



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8 SAN ÁNGEL.

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

**“EVALUACION DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL
ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR”.**

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GONZALEZ AYALA ALFREDO.

ASESORES.

DR. CRUZ CASTILLO FERNANDO.

DR. MIRANDA CÁRDENAS JOSÉ ANTONIO.

ADSCRITOS AL HGZ / UMF # 8.



MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TESIS.

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. PADILLA DEL TORO FRANCISCO
JAVIER.

DIRECTOR DEL HGZ / UMF # 8

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. CRUZ CASTILLO FERNANDO.

ASESOR METODOLÓGICO DE LA
INVESTIGACIÓN.

ADSCRITO AL HGZ / UMF # 8.

DRA. ALTAMIRANO GARCÍA
MARTHA BEATRIZ.

COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN Y TITULAR DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZ / UMF # 8.

DRA. MORONES ZUÑIGA DANEA
LIZBETH.

REVISOR DE TESIS.

ADSCRITO AL HGZ / UMF # 8.

DR. MIRANDA CÁRDENAS JOSÉ
ANTONIO.

ASESOR DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN.

ADSCRITO AL HGZ / UMF # 8.

DRA. JAIMES VILLALOBOS
MÓNICA.

REVISOR DE TESIS.

ADSCRITO A LA UMF # 9.

DR. GONZÁLEZ AYALA ALFREDO.

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA.

Este trabajo es dedicado a las personas que durante el trayecto de mi vida profesional y familiar me han apoyado de diversas maneras, empezando por mi hijo que es el estímulo más importante en mi vida.

También es dedicado a mi esposa, ya que con su cariño, su apoyo y comprensión hemos logrado un objetivo más, y que a pesar de la distancia siempre estuvo presente en cada momento.

Dedicado especialmente también a mi familia de origen, quienes con su confianza cariño y apoyo sin escatimar esfuerzo alguno me han convertido en una persona de provecho, ayudándome al logro de una meta más.

Dedicado a todos mis profesores, compañeros y amigos que confiaron en el potencial profesional de este servidor y siempre tuvieron una palabra de aliento, un consejo o reflexión para mejorar mi camino profesional y personal.

Dr. González Ayala Alfredo.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	8
Marco Teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	22
Justificación.....	22
Objetivo de Estudio.....	23
Material y Métodos.....	24
Consideraciones Éticas.....	30
Resultados.....	32
Discusión.....	46
Conclusiones.....	47
Referencias.....	49
Anexos.....	51

EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible; no significa que el anciano traduzca enfermedad, ello dependerá del estilo de vida, sus hábitos, status socioeconómico, enfermedad subyacente, alimentación, etcétera; lo que determine si nos enfrentamos ante un anciano sano, enfermo o de alto riesgo.

De acuerdo a la OMS, se considera adulto mayor para un país en vías de desarrollo a toda persona de 60 años en adelante, en tanto que en países desarrollados, queda comprendida la categoría de adulto mayor a los de 65 años y más. (PAC – MF, 2001).

El organismo durante el envejecimiento sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizados por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Sin embargo, el organismo se adapta de manera gradual y progresiva a los cambios fisiológicos, proporcionándole al anciano mayor funcionalidad y posibilidad de rendimiento; esto es, el no abusar de su fuerza, trabajo moderado, disminución de los hábitos dañinos, etc. (Anzures, 2008).

Al hablar de deterioro funcional es importante primero definir el concepto de función, entendiéndose como la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Dentro de las escalas que permiten valorar la funcionalidad en el anciano está la de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) ó índice de Katz. Este representa un instrumento apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del AM para desempeñar las ABVD en forma independiente

La familia se enfrenta en forma constante a múltiples actores que producen estrés, tanto a nivel individual (AM).

Como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

Sin embargo la manera en que los factores de estrés afectan a estas familias; así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud pueden favorecer el riesgo de disfunción familiar. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, del grado de cohesión y adaptabilidad familiar (Gómez- Clavelina).

La cohesión, según Olson, se define como “los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”.

La adaptabilidad familiar es “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo”. (Olson, 1980).

En la actualidad se dispone de varios instrumentos para la evaluación de la familia, sin embargo cuando lo que se pretende evaluar es precisamente la cohesión y adaptabilidad familiar el mejor instrumento es el FACES III

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (Cohesión y adaptabilidad).

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos.

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL DEPENDENCE IN THE LARGEST ADULT AND ITS RELATIONSHIP WITH COHESION AND ADAPTABILITY FAMILY.

SUMMARY. It is estimated that between the year 2000 and 2050 in Mexico at least 30 million people will be more than the so-called third age, with what the country happened to be a nation of children and young people to older adults.

OBJECTIVE. Assess family adaptability in seniors with different degrees of functional dependence.

DESIGN. Prospective, cross-sectional and Observacional.

MATERIAL AND METHODS. All over 60 years of age, patients who are having right to the IMSS seconded to Office No.6 of family medicine, the period No.8 UMF of in the months of July 2008 to March 2009. Applying the scales of Lawton and Brody, as well as the third cohesion and family adaptability FACES. I apply the test of product - correlation coefficient Pearson, time for a value of r to the level of 0.05 significance.

RESULTS. Analysed 64 patients with the average age of 70.98 years (60-93 years). 50% of male gender and 50 % of the genre female. According to the scale of Lawton different degrees of functional dependence with the 24.99 found % of autonomy, the 42.18 % dependency Leve, the 17.18 % with moderate dependency, the 6.24 % severe dependency and the 9.37 % of total dependence. According to wing cohesion and adaptability found the 31.25 per cent of improved cohesion and adaptability, the 34.37 % of improved cohesion and extreme adaptability, the 20.31 % of extreme cohesion and better adaptability and the 14.06 % extreme cohesion and adaptability. With a Pearson correlation to the adaptability of $r = - 0.549$ and a $r =$ corresponding to cohesion 0.645.

Palabras clave: FACES III. Cohesión y adaptabilidad. Prueba de correlación de Pearson. Escala de Lawton.

Keywords: FACES III. Cohesion and adaptability. Proof of Pearson correlation. Scale Lawton.

1. INTRODUCCIÓN.

La estructura familiar actual esta reducida de tamaño y limitada en espacios vitales, donde el adulto mayor tradicional empieza a no tener cabida.

Estos impactos en la familia han hecho que al igual que se deja a los hijos casi recién nacidos en guarderías infantiles, también se busca la opción de dejar al adulto mayor en residencias o al cuidado de personajes reenumerados para su atención.

Sin embargo, actualmente, del total de mayores que necesitan ayuda un alto porcentaje la reciben de su familia y en todo caso podemos afirmar que sería ideal que este viva con su familia y solo ingresar en una residencia por razones de necesidad y no por el única deseo de liberarse del paciente. (Anzures, 2008).

El adulto mayor igual que cualquier otro integrante de la familia y de la sociedad, necesita ternura, sentirse amado y estimado por su entorno.

Esta convivencia se debe de dar de tal manera que no permita caer en extremos, como en el caso del autoritarismo, en el cual se limiten las garantías de libertad y el adulto mayor solamente se dedique a cumplir órdenes para todo.

Por otra parte, el paternalismo oculto, donde el adulto no necesite de ningún esfuerzo y reciba todo hecho. Del mismo modo cada integrante de la familia debe adoptara una actitud que retroalimete positivamente en cada uno de ellos, por ejemplo el simple hecho de satisfacer gustos y preferencias, como es el caso de las actividades recreativas en familia lo cual les permita aflorar el sentimiento de pertenencia.

Respecto a las necesidades prioritarias de la salud de los adultos mayores, se encuentran ubicadas en dos grupos de patologías a) las que de manera tradicional se presentan con elevada frecuencia, como son la diabetes, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, neoplasias, influenza y neumonías, y b) las enfermedades discapacitantes como la demencia, artropatías y caídas. La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata, pero que son generadoras de incapacidad y de un elevado consumo de recursos asistenciales. (Tovar, 2006).

2. ANTECEDENTES.

En las tribus remotas la supervivencia diaria estaba por encima de todo. Las duras condiciones del hábitat comportaban la subsistencia de los más fuertes; así, la vejez era un estadio que pocos alcanzaban. A los viejos, por su debilitamiento físico, les resultaba mucho más penoso hacerse con los requerimientos vitales. En un grupo en competencia constante con la naturaleza para la supervivencia diaria, tanto colectiva como individual, es lógico pensar que el cuidado de los ancianos no fuese prioritario y que, en caso de existir, fuera una cuestión familiar o individual. (Castanedo, 2005)

En algunas tribus, los ancianos eran eliminados o abandonados. En otras sin embargo, se les aceptaba y respetaba. El secreto de la diferencia estaba en el trato que los padres tenían con sus hijos, a los que daban lo mejor que tenían; los hijos respondían más tarde a este aprecio no abandonándoles. Además, hay que tener en cuenta que en las sociedades en que era posible alimentar a jóvenes y ancianos, éstos estaban más considerados; en caso contrario, se imponía la supervivencia.

Diversos médicos y filósofos hicieron importantes aportaciones gerontológicas. Para la *escuela hipocrática*, la vejez empezaba después de los 50 años. Era consecuencia del desequilibrio de los “humores”, que provocaba y facilitaba el desarrollo de las enfermedades. En los aforismos hipocráticos se describe la presentación diferenciadora de las enfermedades en la vejez, como la temperatura no suele ser alta, los procesos tienden a la cronicidad, los hábitos intestinales cambian”, etc.; y se dan también normas de asistencia específicas de higiene corporal.

Para Aristóteles, buen narrador de la psicología del anciano, la vida se pierde poco a poco en la vejez, por la pérdida de calor interno, siendo la senescencia un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada en el desarrollo. (Castanedo, 2005)

En cuanto al rol del anciano en estas sociedades, Aristóteles creía que los viejos debían ser apartados del poder y decía que la vejez podía ser una bella edad siempre que no hubiese invalidez; mientras que por su parte Platón abogaba por la gerontocracia, ya que creía que en la vejez se reunían más conocimientos y las personas se acercaban a la verdad.

3. MARCO TEÓRICO.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible; no significa que el anciano traduzca enfermedad, ello dependerá del estilo de vida, sus hábitos, status socioeconómico, enfermedad subyacente, alimentación, etcétera; lo que determine si nos enfrentamos ante un anciano sano, enfermo o de alto riesgo.

De acuerdo a la OMS, se considera adulto mayor para un país en vías de desarrollo a toda persona de 60 años en adelante, en tanto que en países desarrollados, queda comprendida la categoría de adulto mayor a los de 65 años y más. (PAC – MF, 2001).

El organismo durante el envejecimiento sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizados por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Sin embargo, el organismo se adapta de manera gradual y progresiva a los cambios fisiológicos, proporcionándole al anciano mayor funcionalidad y posibilidad de rendimiento; esto es, el no abusar de su fuerza, trabajo moderado, disminución de los hábitos dañinos, etc. (Anzures, 2008).

El envejecimiento individual es el proceso que experimenta cada persona en el trayecto de la vida mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento de adultos mayores en comparación con el conjunto de la población a la cual pertenecen, estos dos aspectos hacen que el análisis del envejecimiento debe hacerse desde el ámbito social que incluya las dimensiones del micro y macromundo además del individual.

El envejecimiento primario (individual) es resultado de dos efectos, uno conocido como primario donde se engloban los cambios generados con la edad de los integrantes de una especie en particular y uno relacionado con la presencia de enfermedad que se estudia a través de los aspectos genéticos y moleculares que intervienen en el mismo proceso. (Anzures, 2008).

El envejecimiento producido en los individuos al ser sometidos a fenómenos aleatorios y selectivos que suelen ocurrir durante su vida y que interaccionan con los cambios producidos por el envejecimiento mismo, producen lo que se conoce como el envejecimiento secundario. Todo esto resultado de los cambios en salud en carácter crónico y de cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Así podemos hablar de diversos tipos de envejecimiento:

- a) Envejecimiento cronológico, entendiéndolo como el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento y que suele medirse por los patrones de uso como años, meses o días.
- b) Envejecimiento biológico o funcional está determinado por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante este proceso y esta marcado por el grado de deterioro (intelectual, sensorial, motor, etc.) de cada persona.

- c) Envejecimiento psicológico está representado por el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y su capacidad de adaptación al medio.
- d) El envejecimiento social establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en el que el individuo se desenvuelve. Fundamentalmente viene determinado por la edad de jubilación, dado que superando esta edad el papel social del individuo se pierde o, cuando menos, deja de ser lo que era.

La mayoría de las personas adultas llegan a la vejez en buenas condiciones con funcionalidad y dependencia aceptable, no siempre son dependientes a causa de su dependencia física, empero la sociedad ejerce presión sobre ellos y los categoriza. De ahí, la necesidad de un enfoque integral que contemple al anciano en sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

Es importante definir los siguientes conceptos:

Anciano sano: aquel que no padece patología ni presenta ningún grado de problemática, funcional, mental o social.

Anciano enfermo: al que se le ha diagnosticado algún proceso patológico agudo o crónico pero que no cumple criterios de anciano de alto riesgo.

Anciano de alto riesgo en la comunidad (o viejo frágil): aquel que presenta alguno de los criterios médicos asistenciales o sociales referidos según la OMS. (PAC – MF, 2001).

1. Causas médicas con patología crónica e invalidante.
2. Edad avanzada (mayor de 80 años).
3. Residente en institución (asilo).
4. Vivir solo.
5. Sexo femenino.
6. Pobreza.

Para fines prácticos la Sociedad de Geriátría y Gerontología de México A.C. (GEMAC), considera que cada individuo es diferente, lo que determina calidad de vida distinta, y lo clasifica de la siguiente forma:

- a) Estado Físico.
 - Sano
 - Enfermo.
 - Inválido.
- b) Estado mental.
 - Lúcido.

Confuso.

Demente.

- c) Respecto a la familia.
Integrado.

No integrado.

- d) Respecto a la productividad.
Productivo.

Improductivo.

- e) Respecto a la sociedad.
Asimilado.

Desasimilado.

En consecuencia tendremos dos grupos:

1. El viejo joven sano: 60 – 75 años (fase transicional). Independiente o parcialmente dependiente.
2. El viejo enfermo crónico o inválido: totalmente dependiente.

El envejecimiento actual de la población es el resultado de los logros alcanzados en el control de las enfermedades infecciosas y la tendencia a la reducción de la natalidad, lo que lleva inexorablemente a la transición de una estructura poblacional joven a una de mayor de edad. Esta transición demográfica ha afectado inicialmente a países desarrollados y secundariamente, y de manera más rápida, a los que están en desarrollo. (Anzures, 2008).

Se estima que entre el año 2000 y 2050 en México habrá al menos 30 millones de personas más de la llamada tercera edad, con lo que el país pasara de ser una nación de niños y jóvenes a una de adultos mayores.

Ya que la tasa de crecimiento de la población de AM registrada en los últimos años es de 3.5 por ciento, lo que implica que tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años. Esta dinámica continuará hasta alcanzar una tasa de crecimiento de 4.3 por ciento durante la tercera década del siglo.

Así, en el año 2000 los mayores de 60 años representan un 6.8 % de la población, en tanto que en el 2005 constituyeron un 7.7 %, y se espera que en el 2050 constituyan un 28% de la población mexicana.

El índice de envejecimiento (la relación entre mayores de 60 años y menores de 15 años) de la población mexicana, indica que en el año 2000 había 20.5 AM por cada 100 niños. Siendo la relación hoy en día de 25 personas de la tercera edad por cada 100 infantes. Por lo que se espera que en el año 2034 haya la misma cantidad de niños y AM, en tanto que en el 2050 el país tendrá 166.5 AM por cada 100 niños. (Consejo Nacional de Población, 2005).

El envejecimiento de la población mexicana obliga a realizar un cambio en las formas de atención existentes y para ello es importante estar actualizado temas que atañen a un abordaje integro de este grupo de edad.

3.1.1 Cambios biológicos del envejecimiento:

Existen en la actualidad teorías biológicas que pretenden explicar los procesos íntimos del envejecimiento y se dividen en dos: las estocásticas, que son relativas a procesos gobernados sólo por el azar que conducen a una serie de errores de consecuencias catastróficas y propiciados por la interacción de factores como los radicales libres, la capacidad de reparación del DNA y la eficiencia de los mecanismos antioxidantes; y por otro lado, las teorías genéticas. En cuanto a los factores genéticos se refiere, numerosos indicios nos conducen a pensar que un número relativamente limitado de locus genéticos ejercen un efecto importante en el determinismo del envejecimiento intrínseco, es decir sobre los procesos que fijan la duración de la vida máxima potencial del hombre.

La especificidad de la duración de la vida para cada especie, la coincidencia en la esperanza de vida de los gemelos idénticos, son algunos de los elementos que apoyan la participación de factores genéticos.

Hay que subrayar que las teorías arriba citadas no son mutuamente excluyentes y parece claro que los procesos intrínsecos y extrínsecos que conducen al envejecimiento son múltiples y han dado lugar a través de la evolución a una duración máxima de la vida igual para todos en promedio. (Gutiérrez Robledo)

Sin embargo con el envejecimiento acontecen diversos cambios biológicos en los sistemas del organismo, con disminución de sus reservas funcionales y de su capacidad de adaptación. (Atención de la Salud en el Anciano).

Algunos de estos cambios se mencionan a continuación:

A) Sistema cardiovascular:

La presbicardia se define como la predisposición del corazón envejecido a desarrollar arritmias y falla en condiciones de estrés. Se prolonga el tiempo de la contracción y relajación del músculo cardíaco, se reduce la capacidad ventricular izquierda y disminuye la respuesta simpática. De manera que las arritmias aumentan en los ancianos asintomáticos.

A nivel vascular disminuye la elasticidad en las paredes de las grandes arterias, lo que aumenta la presión arterial sistólica y la labilidad del control vasopresor. Alterándose la perfusión de varios órganos.

Esta disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular predispone a situaciones de hipotensión postural y aumenta la sensibilidad a

Los fármacos antihipertensivos, cardiotónicos y antiarrítmicos.

B) Sistema pulmonar:

Son tres los elementos básicos del envejecimiento pulmonar: disminución de la elasticidad pulmonar, aumento en la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria. Lo cual lleva a una disminución del retroceso elástico pulmonar con volúmenes altos, originando un desequilibrio V / Q por la reducción de la presión arterial del oxígeno. La disminución de la presión arterial del oxígeno produce un incremento del gradiente alveolo / arterial.

También se observa un incremento en la capacidad funcional residual (CFR). Existe también una disminución de la respuesta ventilatoria por hipoxia e hipercapnia.

C) Sistema músculo- esquelético:

En los AM aumentan la inestabilidad postural, los trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo; hay cambios en la latencia, el tiempo y la amplitud de la respuesta muscular postural asociados con cambios debidos a la edad.

La pérdida ósea se manifiesta a partir de la quinta década en ambos sexos, pero se produce más rápidamente en las mujeres que en los hombres.

En los huesos la mayor pérdida ósea proviene de la corteza ósea, aunque en términos proporcionales el área trabecular del hueso es la más severamente afectada.

Estos cambios degenerativos en el sistema osteomuscular con pérdida de la masa muscular, desmineralización ósea, favorecen la osteoporosis, la artrosis y una mayor predisposición a las fracturas tras las caídas.

D) Cerebro:

El peso y el tamaño del cerebro disminuyen entre 100 y 150 gramos (10%) desde los 20 años hasta los 90 años por la reducción de los lípidos y las proteínas encefálicas. No hay pruebas científicas de que estos cambios estén en relación con la capacidad intelectual.

Hay estrechamientos de las circunvoluciones y una ampliación de los surcos, con aumento del tamaño de las cisternas y de los ventrículos.

Es característica la disminución del número de neuronas desde la época temprana de los 20 años hasta 30% hacia los 30 años; observado una mayor pérdida en la circunvolución temporal.

Existe además una disminución de las células de Purkinje y de las neuronas del asta anterior del hipocampo; se observa un engrosamiento gradual y fibrosis de la duramadre y de la leptomeninge con calcificaciones focales.

La lista de neurotransmisores crece a diario y cada uno de ellos experimenta alteraciones por envejecimiento, entre ellos la acetilcolina, la dopamina, la norepinefrina, la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico entre otros.

Probablemente todos estos cambios a nivel del SNC, produzcan una mayor sensibilidad a trastornos cognitivos y/ o afectivos (depresión) de origen multicausal.

E) Cambios en la termorregulación:

Ningún cambio biológico en la vejez es tan dramático como el que ocurre en la piel y anexos; el pelo canoso y las arrugas faciales son pruebas irrefutables del paso de los años. El componente conectivo particularmente comprometido es el colágeno.

La piel es uno de los órganos más extensos del cuerpo: aproximadamente 16% del pliego corporal total.

Siendo sus principales funciones y propiedades:

- Proveer una barrera para eliminar sustancias dañinas y prever la sequedad.
- Controlar la temperatura corporal.
- Recibir el estímulo sensorial del tacto, de la presión, la temperatura y otros.
- Excretar sustancia de desecho a través de las glándulas sudoríparas.

En los AM se observa un descenso en la respuesta del centro termorregulador, con aumento de la susceptibilidad al frío.

F) Disminución funcional del sistema renal, con decremento de la aclaramiento de creatinina y aumento de la sensibilidad a la toxicidad renal y general de fármacos.

G) Cambios neurosensoriales con disminución de las función perceptiva visual (especialmente la nocturna) y auditiva (para tonos altos).

H) Cambios endocrinos:

La atrofia glandular y la fibrosis son comunes; los niveles séricos de las hormonas pueden conservarse normales o alterarse; puede haber una disminución en su síntesis, en la secreción y en el nivel de degradación de las hormonas; los tejidos principales y las células se vuelven menos sensibles (más resistentes a las acciones hormonales y con menor habilidad de las glándulas para hacer frente a las demandas aumentadas espontáneas).

I) Tracto gastrointestinal:

En el nivel oral la pérdida de las piezas dentales disminuye la eficiencia masticatoria; se presentan cambios en la sensación del gusto: aumenta el sabor amargo, disminuye la producción y viscosidad salival alterando la motilidad de la lengua y la deglución de los alimentos; también decrece la actividad enzimática.

La motilidad y el vaciamiento gástrico parecen disminuir progresivamente con la edad. Aumenta el pH gástrico por la reducción de la secreción gástrica; se observa además una disminución en la absorción de nutrientes.

(Morales M.F, 1994; Atención de la Salud en el Anciano)

J) Cambios cognitivos:

Memoria: Casi todas las personas, a medida que se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre, sino también porque les resulta más difícil retener nuevas informaciones, nuevos datos, nuevas caras.

Los estudios sobre memoria sensorial visual indican que con el aumento de la edad se produce también un incremento en el tiempo requerido para identificar un estímulo visual. Al parecer el envejecimiento se asocia a cierta declinación en la calidad de recuerdo visual. Por otro lado, cuando una tarea de memoria excede la capacidad de la memoria a corto plazo (MCO) o requiere de la puesta en marcha de la memoria a largo plazo (MLP), los ancianos presentan problemas de recuperación y dificultades para almacenar la información a largo plazo. Por lo tanto, parece que lo que está en la base de la disminución de la memoria en la vejez es un funcionamiento ineficaz de los procesos de codificación y recuperación.

Rendimiento intelectual: No hay evidencia de que la vejez sea sinónimo de declinación intelectual y cognitiva de acuerdo con lo observado en estudios longitudinales hechos al respecto. Pero es indudable que si hay pérdidas en lo que respecta a la MLP. (Belloch FA).

Esta breve descripción de los aspectos biológicos del envejecimiento nos da una visión panorámica de cómo las modificaciones descritas pueden producir un impacto en el estilo de vida de los AM, aun en los sanos, debido a la disminución de la función en los diferentes sistemas.

Estos cambios en la estructura y función del organismo, especialmente a nivel músculo esquelético y nervioso, explican por qué el AM tiende a perder su capacidad de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas y a aumentar su dependencia. (Morales M.F, 1994)

Seguidamente, el envejecimiento de la población se acompaña de una modificación de la incidencia relativa de las enfermedades y de los síndromes crónicos e incapacitantes, que además no son prevenibles como la artrosis y la demencia que adquieren preeminencia sobre condiciones potencialmente fatales pero prevenibles como el cáncer y la enfermedad cardiovascular. Es así que las condiciones agudas y mortales son reemplazadas por patologías más incapacitantes.

Entre tanto, la realidad es la de un incremento en los números absolutos de individuos dependientes que, con toda probabilidad seguirá creciendo en las próximas décadas. Es así que se impone la necesidad del reconocimiento del problema que representa el deterioro funcional que prevalece al envejecer y la situación de dependencia que resulta del mismo. (Gutiérrez RLM 1997).

3.1.2 Función y deterioro funcional:

Al hablar de deterioro funcional es importante primero definir el concepto de función, entendiéndose como la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar, en forma de ecuación, en varios componentes:

Función = Físico + cognitivo + emocional/ entorno y recursos sociales.

Dicho de otra manera el estado funcional es la capacidad del individuo de funcionar en múltiples áreas: mental, física y social.

Sin embargo cabe señalar que un menoscabo funcional no se debe de contemplar como una cuestión aislada o como un acompañante inevitable de la vejez, ya que la edad y deterioro funcional no son de ningún modo sinónimos. (Larrión J.L, 2005).

En el caso del AM, el estado funcional ha sido reconocido por la OMS como el mejor indicador de la repercusión de enfermedad en el estilo de vida y nivel de dependencia del individuo. (Gutiérrez RLM, 1997).

Por otro lado las implicaciones que la capacidad funcional tiene sobre el bienestar y la calidad de vida no son desdeñables. Datos de encuestas realizadas a los AM, señalan que “uno de sus mayores temores es la pérdida de la autonomía”.

Ya que la calidad de vida de los gerontes está determinada por su capacidad funcional y de independencia más que por las enfermedades específicas que padecen. Las concepciones más recientes del concepto calidad de vida ya no establecen un sumando simple entre enfermedades crónicas y falta de capacidad funcional, sino que se pone más énfasis en esta última poniendo de manifiesto su relevancia autónoma e independiente. (Jáuregui et al; Larrión J.L, 2005). De tal modo que existe una estrecha relación entre el deterioro funcional y la dependencia.

3.1.3 Dependencia física:

Según el libro de la dependencia elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Consejo de Europa la define como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o , más concretamente como “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”.

Existen múltiples factores que pueden influir en la aparición de la dependencia en el AM entre los cuales se encuentran los siguientes:

1.- Factores físicos:

- a) Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos.
- b) Problemas físicos relacionados con la inmovilidad y la ausencia de fuerzas que pueden desencadenar accidentes y caídas.
- c) Limitaciones sensoriales.
- d) Enfermedades crónicas (p. ej., la osteoporosis) o uso de fármacos (polifarmacia).

2.- Factores psicológicos

- a) Trastornos mentales (p. ej., depresión, Alzheimer).
- b) Factores de personalidad.

3.- Factores económicos.

4.- Factores contextuales.

También es importante señalar que existen diferentes grados de dependencia los cuales se mencionan a continuación:

1) Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, al menos una vez al día.

2) Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

3) Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continúa de otra persona.

Las ABVD (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia de esfínteres).constituyen el nivel más bajo de funcionamiento, son consideradas imprescindibles para vivir (miden los niveles más elementales de la función física y son esenciales para el auto cuidado), por debajo de ellas solo quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la tensión arterial, excreción etc.).

La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de las mismas en la infancia. (Medynet.com/el medico; N° 892-10 enero-03).

La información de estas actividades básicas se ha utilizado para desarrollar líneas predictivas acerca de resultados funcionales relacionados con enfermedades específicas y de sus tratamientos, para describir estadios y severidad de patologías, para planificar decisiones de ubicación, para determinar la elegibilidad de cuidados prolongados y, a otros niveles, para establecer nuevas políticas sociales. (Larrión J.L, 2005).

La escala de Lawton y Brody fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Los clínicos típicamente usan la escala para detectar problemas en el desempeño de estas actividades y planificar la atención en forma acorde. El índice clasifica la suficiencia del desempeño en las seis funciones de: bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación. (OPS, 2004)

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody, que son más complejas y también evalúan el grado de dependencia (ver anexo 2), mediante la evaluación de 8 ítems. En donde la máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. 0 -1= dependencia total, 2 – 3 = dependencia Grave, 4 – 5= dependencia moderada, 6 – 7 = dependencia leve y 8 autonomía.

Este instrumento es empleado desde hace 15 años, tomándose como base para evaluar la capacidad del AM para realizar las funciones básicas de la vida.

En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento, se sabe que en los AM ha demostrado constancia a lo largo del tiempo, a pesar de que la escala no ha sido modificada desde hace más de 36 años de su creación.

3.1.4: La familia como parte del desarrollo del adulto mayor.

En la sociedad actual la familia continúa siendo pieza fundamental para el establecimiento de reglas y organización de los grupos humanos, pero cuando en estas familias hay un adulto mayor, resulta un tanto difícil determinar si es la familia la única responsable de atenderlo, igualmente resulta difícil establecer cuál es el rol de este integrante en el contexto familiar y social.

En los últimos años se han presentado cambios en nuestra sociedad de forma general que han afectado, de alguna manera, a la transformación del ciclo de vida familiar. Entre estos cambios se puede citar la incorporación de la mujer al mundo laboral. Como principal consecuencia, el cuidado del adulto mayor ha pasado de ser una dedicación familiar a un problema social.

La estructura familiar actual está reducida de tamaño y limitada en espacios vitales, donde el adulto mayor tradicional empieza a no tener cabida. Estos impactos en la familia han hecho que al igual que se deja a los hijos casi recién nacidos en guarderías infantiles, también se busque la opción de dejar al adulto mayor en residencias o al cuidado de personajes para su atención.

Del total de mayores que necesitan ayuda un alto porcentaje la reciben de su familia y en todo caso podemos afirmar que sería ideal que éste viva con su familia y sólo ingresar en una residencia por razones de necesidad y no por el único deseo de liberarse del paciente.(Anzures, 2008).

Es importante que el médico familiar oriente a la familia para que el adulto mayor se sienta querido dentro del núcleo sin perder su dignidad individual, su respeto y sus necesidades personales. El adulto mayor está listo para la comunicación y necesita del diálogo, por lo que se necesita que todos los integrantes de la familia tengan gran sensibilidad para evitar a toda costa que el adulto mayor caiga en el aislamiento, se sienta solo e incluso olvidado. El adulto mayor, igual que cualquier otro integrante de la familia y de la sociedad, necesita ternura, sentirse amado y estimado por su entorno.

La familia debe de ser capaz de identificar cuando el adulto mayor cuenta con sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, ya que en esta etapa puede tener problemas de comprensión, orientación, elaboración de una respuesta coherente, pero estos déficit no tienen porque invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas. Puede darse el caso de personas con deterioro cognitivo severo o con incapacidad manifiesta, que claramente imposibilitan a la persona a ejercer su derecho a ser autónomo, pero han de ser casos excepcionales que nunca deben convertirse en norma.

Es de esperarse que el mismo proceso de envejecimiento se acompañe de un deterioro de las capacidades físicas y mentales, mismo que severa más afectado si se acompaña de alguna enfermedad degenerativa. Si estas deficiencias empiezan a duplicarse, mientras su capacidad de autonomía y aumenta el grado de dependencia. Por tanto, es de vital

importancia identificar estos datos que marcan el grado de dependencia, ya que esto pasaría de ser un problema personal y familiar a un conflicto social. (Anzures Carro, 2008).

3.1.5 FACES III:

La familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual (AM) como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

Sin embargo la manera en que los factores de estrés afectan a estas familias; así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud pueden favorecer el riesgo de disfunción familiar. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, del grado de cohesión y adaptabilidad familiar (Gómez- Clavelina FJ; Ponce Rosas ER; Irigoyen Coria AE).

FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*): Es la tercera versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y Col. En 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con las familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar. (Huerta González, 2005).

La cohesión, se define como “grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. (Huerta González, 2005)

La adaptabilidad familiar es “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o de desarrollo”. (Huerta González, 2005).

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece al mantenimiento de las otras dos.

En la actualidad se dispone de varios instrumentos para la evaluación de la familia, sin embargo cuando lo que se pretende evaluar es precisamente la cohesión y adaptabilidad familiar el mejor instrumento es el FACES III. (Ver. Anexo 4).

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (Cohesión y adaptabilidad).

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos.

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”. (Huerta González, 2005).

Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores con diferentes grados de dependencia funcional?

5. JUSTIFICACION.

Como podemos ver uno de los logros más notables es haber aumentado sustancialmente la expectativa de vida de las personas, esto debido en parte al avance en los conocimientos médicos sobre los procesos de enfermedad y el mayor acceso de la población a los servicios de salud. (Belloch FA.)

Sin embargo cantidad no significa calidad, ya que el hecho de incrementar la esperanza de vida en nuestra población, no significa que los individuos lleguen sanos a esta edad, dado que con el envejecimiento llegan pérdidas severas en la salud con deterioro de las capacidades físicas o mentales, que afectan de forma proporcional la autonomía de los gerontes.

En los AM la transición a un estado de dependencia funcional implica un aumento de sus requerimientos de apoyo, produciendo reajustes en la adaptabilidad del binomio anciano-familia, ya que la familia es quien brinda cuidado y afecto al AM.

Por lo que frente a esta problemática, bajo la premisa fundamental de la medicina familiar de atender los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, surge la necesidad de contemplar al AM como una entidad holística.

6. OBJETIVOS.

Los objetivos del presente trabajo son:

1.1. Objetivo General: Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores con diferentes grados de dependencia funcional.

6.2. Objetivos Específicos:

- a. Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en el adulto mayor.
- b. Identificar los diferentes grados de dependencia funcional en la población de estudio.
- c. Determinar si los diferentes grados de dependencia funcional en el adulto mayor pueden modificar la cohesión y adaptabilidad familiar.
- d. Basándonos en los resultados que se obtengan, plantear alternativas para la atención integral del AM que busquen fortalecer el apoyo y los lazos familiares.

7. HIPÓTESIS:

7.1 Hipótesis General:

La cohesión y adaptabilidad familiar en los adultos mayores varía en relación a los diferentes grados de dependencia funcional.

7.2. Hipótesis Nula:

La cohesión y adaptabilidad familiar en los adultos mayores no varía en relación a los diferentes grados de dependencia funcional.

7.3 Hipótesis Particular:

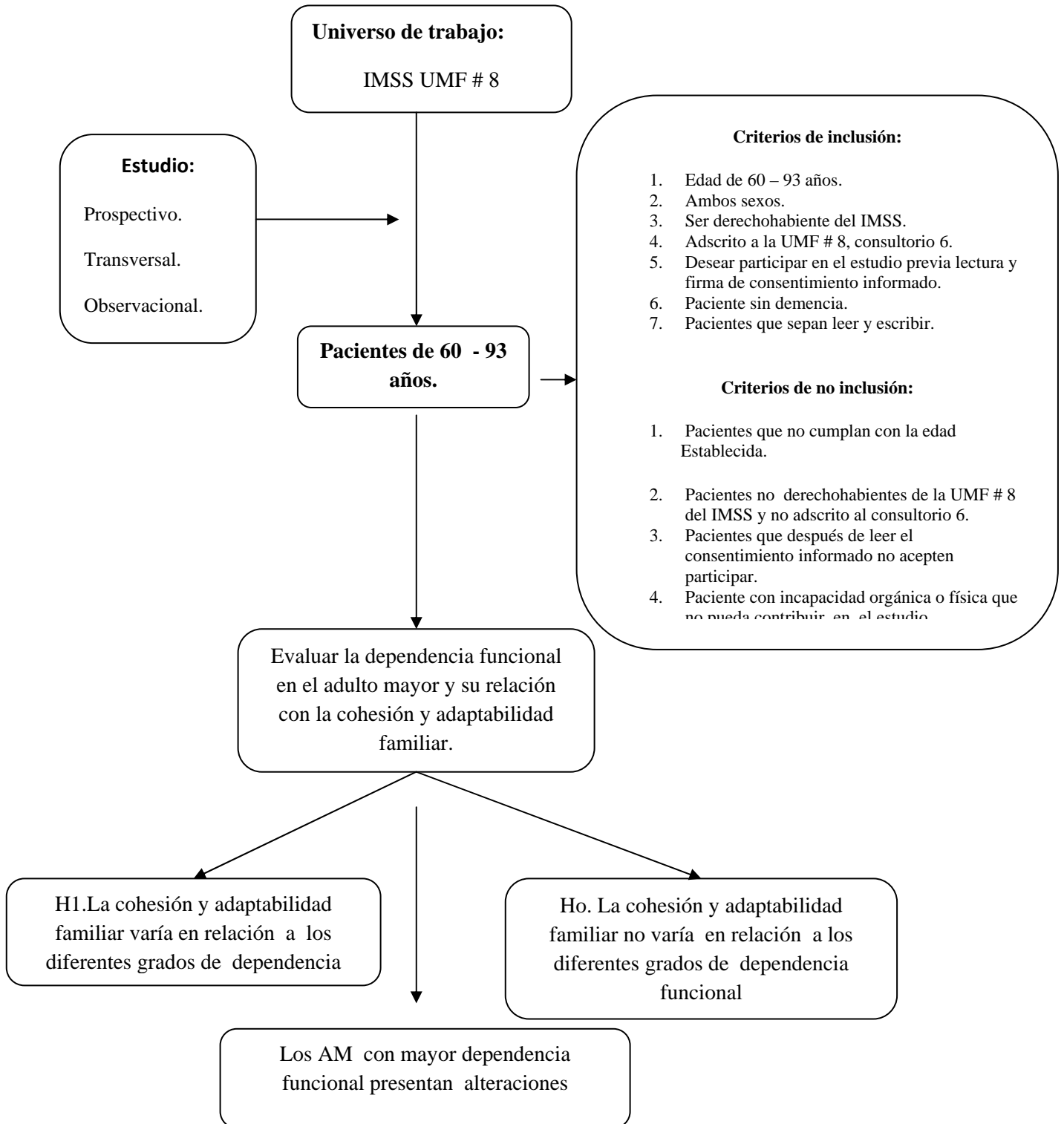
Los adultos mayores con mayor grado de dependencia funcional presentan alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar.

8. MATERIAL Y MÉTODOS:

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

- a) Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de información: **Prospectivo.**
- b) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **Observacional.**
- c) Según el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio es: **Transversal.**

8.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



8.3.0 POBLACIÓN.

Pacientes de ambos sexos (femenino, masculino), mayores de 60 años de edad que sean derechohabientes a la UMF # 8 del IMSS, adscrito al consultorio No 6.

8.3.1 LUGAR.

Unidad de Medicina Familiar # 8 IMSS, ubicada en Río Magdalena número 289 Colonia Tizapán, San Ángel.

8.3.2 TIEMPO.

Se aplicarán los instrumentos de evaluación durante el periodo comprendido en los meses de julio de 2008 a marzo del 2009. Se anexa cronograma de actividades (Ver cronograma de actividades).

8.4.0 Tipo de Muestreo.

No probabilístico, por conveniencia.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se considerara a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N.Z^2 P.Q}{d^2 (N-1) + Z^2 P.Q}$$

En donde:

n = 830.

Z = 1.960

Q= 0.9

P= 0.05

8.5.0 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) Paciente de 60 a 93 años, ambos géneros.
- b) Ser derechohabientes del IMSS de la UMF del HGZ número 8 y estar adscrito al consultorio 6.
- c) Desear participar en el estudio previa lectura y firma de consentimiento informado.
- d) Paciente sin demencia.

8.5.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Quedarán fuera del estudio:

- a) Pacientes que no cumplan la edad establecida.
- b) Pacientes no derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS y no adscritos al consultorio 6.
- c) Pacientes que después de leer el consentimiento informado no acepten participar.
- d) Paciente con incapacidad orgánica o física que no pueda contribuir en el estudio (contestar cuestionario).

8.5.2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Quedarán eliminados del estudio los pacientes que no completen las valoraciones.

8.6.0. VARIABLES

Se trabajara con dos variables Dependencia (variable dependiente), Cohesión y Adaptabilidad familiar (variables independientes).

8.7.1 Variable dependiente:

Dependencia funcional.

a) Definición conceptual:

- La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana
- 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.

b) Definición operacional:

- Para valorar los diferentes grados de dependencia se propone a escala de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.

c) Escala de medición operacional de la variable:

(Ver anexo 2).

8.7.2. Variables Independientes:

Adaptabilidad familiar

a) Definición conceptual:

- La habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

b) Definición operacional:

- Para valorar la adaptabilidad familiar se propone el FACES III.

c) Escala de medición operacional de la variable:

(Ver anexo 3)

8.8.0 DISEÑO ESTADISTICO.

8.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se cuenta con dos instrumentos de recolección de datos previamente valorados y validados (Ver anexo 2) para evaluar la dependencia funcional en el AM.

La escala de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody.

La cual está compuesta por 8 ítems (Ver anexo 2), cada uno de los cuales plantea varias posibilidades. En donde la máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total.

Para recolectar la información referente a la cohesión y adaptabilidad familiar en el AM, emplearemos el FACES III, que es un instrumento ampliamente validado (ver anexo 3) y

que consta de 20 ítems, que nos permiten clasificar a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.

8.10 METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

A) Obtener la muestra de AM derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS, adscritos al consultorio número 6 con base a los lineamientos estadísticamente establecidos.

B) Se informara a los AM seleccionados acerca del estudio que se pretende realizar y la finalidad del mismo.

C) Si la persona acepta participar en el estudio se solicitara por escrito su autorización mediante la carta de consentimiento informado.

D) Posteriormente se aplicara en una sesión la escala de Lawton (para evaluar el grado de dependencia) y el FACES III (para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar). En donde los tiempos para aplicar cada una de los instrumentos de evaluación serán:

Escala o instrumento.	Tiempo.
• Escala AIVD (Lawton y Brody).	5 min.
• FACES III	10 min.
TOTAL	15 min.

E) Los resultados se anotaran en una libreta de registro, con clave para cada paciente. En donde se consideraran cada una de las variables del estudio.

F) Posteriormente los datos se introducirán en una computadora, en una hoja de cálculo para su análisis estadístico (Paquete estadístico SPSS versión 16). Y Microsoft Office Excel 2007.

G) Finalmente se integraran los resultados de ambas escalas y se analizaran los resultados con la finalidad de cumplir con los objetivos de estudio.

8.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

A. Escala de medición de las variables:

La variable dependiente (dependencia funcional) y la variable independientes (adaptabilidad familiar) se medirán como variables determinativas, escalares, finitas y discretas.

B. Técnicas para controlar las diferencias situacionales:

Todos los sujetos de estudio serán valorados en un espacio de tiempo y lugar (consultorio) similar, por el mismo personal (un médico).

8.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

De acuerdo con lo señalado en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (1964) y en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Art. 13, 14 y 21) en México (1987), todos los candidatos a participar en el estudio serán informados en forma clara y oportuna acerca de los propósitos del mismo, y de aceptar su autorización será mediante firma de la carta de consentimiento Informado; toda la información aportada será confidencial y con fines de investigación.

8.13 RECURSOS.

Se utilizaran en la investigación los siguientes recursos:

8.13.1. Humanos:

1. Un médico realizador del proyecto.
2. Un asesor del proyecto.
- 3.

8.13.2. Materiales y físicos:

1. Cartas de consentimiento informado (Anexo 1).
2. Copias de la escala de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody. (anexo 2)
3. Copias del FACES III (Anexo 3).
4. Plumas lápices.
5. Cronómetro.
6. Libreta de registro.
7. Una computadora.
8. Hojas blancas.
9. Paquete estadístico SPSS versión 16.
10. Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente.

8.13.3 Financiamiento del proyecto.

El financiamiento del estudio será asumido por el investigador.

8.14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MES								
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Elección del tema	x								
Título	x								
Antecedentes	x								
Bibliografía		x							
Marco teórico		x							
Planteamiento del problema		x							
Justificación			x						
Objetivos			x						
Hipótesis			x						
Material y métodos				x					
Tipo de estudio				x					
Diseño de investigación				x					
Población lugar y tiempo					x				
Muestra					x				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.					x				
Variables						x			
Definición conceptual y operativa de las variables						x			
Diseño estadístico						x			
Instrumentos de recolección de datos							x		
Método de recolección de los datos							x		
Maniobras para evitar o controlar sesgos							x		
Recursos								x	
Consideraciones éticas								x	
Registro y autorización del proyecto								x	
Prueba piloto									X

9. RESULTADOS:

De acuerdo a la investigación obtuvimos los siguientes resultados, después de aplicar 64 cuestionarios.

Genero.

De las 64 personas encuestadas, 32 fueron del género masculino y 32 del género femenino. Obteniendo el 50% de mujeres y 50% de Hombres. (Gráfica 1).

Edad.

En relación a la edad, se agruparon por grupos encontrándose los siguientes resultados: De 60 – 64 años el 20.31%, de 65 – 69 años 25.56%, de 70 – 74 años 20.31%, de 75 – 79 años, 15.62%, de 80 – 84 años 12.5%, de 85 y más 4.68%.(Gráfica 2).

Estado civil.

En relación al estado civil el estudio reporto que el 5% de los pacientes encuestados es soltero, el 44% es casado, el 23% en unión libre, el 16% se encuentra divorciado y el 12% se encuentra viudo. (Gráfica 3).

Escolaridad.

Con respecto a la escolaridad, se obtuvieron los siguientes resultados, saber leer y escribir 9.37%, primaria 15.62%, secundaria 23.43%, carrera técnica 15.62%, preparatoria 12.50%, licenciatura 17.18%.(Gráfica 4).

Ocupación.

Del 100% de los pacientes encuestados el 12% es comerciante, el 41% se dedica el hogar y el 47% es jubilado. (Gráfica 5).

Enfermedades crónicas degenerativas.

Se obtuvieron los siguientes resultados; 18.75% a sanos, 28.12% a diabéticos, el 26.56% a hipertensión arterial, el 6.25% a Neumopatías y el 20.31% a otras enfermedades. (Gráfica 6).

Escala de Lawton.

De las 64 realizadas encontramos los siguientes resultados: incapacidad total 9.37%, el 6.24% con incapacidad grave, el 17.18% con incapacidad moderada, el 42.18% con incapacidad leve y el 24.99% con autonomía. (Gráfica 7).

Cohesión familiar.

Con respecto a la cohesión familiar encontramos los siguientes resultados, de los 64 pacientes encuestados encontramos, que el 29.68% pertenecen a una familia disgregada, el

29.68% a una familia semirrelacionada, 21.87% a una familia relacionada y el 18.75% a una familia aglutinada. (Gráfica 8).

Adaptabilidad familiar.

Con respecto a la adaptabilidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados: que el 18.75% familia rígida, el 21.87% a una familia estructurada, el 28.12% a una familia flexible y el 31.25% a una familia caótica. (Gráfica 9).

Cohesión y adaptabilidad.

Al correlacionar los resultados obtenidos de estas dos variables observamos que, de los 64 pacientes encuestados 20 (31.25%) tuvieron mejor cohesión y adaptabilidad, 22 (34.37%) mejor cohesión y extrema adaptabilidad, 13 (20.31%) extrema cohesión y mejor adaptabilidad; y 9 (14.06%) extrema cohesión y extrema adaptabilidad (Gráfica 10).

Correlación de la dependencia funcional con cohesión y adaptabilidad familiar:

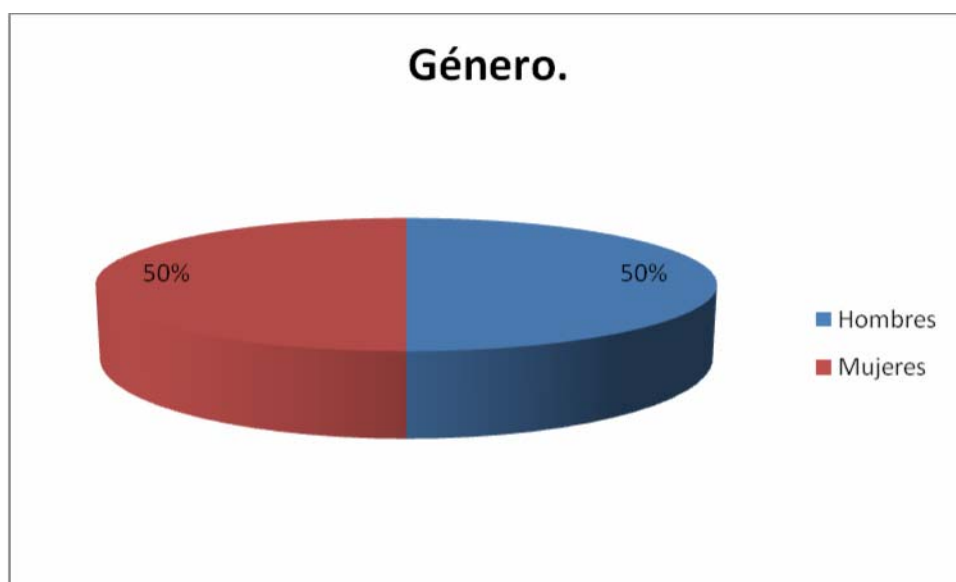
Al correlacionar el subtipo de dependencia funcional de cada uno de los pacientes estudiados con los resultados aportados por el FACES III en relación a Cohesión y Adaptabilidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados:

El subtipo más frecuente de dependencia funcional en pacientes con una cohesión familiar disgregada y adaptabilidad caótica fue la autonomía; mientras que la dependencia leve y moderada predominante en pacientes con una cohesión disgregada y adaptabilidad flexible. Se observó que en pacientes con una cohesión disgregada y adaptabilidad estructurada el subtipo que predominó fue el de dependencia moderada. Mientras que en pacientes con una cohesión semirrelacionada con una adaptabilidad caótica y flexible predominó el subtipo de dependencia moderada. También la dependencia funcional leve predominó en familias con cohesión semirrelacionada con una adaptabilidad estructurada. Sin embargo la autonomía predominó en las familias con cohesión semirrelacionada y adaptabilidad rígida. En los que presentaron una cohesión relacionada con una adaptabilidad caótica y estructurada la dependencia leve fue la que predominó. El subtipo de dependencia grave predomina en familias con cohesión relacionada y adaptabilidad flexible. El subtipo más frecuente de dependencia en pacientes con una cohesión relacionada y adaptabilidad rígida fue la dependencia moderada. Además nos muestra que el subtipo de dependencia grave predomina en familias con cohesión aglutinada y adaptabilidad caótica, así también la dependencia funcional leve predominó en familias con cohesión aglutinada y adaptabilidad flexible y estructurada. El subtipo de dependencia funcional grave predomina en familias con una cohesión aglutinada y una adaptabilidad rígida.

TABLAS Y GRÁFICAS.

Género. (Gráfica 1).

Hombre	Mujer	Total.
32	32	64
50%	50%	100%

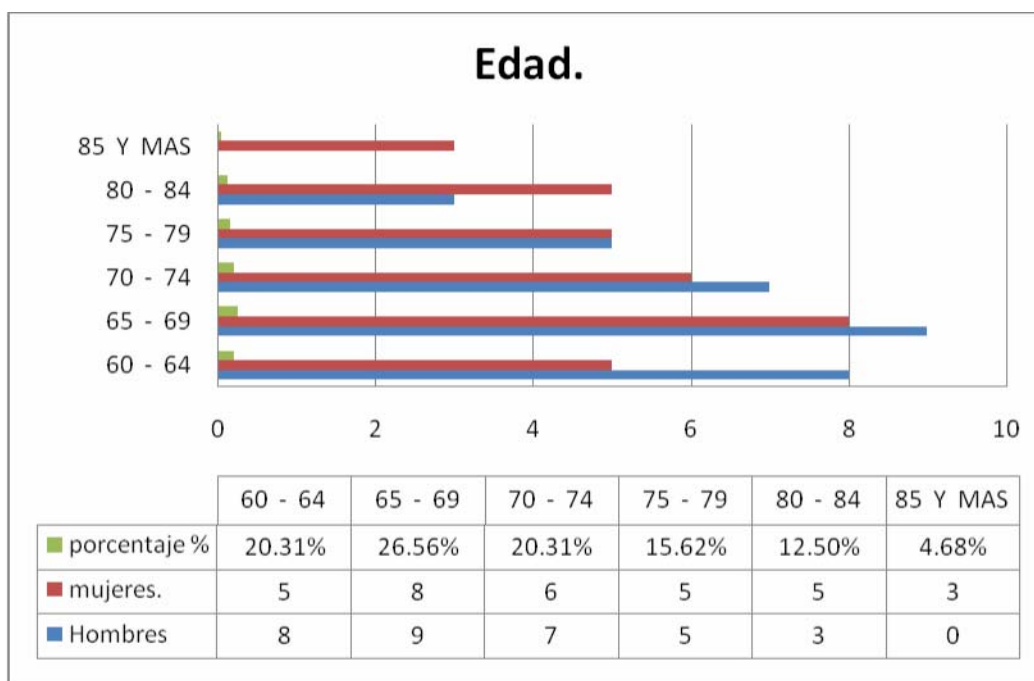


Fuente: Encuestas aplicadas. N= 64

Edad. (Gráfica 2).

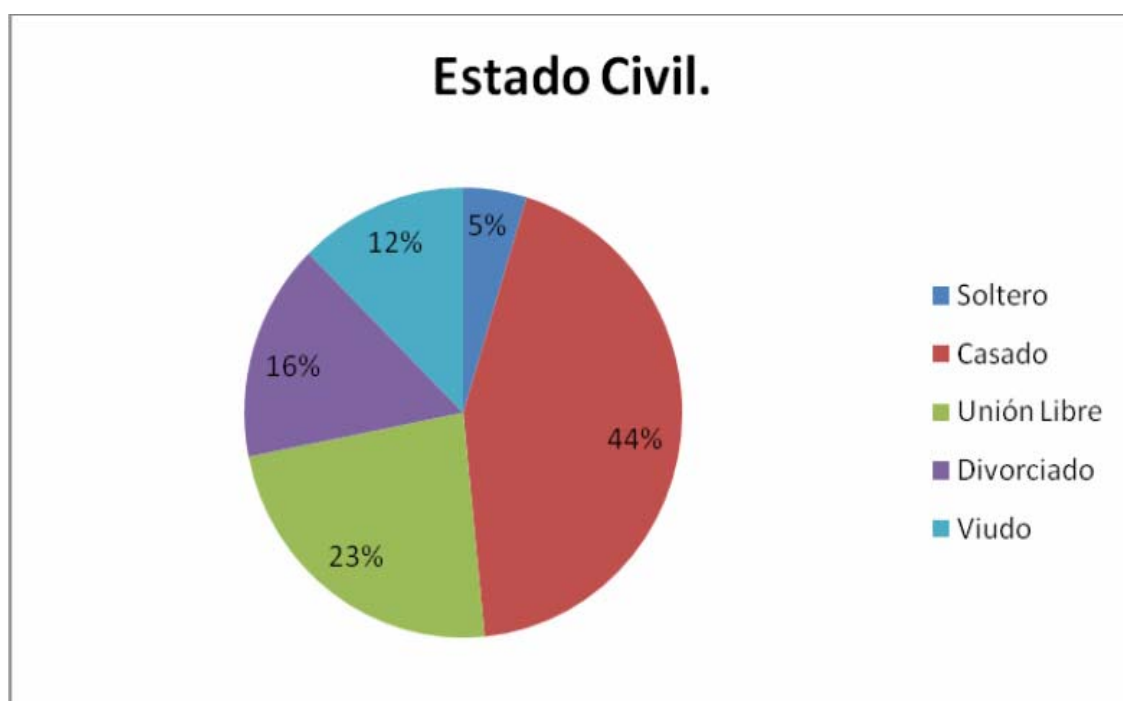
Edad	Hombres	Mujeres	Porcentaje (%)
60 – 64 años	8	5	20.31%
65 – 69 años	9	8	26.56%
70 – 74 años	7	6	20.31%
75 – 79 años	5	5	15.62%
80 – 84 años	3	5	12.50%
85 y más		3	4.68%

Fuente: Encuestas aplicadas. n = 64.



Estado Civil. (Gráfica 3).

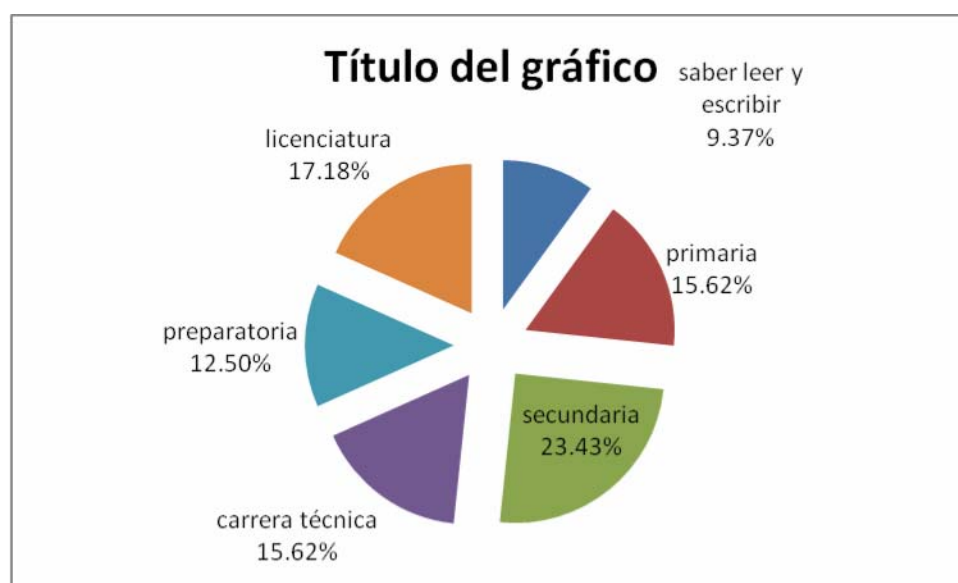
Soltero	Casado.	Unión Libre.	Divorciado.	Viudo.
3	28	15	10	8
5%	44%	23%	16%	12%



Fuente: Encuestas aplicadas. n= 64.

Escolaridad. (Gráfica 4).

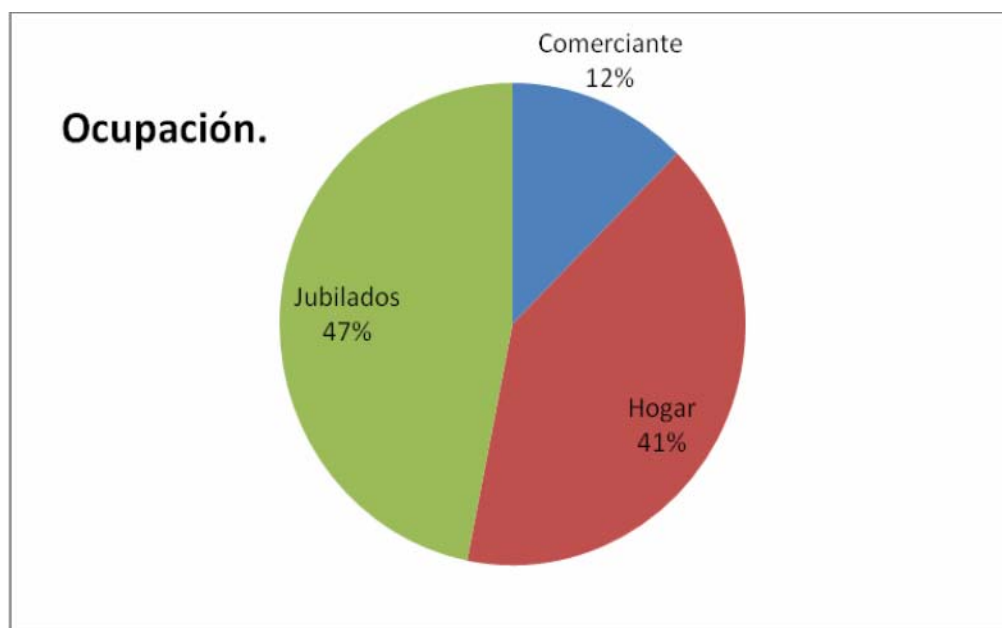
Saber leer y Escribir	Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Preparatoria	Licenciatura
6	10	15	10	8	11
9.37%	15.62%	23.43%	15.62%	12.50%	17.18%



Fuente: Encuestas aplicadas. n= 64

Ocupación. (Gráfica 5).

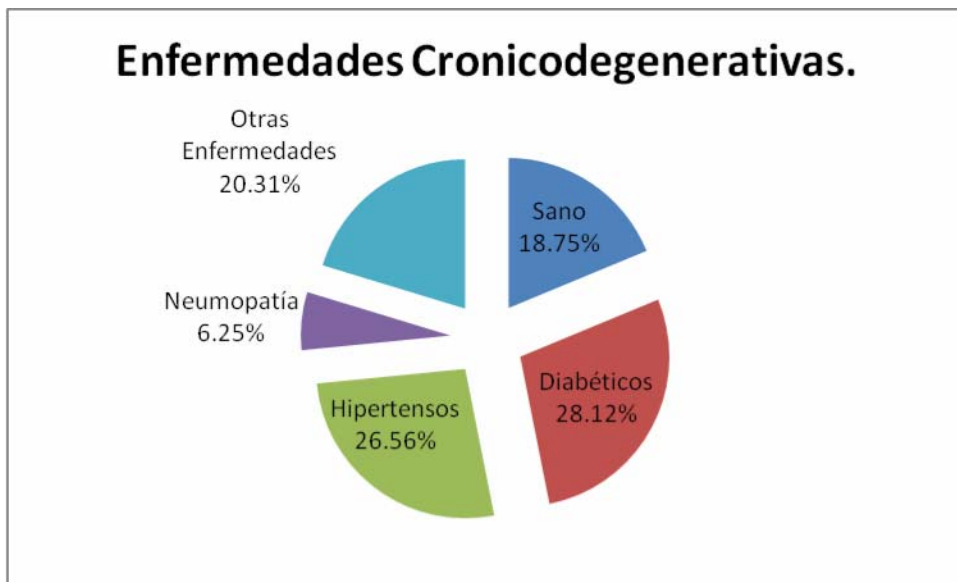
Comerciante	Hogar	Jubilados.
8	26	30
12%	41%	47%



Fuente: Encuestas aplicadas. n= 64

Enfermedades Crónicodegenerativas. (Gráfica 6).

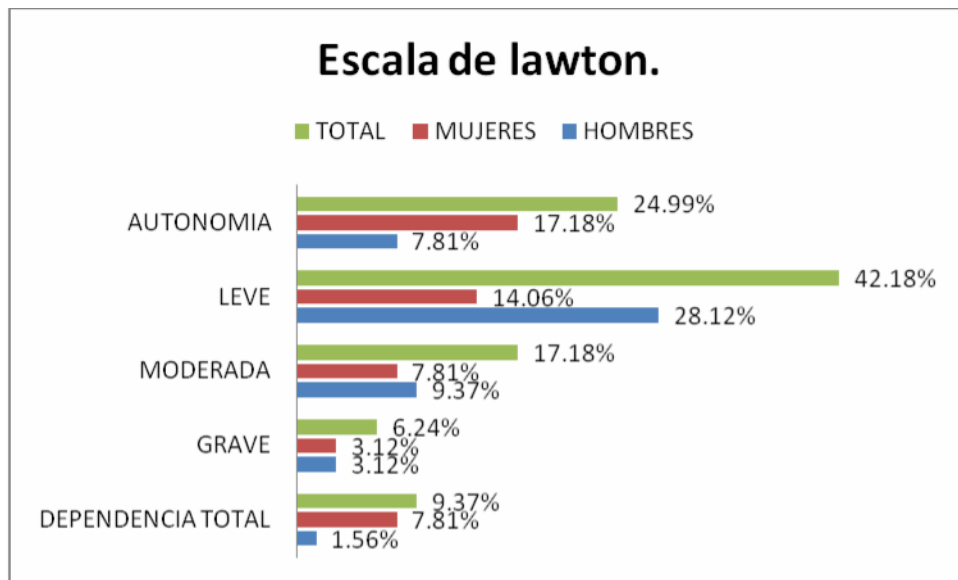
Sano.	Diabéticos.	Hipertensos.	Pneumopatía.	Otras Enfermedades.
12	18	17	4	13
18.75%	28.12%	26.56%	6.25%	20.31%



Fuente: Encuestas aplicadas. n= 64.

Escala de Lawton. (Gráfica 7).

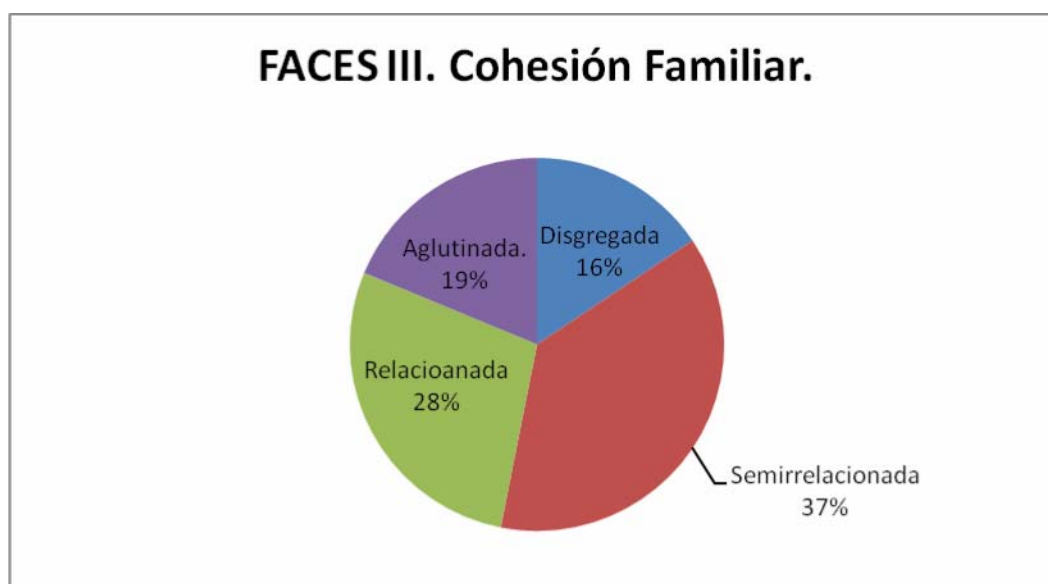
Escala de Lawton	Dependencia total	Grave	Moderada	Leve	Autonomía
Hombre	1.56%	3.12%	9.37%	28.12%	7.81%
Mujer	7.81%	3.12%	7.81%	14.06%	17.18%
Total	9.37%	6.24%	17.18%	42.18%	24.99%



Fuente: Encuestas aplicadas. N = 64.

Cohesión Familiar. (Gráfica 8).

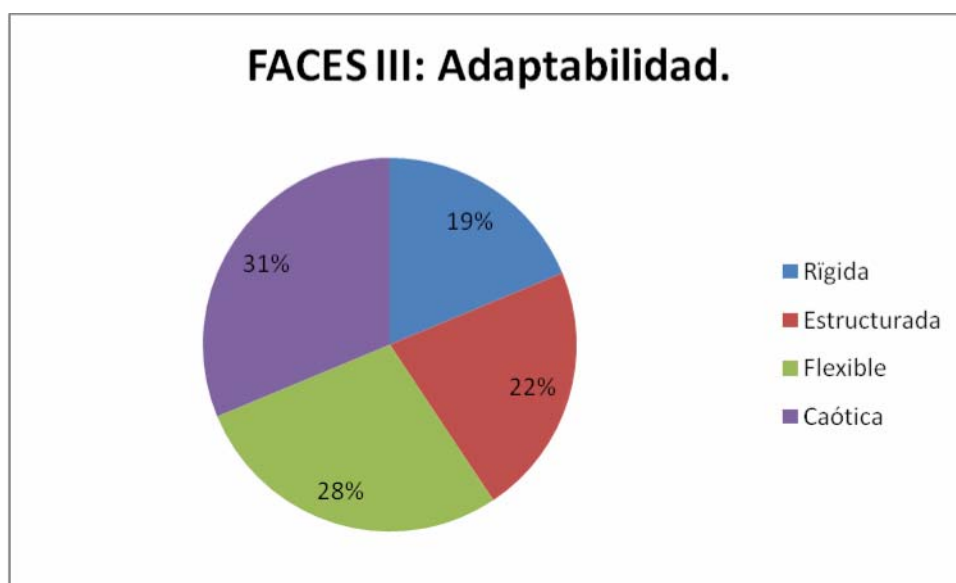
Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
10	24	18	12
16%	37%	28%	19%



Fuente: Encuestas aplicadas. N= 64

Adaptabilidad Familiar₂ (Gráfica 9).

Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
12	14	18	20
19%	22%	28%	31%

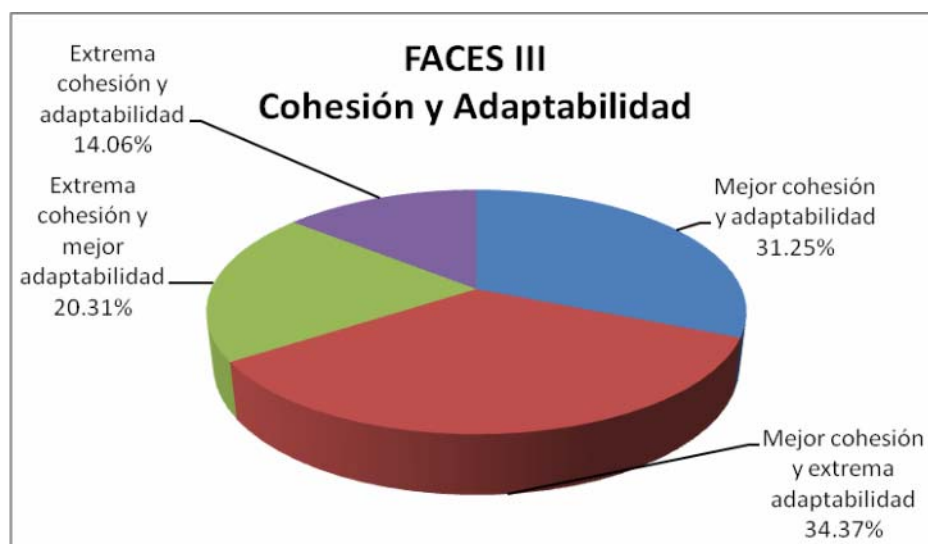


Fuente: Encuestas aplicadas. n= 64

FACES III. COHESION Y ADAPTABILIDAD. (Gráfica 10).

			Cohesión			
			Extrema	Mejor		Extrema
			Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Adaptabilidad.	Extrema	Caótica	1 (1.56%)	10 (15.62%)	6 (9.37%)	2 (3.12%)
	Mejor	Flexible	5 (7.8%)	5 (7.8%)	4 (6.25%)	5 (7.8%)
		Estructurada	1 (1.56%)	5 (7.8%)	6 (9.37%)	2 (3.12%)
	Extrema	Rígida	3 (4.68%)	4 (6.25%)	2 (3.12%)	3 (4.68%)

Mejor cohesión y adaptabilidad	31.25%
Mejor cohesión y extrema adaptabilidad	34.37%
Extrema cohesión y mejor adaptabilidad	20.31%
Extrema cohesión y adaptabilidad	14.06%



Correlación de Dependencia Funcional con Cohesión y Adaptabilidad Familiar:

Adaptabilidad	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Caótica Dependencia Autonomía	1	2	1		4
Leve.			2		2
Moderada.		4	1		5
Grave		2	1	2	5
Total.		2	1		3
Total	1	10	6	2	19
Flexible Dependencia Autonomía					
Leve.	2			3	5
Moderada.	2	3	1	1	7
Grave		1	2	1	4
Total.	1	1	1		3
Total	5	5	4	5	19
Estructurada Dependencia Autonomía		1	1		2
Leve.		2	3	2	7
Moderada.	1	1			2
Grave			1		1
Total.		1	1		2
Total	1	5	6	2	14
Rígida Dependencia Autonomía		2			2
Leve.	1	1			2
Moderada.	1		2	1	4
Grave		1		2	3
Total.	1				1
Total	3	4	2	3	12

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PRODUCTO-MOMENTO DE PEARSON:

Prueba de Pearson. 0.05

		Dependencia Funcional.	Cohesión.
Dependencia	Correlación de Pearson.	gl = 7	-0.645
	N	64	64
	Cohesión.	-0.645	gl = 7
	N	64	64

Prueba de Pearson. 0.05

		Dependencia Funcional.	Adaptabilidad.
Dependencia	Correlación de Pearson.	gl = 7	-0.549
	N	64	64
	Adaptabilidad	-0.549	gl = 7
	N	64	64

10. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que existe una asociación lineal entre la dependencia funcional y la cohesión y adaptabilidad familiar.

Lo cual tiene gran relevancia, ya que se corrobora lo observado en diferentes estudios en donde se ha relacionado los grados de dependencia funcional con padecimientos de origen familiar y enfermedades cronicodegenerativas. (Tovar, 2006). Si bien la Adaptabilidad Familiar es definida como “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o de desarrollo”, el hecho de que el 19% de los pacientes estudiados tengan una adaptabilidad caótica y el 31% de adaptabilidad rígida explica parcialmente, porque los pacientes con diferentes grados de dependencia funcional presentan diferentes enfermedades discapacitantes.

Es importante reconocer esta asociación, porque a menudo algunos pacientes con diferente dependencia funcional con autonomía y dependencia leve, son los que mas consultan por problemas de cohesión, adaptabilidad y comunicación en la familia. (Anzures, 2008).

Por lo que la alteración en la adaptabilidad familiar, podría ser contemplada dentro de los factores psicosociales que contribuyen en la exacerbación o recurrencia de los diferentes grados de dependencia funcional.

Si bien es cierto que al evaluar la cohesión familiar encontramos que, solo el 28% de los pacientes pertenece a una familia con una cohesión relacionada y un 37% con una cohesión semirrelacionada, por lo que en el estudio se encontró que existe una asociación líneal en el puntaje de grados de dependencia funcional y la cohesión familiar.

11. CONCLUSIONES:

Si existe una asociación estadísticamente significativa entre los grados de dependencia funcional con la adaptabilidad familiar, así como también se comprobó que existe una asociación entre dicha entidad y la cohesión Familiar.

Por lo que se sugiere el empleo del FACES III para identificar aspectos relacionados con alteraciones en la misma, principalmente en pacientes con dependencia leve a moderada y en quienes las medidas convencionales farmacológicas y de rehabilitación resulten insuficientes, ya que se necesita el apoyo de todos los integrantes de la familia.

Además de contemplar la posibilidad de brindar terapia familiar a pacientes que presenten dichas alteraciones, encaminada principalmente a la resolución de crisis producidas por la dependencia funcional y el ciclo evolutivo de la familia, ya que la familia juega un papel importante tanto en los aspectos psicosociales como en el proceso salud enfermedad de estos pacientes.

12. APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL.

De acuerdo los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que la aplicación del FACES III en pacientes con dependencia funcional puede ser de gran utilidad para el médico familiar, con la finalidad de que pueda identificar aquellos pacientes con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar.

Por lo cual frente a esta problemática, bajo la premisa fundamental de la medicina familiar de atender los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral continua, y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, surge la necesidad de contemplar a los pacientes con dependencia funcional como una entidad holística.

Es importante que el médico familiar oriente a la familia para que el adulto mayor se sienta querido dentro del núcleo sin perder su dignidad individual, su respeto y sus necesidades personales.

La familia debe de ser capaz de identificar cuando el adulto mayor cuenta con sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, ya que en esta etapa puede tener problemas de comprensión, orientación, elaboración de una respuesta coherente, pero estos déficit no tienen porque invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas.

Involucrar a los familiares amigos organizaciones de voluntarios. Con enfoque educativo y participación plena. Ya que juegan un papel importante para el anciano, principalmente psicológico moral y socioeconómico, a través de la capacitación del mayor número de familiares o cuidadores que lo deseen.

Que todos los adultos mayores cuenten con atención domiciliaria o comunitaria, comprendiendo los servicios dedicados a los ancianos que residen en sus hogares y se encamina a lograr su permanencia en el hogar y en la comunidad con la mayor calidad de vida posible.

Aplicar las escalas de evaluación de las actividades instrumentadas de la vida cotidiana a todos los pacientes mayores de 60 años, nos permite detectar las primeras señales de deterioro funcional del anciano.

La aplicación de la escala de Lawton y Brody en las unidades de Medicina Familiar puede ser de gran utilidad para implantar y evaluar un plan terapéutico a nivel de los cuidados diarios de los pacientes y de sus cuidadores primarios.

13. REFERENCIAS:

1. Azares Carro Ricardo León. Medicina Familiar. Primera edición 2008. Editorial corinter. PP. 624.
2. Base de datos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y envejecimiento (SABE) en el área metropolitana de la ciudad de México, levantada en 1999.
3. Beck JC, Freedman ML, Warshaw Ga. Geriátría: Evaluación funcional. Atención Médica 1994, Agosto: 17-35 Vol. 7 (8).
4. Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Anzola PE, Galinsky, Morales MF, Salas A, Sánchez A M (eds), Op cit, 67-73.
5. Buil P, Díez Espino J. Anciano y familia. Una relación en evolución. España. Suplemento 1. Anales@cnavarra.es. 1-8.
6. Camdesuss B, Bonjean M, Spector R. Crisis Familiares. España. Ediciones Paidós; 1ra Edición; 1995. 70-100.
7. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam. 2005;7 (1): 15-19.
8. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México: Consejo Nacional de Población; 2006.
9. CONAPO 2005, Nov. 28-05: 28.
10. Declaración de Helsinki De La Asociación Médica Mundial, Finlandia 1964.
11. Encinas R.J.E. El anciano y la familia. Departamento de Salud Pública. Fac. de Medicina UNAM. 1997: 7p.
12. Elementos esenciales de la medicina familiar. Arch Med Fam. 2005;7 (1): 13-14.
13. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen- Coria AE, Ponce Rosas ER, Mazón- Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez- González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (family Adadtability and Cohesión Evaluation Scales). Arch Med Fam. 1999; 1 (3): 73-79.
14. Gómez-Clavelina FJ, Ponce –Rosas ER, Irigoyen-Coria AE. FACES III: alcances y limitaciones. P 3-4.
15. Gutiérrez Robledo LM. El Adulto Mayor: Aspectos preventivos. 260-281.
16. Gutiérrez Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. En la situación demográfica de México, 2004, 53-70.
17. Gutiérrez RLM. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En Fajardo OG (compilado). Problemas y programas del adulto mayor. México: CISS-CIESS-OPS-OMS: 1997:23-45.
18. Ham- Chande R. El envejecimiento: una Nueva dimensión de la Salud en México. Salud Pública de México 1996. Vol. 38: 409-418.
19. Huerta González José Luis. Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial alfil. Primera edición 2005, pp. 187.
20. Jáuregui R., Estremero J. Evaluación geriátrica multidimensional. En la Salud del Anciano. Cap. 72: 547-553.
21. Juárez García francisco. “Apuntes de estadística Inferencial”. Editorial Trillas. Primera edición 2002. Pp. 82.
22. Larión J.L. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. España. Anales@cnavarra.es. Pág. 1-16.

23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.
24. Morales M.F. Aspectos biológicos del envejecimiento. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546. Washington D.C.: OPS/OMS 1994: 45-56.
25. Moreno Altamirano Laura. "Epidemiología Clínica". Editorial Interamericana. 2ª edición 1988.pp281.
26. Montes de Oca V (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo de la población envejecida en México. En: La población de México al final del siglo, SODOME, UNAM, CRIM, Méx.
27. Montesano Delfín Jesús Rafael. "Manual del protocolo de Investigación". Editorial Intersistemas. México D.F. Primera impresión 2006. Pp. 110.
28. Novelo de López H. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista, Salud Pública y nutrición, Monterrey NL, Méx, Edición especial No 5- 2003..
29. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Chapter 3 In: Normal Family Processes. Edited by Frma Walsh. 2da ed. 1993, 104- 132.
30. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento: ¿qué nos depara el futuro? Comunicado de prensa. Organización Panamericana de la Salud 2002; vol. 0.1. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature02.htm>[2005 febrero 10]
31. Ponce Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen- Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández-Gómez A, Montesinos- Guerrero MR, Hernández-Soto MC. Análisis de la confiabilidad de FACES III versión en español. Aten Primaria 1999; 23 (8): 479-484.
32. Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987. 9-12.
33. Salgado de Zinder VN, González- Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla-Fernández P."No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. Salud Pública Méx. 2005; 47:294-302.
34. Valoración Geriátrica (II): Valoración funcional. El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad. (medynet.com/e medico). No. 892-10 (1)-2003. 1-7.
35. López LS. El FACES III en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Psicothema, 2002,12 (1):159-166.
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Finlandia. Junio, 1964. Capitulo II.

14. ANEXOS.

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México D.F a: _____.

Estimado Sr. (a):

En el presente estudio se pretende evaluar la adaptabilidad familiar y la dependencia funcional en adultos mayores, con la finalidad de detectar cambios en la adaptabilidad familiar en relación al grado de dependencia.

Para lo cual se le aplicaran algunas escalas de funcionalidad (de lápiz y papel). Esto permitirá plantear alternativas en la atención médica integral al adulto mayor que busquen fortalecer el apoyo y sus lazos familiares.

Los principales beneficios que obtendrá serán conocer su estado funcional, una orientación respecto a lo encontrado y sobre todo permitir que este tipo de evaluaciones se efectúen en otros pacientes con la finalidad de mejorar su atención integral médica. El inconveniente del estudio es que requiere de tiempo adicional a sus consultas (20 min. aproximadamente).

Su participación deberá ser voluntaria, teniendo la posibilidad de retirarse cuando lo desee y tomando en cuenta que toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial.

FIRMA DE ACEPTACIÓN.

GRACIAS.

ANEXO 2.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
Lavado de ropa	- No participa en ninguna labor de la casa		0
	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

ANEXO 3.

FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (Minnesota University)

Versión en Español: Gómez- Clavelina FJ; Irigoyen Coria AE (Universidad Nacional Autónoma de México).

Respuestas:

**1/NUNCA. 2/CASI NUNCA. 3/ALGUNAS VECES. 4/ CASI SIEMPRE.
5/SIEMPRE.**

DESCRIBA SU FAMILIA:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver Problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra Familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19. La unión familiar es muy importante.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.