2. *Modelo contextual*: la eficacia de la conducta depende de las oportunidades y exigencias que la sociedad proporciona a los sujetos de ejercitar determinadas conductas. Es decir, la práctica adecuada es el principal determinante de la conducta; anteriormente, la función de los viejos era transmitir sus conocimientos y experiencias (ser los depositarios de la cultura).

3. *Modelo evolucionista*: parte del supuesto de que los viejos existen porque cumplen o han cumplido alguna función que ha contribuido con la supervivencia de la especie. El problema es ¿cuál es el rasgo útil? ³

Todo parece indicar que la función de los viejos es transmitir lo aprendido y sus experiencias. Esta función de transmisores de tradición ha desaparecido, porque la profesión de enseñar es por especialistas. Lo más importante es mencionar que ninguno de estos modelos deja bien situados a los viejos.³

Levi L y Anderson L., citados por Peña-Pérez B y col. ³, afirma que en México debe trabajarse para hacer frente al reto de una población que envejece aceleradamente como resultado de cambios epidemiológicos; es necesaria la adaptación de recursos para la atención de este grupo social, en el que por sus peculiaridades, la relación costo-efectividad es más elevada. La psicogeriatría ha experimentado múltiples cambios en los últimos años debido al gran problema psicosocial generado por las siguientes razones: aumento en la esperanza de vida, disminución de los índices de mortalidad, incremento de la población de ancianos en todo el mundo, aumento del costo social de atención médica, incremento cuantitativo y cualitativo de las enfermedades crónicas, pérdida progresiva de las facultades físicas, intelectuales y cognitivas conforme se incrementa la edad, carencias económicas y de soporte social para los adultos mayores, estrés por jubilación, pérdida de estatus, pérdida de seres queridos, soledad y aislamiento. Es importante reconocer la fragilidad homeostásica del adulto mayor, la situación biológica y la inevitable declinación del vigor físico; la mayor dificultad para adaptarse al estrés (situación reconocida en este grupo etario), seguida de diversas pérdidas, duelos y disminución de la capacidad para adecuarse a los cambios y situaciones nuevas, además de los trastornos amnésicos frecuentemente relacionados con el envejecimiento.³

El mundo envejece rápidamente y nos encontramos con el desafío de la atención humanizada de los adultos mayores con pérdida de la autonomía.

En un estudio titulado “Adulto mayor dependiente, el próximo desafío 2010” ⁴, se concluye que, Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de Latinoamérica, lo que implica un mayor gasto en salud y asistencia social y mayores dificultades para el acompañamiento general.

Este envejecimiento se correlaciona con una menor tasa de fecundidad. En los diferentes planes sociales se estimula la integración y participación del adulto mayor en diferentes actividades sociales, pero no hay un real plan de integración y mantenimiento del adulto mayor dependiente en el seno familiar.⁴

Según cifras otorgadas por la organización de las Naciones Unidas en 2009, el aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo, estimándose que para el 2050 representarán un 25,5% de la población total. Una población se considera envejecida, demográficamente hablando, cuando más del 12% de su población es mayor de 60 años. El mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes. Antes de que pasen 50 años, habrá en el mundo por primera vez en la historia, más personas mayores de 60 años que menores de 15 años. Quizá lo más importante es que el aumento del número de personas de edad será mayor en los países en desarrollo, donde se encuentran contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas, y problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud no resueltos.⁴

Según datos del libro “Tratado de Geriatria para residentes”⁵ se menciona que la población de 65 y más años, según datos de Previsiones nacionales Unión Europea 2000: Alemania cuenta con 13.654,1 adultos mayores, lo que equivale a 16,7% de la población total. España con 6.589,0 adultos mayores, equivalente al 16,7% de la población total. Francia con 9.413,4 adultos mayores, equivalente al 16,0% de la población total. Italia con 10.370,5 adultos mayores, equivalente al 18,0% de la población total. Reino Unido con 9.311,0 adultos mayores, equivalente al 15,6% de la población total.⁵

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía(INEGI)⁶, menciona que en 2010 se registraron en el estado de México 1, 137,647 habitantes de 60 años a más lo que equivale al 7.4% de la población y se espera que para 2030 se aproximen a los 3

millones de adultos mayores, con lo que abarcarían poco más de 16% de la población total de la entidad (INEGI, 2010).⁶

Pérez-Sánchez L y col.⁷, refieren que el término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes.⁷

A partir de la década del 60, uno de los enfoques más utilizados para estudiar o comprender la familia, parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en a sus partes, y su función es más que la simple suma de ellas.

Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa.⁷

Hablando de la importancia de la familia para los cuidados de un adulto mayor, Resendez-Jasso M y col.²¹, en un estudio realizado con familias que tenían integrante con secuelas de enfermedad vascular cerebral, concluyen que en las familias de estos pacientes había funcionalidad familiar, por lo que concluyen que el cuidar a un adulto mayor dependiente no altera la funcionalidad familiar.

En la actual familia, reducida de tamaño, metida en espacios vitales mínimos, el abuelo tradicional empieza a no tener cabida. Estos cambios han hecho que, al igual que los niños recién nacidos sean dejados en guarderías y estancias infantiles, los ancianos a su vez sean depositados en residencias y centros de día para su cuidado y atención. Se necesita, por parte de la familia, una gran sensibilidad para evitar que el anciano caiga en el aislamiento, en la soledad, incluso en el olvido.

Campos-Campos S⁸, menciona que mediante investigaciones y comunicados de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud es claro que existe una transición demográfica muy importante a nivel mundial. Que la proporción de viejos se encuentra en crecimiento y que la esperanza de vida al nacer ha aumentado, mientras que la tasa total de fertilidad ha disminuido. El conocimiento de estos hechos nos obliga a la reflexión y así podremos convencernos de que ayudar y conocer al adulto mayor, atendiendo al movimiento pendular, será a la postre, ayudarnos a nosotros mismos. Debemos generar acciones encaminadas al altruismo y al respeto de los derechos del viejo; si no generamos políticas para los viejos de hoy, tampoco las habremos generado para los viejos de mañana, es decir, para nosotros.⁸

Campo-Campos S⁸, menciona que en la convivencia con un anciano dependiente hay que evitar los dos extremos de relación: el autoritarismo exigente, es decir, mandar sobre él en todo y el paternalismo camuflado: dárselo todo hecho. Se requiere propiciar actitudes como tratar de satisfacer sus gustos y preferencias, contar con ellos (que el anciano no sea como un mueble), no abusar (evitar la manipulación y el maltrato) y vivir con ellos, por ellos y junto a ellos, para que su vida tenga un significado y sentido.⁸

En México la problemática que enfrenta la familia como sistema social con relación al subsistema adulto mayor, cobra importancia el concepto funcionalidad familiar del Marco Teórico de Organización Sistémica (MATOS) de Friedemann. García-Madrid G y col.⁹, en un estudio realizado en 2007, se concluye que el mantenimiento del sistema, cambio del sistema e individuación soportan la funcionalidad familiar, y quedó demostrado que estos conceptos predicen la capacidad física del adulto mayor, con mayor importancia en la eliminación y movimiento.

Friedemann ML, citado por García-Madrid G⁹, afirman que la funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante

la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. Dentro del MATOS, la familia se define como "un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente". Desde la perspectiva del MATOS una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del entorno.⁹

Levy y Anderson, citado por Nava-Galán M.¹⁰, en 1980, refieren que calidad de vida "es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas".

Felce y Perry, citado por Nava-Galán M.¹⁰, en 1995, la definen como la "calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos", es decir, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Elementos objetivos: Bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. Elementos subjetivos: Intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. De igual manera, la OMS define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.¹⁰

En la “Guía Calidad de Vida en la Vejez” ¹¹, define que la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.¹¹

Según Fernández-Ballesteros 2009, refiere que toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores”.

La mejora de la calidad de vida de las personas mayores exige una mayor cooperación de toda la sociedad, incluyendo especialmente la participación del entorno cercano de los mayores, sus familiares, de los cuidadores y profesionales, sin olvidar que es fundamental la participación de los propios mayores.¹¹

En el libro “La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat” ¹², menciona que las necesidades percibidas por los mayores dependientes se ven influidas por el hábitat de residencia rural o urbano, y en menor medida por los aspectos relacionados con el género, las personas que viven en zonas rurales presentan menores posibilidades reales de acceso a los recursos, así como mayor desconocimiento de los mismos; las necesidades percibidas de tipo sanitario son las que se expresan en mayor medida y con mayor especificidad por los mayores, sean dependientes o no.¹²

El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.¹²

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. En un estudio titulado “La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat”¹³ en 2008, cuyo objetivo fue caracterizar epidemiológicamente la situación de dependencia de las personas de 60 y más años en Chile, con marco muestral en el último CENSO de población y vivienda (2002), concluye que la frecuencia y severidad de la dependencia aumenta a medida que aumenta la edad, observándose que a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a cifras superiores al 30% en los mayores de 80 años.¹³

En dicho estudio se menciona que, Barthel describe a la dependencia como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”. Baltes y Wahl, citado por González F¹³, la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. En la misma línea, la Asociación Americana de Retraso Mental, la define como “la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas”. Por su parte, Abanto, citado por González F¹³, desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda: “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria”. La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.

La definición de dependencia acuñado en 1998 por el Consejo de Ministros de la Unión Europea como “un estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”.¹³

Según Pope A y col., citado por el libro “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”¹³, en general, las definiciones concuerdan con una dependencia relacionada con condiciones de salud alteradas y como tal inseparable de discapacidad. La discapacidad se define como la disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía. Verbrugge L y col., citado en dicho libro, refiere que la discapacidad se define en un contexto social “in- habilidad o limitación para efectuar actividades y roles definidos socialmente” la limitación funcional ocurre a nivel del organismo y se define como “restricción o falta de habilidad para realizar una acción o actividad de la manera o dentro del rango considerado como normal, que ocurre como resultado de una deficiencia”. Las limitaciones funcionales constituyen el componente principal de los modelos que explican la génesis de la discapacidad, ya que se consideran el estado de transición entre las etapas de deficiencia y de discapacidad.¹³

Hablando de la dependencia, Zavala-González M y col.²², García-Madrid G y col.²³ concluyen en sus estudios con respecto a la “funcionalidad para la vida diaria”, que la más de la mitad de los adultos mayores de ambos estudios son dependientes. Querejeta M, citado en el libro “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”¹³, desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. De esta manera, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, aunque pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.¹³

Quiroga P, citado en el mismo libro, desarrolló una definición amplia de dependencia que considera diferentes grados e incluye las siguientes condiciones:

1. Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
2. Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE abreviado <13 puntos y puntaje en el test de actividades funcionales de Pfeffer >5 puntos.
3. Incapacidad para efectuar 1 (Actividad Básica de la Vida Diaria) ABVD.
4. Incapacidad para efectuar 2 (Actividad Instrumental de la Vida Diaria) AIVD.
5. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 (Actividad Básica de la Vida Diaria) ABVD.
6. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) AIVD.¹³

Dependencia severa

Se incluyó dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ellos constituirán los sujetos con dependencia severa.

Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones:

- a. Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- b. Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE corto <13 puntos y puntaje test de actividades funcionales de Pfeffer >5 puntos.
- c. Presencia de alguna de las siguientes situaciones:
 - Incapacidad para efectuar 1 (Actividad Básica de la Vida Diaria) ABVD (excepto bañarse)
 - Incapacidad para efectuar 2 (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) AIVD. Las personas que cumplieron con alguno de los 3 criterios mencionados, fueron consideradas como personas dependientes severas.¹³

Dependencia Moderada

Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada.

La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 (Actividades Básicas de la Vida Diaria) ABVD.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) AIVD.
- Incapacidad para efectuar 1 (Actividad Instrumental de la Vida Diaria) AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 (Actividad Básica de la Vida Diaria) ABVD.¹³

Dependencia Leve

La dependencia leve se ha definido como

- Incapacidad para efectuar 1 (Actividad Instrumental de la Vida Diaria) AIVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 (Actividad Básica de la Vida Diaria) ABVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) AIVD.¹³

En un estudio realizado por Takase L y col.¹⁴, donde tuvo por objetivo conocer la dinámica de familia de ancianos con 80 años o más, bajo cuidados de familiar, en su domicilio; el cuidador y el anciano, que estaban registrados en la unidad de salud familiar de la grande región de la ciudad de Porto, en Portugal, compusieron la

muestra de 107 sujetos; los resultados que se destacan acerca del familiar cuidador de ancianos tiende a cambiar lo que ya se encuentra en la literatura, es decir: aumento del cuidador masculino; aumento de cuidador anciano conyugue; inclusión más substancial de parientes cuidadores, como sobrinas(os), nieta(os) y hermanos. Las familias del presente estudio parecen tener vocación para el cuidado del anciano, dada la evaluación favorable de la dinámica familiar. La falta de oportunidades sociales externas del cuidador y el afectado estado de salud y bienestar del anciano parecen aproximarse para un resultado regular o mediano. Implicaciones para la práctica llevan a la necesidad de comprender a la familia cuidadora más allá de una alianza de cuidados, orientándose para servicios sociales y de salud tipo cliente/usuario(a).¹⁴

En dicho estudio se menciona que, desde el final de la década del 90, Portugal ha demostrado alteración en la estructura demográfica en el número de adultos mayores (65 años o más) aumentando tanto en números relativos como en absolutos. El censo de 2001 revela que Portugal cuenta con una población de 10.356 millones de habitantes, con el 16,4% de adultos mayores (1,693 millones), de estos casi la mitad son personas mayores con edad avanzada (690.125). La pobreza afecta sobre todo a los adultos mayores, ya que la actual tasa de riesgo de pobreza en estas personas mayores (24%), se sitúa por arriba de la tasa general (15%). Es posible que muchos adultos mayores se puedan mantener activos y plenamente independientes hasta el final de su existencia, a pesar de las amenazas concretas de prevalencia de afecciones crónico degenerativo.¹⁴

La realidad es muy distinta en América Latina en donde más de la mitad de los adultos mayores no recibe jubilaciones y pensiones, lo cual refuerza la necesidad de obtener ingresos con su participación laboral. Bojorquez-Chapela I y col.¹⁵, en un estudio en cuatro ciudades de México, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, en 2011, muestra que en Culiacán, Sinaloa, el índice de marginación es de -1.86626 con un grado Muy Bajo de marginación.

Las enfermedades principales de los adultos mayores son las infecciones respiratorias agudas, las de vías urinarias y las gastrointestinales.¹⁵

Guadalajara, Jalisco tiene un índice de marginación, de acuerdo con el CONAPO, “Muy bajo”, 2.57%. Las principales enfermedades que padecen los adultos mayores de 65 años de edad en ese estado, por orden de importancia, son las infecciones respiratorias, las infecciones de vías urinarias y la hipertensión arterial.¹⁵

En el libro “Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana”, refiere que en México como en muchos otros países en el mundo que se encuentran en un proceso dinámico de desarrollo y transiciones, la población de adultos mayores además de experimentar problemas crónicos de salud también debe enfrentar problemas asociados con enfermedades infectocontagiosas, particularmente los ancianos que viven en condiciones de pobreza, lo que puede originar a una dependencia.¹⁵

En Cuernavaca, Morelos, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el índice de marginación del municipio es de -1.43431, con un grado de marginación “Muy Bajo”, de acuerdo con los indicadores del CONAPO. Las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores son las infecciones respiratorias, las de las vías urinarias y, por último, las infecciones intestinales.¹⁵

El municipio de Chilpancingo tiene un índice de marginación de -0.91238, que de acuerdo con el CONAPO corresponde a un grado de marginación “Bajo”. En el ámbito estatal, el municipio ocupa el lugar 17 en cuanto a su nivel de marginación. De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, los pobladores del estado de Guerrero con enfermedades en los adultos mayores de 60 años de edad son, por orden de importancia, infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y de las de vías urinarias.¹⁵

Según El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ¹⁶, la pobreza, en su acepción más amplia, está asociada a condiciones de vida que vulneran la dignidad de las personas, limitan sus derechos y libertades fundamentales, impiden la satisfacción de sus necesidades básicas e imposibilitan su plena integración social. En un estudio realizado por el CONEVAL “Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México” ¹⁶, 2014, cuyo propósito fue proporcionar elementos para el diagnóstico y seguimiento de la situación de la pobreza en nuestro país, desde un enfoque novedoso y consistente con las disposiciones legales aplicables y que retoma los desarrollos académicos recientes en materia de medición de la pobreza se concluye que México es el primer país cuyo marco normativo crea las disposiciones legales para adoptar una medición de la pobreza que reconoce el carácter multidimensional de esta problemática social. Consecuentemente, la metodología de medición de la pobreza presentada en este documento ha sido desarrollada a partir de las disposiciones contenidas en el marco normativo del Estado mexicano. La identificación de las personas que sufren una o más carencias sociales es un elemento particularmente relevante de esta metodología de medición multidimensional de la pobreza. No obstante, para efectos de orientar la política pública, es preciso reconocer que las carencias y necesidades son distintas para diferentes segmentos de la sociedad; además, algunos individuos, grupos de población y regiones requieren una atención inmediata, oportuna y eficaz debido a su reducido ingreso y sus carencias sociales.¹⁶

En dicho estudio, se menciona que desde una perspectiva multidimensional, puede entenderse la pobreza como una serie de carencias definidas en múltiples dominios, como las oportunidades de participación en las decisiones colectivas, los mecanismos de apropiación de recursos o las titularidades de derechos que permiten el acceso al capital físico, humano o social, entre otros. Su naturaleza multidimensional, sin embargo, no requiere tomar en cuenta las situaciones de privación en todos los ámbitos en los que se puede desarrollar la vida de un individuo.

El número y el tipo de dimensiones a considerar están directamente asociados a la forma en que se conciben las condiciones de vida mínima o aceptable para garantizar un nivel de vida digno para todos y cada uno de los miembros de una sociedad. Finalmente, el apoyo social y el familiar en la vejez deben ser temas obligados en el estudio del envejecimiento en contextos de pobreza, ya que la familia y el grupo social del anciano tienen una función primordial en el bienestar de los adultos mayores, a pesar de las múltiples carencias materiales que enfrentan. El apoyo familiar y el social son fuentes importantes de satisfacción y parecen actuar como mediadores importantes para la promoción de un envejecimiento exitoso.¹⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad es un problema de salud pública entre los adultos mayores mexicanos; casi la mitad de ellos (47.8%), lo cual representa más de 5.1 millones de ancianos, sufren de alguna forma de discapacidad. Las mujeres, los adultos mayores longevos, los más pobres y aquéllos con menor escolaridad son los que presentan una mayor prevalencia y severidad de la discapacidad.

Más de cinco millones de adultos mayores mexicanos presentan alguna forma de discapacidad; entre ellos, más de 500 mil viven en situación de dependencia. Estos son algunos de los hallazgos principales de la Encuesta Nacional de Salud 2012 (EN- SANUT 2012).¹⁷

La discapacidad es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes; todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario (definición descrita en el “Estudio del modelo de atención de las personas mayores en España. Barcelona: Edad y Vida en 2004”).¹⁸ Por tanto, es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia en la vejez.

Pérez-Martín M y col. ¹⁹, refieren que los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de las enfermedades crónicas; los adultos mayores se relacionan con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar manifestando sentimiento de soledad y tristeza.¹⁹

En el libro “Envejecer en México: condiciones de vida y salud”, se menciona que los adultos mayores que viven en las zonas rurales son especialmente vulnerables, ya que suelen carecer de los ingresos laborales y la cobertura del sistema de seguridad social de los que gozan los adultos mayores que viven en la ciudad.²⁰

De acuerdo a los diversos estudios mencionados, la discapacidad y la dependencia presentan una clara asociación con las patologías crónicas más frecuentes, por lo que las alternativas de solución se enfocan al control de las patologías crónicas de los adultos mayores, a través de intervenciones sobre los estilos de vida, la educación en el autocuidado, las iniciativas gubernamentales de ayuda domiciliaria y centros de día para adultos mayores con dependencia.

De lo anterior, se deriva el siguiente cuestionamiento a manera de enunciado:
¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y los adultos mayores dependientes del HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero?

3. JUSTIFICACIÓN

La presencia de un adulto mayor que precisa de cuidados, puede ocasionar crisis que pone en peligro la estabilidad de la familia, afectando a todos sus integrantes.

Para proporcionar un buen cuidado al adulto mayor es necesaria la intervención de todos los miembros de la familia, reorganizando roles, manteniendo la estabilidad de la dinámica familiar, teniendo como objetivo el bienestar del adulto mayor para evitar la dependencia.

En el HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero, la mayor parte de las consultas médicas son de adultos mayores con pluripatología, baja escolaridad, índice de pobreza, sin red de apoyo, lo que origina mal apego al tratamiento y por consecuencia deterioro de la enfermedad que los lleva a un cierto grado de dependencia.

Con los resultados obtenidos en este estudio, nuestra institución podrá optimizar sus servicios, ajustando los programas que se vienen desarrollando en apoyo al adulto mayor y preparar nuevas propuestas, contribuyendo a mantener en ellos la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre adultos mayores dependientes y la funcionalidad familiar en el HGZ/MF No. 19 Altamirano, Guerrero.

4.1 Objetivos Específicos:

a) Determinar la funcionalidad familiar en adultos mayores dependientes en el HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero mediante el test de funcionamiento familiar FF-SIL.

b) Identificar el nivel de dependencia en adultos mayores dependientes en el HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero mediante el índice de Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria).

c) Establecer el nivel de pobreza en adultos mayores dependientes en el HGZ/MF No.19 Altamirano, Guerrero mediante el índice simplificado de pobreza familiar (ISPF).

5. HIPÓTESIS

Más del 30% de los adultos mayores adscritos al HGZ/MF No.19 de Altamirano, Guerrero que presentan un grado de dependencia tienen familias disfuncionales.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, transversal comparativo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco fueron pacientes adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.19 del Hospital General de Zona Altamirano, Guerrero. El estudio se realizó del mes de Noviembre de 2013 al mes de Febrero de 2014.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando 5 pacientes adultos mayores de cada uno de los 6 consultorios de ambos turnos hasta tener una muestra de 60 pacientes calculada por medio de la fórmula: $n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$

n= tamaño de la muestra

Z= nivel de confianza

p= variabilidad positiva

q= variabilidad negativa

N= tamaño de la población

E= precisión o el error

Total de la población (N)	12000
Nivel de confianza o seguridad (1-)	95%
Precisión (d)	6%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	60

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes adultos mayores.
- b) Pacientes que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- a) Que cursen con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.
- b) Que no acepten contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación:

- a) Responder el cuestionario de manera incompleta.
- b) Seleccionar más de una opción en una pregunta.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables Independientes:

VARIABLES	DEFINICIÓN		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Índice simplificado de pobreza (ISPF)	Instrumento breve Y sencillo en su aplicación, confiable y válido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina Familiar.	Considera 4 variables que se miden en rangos de 0 a 3 puntos según las condiciones optimas o peores de las categorías de respuesta	Cualitativa	I. 0 – 03 sin pobreza familiar II. 04 – 06 pobreza familiar baja III. 07 – 09 pobreza familiar media IV. 10 – 12 pobreza familiar alta
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Se Interrogará al paciente sobre los años cumplidos al momento de la encuesta	Cuantitativa	Años.
Peso	Peso, volumen del cuerpo expresado en kilos.	Se realizará la medición utilizando báscula antropométrica y se calculara índice de masa corporal para diagnosticar sobrepeso u obesidad utilizando la formula $IMC = \frac{\text{peso}}{\text{talla}^2}$ kg/talla mts ² Peso normal IMC 20.0-24.9 Sobrepeso IMC 25.0-29.9 Obesidad IMC igual o mayor de 30	Cualitativa	1.- Peso normal 2.- Sobrepeso 3.- Obesidad

Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	El que se observa al entrevistado y al que respondan en la hoja de identificación de datos.	Cualitativa	1 .Femenino. 2 .Masculino.
Estado Civil	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.	El que refiera el entrevistado al momento de responder en la hoja de identificación de datos.	Cualitativa	a)Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e)Unión libre f) Separado
Escolaridad.	Periodo de tiempo en el que asistió o asiste actualmente a la escuela.	Se le interrogará el grado máximo de estudios.	Cualitativa	A. Primaria. B .Secundaria. C .Preparatoria. D .Licenciatura.
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	Se interrogará al paciente sobre las comorbilidades que padece.	cualitativa	HAS DM2 Cardiopatía IRC Osteoartrósis Artritis reumatoide Demencia Enf.Pulm. Obstructiva Crónica Retinopatía diabética Ansiedad

Variable Dependiente:

VARIABLES	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Funcionalidad Familiar	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Mediante el cuestionario Test FF-SIL que consta de 14 ítems. Cada ítems proporciona una escala de 5 respuestas cualitativas y cuantitativas. Obteniendo una puntuación máxima de 70 puntos y una mínima de 14 puntos que nos sirve para evaluar el grado de funcionalidad familiar.	Cualitativa	1. Familia Funcional de 57 a 70 puntos. 2. Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos. 3. Familia disfuncional de 28 a 42 puntos. 4. Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos.
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos,	Se obtuvo por medio de la escala índice de Barthel Interpretación: Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas) Dependencia Total: <20 Dependiente Grave: 20 – 35 Dependiente Moderado: 40 - 55	Cualitativa	Dependencia total:<20 puntos Dependencia grave:20-35puntos

	orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.	Dependiente Leve: >60		Dependencia moderada:40-45puntos Dependencia leve:>o igual 60puntos Independiente:100puntos
--	---	--------------------------	--	---

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud con número de registro R-2013-1102-20 se realizó un estudio transversal comparativo en 60 adultos mayores adscritos al HGZ/MF No. 19 de Altamirano, Guerrero, las entrevistas se llevaron a cabo en el consultorio de medicina familiar donde con ayuda de las asistentes médicas se seleccionaron a pacientes adultos mayores de 60 años y más de los 6 consultorios de ambos turnos del HGZ/MF No. 19 de Altamirano, Guerrero, con una duración aproximada de 10-15 minutos; antes de iniciar la entrevista expliqué el motivo del estudio y solicité el consentimiento informado de manera voluntaria.(Anexo 1), se llenó una cedula de recolección de datos con nombre, edad, peso, sexo, estado civil, escolaridad (Anexo 2); posteriormente apliqué 3 escalas de medición: el test de funcionamiento familiar FF-SIL, para evaluar la funcionalidad familiar (Anexo 3), la escala índice de Barthel, la cual valora las Actividades Básicas de la Vida Diaria y determinar así el grado de dependencia (Anexo 4) y el índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) para evaluar la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar (Anexo 5). Una vez contestados los cuestionarios se capturaron en una hoja de control o recolección de datos para su análisis estadístico.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó con técnica de interrogatorio directo al paciente adulto mayor, a través de un cuestionario.

6.8 Organización de datos:

Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación y los resultados obtenidos de la funcionalidad familiar de los adultos mayores.

6.9 Análisis estadístico:

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows, se realizó un análisis univariado obteniendo frecuencias simples y porcentajes. Además se realizó análisis inferencial aplicando prueba de Chi cuadrada de Maentel-Haenzael con un índice de confianza del 95% y valor de p.

6.10 Instrumentos de medición: se utilizaron tres escalas de medición:

- El Índice de Barthel, también conocido como «Índice de Discapacidad de Maryland», es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. El índice de Barthel se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. Las primeras referencias al índice de Barthel en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera

publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones.

La fiabilidad (entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones) del índice de Barthel no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Andersen se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del índice de Barthel en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. Roy et al informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas). A la hora de considerar la validez del Índice de Barthel (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. Wade y Hewer realizaron una evaluación de la validez del índice de Barthel en 572 pacientes con ACVA mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

- Test de funcionamiento familiar FF-SIL, fue diseñado en Cuba, por Ortega, de la Cuesta y Dias. La prueba FF - SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez.

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La última validación fue sometida a criterio de 25 profesionales de la salud, considerados expertos en el tema de la familia: 9 psicólogos, 9 médicos y 7 enfermeras, todos con grado académico. Se obtuvieron criterios externos al contrastar los resultados de la matriz con la valoración diagnóstica de Médicos de Familia, tomados como expertos de la situación de salud de las familias que atienden. La selección de los municipios se realizó por la metodología de estratificación, según condiciones de vida, elaborada por *Astraín* en el país en 1999, con el propósito de contar con familias de distintas regiones del país y con diferente situación socio-económica. Participaron 15 Médicos de Familia seleccionados por sus directores por criterio de permanencia estable (más de 3 años) en su consultorio y por su buen trabajo. Los médicos participantes son de consultorios pertenecientes a los municipios Plaza, Playa, Centro Habana, Habana Vieja, Regla, San Miguel del Padrón, Bauta, Güines, San Antonio de los Baños, Playa de Matanzas, Santa Clara, Las Tunas, Manatí, Colombia y Mayarí.

- Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF), es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y válido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Es un instrumento originalmente diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Fue creado y validado desde 1995 en una zona de población abierta en la ciudad de México. Durante 2001 y 2002 se aplicó el ISPF a 1.024 familias en tres unidades medicina familiar en la Ciudad de México.

6.11 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Se solicitó consentimiento informado a los adultos mayores que deseen participar, se les informó el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

6.12 Presupuesto y financiamiento:

Humanos:

- Investigador.
- Asesor de tema.
- Asesor metodológico.
- Materiales y físicos:
- Una computadora portátil \$10,000 pesos
- Uso de computadora \$ 300 pesos
- Una impresora \$ 1,200 pesos
- Horas de internet \$ 300 pesos
- Mil hojas blancas \$ 120 pesos
- 10 lápices \$ 30 pesos
- 5 lapiceros \$ 40 pesos
- USB \$ 200 pesos

Financiamiento:

- Salario del investigador \$ 3,500 pesos

TOTAL \$15.690 pesos

7. RESULTADOS

De la población estudiada, prevaleció el grupo de 60-64 años, 31.7% (19/60), en el sexo sobresalió el femenino, 55% (33/60), en el estado civil destacaron los casados, 68.3% (41/60), en la escolaridad se encontró que predominó la educación primaria 41.7% (25/60), en el índice simplificado de pobreza destacó la pobreza familiar media 50% (30/60). Cuadro 1

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

	n	%
Edad		
60-64	19	31.7
65-69	14	23.3
70-74	12	20
75-79	9	15
80-84	4	6.7
85 y más	2	3.3
Sexo		
Femenino	33	55
Masculino	27	45
Estado civil		
Casado	41	68.3
Viudo	19	31.7
Escolaridad		
Analfabeta	17	28.3
Sabe leer y escribir	14	23.3
Primaria	25	41.7
Secundaria	3	5.0
Licenciatura	1	1.7
Índice simplificado de pobreza		
Sin pobreza familiar	11	18.3
Pobreza familiar baja	4	6.7
Pobreza familiar media	30	50.0
Pobreza familiar alta	15	25.0

En cuanto a la funcionalidad familiar prevaleció la familia funcional 63.3% (38/60), Respecto a las actividades básicas de la vida diaria prevaleció el grupo de dependencia leve 38.3% (23/60).^{Cuadro 2}

Cuadro 2. Funcionalidad familiar. Actividades básicas de la vida diaria.

	n	%
Funcionalidad familiar		
Familia funcional	38	63.3
Familia moderadamente funcional	16	26.7
Familia disfuncional	6	10.0
Familia severamente disfuncional	0	0
Actividades básicas de la vida diaria		
Independiente	21	35
Dependencia leve	23	38.3
Dependencia moderada	13	21.7
Dependencia grave	1	1.7
Dependencia total	2	3.3

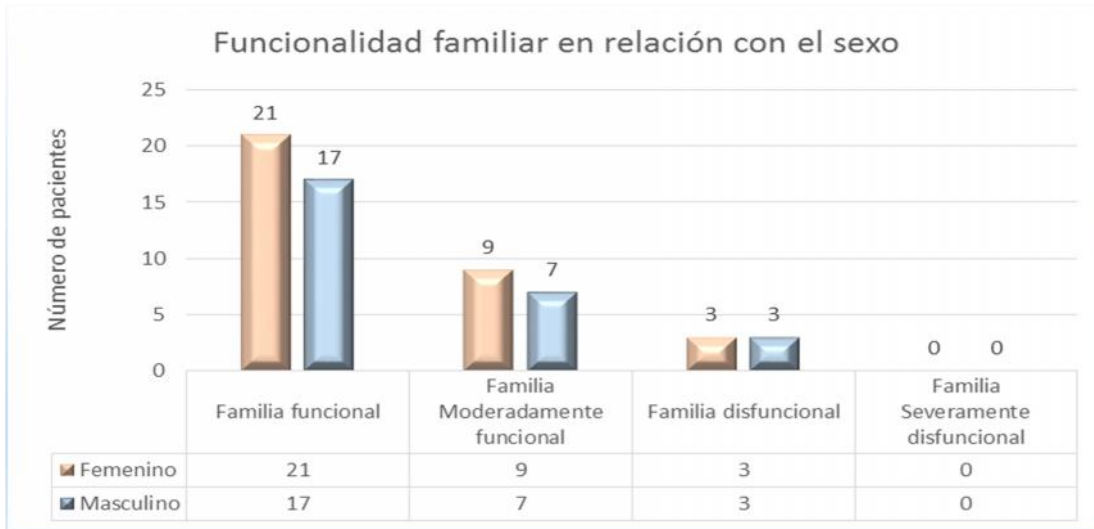
Refiriéndonos a las comorbilidades prevalecieron los diabéticos y los cardiópatas 21.66% (13/60).^{Cuadro 3}

Cuadro 3. Comorbilidades.

	n	%
Comorbilidades		
HAS	10	16.7
DM2	13	21.7
Cardiopatía	13	21.7
IRC	9	15.0
Osteoartrósis	5	8.3
Artritis reumatoide	4	6.7
Demencia	2	3.3
Enf. Pulm. Obstructiva Crónica	2	3.3
Retinopatía diabética	1	1.7
Ansiedad	1	1.7

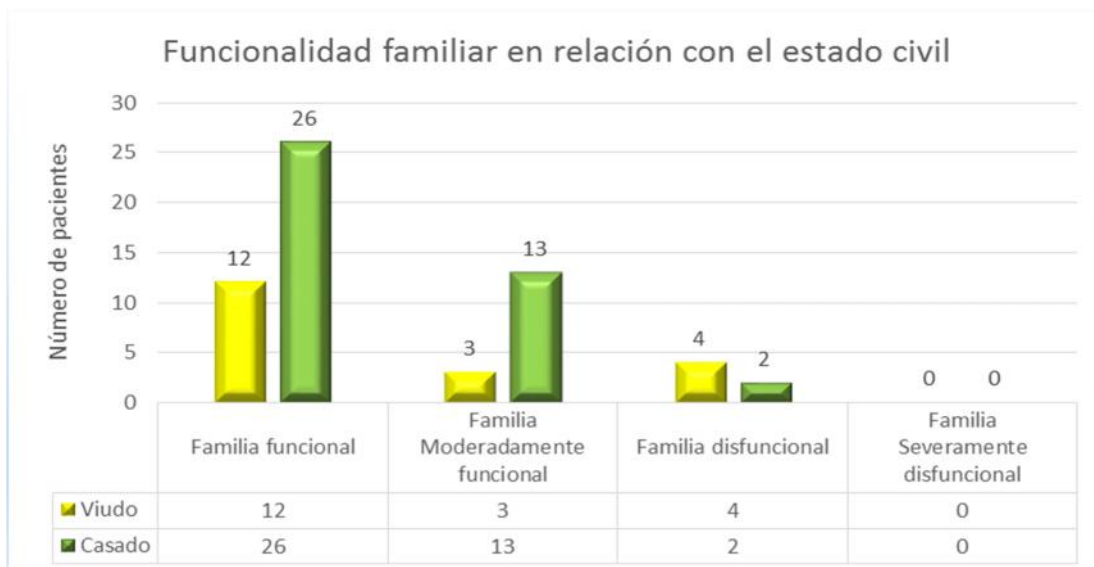
Referente a la relación entre la funcionalidad familiar y el sexo encontramos más familias funcionales en mujeres 35% (21/60).

Gráfica 4. Funcionalidad familiar en relación con el sexo



Entre la funcionalidad familiar y el estado civil hay mayor número de familias funcionales en casados 43.3% (26/60).

Gráfica 5. Funcionalidad familiar en relación con el estado civil



De la relación de funcionalidad familiar y escolaridad se encontró mayor proporción de familias funcionales en analfabetas 23.3% (14/60).

De la funcionalidad familiar y las actividades básicas de la vida diaria se encontraron más familias funcionales en pacientes adultos mayores independientes 26.6% (16/60).

De la correlación entre la funcionalidad familiar y el índice simplificado de pobreza encontramos mayor cantidad de familias funcionales en pacientes con pobreza familiar media 31.6% (19/60).

Con respecto a la funcionalidad familiar y las comorbilidades, se encontraron mayor cantidad de familias funcionales en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, 18.3% (11/60).

Cuadro 6. Funcionalidad familiar y factores asociados.

Variable		OR	IC95%	p
Peor condición	Mejor condición			
SEXO				
Femenino	Masculino	0.80	0.11-5.68	0.79
ESTADO CIVIL				
Viudo	Casado	5.20	0.70-46.54	0.05
INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA				
Sin pobreza familiar	Pobreza familiar baja Pobreza familiar media Pobreza familiar alta	0.78	0.09-7.54	0.79
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE BARTHEL)				
Dependiente	Independiente	2.47	0.66-9.65	0.13

No se encontraron factores asociados con significancia estadística.

8. DISCUSIÓN

Resendez–Jasso M y col. ²¹, llevaron a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Hidalgo, Nuevo León, en 18 familias con algún integrante con secuelas de EVC durante el periodo comprendido de septiembre del 2009 a agosto del 2010, se utilizaron los instrumentos APGAR y FF-SIL. Los resultados del FF-SIL desde el punto de vista de los pacientes fue funcional y moderadamente funcional en 44.4%, respectivamente, disfuncional y severamente disfuncional en 5.6%, respectivamente.²¹

En nuestro estudio prevalecieron las familias funcionales 63.3%, seguida de las familias moderadamente funcionales 26.7% y las familias disfuncionales 10.0%; en ambos estudios se semejan los resultados obtenidos, a pesar que las comorbilidades difieren.

Zavala-González M y col. ²², en una investigación observacional, prospectiva, transversal, analítica, en la que el universo de estudio fueron 100 adultos mayores, 60 del sexo femenino y 40 del masculino, con edad media de 69.71, derechohabientes usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Cárdenas, Tabasco, México (Unidad de Medicina Familiar 45 y Hospital General de Zona 2) entre enero y junio de 2008, se incluyeron derechohabientes sin enfermedades cognitivas, se analizaron variables sociodemográficas, funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y funcionalidad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), para la evaluación de la funcionalidad básica se utilizó la escala de Katz y para la evaluación de la funcionalidad instrumental se utilizó el índice de Lawton and Brody. Los resultados con respecto a la funcionalidad para la vida diaria fueron 74 % de los adultos mayores con algún grado de dependencia para ABVD.²²

En nuestro estudio también prevaleció el grupo de adultos mayores dependientes con un 65%; en ambos estudios los resultados se aproximan al problema en cuestión.

García-Madrid G y Col. ²³, en el estudio “Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural”, de tipo exploratorio correlacional realizado en familias de la comunidad de Santa Ana Coatepec Huaquechula, Puebla, con muestreo probabilístico aleatorio simple mediante la tabla de números aleatorios Random se seleccionaron y encuestaron 100 familias con integrantes adultos mayores, realizado en el 2007, utilizando el índice de Barthel y la escala de efectividad en el funcionamiento familiar, encontraron que con respecto a la funcionalidad familiar 69% de familias, se clasificaron con funcionalidad adecuada donde 88% de adultos mayores presentaron independencia física total. El 31% de familias reportaron una funcionalidad moderada con 16% de adultos mayores con dependencia leve, 21% dependencia moderada y 2% dependencia severa.²³

En nuestro estudio con respecto a la funcionalidad familiar y las actividades básicas de la vida diaria se encontraron más familias funcionales en adultos mayores independientes 26.6% (16/60), familias moderadamente funcionales en adultos mayores con dependencia leve 11.6% (7/60) y familias disfuncionales en adultos mayores con dependencia total 6% (6/60); los datos obtenidos de ambos estudios se relacionan, por lo que posiblemente sean otras las razones por las que hay disfuncionalidad familiar al tener un integrante adulto mayor y no necesariamente sea la dependencia.

En un estudio que publica la INEGI “Estadísticas históricas de México 2009”. México, INEGI, 2010; reportó que en el 2010 el total de analfabetas de 60 años y más del sexo masculino era de 931.8 (37.7%) y 1541.5 (62.3%) mujeres.²⁴

En nuestro estudio, con respecto a la escolaridad predominó la educación primaria 41.7% (25/60), seguido de analfabetas 28.3% (17/60), saben leer y escribir 23.3% (14/60), secundaria 5% (3/60) y con licenciatura 1.7% (1/60).

Los resultados de ambos estudios no se relacionan, posiblemente porque en nuestra población de adultos mayores estudiados tuvieron mayor posibilidad de preparación quizá por contar con un índice simplificado de pobreza moderado.

En un comunicado de prensa en el 2013 emitido por la dirección de información y comunicación social por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, menciona que a nivel nacional el número de personas en situación de pobreza fue de 53.3 millones en 2012 (45.5%).²⁵

En nuestro estudio, el índice simplificado de pobreza destacó la pobreza familiar media 50% (30/60); los resultados de ambos estudios se relacionan pues nuestro estado de Guerrero en el año 2012 contaba con una pobreza extrema del 31.7% (según datos del CONEVAL), cifra que ha ido en aumento.

En un estudio realizado por el gobierno Vasco Eusko Jaurlaritz, “Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco” del 19 de Abril al 28 de Mayo de 2010; la investigación se basa en la realización de un estudio cuantitativo; el método de trabajo utilizado tiene como soporte de la información una amplia encuesta domiciliaria dirigida a las personas de 60 años y más residentes en la C.A de Euskadi, ambos sexos de 60 años y más no institucionalizada, cuyos resultados fueron el estado civil predominante es el de casado/a o conviviendo en pareja, con un 61.4% de personas en esta situación. Le sigue el porcentaje de personas viudas (29.4%), y con índices menores al 10%, las personas solteras (6.2%) y las personas divorciadas o separadas (2.9%). Entre las personas octogenarias el porcentaje de viudas asciende al 52.8% y el de personas casadas o en pareja desciende al 40.1%.²⁶

En nuestro estudio en el estado civil destacaron los casados, 68.3% (41/60) de los viudos 31.7% (19/60); los resultados de ambos estudios se relacionan, probablemente porque son adultos mayores no dependientes, por lo que la dependencia tiene particularidad en personas de 80 años y más, con viudez y analfabetas.

9. CONCLUSIONES

Encontramos que de los 60 adultos mayores estudiados, un tercio tienen un grado de dependencia leve y cuyas familias son funcionales con un grado de pobreza familiar media; sólo el 1.7% tiene dependencia grave con familias disfuncionales y pobreza familiar baja y únicamente 2 adultos mayores con dependencia total.

La mitad de las familias estudiadas presentan un índice de pobreza familiar media.

Llama la atención las escasas familias disfuncionales, lo cual puede ser explicado por el arraigo de la gente de Altamirano, Guerrero a la familia, la cultura y las tradiciones típicas de las familias de comunidades con menor desarrollo social son características importantes y esenciales para el mantenimiento de la congruencia y estabilidad familiar.

El presente estudio ratifica la importancia de la aplicación del índice de Barthel, el test FF-SIL y el índice simplificado de pobreza familiar en adultos mayores, para conocer los impactos en la funcionalidad familiar de estas personas.

Probablemente sean otras causas que llevan a las familias a tener disfuncionalidad familiar como la falta de redes de apoyo social, el maltrato, falta de derechohabencia, entre otros.

LIMITANTES DEL ESTUDIO

Una de las limitantes fue probablemente tamaño reducido de la muestra.

10. RECOMENDACIONES

El reto mayor es lograr que las personas, además de vivir más años, lo hagan con la mejor calidad posible, por lo que se recomienda integrar estrategias que fomenten el autocuidado de la salud y la responsabilidad individual, que el acceso a la salud sea íntegro, a través de la prevención y cuidados paliativos.

Estructurar redes de apoyo que permitan al adulto mayor mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, y así evitar el deterioro que podría generarse cuando enfrenta dificultades.

Crear centros comunitarios para aliviar la carga de los cuidados de largo plazo, mediante los cuales se dé atención a los problemas básicos de salud, alimentación y convivencia.

Fortalecer económicamente a las personas mayores, ofrecer trabajos para que las personas en edad de retiro puedan disfrutar de pensión y continuar trabajando con privilegios de horarios y jornadas de medio tiempo.

Utilizar la escala índice de Barthel en nuestras instituciones para detectar y evitar la dependencia, mejorando la calidad de vida de los adultos mayores.

Facilitar que los adultos mayores permanezcan más sanos y activos, lo que se reflejará en un mayor bienestar y satisfacción individual y colectivo.

Implicar la reducción del gasto en salud y la mayor independencia de los servicios públicos sanitarios y sociales, al mantener más tiempo la independencia y la autonomía de todos los ciudadanos, y a su vez, proporcionando una mayor calidad de vida en la sociedad.

11. REFERENCIAS

1. Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Red de revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal, Universidad del Valle Cali, Colomb Med 2007; 38(1): 40-46.
2. González C, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Mex 2007; 49(4):448-458.
3. Peña-Pérez B, Terán-Trillo M, Moreno-Aguilera F, Bazán-Castro M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009; 14(2):53-61.
4. Geraci M, Gonzalo G, Ilacqua G, Moauro L, Real M. editores. Adulto mayor dependiente, el próximo desafío 2010; 2010.
5. Antón M. Tratado de Geriatria para Residentes. En: Romero L, Martín E, Navarro J, Luengo C. editores. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. 1ºed. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007.p.33-47.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco conceptual del censo de población y vivienda 2010; 2011.

7. Pérez-Sánchez L, Mercado-Rivas M, Espinoza-Parra I. La familia y los procesos de enfermar. *Rev Waxapa* 2009; 1(1):66-71.
8. Campos-Campos S. Dilemas al final de la vida: atención del anciano. *Rev Cirujano General* 2012; 34 Supl 2:100-104.
9. García-Madrid G, Landeros-Olvera E, Arrijoja-Morales G, Pérez-Garcés A. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 21-26.
10. Nava-Galán M. La calidad de vida, análisis multidimensional. *Rev Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(3):129-137.
11. Campos F, León D, Rojas M. Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. 1°ed. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
12. Lorenzo T, Maseda A, Millán J. La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat. 1ra. ed. Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias; 2008.
13. González F., Massad C., Lavanderos F. editores. Estudio Nacional de la dependencia de las personas mayores. Gobierno de Chile, SENAMA; 2010.
14. Takase-Goncalves L, Mendes-Costa M, Martins M, Modesto-Nassar S, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(3):09.

15. Bojorquez-Chapela I, González-Vázquez T, Jáuregui-Ortiz B, Maldonado-Saucedo M, Márquez-Serrano M, Ornelas-Tavares P, Pelcastre Villafuerte B, Poblete-Trujillo E, Ruelas-González G, Salgado-de Snyder V, Wong R. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México. Instituto Nacional de Salud Pública. 1ra. ed. Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
16. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México; 2014.
17. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. “Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena”; 2012.
18. Salvá A. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41 Supl 1:3-4.
19. Pérez-Martín M, Delgado-Cruz A, Naranjo-Ferregut J, Alvarez-Gonzalez K, Díaz-Rey R. Medio familiar de los adultos mayores. *Rev. Ciencias médicas* 2012; 16(1):97-104.
20. Aguila E, Díaz C, Manqing M, Kapteyn A, Pierson A. Envejecer en México: condiciones de vida y salud. AARP, Centro Fox y Rand Corporation; 2011. Library of Congress Control Number: 2011940647.
21. Resendez-Jasso M, Rodríguez-González A. Familias con algún integrante con secuelas de enfermedad vascular cerebral y disfunción familiar. *Rev. Medicina Universitaria* 2013; 15(61):159-164.

22. Zavala-González M, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (6): 585-590.
23. García- Madrid G, Landeros-Olvera E, Arrijoja-Morales G, Pérez-Garcés A. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 21-26.
24. Navarro-Robles J, Moctezuma-Navarro D. Analfabetismo en México: una deuda social. *Rev internacional de estadística y geografía* 2012; 3(3):5-17.
25. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Dirección de información y comunicación social; 2013.
26. Sancho M, Del Barrio E, Yanguas J. Informe de resultados. Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi 2010: Dept. de empleo y asuntos sociales; 2010.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“La funcionalidad familiar y su relación con adultos mayores dependientes del HGZ MF 19 Altamirano, Guerrero”.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Cd. Altamirano, Guerrero. Noviembre de 2013.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre adultos mayores dependientes y la funcionalidad familiar en el HGZ MF 19 Altamirano, Guerrero.
Procedimientos:	Se aplicarán cuestionario para recolección de datos y tres escalas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la relación entre el adulto mayor dependiente y la funcionalidad familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	El participante se retirará en el momento que desee sin tomar represalias
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados del estudio serán manejados de manera confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Isela Liberato Muñoz, teléfono 4 87 42 99
Colaboradores:	Dr. Rogelio Ramírez Ríos, Médico Familiar, teléfono 4 45 53 40
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dra. Rosa Isela Liberato Muñoz

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO
 Test de funcionamiento familiar FF-SIL



Instrucciones: A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
--	------------	-------------	---------	--------------	--------------

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems y se considera:

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

- 70 a 57 puntos familia funcional
- 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional
- 42 a 28 puntos familia disfuncional
- 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional

Anexo 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO



ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE BARTHEL)

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
COMER	totalmente independiente	10
	necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	dependiente	0
LAVARSE	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	dependiente	0
DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SAMANA PREVIA)	Continencia normal	
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	incontinencia	0
MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	
	Dependiente	
TOTAL		
RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA	
<20	total	
20-35	grave	
40-45	moderado	
>o igual 60	leve	
100	independiente	

MÁXIMA PUNTUACIÓN 100 PUNTOS (90 SI VA EN SILLA DE RUEDAS)

Anexo 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO



Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF).

DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIAS DE RESPUESTAS	PUNTUACION
Economía	Ingreso económico familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 1 salario mínimo ➤ 1 a 2 salarios mínimos ➤ 3 a 4 salarios mínimos ➤ Más de 5 salarios mínimos 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
Economía	Número de hijos dependientes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Más de 3 hijos ➤ 2 hijos ➤ 1 hijo ➤ 0 hijos 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
Educación	Escolaridad materna	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguna ➤ Primaria incompleta ➤ Primaria completa ➤ posprimaria 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
Vivienda	Número de personas por dormitorio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Más de 5 personas ➤ 4 personas ➤ 3 personas ➤ 1 a 2 personas 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

- I. 0 – 03 sin pobreza familiar
- II. 04 – 06 pobreza familiar baja
- III. 07 – 09 pobreza familiar media
- IV. 10 – 12 pobreza familiar alta.

Anexo 6



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA MEDICINA FAMILIAR 19
ALTAMIRANO, GUERRERO



LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES
DEL HGZ MF 19 ALTAMIRANO, GUERRERO.

HOJA DE CONTROL

Nombre:	
Número de Afiliación:	
Edad:	Años _____
Peso:	Normal ____ Sobrepeso __ Obesidad __
Sexo:	Femenino _____ Masculino _____
Estado civil:	Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____
Escolaridad:	Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Profesional ____
Funcionalidad Familiar (test FF- SIL)	Familia funcional: ____ Familia moderadamente funcional: ____ Familia disfuncional: ____ Familia severamente disfuncional: ____
Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (índice de Barthel)	Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas) Dependencia Total: <20 Dependiente Grave: 20 – 35 Dependiente Moderado: 40 - 55 Dependiente Leve: >60
Índice simplificado de pobreza (ISPF)	I. 0 – 03 sin pobreza familiar II. 04 – 06 pobreza familiar baja III. 07 – 09 pobreza familiar media IV. 10 – 12 pobreza familiar alta