



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
SEDE ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“GUSTAVO A. MADERO”

“PERFIL FAMILIAR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR: GUSTAVO A. MADERO”

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. DAFNE ARACELI ZARAGOZA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS
DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2016



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).

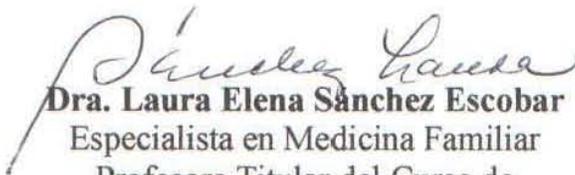
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**PERFIL FAMILIAR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR: GUSTAVO A. MADERO**

Presenta

Dra. Dafne Araceli Zaragoza Martinez

Autorizaciones



Dra. Laura Elena Sánchez Escobar
Especialista en Medicina Familiar
Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar
Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero"
ISSSTE

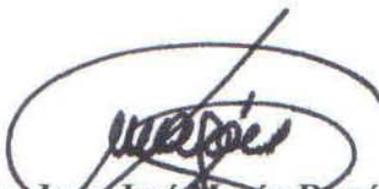


Dra. Silvia Landgrave Ibáñez
Directora de tesis
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM.

**PERFIL FAMILIAR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR: GUSTAVO A. MADERO**

Presenta
Dra. Dafne Araceli Zaragoza Martínez

AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dr. Juan José Mazón Ramírez
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
UNAM.



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
UNAM.

**PERFIL FAMILIAR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR: GUSTAVO A. MADERO**

Presenta

Dra. Dafne Araceli Zaragoza Martínez

**AUTORIDADES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A.
MADERO” ISSSTE.**



Dra. Yocelyn Ruelas Sánchez
Directora Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”
ISSSTE D.F. Zona Norte.



Dr. Luis Beltrán Lagunes
Especialista en Medicina familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación
Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”
ISSSTE D.F. Zona Norte.

DEDICATORIA.

*Para Aura Carolina y Víctor Hugo quienes son mis
acompañantes en este camino llamado vida.*

AGRADECIMIENTOS.

Les agradezco a las dos personas más importantes en mi vida y en mi corazón, a aquellas que soportaron mis ausencias y malos momentos, a esos dos seres llenos de amor que inyectaban un poco de su energía cuando creía haberla perdido, a los que siempre toleraron mi mal humor, pero que también compartieron cada alegría y cada triunfo, pero sobre todo les agradezco que no me permitieron desistir de este logro que no es mío, sino de nosotros, los amo Caro y Víctor.

A mi mamá, por nunca haber desistido a pesar de lo difícil que fue, por siempre respaldar cada decisión que he tomado, por estar siempre en mis triunfos pero también en mis fracasos, pero sobre todo le agradezco el ser el mejor ejemplo de vida, prometo que este es el inicio de muchos logros más.

A mi papá por todo su apoyo, su cariño y comprensión, a mis hermanos, Sarahi y Marco, por ser una parte importante de mi vida, gracias por todo su apoyo, por cuidar a Caro siempre que lo necesite y por ser los mejores hermanos del mundo.

A mi suegra, sin ella, todo hubiera sido más difícil, no hay palabras para agradecerle todo el apoyo hacia mí y el amor hacia mi hija, espero poder compensarle lo mucho que me ha dado.

“Cuando te comprometes profundamente con lo que estás haciendo, cuando tus acciones son gratas para ti y, al mismo tiempo, útiles para otros, cuando no te cansas al buscar la dulce satisfacción de tu vida y de tu trabajo, estás haciendo aquello para lo que naciste”

Gary Zukav

Resumen

Introducción:

El envejecimiento poblacional ha generado repercusiones en la estructura, composición y dinámica de la familia, siendo las formas de convivencia más complejas y numerosas, pero también exponiendo al adulto mayor al abandono, lo que los hace un grupo etario importante de estudio, por lo tanto el médico familiar al ser aquel que tiene primer contacto con el paciente debe ser capaz de identificar factores de riesgo a los que se encuentre expuesto el adulto mayor, mediante el conocimiento de diversos aspectos familiares, sociales, demográficos, económicos.

Objetivo:

Identificar las características familiares y sociodemográficas de los pacientes geriátricos de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero".

Material y método:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Muestra: Se aplicó la CEBIF a 138 pacientes, muestra no aleatoria, no representativa, en donde N= 9627 pacientes, n= 138 pacientes, confianza (Z) 90% y error 8% y variabilidad: p 0.75 y q 0.25. Análisis Estadístico: Se realizó mediante estadística descriptiva, con apoyo del programa SPSS V.21.

Resultados:

La edad se identificó en un rango desde los 60 hasta los 96 años, el 15.2% (21) tienen hijos pero no viven con ellos, es decir, viven solos o en pareja, la tipología familiar con mayor frecuencia fue la nuclear simple con un 37%, seguida por extensa descendente con un 18.1%. El 9.4% de los pacientes funcionan como cuidadores primarios de sus propios padres con mayor porcentaje, con un 8.7%.

Conclusiones:

La CEBIF es un instrumento de ayuda para el médico familiar para poder identificar aquellos factores de riesgo de la población a su cargo, pudiendo con esta herramienta llevar a cabo las líneas de acción sobre las que se rige su práctica médica.

Palabras clave: paciente geriátrico, tipología familiar, ciclo vital familiar, redes de apoyo, cuidador primario, factores sociodemográficos.

Abstract

Introduction.

Population aging has generated impact on the structure , composition and dynamics of the family, being the forms more complex and numerous coexistence , but also exposing the elderly abandonment, which makes an important age group study, therefore the family physician to be the one who has first contact with the patient should be able to identify risk factors to be exposed to the elderly , through the knowledge of various family, social , demographic, economic aspects

Objective.

Identify family and sociodemographic features of geriatric patients of clinical family medicine " Gustavo A. Madero " features.

Material and Methods.

A prospective, descriptive study was conducted. Sample: p and q 0.75 0.25 : the CEBIF shows nonrandom , unrepresentative , where N = 9627 patients , n = 138 patients , confidence (Z) 90 % 8% and error and variability was applied to 138 patients . Statistical analysis was performed using descriptive statistics , with support from SPSS V.21 program.

Results.

The age was identified in a range from 60 to 96 years, 15.2 % (21) have children but do not live with them, that is, living alone or in pairs , family type most frequently was simple nuclear with 37 % , followed by descending extensive with 18.1% . 9.4 % of patients act as primary caregivers for their parents with the highest percentage , with 8.7%

Conclusions.

The CEBIF is an aid for the family physician to identify those risk factors of the population in charge , this tool can carry out the action lines on your medical practice is governed

Key words:

geriatric patient , family type, family life cycle , support networks , primary caregiver , socio-demographic factors .

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| 1. Marco Teórico | |
| 1.1 Envejecimiento | 1 |
| 1.2 Envejecimiento y Familia | 4 |
| 1.3 Definición de familia | 4 |
| 1.4 Tipología familiar | 5 |
| 1.5 Ciclo vital de la familia | 8 |
| 1.6 Redes de apoyo | 9 |
| 1.7 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) | 10 |
| 2. Planteamiento del Problema | 15 |
| 3. Justificación | 16 |
| 4. Objetivos | |
| 4.1 Objetivo General | 17 |
| 4.2 Objetivos Específicos | 17 |
| 5. Material y Métodos | |
| 5.1 Tipo de estudio | 18 |
| 5.2 Diseño del estudio | 18 |
| 5.3 Población, lugar y tiempo | 19 |
| 5.4 Muestra | 19 |
| 5.5 Diseño de la investigación | 20 |
| 5.6 Criterios de selección | 20 |
| 5.7 Definición conceptual y operacional de las variables | |
| 5.7.1 Definición conceptual | 21 |

| | |
|---|----|
| 5.7.2 Definición operacional | 21 |
| 5.8 Método de recolección de datos | 22 |
| 5.9 Tipo de sesgos | 22 |
| 5.10 Prueba piloto | 22 |
| 5.11 Análisis estadístico | 23 |
| 5.12 Recursos humanos, materiales y físicos | 23 |
| 5.13 Consideraciones éticas | 23 |
| 5.14 Cronograma | 24 |
| 6. Resultados | 25 |
| 7. Discusión | 35 |
| 8. Conclusiones | 39 |
| 9. Referencias | 41 |
| 10. Anexos | |
| 10.1 Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) | 46 |
| 10.2 Consentimiento Informado | 49 |
| 10.3 Diseño de la base de datos | 51 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| 1. Clasificación de la tipología familiar | 6 |
| 2. Ciclo Vital de la familia según Geyman | 8 |
| 3. Escolaridad de los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 25 |
| 4. Tipología familiar de los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 27 |
| 5. Características sociodemográficas de los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 29 |
| 6. Personas con lazo cosanguíneo que viven con los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 32 |
| 7. Escolaridad de los familiares que viven con los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 33 |
| 8. Ocupación de los familiares que viven con los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” | 34 |
| 9. Variables del paciente geriátrico | 51 |
| 10. Variables demográficas de la familia | 58 |

“Perfil familiar y factores sociodemográficos del paciente geriátrico de la Clínica de Medicina Familiar: Gustavo A. Madero”

1. Marco teórico

1.1 Envejecimiento

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos¹. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo a través del tiempo; los cambios producidos por la edad están condicionados por diferentes factores, pudiéndose agrupar epidemiológicamente las diferencias observadas entre poblaciones adultas y ancianas en tres grupos²:

- Envejecimiento verdadero: secundario a factores intrínsecos del individuo y a factores ambientales de su entorno.
- Pseudo envejecimiento: secundario a la diferencia entre los grupos estudiados y a la posición que el anciano ocupa en la sociedad.
- Envejecimiento asociado: Incluye las adaptaciones compensadoras, que aparecen en el individuo para minimizar los efectos del envejecimiento, situadas muchas de estas adaptaciones a nivel psicológico.

En cambio, el envejecimiento demográfico o poblacional se puede definir como los cambios en la estructura por edades de una población. Se caracteriza por un aumento relativo en la proporción de personas maduras y longevas, así como la disminución en la población de niños y jóvenes³. Esta inversión de la pirámide poblacional se da por los cambios sociodemográficos de la población como consecuencia a la tendencia de la baja fecundidad y el incremento sustancial de las personas de edades más avanzadas; lo que origina una serie de desafíos de bienestar, integración social y empleo del tiempo libre de la población mayor.

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que en el año 2020 habrá en el mundo 1.000.000.000 de personas con más de 65 años, las cuales el 50% se encontrarán en Asia y Oceanía, el 30% en los

países desarrollados y el 20% final corresponderá a los países de América Latina y África⁴.

Por estos cambios y lo mencionado en el texto anterior es necesario definir el concepto de paciente geriátrico, sin embargo, no existe una definición como tal, en México, la Norma Oficial Mexicana 167 menciona que para considerarlo es necesario que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

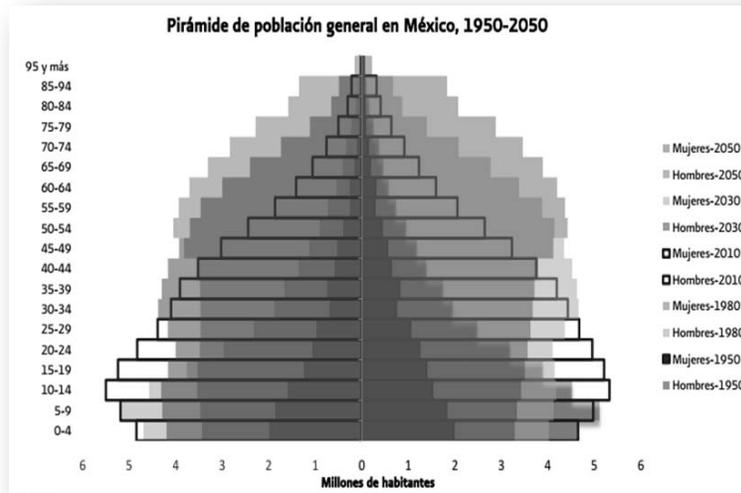
- Persona de 60 años o más.
- Con patologías concomitantes relevantes.
- Personas con más de 60 años que presenten carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental y carencia de recursos económicos, que los haga dependientes.
- Presencia de patología mental acompañante o predominante.

Después de analizar las condiciones que se mencionan en la literatura se tomaron en cuenta las siguientes circunstancias de salud del individuo:

- Persona mayor de 60 años
- Que no padece patología ni presenta ningún grado de problemática funcional, mental o social.
- Con diagnóstico de alguna patología aguda o crónica pero que no cumple criterios de "Anciano de Alto Riesgo"

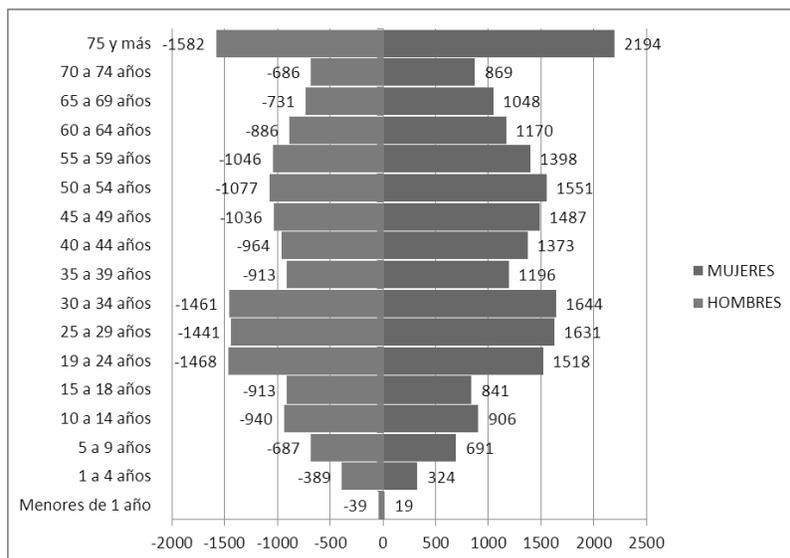
En México el envejecimiento poblacional ha ido en aumento, en el 2000 las personas de 60 años o más representaban el 6.8% de la población y se estima que para el 2050 sea de 28%. En el año 2010, de acuerdo a la CONAPO la población arriba de 60 años fue de 6.7 millones y se espera que para el 2050 esta cifra se cuatriplique hasta 36.5 millones de personas, siendo esta población la que presenta demanda de atención en el primer nivel de atención en un 3.64% de manera anual³.

Imagen no. 1 Pirámide de población general México 1950-2050



Siguiendo la misma tendencia mundial y nacional, la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” del ISSSTE, no es la excepción cuenta con una población derechohabiente total de 36119 pacientes, de los cuales 9166 pacientes son personas mayores de 60 años, siendo más frecuente el sexo femenino, como se muestran en las siguientes imágenes¹⁹.

Imagen no. 2 Pirámide poblacional de la Clínica de Medicina Familiar: “Gustavo A. Madero” 2014.



1.2 Envejecimiento y Familia.

Si bien es cierto que los cambios demográficos en relación al envejecimiento poblacional ha generado implicaciones políticas y sociales a nivel mundial, también es un hecho que este fenómeno ha repercutido en la estructura, composición y dinámica de la familia⁵, por tal razón se hace importante y a su vez apremiante tener presente que están surgiendo cambios en las últimas décadas en la estructura y el tamaño de los hogares, y en especial, en aquellas familias en las que conviven ancianos, los cuales se encuentran vinculados con aspectos como la natalidad, el incremento de las separaciones matrimoniales, el aumento del nivel de la educación formal femenina y la incorporación de la misma a la vida laboral⁶.

Así mismo estos nuevos cambios son producto de las modificaciones en el seno de las familias, debido a que se incrementa el número de personas que viven solas, habiendo mas hogares monoparentales (aquellos hogares en los que conviven un padre o madre con hijos solteros), siendo las formas de convivencia más complejas y numerosas, pero también están aumentando los casos de aquellas familias formadas por más de un núcleo familiar⁷.

Se mencionan que la familia ha sufrido cambios en su composición, puesto que ha dejado de ser extensa, para convertirse en nuclear, situación que lleva a tener espacios muy reducidos para el acompañamiento del anciano en el proceso del envejecimiento⁷.

1.3 Definición de familia.

La familia se considera como la unidad primaria de salud⁸, debido a que en ella se pueden encontrar diversos elementos que ayudan a observarla y comprenderla desde los puntos de vista social, económico, demográfico y cultural⁹.

De acuerdo a su etimología, familia, proviene del latín *fámulos*, que significa “*sirviente o esclavo doméstico*”⁸, sin embargo, actualmente existen diversos autores u organismos⁸ que establecen su propia definición, las cuales han ido

evolucionando de acuerdo al paso del tiempo, y de acuerdo a los contextos que los rodean, algunas de ellas se rigen sólo marido y mujer, la segunda se basa en los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos⁹.

A continuación se describen algunas de ellas.

- *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. “Se entiende por familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción o matrimonio”⁸
- *Censo Canadiense*. En los censos de 1941, 1951 y 1961 definieron a la familia como: “*Aquella que consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo*”⁸
- *Censo estadounidense*: “Grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por matrimonio o adopción”⁸

Es importante reconocer que la familia, como institución tiene funciones que debe de cumplir, las cuales son: cuidado, afecto, socialización, nivel social, estatus, reproducción y ejercicio de la sexualidad⁸. En la actualidad, las funciones familiares se han visto modificadas por diversos motivos, viéndose afectados todos los integrantes de la misma, por ejemplo: el cambio de roles dentro de la familia, mayor incorporación de la mujer en el área laboral, el avance tecnológico, el incremento de la longevidad, cambios en las interacciones de la propia sociedad¹⁰.

1.4 Tipología Familiar.

La tipología familiar implica identificar los elementos que la integran, de acuerdo a su desarrollo, su demografía, su ocupación, su integración y su composición⁸, lo cual permite al médico familiar una perspectiva del ambiente en el que se desarrolla o desarrollará algún individuo.

En la siguiente tabla se muestran las clasificaciones de la familia:

Cuadro 1. Clasificación de la Tipología Familiar^{8,9}

| Elemento | Clasificación |
|---|---|
| <p>1. De acuerdo a su Desarrollo</p> | <p>a) Moderna: Aquella familia en la cual el esquema al cual representa es niveles socioeconómicos altos, así como en donde la mujer adopta un rol de proveedora.</p> <p>b) Tradicional: Familias de clase media, en donde su desarrollo se establece en base a los modelos socioculturales, tradiciones familiares, valores, etc. Aquí la madre no tiene un trabajo remunerado, presenta un rol tradicional de madre y esposa.</p> <p>c) Arcaica o Primitiva: Familias con bajos recursos en donde sus factores socioculturales, económicos y demográficos se rigen de acuerdo a la cultura de origen.</p> |
| <p>2. De acuerdo a su Demografía</p> | <p>a) Rural: Familias que preservan elementos de la cultura indígena de origen, sin embargo, poseen elementos de la cultura urbana y no cuentan con alguno de los servicios como agua potable, drenaje, luz, etc,</p> <p>b) Urbana: Familias que cuentan con accesos a los servicios de sanidad, entretenimiento, etc.</p> |
| <p>3. De acuerdo a su Ocupación</p> | <p>a) Campesinas: Familias que tienen como actividad económica el cultivo de tierras.</p> <p>b) Obrera: Familia que alguno de sus integrantes tiene un trabajo con remuneración económica (3 a 4 salarios mínimos).</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>c) Profesional: Familia en la cual uno de sus integrantes cuenta con estudios de licenciatura o técnica, lo que determinará una mejor posición económica.</p> |
| <p>4. Por su Integración</p> | <p>a) Integrada: Ambos cónyuges viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.</p> <p>b) Desintegrada: Los conyugues se encuentran separados.</p> <p>c) Semiintegrada: Ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.</p> |
| <p>5. De acuerdo a su Composición</p> | <p>a) Nuclear: Dos individuos de distinto sexo e hijos dentro del mismo domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simple: 2 conyugues y menos de 4 hijos. ▪ Numerosa: 4 o más hijos con sus padres. ▪ Ampliada: Núcleo familiar más personas con lazo consanguíneo o no. ▪ Binuclear: Uno de los conyugues o ambos son divorciados y tiene hijos cada uno. <p>b) Extensa: Familia en donde conviven más de dos generaciones en el mismo hogar.</p> <p>c) Monoparental: Familia con un solo cónyuge y sus hijos.</p> <p>d) Sin familia: Persona adulta sola.</p> <p>e) Equivalentes familiares: Individuos que conviven en el mismo hogar sin que constituyan un hogar.</p> <p>(De La Revilla modificado por Márquez)</p> |

Como conclusión, en México en 1998, las familias estaban compuestas por 4.8 miembros, los padres y tres hijos, siendo las compuestas las de mayor tamaño con 5.1 personas⁹, sin embargo, en el 2010 siete de cada 10 familias son nucleares y 28.1 por ciento son extensos, el 9.3 por ciento son conformadas por hogares uniparentales o personas que no tiene relación consanguínea con el jefe de hogar, siendo de vital importancia que el 24.5 por ciento de los hogares mexicanos habita un adulto mayor de 60 años y más ¹¹.

1.5 Ciclo Vital de la familia.

La familia, por el hecho de constituir un sistema presenta diversas etapas dentro de su evolución, el cual se ha denominado ciclo vital familiar, se inicia desde el momento de su formación hasta la viudez o muerte de alguno de los conyugues¹⁰, se caracteriza por tener diversas etapas, no están regidas por un tiempo determinado, son dinámicas y discontinuas lo que genera cambios en la dinámica y en los elementos de la familia⁸.

Existen diversas clasificaciones sobre este ciclo, Duval, Rodger y Solomón se basan en presencia de hijos, Haley la categoriza en basa en los elementos de la terapia familiar, para entender los cambios que presentan las familias, entre otros^{8,9}. Para fines de este trabajo se basará en la clasificación propuesta por Geyman en donde se mencionan cinco etapas y se basa en el análisis de la pareja.

Cuadro 2. Ciclo Vital de la Familia según Geyman⁸.

| ETAPA | CARACTERISTICAS |
|----------------------|--|
| 1. Matrimonio | Inicia cuando dos personas se unen en matrimonio (civil, religioso o concubinato) y concluye con la llegada del primer hijo. |

| | |
|----------------------------------|--|
| <p>2. Expansión</p> | <p>Inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, puede coexistir la etapa de dispersión cuando uno de los hijos se va a la escuela.</p> |
| <p>3. Dispersión</p> | <p>Inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo sale para vivir fuera de casa. Se encuentra con hijos escolares y el inicio de la adolescencia.</p> |
| <p>4. Independencia</p> | <p>Inicia cuando el primer hijo sale por cualquier circunstancia de la casa y termina cuando el último abandona el hogar.</p> |
| <p>5. Retiro y muerte</p> | <p>Inicia con la salida del último hijo del hogar o con la muerte o jubilación de alguno de los padres. También llamada “nido vacío”.</p> |

1.6 Redes de apoyo.

Es ampliamente reconocido que el sistema familiar cumple una serie de funciones, necesarias para la supervivencia de la especie, que cuando se altera alguna de ellas se debe abordar desde un punto médico-social para apoyar a las familias a resolver la situación y recuperar su homeostasis, por lo que es necesario recurrir a las redes de apoyo.

El concepto redes de apoyo se refiere al conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza¹², lo cual implica que en cualquier situación cotidiana o de crisis se

podrá efectuar. Durante el transcurso de los años, este apoyo se va generando en diversas situaciones y por parte de diferentes personas, por ejemplo, en la etapa de jubilación en donde esta red social se modifica debido al término del cuidado de los hijos, pérdida de los contemporáneos e inicio de enfermedades crónicas degenerativas, lo cual conllevará a la disminución del apoyo social y disminución en el cumplimiento de sus necesidades sociales^{13,14}

El apoyo social, específicamente en los pacientes geriátricos, es nulo, además se agrega el poco apoyo que los gobiernos otorgan a este tipo de pacientes mediante la cobertura de salud, sin embargo son el grupo etario que más tasa de utilización tiene de estos servicios (ISSSTE, IMSS, SSA o privado), en México, el 48.5% de la población mayor de 60 años no cuenta con ningún tipo de servicio social de salud, sin embargo, a pesar de esto algunos de los individuos mayores de 60 años cuentan con los servicios del IMSS (32.2%), otros están afiliados al ISSSTE (5.9%) y el 2.7% cuenta con un seguro médico privado¹⁵

1.7 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF).

La práctica de la Medicina en los últimos tiempos ha sufrido diversos cambios dentro de su aplicación, debido a los avances en la tecnología, cambios sociales y demográficos de la población atendida, sin embargo, es una pieza clave para la Atención Primaria de Salud, es por esto que en 1978 se llevó a cabo la 1ra Reunión en política de salud internacional, en la región de Kazajistan, Rusia; la conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF. La síntesis de sus acuerdos se expresa en la Declaración de Alma-Ata y se establece que:

“Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de

su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”¹⁸

En México, la formación médica encuentra un periodo de crisis entre 1968 y 1979, ya que es en donde se crea la necesidad de reorientar el currículum médico, es decir, redirigir la práctica hacia la atención integradora del individuo para dejar a un lado ese modelo de atención fragmentada del paciente, por lo que se diseñó el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) ⁹.

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), se presentó como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la Medicina Familiar elaborando acciones que definan con claridad el trabajo del médico de familia y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las estas, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina. Fue diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar en 1995, con la finalidad de poner en práctica los elementos esenciales de la Medicina Familiar:

- El estudio de la familia
- La continuidad de la atención
- La acción anticipatoria con enfoque de riesgo.

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico de salud de las familias que requieren sus servicios.

El MOSAMEF se originó a partir de tres preguntas fundamentales:

- ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
- ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?
- ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

Por lo anterior, el actuar del médico familiar dentro de un consultorio y con la finalidad de cumplir con las premisas previas, requiere de una guía metodológica con la que pueda establecer un diagnóstico del estado de salud de las familias.

Para la realización del MOSAMEF se necesitan tres elementos:

1. **La evaluación demográfica:** la cual se realiza mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa de ciclo vital familiar, elementos económicos y sociales.
2. **Estudio de comunidad:** se realiza mediante el perfil de morbilidad que aunado al análisis demográfico facilita al diseño y ejecución de estrategias dirigidas a la prevención diagnóstico y tratamiento oportuno.
3. **La identificación de los motivos de consulta:** refleja el estado de salud de la comunidad, pero además logra identificar la insatisfacción de los pacientes, por lo que es deber del médico de familia conocer la estructura de las familias bajo su cuidado, las características poblacionales, las patologías más frecuentes, así como las demandas que ejerce la población a su cuidado.

Ante esta necesidad se diseñó, por los académicos médicos de la Coordinación de Investigación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM el MOSAMEF (1995), con lo que se pretendió cumplir con los cinco

puntos de las acciones planteadas en la Carta de Ottawa, la cual precisa que con el fin de mejorar la salud de la población es preciso actuar en los siguientes campos de acción⁹:

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- Crear “medioambientes” saludables.
- Elaborar políticas explícitas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en salud.

Por lo anterior y con la finalidad de que el médico familiar, tuviera las herramientas necesarias para conocer las características del perfil familiar de sus pacientes, la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM a través de sus profesores de Medicina Familiar crearon la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF)¹⁷, la cual tiene catorce secciones, que permiten realizar un tamizaje de los elementos demográficos, sociales, económicos, estructurales, etc de la familia en estudio, a continuación se mencionan las secciones de la cédula⁹:

- Identificación.
- Salud Reproductiva.
- Factores demográficos.
- Clasificación estructural de la familia.
- Etapa del ciclo vital de la familia.
- APGAR Familiar.
- Factores económicos.
- Índice Simplificado de Marginación Familiar.
- Redes sociales y de apoyo.
- Factores de riesgo. Patología Familiar.
- Atención a la salud del niño.
- Apoyo de cuidadores.
- Detección de cáncer.

- Datos demográficos de la familia.

La integración de todo lo anterior (MOSAMEF, CEBIF, etc.) es de importancia para hacer un diagnóstico de salud familiar e identificar los problemas prioritarios de la población a quien se le aplica, desde el primer nivel de atención, en donde, el médico de familia es el responsable de aplicar los tres pilares de la Medicina Familiar y deberá contar con una amplia formación clínica, lo que le permitirá prestar una atención efectiva, eficiente en donde la relación médico paciente debe ser asertiva.

2. Planteamiento del problema

El envejecimiento conlleva cambios físicos, demográficos sociales, económicos y en las redes de apoyo; viéndose afectado principalmente su entorno familiar, por lo anterior se considera a la familia como un sistema o conjunto de unidades que se encuentran interrelacionados y que poseen características propias, es ahí donde se conforman las reglas, dinámica y límites entre cada uno de los miembros familiares¹⁰. Debido a estos cambios, los adultos mayores se vuelven vulnerables, tornándose dependientes de algún miembro de su familia, de alguna otra persona ajena a esta o simplemente quedan en el abandono, con lo cual el adulto mayor no se sentirá satisfecho de su envejecimiento.

En la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”, la población mayor de 60 años ha ido en incremento, siendo una población poco estudiada, no se tiene información sobre las características familiares, sociales, demográficas, económicas y de redes de apoyo de estos pacientes, con esta información se facilitaría la identificación de necesidades de salud de la población de estudio.

El médico familiar necesita explorar en cada consulta estos aspectos, encaminados a la atención primaria orientada a la comunidad (APOC), como herramienta metodológica para hacer diagnóstico situacional e identificar las necesidades en salud, de capacitación e investigación.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son las características familiares, sociales y demográficas de los pacientes geriátricos adscritos a la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”, ISSSTE?

3. Justificación

El envejecimiento demográfico se ha convertido en un problema mundial, ya que implica una mayor demanda de servicios de salud. En 1950 sólo el 8% de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10% y se espera que alcance un 21% para el 2050. México no es la excepción, en el 2010 la población de adultos mayor, fue de 9.67 millones y se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, en donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor². En el caso del ISSSTE, la población derechohabiente mayor de 60 años, en el 2010 era de 13.7% (1.595 millones) y se estima que para el 2020 aumente al 18%, siendo el Distrito Federal la entidad con mayor cantidad de adultos mayores, en la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero, en 2014 la población mayor de 60 años es de 9627 derechohabientes, siendo la población de 75 y más la de mayor porcentaje²⁰

La atención médica familiar basada en la comunidad es un modelo eficaz para los profesionales de la salud que laboran en una institución responsable de los servicios médicos. Con la aplicación de la Cédula de Identificación Básica Familiar (CEBIF) se podrá identificar las características del individuo y su familia. Con esta información se podrá desarrollar proyectos con el equipo multidisciplinario dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la población en riesgo.

Con la información obtenida se podrá dar respuesta e identificar las necesidades prioritarias de la población adulto mayor, lo que permitirá al médico de primer contacto aplicar los tres ejes de la Medicina Familiar en la población de estudio, para identificar aquellos elementos de riesgo que pueden presentar en su desarrollo, a través de la aplicación de la CEBIF, como herramienta metodológica útil y aplicable en el primer nivel de atención.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

- Identificar las características familiares y sociodemográficas de los pacientes geriátricos de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”.

4.2 Objetivos Específicos

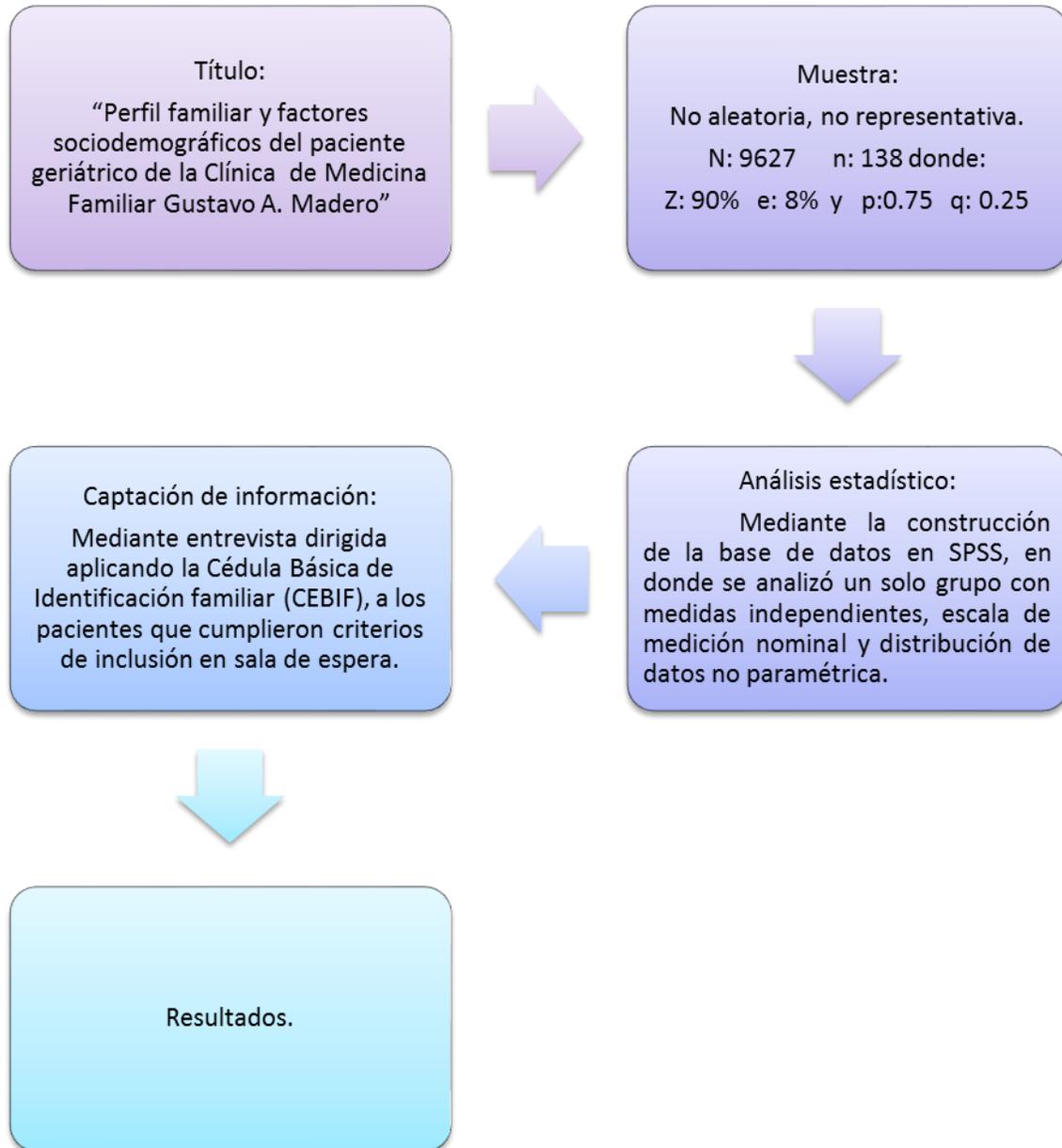
- Identificar si los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” tienen cuidador primario.
- Identificar el porcentaje de pacientes que viven solos en la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”.
- Identificar el porcentaje de adultos mayores con rol de cuidadores.
- Identificar el porcentaje de adultos mayores que son proveedores económicos.
- Identificar las redes de apoyo de los adultos mayores de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”.

5. Material y Métodos

5.1 Tipo de estudio

- Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal.

5.2 Diseño del estudio.



5.3 Población, lugar y tiempo.

- Pacientes mayores de 60 años de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” en un periodo de Diciembre 2015 a Marzo 2016.

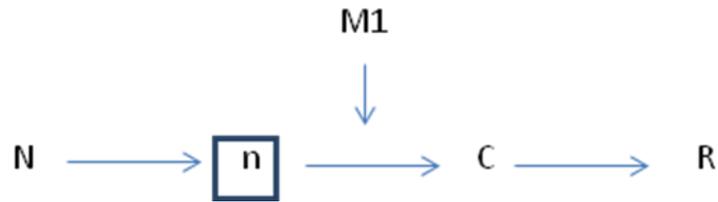
5.4 Muestra:

- Muestra no aleatoria, no representativa. De acuerdo a la programación de consulta en cada consultorio (7 consultorios en turno Vespertino y Matutino), se les aplicó la cédula a todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de selección, previo consentimiento de participación voluntaria.
- Se trabajó en la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”:
- N= 9627 pacientes
- n= 138 pacientes, confianza (Z) 90% y error 8%
- Variabilidad: p 0.75 y q 0.25

$$n = \frac{(1.645)^2 (0.25)}{(0.08)^2 (0.75)} = \underline{\underline{140}} = 138$$

$$1 + \frac{1}{9627} \left[\frac{(1.645)^2 (0.25)}{(0.08)^2 (0.75)} - 1 \right] = 1.014$$

5.5 Diseño de la investigación.



5.6 Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos, que acudan a consulta en el turno Matutino y Vespertino de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”.
 - Que acepten participar en estudio previo consentimiento de participación voluntario y firmado.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes con enfermedades neurológicas, mentales o sensitivas. Paciente que no desee participar en el estudio.
- Criterios de eliminación:
 - Pacientes que no respondan adecuadamente el cuestionario.
 - Pacientes que interrumpan el cuestionario y no sea contestado correctamente.
 - Pacientes que no se encuentren afiliados al ISSSTE.

5.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

5.7.1 Definiciones conceptuales:

- Perfil Familiar: Conjunto de rasgos peculiares de un grupo social, llamado familia.
- Factores sociodemográficos: Elementos que caracterizan un algo, de acuerdo, a sus condiciones sociales y demográficas.
- Paciente geriátrico: Toda persona con edad cronológica mayor a 60 años.

5.7.2 Definiciones operacionales:

- Perfil Familiar: Rasgos que caracterizan a la familia en estudio, de acuerdo a su tipología, ciclo vital, factores sociodemográficos, redes de apoyo y factores demográficos de los familiares del paciente geriátrico.
- Factores sociodemográficos: Características sociales y demográficas de la población geriátrica.
- Paciente geriátrico: Toda persona que a la fecha del estudio, tenga 60 años o más cumplidos.
- Cédula de Identificación Básica Familiar (CEBIF): Es un instrumento creado por médicos investigadores pertenecientes a la Subdivisión de Medicina Familiar en Posgrado de la UNAM, la cual no ha sido validada, sin embargo, ha sido utilizada para la realización de diversos protocolos de estudio dentro de esta misma institución.

5.8 Método de recolección de datos:

- Previa autorización del protocolo por el Comité de Ética de la Subdelegación Médica del ISSSTE se procedió a la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), con la técnica de entrevista dirigida a los adultos mayores en sala de espera. La CEBIF se divide en los siguientes apartados: ficha de identificación, factores demográficos, clasificación estructural, etapa del ciclo vital de la familia, factores económicos, redes sociales y de apoyo y datos demográficos de la familia.

5.9 Tipos de sesgos.

- Se reconoce que existen sesgos de Información: Debido a que se aplicó la cédula CEBIF en entrevista dirigida la información proporcionada por los sujetos entrevistados pudo variar dependiendo del estado de ánimo del paciente o incluso si existieron factores distractores, de selección el cual se trató de controlar; de análisis e interpretación, el cual se controló seleccionando las pruebas estadísticas adecuadas de acuerdo al tipo de variables y el número de mediciones que se hizo.

5.10 Prueba piloto

- Se realizó en base al 10% del tamaño de la muestra. El total es de 138, por lo cual se aplicó a 14 personas. Se entrevistaron pacientes que fueron seleccionados al azar y se aplicó la CEBIF, se pudo determinar el tiempo que tardaba el paciente en contestar la entrevista y la comprensión de las preguntas.

5.11 Análisis estadístico:

- El propósito de la investigación fue identificar el perfil familiar de los adultos mayores en la clínica de Medicina Familiar “Gustavo A Madero” del ISSSTE se estudió un solo grupo; se realizó medidas independientes; variables principales del estudio fueron cualitativas con escala de medición nominal, la distribución de datos será no paramétrica, la muestra fue no aleatoria no representativa.

5.12 Recursos humanos, materiales y físicos.

- Investigador responsable de la trabajo
- 414 Copias de la CEBIF
- 138 copias del Consentimiento de participación voluntaria
- 10 Lápices para resolver cuestionario

5.13 Consideraciones éticas.

Este trabajo se apega a:

- Consentimiento de participación voluntaria firmado.
- Declaración de Helsinki que guía al médico en la investigación con seres humanos en los numerales 6,7,8,9,10,20,25,26 y 27.²¹
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO correspondientes al Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos numerales 2, Artículo 6. Consentimiento, numerales 1 y 2; Artículo 9. Privacidad y Confidencialidad; Artículo 10. Igualdad, justicia y equidad.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México correspondientes al Título Segundo: Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículos 13, 14, 16, 18, 20, 21, 22 y 17 Fracción II Investigación sin riesgo, ya que, se aplicará la Cédula Básica de Identificación Familiar.²²

5.14 Cronograma

| ETAPAS | 2015 | | | | | | | | | | 2016 | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|
| | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A |
| Revisión Bibliográfica | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Elaboración Marco Teórico | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Metodología | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Elaboración y aceptación de Instrumento de Aplicación | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| Prueba Piloto | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| Aplicación de Instrumentos | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Recopilación y Análisis de Resultados. | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Conclusiones | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

6. Resultados

El total de cédulas básicas de identificación familiar (CEBIF) aplicadas en sala de espera fue de 138, de las cuales se realizaron 50% (69) en el turno Matutino y 50% (69) en el turno Vespertino, se aplicó en pacientes que acudieron a consulta programada de acuerdo a sus consultorios correspondientes, los cuales fueron el 2, 9, 10, 11, 12 y 14 con una frecuencia de 16.7% (23) encuestas por cada consultorio de ambos turnos.

De los pacientes encuestados, 31.9% (44) fueron del sexo masculino y 68.1% (94) del sexo femenino, la edad se identificó en un rango de edad desde los 60 hasta los 96 años, con una media de 72.29, mediana de 71 y desviación estándar de 8.157.

En el rubro de ocupación del paciente se encontró el mayor porcentaje con los jubilados o pensionados con un 58% (80) seguido por ama de casa con un 26.8% (37), en contraste los de menor porcentaje fueron el campesino, artesano y artista con un 0.7% (1) respectivamente.

La escolaridad de los pacientes encuestados se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro no. 3
Escolaridad de los pacientes geriátricos de la CMF
"Gustavo A. Madero"

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Analfabeta | 2 | 1.4 |
| Primaria incompleta | 20 | 14.5 |
| Primaria completa | 24 | 17.4 |
| Secundaria incompleta | 7 | 5.1 |
| Secundaria completa | 34 | 24.6 |
| Preparatoria completa | 13 | 9.4 |
| Licenciatura incompleta | 1 | .7 |
| Licenciatura completa | 33 | 23.9 |
| Posgrado, Maestría o Doctorado | 3 | 2.2 |
| Carrera técnica | 1 | .7 |

Fuente: CEBIF

El estado civil se caracterizó por presentar un 42% (58) de pacientes casados, seguido por un 31.2% (43) viudos, en comparación con un 17.4% (24) de pacientes que se encuentran solteros, siendo el de menor porcentaje unión libre con un 3.6% (5). En lo que se refiere a los años de unión conyugal, los resultados fueron muy diversos, en donde se encontró desde un mínimo de 3 años hasta un máximo de 57 años, con una media de 39.61, mediana de 42.5 y una desviación estándar de 12.545, siendo 48 años el de mayor porcentaje con 9,4% (13).

En relación al número de hijos de los pacientes, se encontró que algunos no cuentan con hijos, siendo este un 16.7% (23) del total, en contraste se encontró un máximo de 14 hijos el cual representó el 0.7% (1), siendo su media 3.43, la mediana 3 y una desviación estándar de 2.776, el número de hijos de mayor frecuencia fue de 2 con un 15.2%(21).

De los 138 pacientes encuestados, se identificó que el 97.8%(135) viven con personas con las que tienen un vínculo familiar, de los cuales el 15.2% (21) tienen hijos pero no viven con ellos, es decir, viven solos o en pareja, cabe mencionar que el 37.7%(52) viven con un solo familiar, en contraste con un porcentaje menor de 0.7%(1) que viven con 6 u 8 familiares; el 2.2%(3) restante viven con personas con las cuales no tienen un vínculo familiar.

De acuerdo a la clasificación estructural de la familia, la que se encontró con mayor frecuencia fue la nuclear simple, como se muestra en la tabla siguiente:

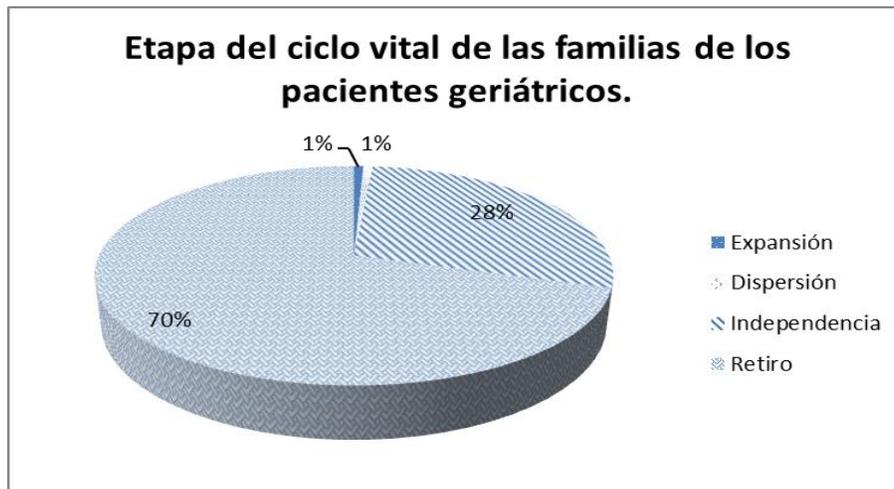
Cuadro no. 4
 Tipología familiar de los pacientes geriátricos de la CMF:
 Gustavo A. Madero”

| Tipología | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Nuclear simple | 51 | 37 |
| Nuclear ampliada | 2 | 1.4 |
| Nuclear reconstituida | 1 | .7 |
| Extensa ascendente | 3 | 2.2 |
| Extensa descendente | 25 | 18.1 |
| Monoparental simple | 29 | 21 |
| Monoparental ampliada | 3 | 2.2 |
| Equivalentes familiares | 3 | 2.2 |
| Persona que vive sola | 21 | 15.2 |
| Total | 138 | 100 |

Fuente: CEBIF

En lo que respecta a la etapa de ciclo vital los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

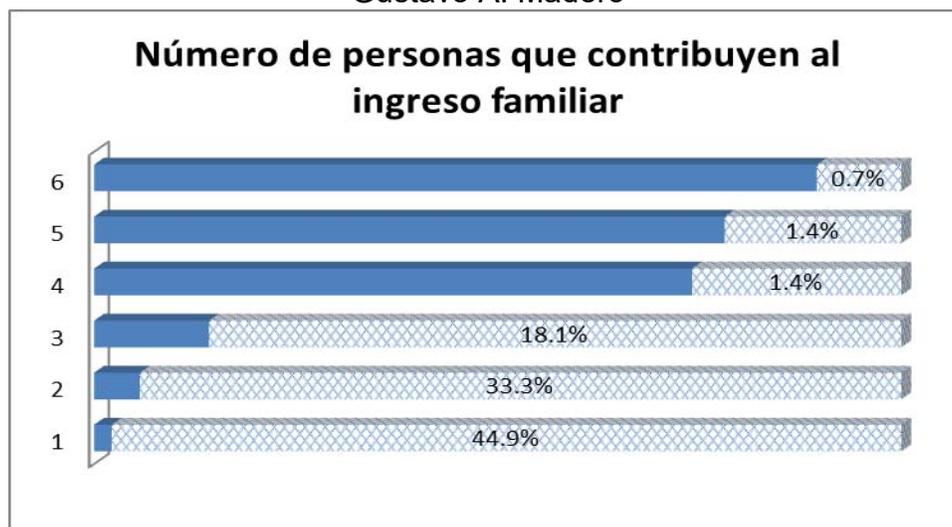
Gráfico No. 1
 Etapa del ciclo vital de los pacientes geriátricos de la CMF
 “Gustavo A. Madero”



Fuente: CEBIF

Dentro de las características sociodemográficas, encontramos que el número de personas que contribuyen al ingreso familiar se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 2
Número de personas que contribuyen al ingreso familiar,
de los pacientes geriátricos de la CMF:
"Gustavo A. Madero"



Fuente: CEBIF

En tanto, el régimen de vivienda con el que cuentan, si tienen automóvil, agua entubada, teléfono intradomiciliario, computadora e hijos o nietos en escuela pública o privada, se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro No. 5 Características sociodemográficas de los pacientes geriátricos de la CMF: Gustavo A. Madero”

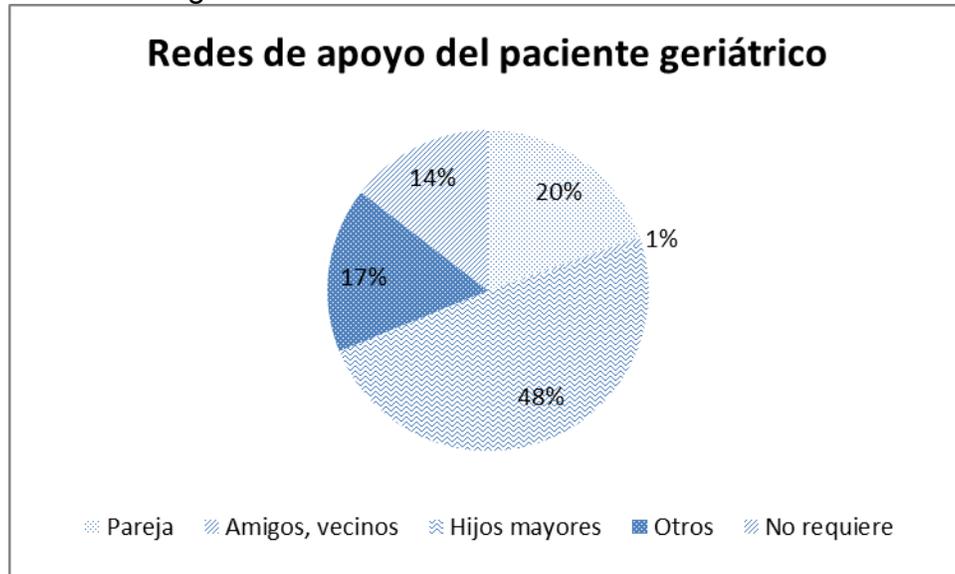
| Régimen de vivienda | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Casa propia | 110 | 79.7 |
| Financiamiento | 1 | .7 |
| Rentada | 24 | 17.4 |
| Prestada | 3 | 2.2 |
| Automóvil | | |
| Si | 51 | 37 |
| No | 87 | 63 |
| Teléfono Intradomiciliario | | |
| Si | 122 | 88.4 |
| No | 16 | 11.6 |
| Agua entubada intradomiciliaria | | |
| Si | 136 | 98.6 |
| No | 2 | 1.4 |
| Computadora | | |
| Si | 64 | 46.4 |
| No | 74 | 53.6 |
| Hijos o nietos en escuela pública | | |
| Si | 5 | 3.6 |
| No | 133 | 96.4 |

Fuente: CEBIF

En lo que concierne al rubro de servicios públicos el 1.4%(2) no cuenta con agua potable, en cambio, el drenaje subterráneo, energía eléctrica, alumbrado público, pavimentación, banquetas, transporte público y vigilancia el 100% de los pacientes encuestados cuentan con estos servicios.

En el apartado de redes sociales de apoyo, quienes ayudaban a los pacientes encuestados se presenta en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 3.
Redes de apoyo del paciente
geriátrico de la CMF: "Gustavo A. Madero"

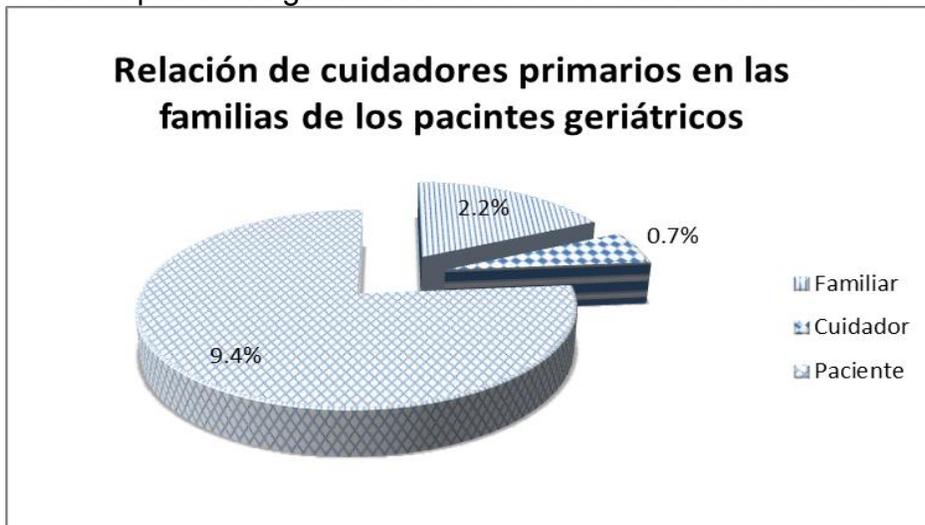


Fuente: CEBIF

De acuerdo a la utilización de servicios de salud, el medio privado es el más utilizado por 32 pacientes, el IMSS por 15, la Secretaría de Salud por 4 y los servicios de salud de la Secretaría de Marina por un paciente.

Se cuestionó sobre si algún integrante de la familia de los pacientes proporcionaba cuidados a alguna persona, el resultado se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfica no. 4
Relación de cuidadores primarios en las familias
de los pacientes geriátricos de la CMF: "Gustavo A. Madero"



Fuente: CEBIF

Así también se encontró que, a quien se proporcionan los cuidados, en su mayoría es a un padre o madre, como se muestra en la siguiente gráfica, siendo los principales motivos, la dependencia funcional en un 8.7% (12).

Gráfica No. 5
Personas a quien se le proporcionan
cuidados por parte de los pacientes geriátricos de la CMF:
"Gustavo A. Madero"



Fuente: CEBIF

En lo que respecta al área de prevención de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, el 42.8% (59) refirió no haberse realizado la citología cervical y un 39.9% (55) mencionó tampoco haberse realizado la Mastografía en el año previo. Así también los pacientes del sexo masculino refirieron que un 11.6%(16) no se han realizado la detección de antígeno prostático en el año previo.

En el último apartado de la CEBIF se registró las características de los familiares o amigos de los pacientes encuestados que viven con ellos, se encontró que el 47% (132) son del sexo femenino y 45.6 (128) son del sexo masculino, quienes viven con ellos se representan en la siguiente tabla:

Cuadro No. 6
Personas con lazo consanguíneo que viven con los pacientes geriátricos de la
CMF: "Gustavo A. Madero"

| Parentesco | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Madre | 3 | 1.1 |
| Padre | 1 | .4 |
| Hijo (a) | 87 | 31.0 |
| Nuera | 5 | 1.8 |
| Yerno | 14 | 5.0 |
| Nieto (a) | 49 | 17.4 |
| Hermanos | 21 | 7.5 |
| Sobrino (a) | 12 | 4.3 |
| Esposo | 35 | 12.5 |
| Esposa | 24 | 8.5 |
| Bisnieto (a) | 4 | 1.4 |
| Otros | 4 | 1.4 |
| Hijo adoptivo | 1 | 0.4 |
| Total | 260 | 92.5 |
| Viven solos | 21 | 7.5 |
| Total | 281 | 100 |

Fuente: CEBIF

La escolaridad de los familiares, fue muy representativa debido a que el 30.2% cuentan con Licenciatura completa, a diferencia del 2.1% (6) que son analfabetas, el resto se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro No. 7
Escolaridad de los familiares que viven con los pacientes geriátricos de la CMF:
"Gustavo A. Madero"

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Analfabeta | 6 | 2.1 |
| Primaria incompleta | 29 | 10.3 |
| Primaria completa | 5 | 1.8 |
| Secundaria incompleta | 16 | 5.7 |
| Secundaria completa | 34 | 12.1 |
| Preparatoria incompleta | 29 | 10.3 |
| Preparatoria completa | 29 | 10.3 |
| Licenciatura incompleta | 17 | 6.0 |
| Licenciatura completa | 85 | 30.2 |
| Posgrado, Maestría o Doctorado | 3 | 1.1 |
| Preescolar | 7 | 2.5 |
| Total | 261 | 92.5 |
| Viven solos | 21 | 7.5 |
| Total | 281 | 100 |

Fuente: CEBIF

Por último, encontramos que la ocupación de los familiares es representada por un 16.4%(46) por jubilados o pensionados y empleados, sin embargo se encontraron algunas otras profesiones e incluso menores de edad y estudiantes, como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro No. 8
Ocupación de los familiares que viven con
los pacientes geriátricos de la CMF: "Gustavo A. Madero"

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|------------|
| Ama de casa | 33 | 11.7 |
| Jubilado/pensionado | 46 | 16.4 |
| Desempleado | 3 | 1.1 |
| Subempleado | 3 | 1.1 |
| Menor de edad (4 años) | 11 | 3.9 |
| Estudiante (Preescolar a Posgrado) | 45 | 16.0 |
| Estudia y trabaja | 2 | .7 |
| Obrero | 1 | .4 |
| Chofer | 5 | 1.8 |
| Técnico | 4 | 1.4 |
| Empleado | 46 | 16.4 |
| Profesional | 45 | 16.0 |
| Artista | 3 | 1.1 |
| Comerciante establecido | 1 | .4 |
| Empresario | 1 | .4 |
| Servicios diversos | 11 | 3.9 |
| Total | 260 | 92.5 |
| Viven sin familiar | 21 | 7.5 |
| Total | 281 | 100 |

Fuente: CEBIF

7. Discusión

La Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), no ha sido un instrumento utilizado mundialmente, sin embargo, se encontró que en el año 2002 tres residentes del curso de especialización de Medicina Familiar, utilizaron el instrumento con la finalidad de realizar un diagnóstico de salud de los consultorios 9, 10 y 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”^{23,24,25}, el cual se aplicó a población general, no siendo posible cotejar la información obtenida de dicha muestra, sin embargo, coincidimos en que la utilización de la CEBIF es una herramienta de recolección de datos útil para el médico familiar, cuales fueren sus objetivos.

De acuerdo a la estructura de las familias de los pacientes geriátricos, en su mayoría se encontraron nucleares y extensas con sus diversas variantes, simple, ampliada, reconstituida, ascendente o descendente, lo cual concuerda con la estructura de las familias mexicanas, sin embargo, es importante mencionar aquellos pacientes que a pesar de estar en la etapa final de sus vida, se encuentran viviendo solos, reafirmando que son un grupo etario vulnerable, en contraste en otros países, como Colombia, en donde se realizó un estudio en una zona de bajos recursos en donde predominaron las familias extensas modificadas (72.2%)²⁷. En cambio en México, se confirma los datos obtenidos en este trabajo, en donde en una zona urbana de acuerdo a Wong²⁸, la tipología familiar predominante es la nuclear con un 55.6%, seguido por las extensas con un 36.2% y personas que viven solas (unipersonal) con un 8.2%

El estado civil con mayor porcentaje fue casado y en menor porcentaje en unión libre y divorciados, al parecer estas uniones conyugales son más duraderas algunas hasta por 57 años.

Se dice que la familia es un factor importante dentro del desarrollo y cuidado de las personas de la tercera edad, sin embargo no siempre es así, la mayoría de los pacientes conviven bajo un mismo techo con personas con algún lazo consanguíneo, pero esto no es sinónimo de apoyo familiar, en cambio, dentro de

estos pacientes también encontramos 24 de ellos que tienen hijos pero viven solos, siendo esto un ejemplo que no necesariamente se necesita de un cuidador cuando aún se puede realizar sus actividades cotidianas, Wong²⁸ menciona que la población por arriba de 60 años en un 48.1% recibe ayuda no económica (cuidado) por parte de sus familiares más cercanos, un 63.1% recibe al menos ayuda económica por arriba de los cinco mil pesos mensuales.

La etapa de ciclo vital de la familia, en este grupo etario, se encuentra en fase de retiro, donde no tiene ya una responsabilidad económica de la familia, sin embargo, se observó que aún son activos económica y socialmente y en algunos hogares ellos son el sustento principal, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), la tasa de la población nacional por arriba de los 60 años es de un 33.7 por ciento, presentándose con mayor frecuencia en hombres (50.7%) que en mujeres (19.4%)²⁶.

Dentro de los factores sociodemográficos, los datos obtenidos muestran que algunos de los pacientes viven en casa no propia, otros viven en casa rentada e incluso en financiamiento, cuando lo esperado para esta edad, es que se tenga un techo seguro. Algunos cuentan con automóvil propio, sin embargo, algunos refirieron el coche era de uso familiar y no propiamente de ellos; aunque manifestaron contar con teléfono intradomiciliario y computadora no son usados por ellos.

Los servicios con los que cuentan las viviendas son típicos de una zona urbanizada, ya que, en su totalidad, la luz, el drenaje subterráneo, la energía eléctrica, el alumbrado público, pavimentación, banquetas, transporte público y vigilancia, forman parte de los servicios cotidianos, en contraste con los resultados obtenidos por el INEGI en donde muestra que en el 2012 el 17.7% de los adultos mayores reside en viviendas con hacinamiento, con un hacinamiento mayor a 2.5 personas por cuarto, en cuanto a los servicios básicos se encontró que el 20.7% utiliza carbón o leña como combustible, 9% reside en viviendas que no cuentan con drenaje y 8.5% habitan en hogares sin agua entubada dentro de la vivienda o terreno²⁶.

Las redes de apoyo son importantes dentro de esta etapa de ciclo vital en la cual se encuentran los pacientes geriátricos debido al aislamiento que trae consigo el deterioro de las oportunidades para obtener gratificaciones o refuerzos positivos propios de la interacción social, lo cual conlleva al adulto mayor a alteraciones psicológicas como la Depresión:

[...] la población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” dependen de su familia en la sobrevivencia cotidiana pero también de otras expresiones de las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos, conservar información estratégica en la cotidianidad, etc., y en conjunto preservar cierta calidad de vida.²⁹

Es así como podemos establecer la importancia de las redes de apoyo para esta población, en este trabajo obtuvimos pacientes que cuentan con vecinos o amigos que cumplen esta función, pero también aquellos que respondieron que no requerían apoyo, por ser funcionales.

En la CMF “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE se realizó un estudio descriptivo en donde se observó que los adultos mayores representaron el 26% de los cuidadores primarios y un 16% ya se encontraban pensionados o jubilados³⁰, lo cual se relaciona con los pacientes entrevistados, en donde el 9.4% fungen como cuidadores primarios.

Al observar que los programas preventivos sobre cáncer de mama, cervicouterino y de próstata no son prioritarios en esta población, los resultados fueron contundentes en donde la mayoría de los pacientes no se han realizado medidas de detección oportunas de cáncer, como lo son la mastografía, la citología vaginal o la detección en suero de antígeno prostático. Esto es importante, ya que en el año 2000, la tasa de morbilidad de las enfermedades oncológicas a nivel mundial fue para el cáncer de próstata de 225.8, ocupando el segundo lugar, en el sexo femenino el cáncer de mama ocupó el primer lugar con una tasa de 138.9 y el cáncer cervicouterino ocupó el quinto lugar con una tasa de 41.9; esto no difiere mucho a la estadística nacional, en donde para el año 2000 el

cáncer de próstata ocupó el primer lugar con 3 608 casos nuevos, el cáncer de mama ocupó el segundo lugar con 1839 casos seguido por el cáncer de cuello uterino con 855 casos.³¹

8. Conclusiones

El médico familiar, como un pilar importante de la atención primaria a la salud, tiene una gran responsabilidad ante la evaluación y seguimiento de los pacientes que acuden a su consulta diaria, pero a su vez también se enfrenta a diversas limitantes que impiden que pueda ejercer los lineamientos esenciales del médico familiar: estudio de la familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo. Es por lo anterior, que este trabajo utilizó la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), que es una herramienta que ayuda al médico familiar a recolectar la información familiar, sociodemográfica, económica, etc. de una forma rápida y precisa de los pacientes; con esto los objetivos, tanto general como específico, de este trabajo fueron logrados, debido a que, con la aplicación de la cédula se pudo identificar las características familiares, sociales y demográficas de la población geriátrica de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”, teniendo como un logro más el conocer las redes de apoyo y aspectos económicos de estos pacientes.

Además, la CEBIF mostro ser un instrumento fácil y útil para el médico familiar, también es un método para poder identificar algunas áreas de oportunidad, en donde el primer nivel de atención debe poner mayor énfasis, sobre todo en enfoque de riesgo, por ejemplo, dar a conocer al personal de salud los cambios fisiológicos y los cambios psicosociales que se presentan dentro del adulto mayor, para así poder direccionar programas que ayuden a fomentar las redes de apoyo de estos pacientes, las cuales suelen dejarse a un lado dentro de una entrevista clínica; también encontramos que muchos pacientes geriátricos fungen la función de cuidador primario o incluso son el sostén económico familiar, siendo un área que se debe explorar para incrementar el conocimiento sobre las repercusiones físicas y psicológicas que esto conlleva, y por último incrementar los programas preventivos en el caso específico del cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata en este grupo de edad, debido a que es una población en la cual no se aplican los estudios de gabinete necesarios para su detección o incluso es un área que no se explora.

Se sugiere a los directivos de la CMF “Gustavo A. Madero” a mantener educación continua sobre estos temas, a todo el personal de salud que este en contacto con los pacientes, cursos, talleres, platicas que sean impartidos por personal experto en el tema, siendo una gran ayuda que la clínica cuente con un servicio de Gerontología, en donde se podrá apoyar para dichas actividades; elaboración de trípticos, platicas en sala de espera, carteles o periódicos murales sobre el cáncer de mama, cervicouterino y de próstata con énfasis en adultos mayores.

Se realizó un resumen, dentro de los expedientes clínicos de los pacientes sobre la información obtenida, informando al médico familiar tratante sobre las áreas de acción donde se sugiere poner énfasis, de acuerdo a cada paciente, esperando poder mejorar el estado físico, mental y social de este grupo etario.

Este trabajo aporta a la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” un panorama amplio sobre las características de los pacientes geriátricos adscritos a dicha clínica, la cual se puede aplicar a otros grupos etarios, para conocer áreas de oportunidad de los mismos, e incluso como una herramienta práctica y útil para el médico familiar en su práctica diaria.

9. Referencias

1. Guillén Llera F., Rurperez I., Manual de Geriátría, Barcelona, Ed. Masson, 3era Edición, 2002.
2. Guía de consulta para el médico general. Programa de Salud en el adulto y el anciano. Depresión en el adulto mayor, México, Secretaría de Salud, 2010.
3. Estimación Poblacional de México, 2005-2050, CONAPO, Sistema Integral de Prestaciones económicas. ISSSTE 2010
4. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, SSA, México, 2010.
5. Casanova C., Delgado S., Estéves S. El médico de familia y la depresión en el adulto mayor. Revista Biomedicina, 2009; 12(1): 24-31.
6. Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. Salud Pública de México. 2006; 48(1): 30-38.
7. Palomares-Vargas N. Características familiares, factores de riesgo y principales motivos de atención en la consulta externa. Rev Esp Med Quir. 2012; 17(3): 157-163.
8. Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1ra ed. México: Editores de Textos Mexicanos, 2008.
9. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Water-lan MSW, Watson-William MD, Wetzal-William MSW, Fernández-Ortega MA, et.al. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. Ciudad de México: Medicina Familiar Mexicana, 2006
10. Ocampo-Chaparro JM, Valencia-Peláez AL, Gonzáله-Reyes F. Envejecimiento y Familia. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr. 2009; 23(2):259-2009.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La composición de las familias. En INEGI. Las Familias Mexicanas. México; INEGI 2012.

12. Meléndez –Moral J, Tomás-Miguel J, Navarro-Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*. 49(6):408-414.
13. Pelcastre-Villafuerte E, Treviño-Siller E, González-Vásquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 27(3):460-470.
14. Montesinos-Guerrero MR, Madrigal de León HG, González-Pedraza Avilés A. Percepción de apoyo en la pareja reconstituida: el camino al ensamblaje. *Aten Fam*. 2015; 22(2):50-53.
15. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006). Consultado 15/May/2013. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf
16. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* 2002; 25:32-7
17. Blanco Bobadilla, Olga P. Aplicación de la Cédula Básica de Información (CEBIF) en las familias derechohabientes que asisten a la clínica “Dr. Ignacio Chávez” ISSSTE. Tesis (Especialista en Medicina Familiar). México, Distrito Federal. Universidad Autónoma de México. 2002. 21-28.
18. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 1978. OMS-PAHO. Consultado 29/Sep/2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
19. Buil P, Diez-Espino J. Anciano y familia. Una relación en evolución. *ANALES. Sis San Navarra*. 1999; 22(1):19-25.
20. Reporte de la Subdirección de Afiliación y Vigencia. Pirámide Poblacional derechohabiente por unidad de Medicina Familiar. Clasificación por grupos de edad y sexo. Enero 2014. Proporcionado por Dra. Yocelin Ruelas Sanchez. Directora de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”.
21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Consultado 30/Abr/2013. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portalinvestigacióncentro->

22. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México, 1987.
23. Cruz Mejía, Yaneth S. Modelo sistemático de atención medica familiar (**MOSAMEF**) en el microescenario : consultorio 9 de la Clínica de Medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE. Tesis (Especialista en Medicina Familiar). México, Distrito Federal. Universidad Autónoma de México. 2002.
24. Reyes Ruiz, Edith. Modelo sistemático de atención medica familiar (**MOSAMEF**) en el microescenario : consultorio 11 de la Clínica de Medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE. Tesis (Especialista en Medicina Familiar). México, Distrito Federal. Universidad Autónoma de México. 2002.
25. Ramírez Muñoz, Marco A. Modelo sistemático de atención medica familiar (**MOSAMEF**) en el microescenario : consultorio 10 de la Clínica de Medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE. Tesis (Especialista en Medicina Familiar). México, Distrito Federal. Universidad Autónoma de México. 2002.
26. INEGI-STPS. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2014. Segundo trimestre. Base de datos. Consultado 5/Jun/2015. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
27. Velásquez-Velásquez, Cl., Velásquez-Gutriérrez VF. Caracterización del riesgo familiar total en las familias con adultos mayores funcionales, sector de Patio Bonito, Bogotá, 2005. Av. Enferm. 2007; 2: 20-21.
28. Wong-Rebeca PhD, Espinoza MA, Alberto-Palloni PhD. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. salud pública de México, 49, 436-447.
29. Santos-De Santos ZC. Adulto mayor, redes sociales e integración. Trabajo Social ISSN. 2009; 2:159-174.
30. Rivera-Mora H., Dávila-Mendoza R., González-Pedraza Áviles A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Especial Méd Quirúrg 2011; 16(1):27-32.

31. Tirado-Gómez LL, Mohar Betancourt A. (2004). Cáncer en el adulto mayor. INCAN. Consultado 5/Ene/2016. Disponible en:
<http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CANCER.PDF>

10.

ANEXOS

7.1 Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF- 5)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M.

| IDENTIFICACIÓN | | | | Fecha: _____ | Folio: _____ | | | | | | | | | |
|---|------|-----------------|-------------|--------------------------|--------------|---|---|----------|----|--------|----|----|----|--|
| Familia: _____ | | No. Exp.: _____ | | Consul./Turno: ____/____ | | | | | | | | | | |
| Domicilio: _____ | | | | Teléfono: _____ | | | | | | | | | | |
| | Edad | Ocupación | Esc. (años) | SALUD REPRODUCTIVA | | | | | | | | | | |
| | | | | A. G. O. | | | | PF | | Método | | | | |
| | | | | G | P | A | C | Embarazo | | Si | No | Si | No | |
| Madre | | | | | | | | Si | No | Si | No | | | |
| Padre | | | | | | | | Si | No | Si | No | | | |
| Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal: _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____ | | | | | | | | | | | | | | |

| FACTORES DEMOGRÁFICOS | |
|--|---|
| Número de Hijos: | Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles? |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ RN a un año _____ ▪ 1 a 4 años _____ ▪ 5 a 10 años _____ ▪ 11 a 19 años _____ ▪ 20 o más años _____ ▪ Total _____ | <p>Con parentesco familiar: (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar: (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____</p> |
| Clasificación Estructural de la Familia | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () ▪ Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Vive en casa de la familia de origen () Simple () Ampliada () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental () ▪ Equivalentes familiares () ▪ Persona que vive sola () |
| Etapa del Ciclo Vital de la Familia | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matrimonio o unión conyugal () ▪ Expansión () ▪ Dispersión () | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independencia () ▪ Retiro () |

| APGAR FAMILIAR (TAMIZ) | | | |
|---|---------|--------------|--|
| 1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | | | |
| Casi Nunca | A veces | Casi siempre | |
| 2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | | | |
| Casi Nunca | A veces | Casi siempre | |
| 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | | | |
| Casi Nunca | A veces | Casi siempre | |
| 4. ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? | | | |
| Casi Nunca | A veces | Casi siempre | |
| 5. ¿Siente que su familia le quiere? | | | |
| Casi Nunca | A veces | Casi siempre | |

| FACTORES ECONÓMICOS | | | | |
|---|--|---|----|----|
| Vivienda | | | Si | No |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ ▪ Casa: <ul style="list-style-type: none"> Propia () Financiamiento () Rentada () Prestada () ▪ Agua entubada intradomiciliaria () ▪ Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más _____ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teléfono () () ▪ Computadora () () ▪ Num. de hijos en escuela pública. _____ () () ▪ Num. de hijos en escuela privada. _____ () () ▪ Num. de hijos con becas _____ () () | | | |
| | Desarrollo Comunitario | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serv. de agua potable () () ▪ Drenaje subterráneo () () ▪ Energía eléctrica () () ▪ Servicio telefónico () () | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alumbrado público () () ▪ Pavimentación () () ▪ Banquetas () () ▪ Serv. de transp. público () () ▪ Vigilancia () () | | |

| Índice Simplificado de Marginación Familiar | | |
|--|----------------------|-------|
| Indicadores | Categorías | Punt. |
| Ingreso económico familiar | < 1 salario mínimo | 4 |
| | 1-2 salarios mínimos | 3 |
| | 3-4 salarios mínimos | 2 |
| | 5-6 salarios mínimos | 1 |
| | > 7 salarios mínimos | 0 |
| Número de hijos dependientes económicos | 3 ó más hijos | 2.5 |
| | 2 hijos | 2 |
| | 1 hijo | 1 |
| | ningún hijo | 0 |
| Escolaridad materna | Sin instrucción | 2.5 |
| | Primaria incompleta | 2 |
| | Primaria completa | 1 |
| | Post-primaria | 0 |
| Hacinamiento (número de personas por dormitorio) | 3 o más personas | 1 |
| | 1 a 2 personas | 0 |
| Total | | |

| REDES SOCIALES Y APOYO | |
|---|--------------------------|
| Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Padres y abuelos () ▪ Pareja () ▪ Amigos, vecinos () ▪ Hijos mayores () ▪ Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) () ▪ Servicios públicos () ▪ Servicios privados () ▪ Otros () ▪ No requiere () | |
| Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique) | |
| IMSS () | DIF () |
| SSA () | PEMEX () |
| SEDENA () | Secretaría de Marina () |
| Privado () | Otros () |
| ISSSTE () | Especifique: _____ |

| FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|--------------|------|---------|-------------|-------------|-------------|------------------|------|----------|----------------------------|-----------------|--------------|--------------|----------|------------------|------------|-------------|-----------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| | Crónico Degenerativas | | | | | | | Infecciosas | | | | Trastornos de la Nutrición | | Otros | | | | | | | | | | |
| | Diabetes Mellitus | Hipertensión Art. | Enf. Corazón | CaCu | Ca Mama | Ca Próstata | Otro cáncer | Ins. Renal | Enf. Cerebrovas. | Asma | Sida/VIH | Otro ETS | Hepatitis B y C | TB. Pulmonar | Desnutrición | Obesidad | Anorexia Bulimia | Tabaquismo | Alcoholismo | Otras farmacod. | Violencia Intef. | Enf. Psiquiátricas | Riesgo ocupacional | Discapacidad |
| Padre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tíos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

c= en control sc=sin control

| ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO | | | | | | | | |
|------------------------------|------|------|------------|----------|------------|--------------------|--------------|----------|
| Num. de cuadros por año | IRAS | EDAS | Edad | Vacunas | | Estado Nutricional | | |
| | | | | Completo | Incompleto | Normal | Desnutrición | Obesidad |
| Menos de 3 | | | 0 - 1 años | | | | | |
| 3 ó más | | | 1 - 5 años | | | | | |

| APOYO DE CUIDADORES |
|---|
| ¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No ___ Si ___ |
| ¿Quién proporciona los cuidados? _____ |
| ¿A quién le proporciona los cuidados? _____ |
| ¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____ |

| DETECCION DE CÁNCER | | | | |
|---------------------|----------|----|-------------------|----|
| | Cada año | | Positivo a Cáncer | |
| | Doc cacu | Si | No | Si |
| Doc mama | Si | No | Si | No |

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

| | Nombre | Parentesco | Edad | Sexo 1= mujer 2= hombre | Escolaridad en años | Ocupación |
|----|--------|------------|------|-------------------------------|------------------------|-----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

**Escriba en el margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

| Parentesco | Grupos de Ocupaciones | Edad en años |
|---|--|--|
| 01 = Madre | 01 = Ama(o) de casa (hogar) | Meses = años 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000 |
| 02 = Padre | 02 = Jubilado / pensionado | |
| 03 = Hijo | 03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia) | |
| 04 = Nuera | 04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.) | |
| 05 = Yerno | 05 = Menor de edad (menores de 4 años) | |
| 06 = Nieto | 06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado) | |
| 07 = Hermanos maternos | 07 = Estudia y trabaja | |
| 08 = Hermanos paternos | 08 = Campesino | |
| 09 = Sobrinos maternos | 09 = Artesano | |
| 10 = Sobrinos paternos | 10 = Obrero | |
| 11 = Primos maternos | 11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer) | |
| 12 = Primos paternos | 12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.) | |
| 13 = Abuelos maternos | 13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.) | |
| 14 = Abuelos paternos | 14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.) | |
| 15 = Bisabuelos maternos | 15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.) | |
| 16 = Bisabuelos paternos | 16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo) | |
| 17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc. | 17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente) | |
| | 18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.) | |
| | 19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.) | |
| | 20 = Otras ocupaciones no especificadas | |

7.2 Consentimiento Informado



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Unidad de Educación e Investigación.

Título: “Perfil familiar y factores sociodemográficos del paciente geriátrico de la
Clínica de Medicina Familiar: Gustavo A. Madero”

Investigador principal: Dra. Dafne A. Zaragoza Martínez. (Residente Medicina Familiar)

Sede donde se realizará el estudio: CMF “Gustavo A. Madero”.

Número de registro: _____

Nombre del participante: _____.

Número de expediente: _____.

Consultorio: _____ Edad: _____ Fecha: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma de autorización del participante

7.3 Diseño de la base de datos.

Cuadro No. 9
Variables del paciente geriátrico.

| Nombre | Tipo | Escala de medición | Valores de respuesta |
|--------------------|--------------|--------------------|--|
| Folio | Cuantitativa | Escarlar | Número consecutivo |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | 1- Masculino 2- Femenino |
| Edad | Cuantitativa | Ordinal | Número de años |
| Consultorio | Cuantitativa | Nominal | Número: 2,9,10,11,12,14 |
| Turno | Cualitativa | Nominal | 1- Matutino 2- Vespertino |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | 1- Ama de casa 2- Jubilado o pensionado 3- Subempleado (vendedor informal) 4- Campesino 5- Artesano 6- Conductor de auto, camioneta o camión 7- Técnico (oficio) 8- Profesional |

| | | | |
|--------------------|--------------|---------|---|
| | | | (maestro, médico, ingeniero, etc) |
| | | | 9- Artista (músico, pintor, escultor, etc) |
| | | | 10- Comerciante establecido |
| | | | 11- Empresario |
| | | | 12-Empleado |
| | | | 13- Otro |
| Escolaridad | Cuantitativa | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Posgrado, Maestría o Doctorado. 11. Carrera técnica |

| | | | |
|--|--------------|---------|---|
| Estado Civil | Cualitativa | Nominal | 1.Casado 2.Unión libre 3.Divorciado 4.Viudo 5.Soltero |
| Años de unión familiar | Cuantitativa | Escalar | Número de años |
| Número de hijos del paciente | Cuantitativa | Escalar | Número de hijos |
| Cuántas personas con parentesco viven con el paciente | Cuantitativa | Escalar | Número de personas |
| Cuántas personas sin parentesco viven con el paciente | Cuantitativa | Escalar | Número de personas |
| Clasificación estructural de la familia | Cualitativa | Nominal | 1. Nuclear Simple 2. Nuclear Numerosa 3. Nuclear Ampliada 4. Nuclear binuclear 5. Nuclear reconstituida 6. Extensa ascendente 7. Extensa descendente 8. Monoparental simple 9. Monoparental ampliada 10. Equivalentes familiares |

| | | | |
|---|--------------|---------|---|
| | | | 11. Persona que vive sola |
| Ciclo Vital de la familia | Cualitativa | Nominal | 1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro |
| FACTORES ECONÓMICOS | | | |
| Número de personas que contribuyen al ingreso familiar | Cuantitativa | Escalar | Número de personas |
| Tipo de vivienda | Cualitativa | Nominal | 1. Propia 2. Financiamiento 3. Rentada 4. Prestada |
| Agua Intubada | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Automóviles | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Teléfono | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Computadora | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Cuenta con hijos en escuela pública | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |

| | | | |
|--|-------------|---------|----------------|
| Cuenta con hijos en escuela privada | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Cuenta con hijos con becas | Cualitativa | Nominal | 1.Si 2. No |
| Servicio de agua potable | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Drenaje subterráneo | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Energía eléctrica | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Alumbrado público | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Pavimentación | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Banquetas | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Servicio de transporte público | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| Vigilancia | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| REDES SOCIALES Y APOYO | | | |

| | | | |
|--|-------------|---------|---|
| ¿A quién pide apoyo cuando requiere de algún servicio de atención a la salud? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Padres y abuelos 2. Pareja 3. Amigos, vecinos 4. Hijos mayores 5. Prestaciones laborales 6. Servicios públicos 7. Servicios privados 8. Otros 9. No requiere |
| Servicio médico que utiliza el paciente | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. IMSS 2. SSA 3. SEDENA 4. Privado 5. ISSSTE 6. DIF 7. PEMEX 8. Secretaría de Marina 9. Otros |
| APOYO DE CUIDADORES | | | |
| ¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados a alguna persona enferma? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No |
| ¿Quién proporciona los cuidados? | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiar 2. Cuidador 3. Paciente |
| ¿A quién proporciona los | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Padre o madre |

| | | | |
|--|-------------|---------|---|
| cuidados? | | | 2. Familiar cercano 3. Sin relación consanguínea. |
| ¿Cuál es el motivo por el cual requiere los cuidados? | Cualitativa | Nominal | 1. Dependencia funcional 2. Dependencia económica 3. Compañía |
| ¿Se ha realizado la citología vaginal en el último año? | Cualitativa | Nominal | 1. Si 2. No |
| ¿Se ha realizado la mastografía en el último año? | Cualitativa | Nominal | 3. Si 4. No |
| ¿Se ha hecho detección de antígeno prostático en el último año? | Cualitativa | Nominal | 10.Si 11.No |

Cuadro No. 10
Variables demográficas de la familia.

| Nombre | Tipo | Escala de medición | Valores de respuesta |
|-------------|--------------|--------------------|---|
| Folio | Cuantitativa | Escalar | Número consecutivo |
| Parentesco | Cualitativa | Ordinal | 1. Madre 2. Padre 3. Hijo 4. Nuera 5. Yerno 6. Nieto 7. Hermanos maternos 8. Hermanos paternos 9. Sobrinos maternos 10. Sobrinos paternos 11. Primos maternos 12. Primos paternos 13. Esposo 14. Esposa 15. Bisnieto o bisnieta 16. Otros 17. Hijos adoptivos |
| Edad | Cuantitativa | Escalar | Número de años |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | 1. Femenino 2. Masculino |

| | | | |
|-------------|-------------|---------|---|
| Escolaridad | Cualitativa | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Posgrado, Maestría o Doctorado. 11. Carrera técnica |
| Ocupación | Cualitativa | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Jubilado/pensionado 3. Desempleado 4. Subempleado 5. Menor de edad (4 años). 6. Estudiante (Preescolar a Posgrado) 7. Estudia y trabaja 8. Campesino 9. Artesano 10. Obrero 11. Chofer |

12. Técnico
13. Empleado
14. Profesional
15. Artista
16. Comerciante
establecido
17. Empresario
18. Directivo
19. Servicios diversos
20. Otras ocupaciones

