

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 11, CAMPECHE, CAMPECHE

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CONSULTORIO N° 4 DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE CIUDAD DEL  
CARMEN, CAMPECHE DURANTE EL AÑO 2007**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALUMNA

**TERESA CONCEPCIÓN CHULINES VALENCIA**

CAMPECHE, CAMPECHE

FEBRERO DEL 2008



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.

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CONSULTORIO N° 4 DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE CIUDAD DEL  
CARMEN, CAMPECHE DURANTE EL AÑO 2007**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**TERESA CONCEPCION CHULINES VALENCIA**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**ROXANA DEL SOCORRO GONZALEZ DZIB**

MAESTRA EN CIENCIAS MEDICAS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
LA U. M. F. N° 11, CAMPECHE, CAMPECHE

**CARMEN DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ**

MAESTRA EN CIENCIAS MEDICAS  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS

**EMIGDIO OCAÑA HIPÓLITO**

MEDICO FAMILIAR  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

**DOMINGO MEDINA GONGORA**

**MEDICO PEDIATRA**  
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DELGACIONAL

CAMPECHE, CAMPECHE

FEBRERO DEL 2008

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y REDES DE APOYO EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CONSULTORIO N° 4 DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE CIUDAD DEL  
CARMEN, CAMPECHE DEL AÑO 2007**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**TERESA CONCEPCION CHULINES VALENCIA**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Ya que sin tu presencia no habría existencia.

### **A MI MADRE:**

Por ser un gran ser humano, una excelente mujer y madre, y porque durante el tiempo que estuviste a mi lado y hasta el último aliento de vida, conté con tu apoyo incondicional.

### **A MIS TÍOS:**

Por su gran cariño, especialmente a Luis Germán, por su amor y confianza.

### **A MI HERMANO:**

Joaquín; Gracias por el amor que me tienes.

### **A MIS MAESTROS:**

Dr. Emigdio Hipólito Ocaña, por sus enseñanzas de Medicina Familiar, Dra. Roxana del Socorro González Dzib por su dedicación, apoyo y exigencias para llegar a donde estoy; Dra. Carmen Domínguez Hernández por su comprensión en los momentos más difíciles de mi vida.

### **A MIS COMPAÑEROS:**

Ana Micaela, Fernando, Amor, Xochitl. Por el tiempo que estuvimos juntos y los momentos maravillosos que compartimos.

**A TODAS LAS PERSONAS QUE ME APOYARON,**

**GRACIAS.**

## INDICE

<i>Contenido</i>	<i>Pagina</i>
1. Marco teórico	5 - 16
2. pregunta de investigación	17
3. Justificación	18 - 19
4. Objetivos	20
- General	
- Específico	
5. Hipótesis	21
6. Metodología	22 - 29
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
7. Consideraciones éticas	30 - 33
8. Resultados	34 - 40
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	

- Tablas (cuadros) y gráficas

9. Discusión 41 - 43

10. Conclusiones 44 - 45

11. Referencias bibliográficas 46 - 48

12. Anexos 49 - 56

## MARCO TEORICO

### Epidemiología

El envejecimiento esta dado por perdida de las capacidades físicas y mentales, a través de los múltiples cambios en la composición corporal y la perdida progresiva del músculo esquelético (fuerza y forma). A este cambio se ha atribuido al menos en parte, la pérdida de la capacidad funcional de la población geriátrica, aumento en la dependencia y repercusión en su calidad de vida. <sup>(1)</sup>

La vejez de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar al siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años y mas, esta creciendo con mas rapidez que ningún otro grupo de edad con una prevalencia del 12 al 15% de la población en general.

Latinoamérica y el caribe presentan un fenómeno de envejecimiento que tendrá un gran impacto en el perfil de salud de la región, los expertos dicen que ahora es el momento de invertir en un envejecimiento saludable, se considero que en estas regiones para el año 2000 una de cada 12 personas tenían mas de 60 años, sin embargo, para el 2025 la población va a cambiar a una de cada siete, lo que significa que la población de adultos mayores en América crecerá a un 138%, de 42 millones a 100 millones. <sup>(3)</sup>

Desde una perspectiva nacional, México contaba en 1998 con una población estimada en 98 millones 132mil 418 individuos. De los que cerca de 4.5 millones eran personas mayores de 65 años de edad. De estos el 58.3% sin acceso a la seguridad social. Entre 1950 y 2020, se prevé que la población con más edad de 60 años habrá pasado de dos a 15 millones. Además, una relación inversa entre la proporción de enfermedades infecciosas y la esperanza de vida al nacer.

El incremento de la población del adultos mayores tiene repercusiones considerables que se expresan principalmente en los sistemas de pensiones y jubilaciones, aporte de ingresos y distribución de tareas dentro de las familias y un aumento en la necesidad de asistencia médica, psicológica y socioeconómico, debido a la elevación en la frecuencia y número de enfermedades degenerativas causantes de invalidez. <sup>(4)</sup>

### **Definición**

Para definir el proceso de la vejez se tendrá que ser de diferentes ámbitos. Según Charles Monot menciona que el envejecimiento comienza al nacimiento, cuando el ritmo de crecimiento celular comienza a descender, manifestado por pérdida del gusto, olfato secundario a las alteraciones del sistema nervioso central, sin embargo, se puede caracterizar por diversos puntos: cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico, funcional. <sup>(5)</sup>

Es por ello que la evaluación funcional del paciente geriátrico es parte principal en la valoración integral, donde funcionalidad se entiende como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria. El compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. Dado que la población adulta se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud respecto de la familia.

### **Población Geriátrica y Familia**

La familia es un grupo social, organizado y constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por los lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. <sup>(6)</sup>

Mantener una calidad de vida adecuada en las personas que llegan a la vejez, es uno de los problemas más graves y urgentes con que se enfrentan los sistemas de salud y de seguridad social en el mundo. Después de los 60 años se dobla la frecuencia de algún tipo de incapacidad y a partir de los 80 esa cifra se triplica, lo que permite considerar la incapacidad física, mental, y social. <sup>(7)</sup>

Esto deriva que el anciano sufre con frecuencia a causa del entorno una especie de exclusión y descalificación a veces llega al extremo que puede hablarse de

una muerte social ante la cual se vuelve frágil, presenta una crisis permanente de depresión que puede manifestarse abiertamente y ser causa de suicidios o intentos como expresión de abandono o de la pérdida de todo lazo familiar. <sup>(9)</sup>

En los países industrializados, lo que lo que antes era posible para pocos, ahora es una realidad para una gran parte de la población. Esta nueva realidad provoca modificaciones en la estructura familiar ya que la integración plena del adulto mayor coincide por lo general con la crisis de la mitad de la vida de sus hijos y la adolescencia o de los nietos. <sup>(10)</sup>

En México la atención del anciano, elemento básico de la cohesión familiar, era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una buena calidad de vida para los viejos. En la sociedad moderna-individualista y competitiva, se valora más la juventud y la condición física, la que de manera indirecta debilita las redes sociales de apoyo a los ancianos que poco a poco va perdiendo su lugar protagónico en la familia. El anciano se ha convertido en una carga familiar, social y económica después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza. Por ello es que el anciano no debe de ser tratado como un simple destinatario de una serie de servicios y prestaciones. <sup>(11)</sup>

La familia actúa como agente ideológico que transmite y perpetua las acciones y normas sociales. Se relacionan con la transmisión de las actitudes que se deben de adoptar en este caso para relacionarse con los ancianos. A la relación entre los

ancianos y demás integrantes de una familia se le denomina dinámica familiar, es por ello que cuando existe un desequilibrio entre los integrantes de la familia se le denomina disfunción familiar. <sup>(12)</sup>

La familia ejerce un papel en el desarrollo de enfermedades, control metabólico y/o curación en el anciano, asimismo, el adulto mayor influye a través de la homodinamia en la homeostasis familiar (biológica, psicológica y social) que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

El adulto mayor juega un rol que puede cambiar de independiente a dependiente, de tradicional a idiosincrático e influir en la estructura familiar (orden jerárquico) tal como Minuchin en su Modelo Estructural (1977), define la estructura familiar “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia” y dinámica familiar (interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades) lo que determinara la funcionalidad familiar).

Minuchin et al. (1984) señala que estas pautas o reglas establecen cómo, cuándo, y con quién, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros, a su vez refiere que las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían la familia, los roles y las expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquía de poder.

La Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF), que tuvo como escenario el 5° Coloquio Nacional y 3° Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar (2005) afirmó que en un momento de la vida del paciente (etapa del ciclo vital familiar) el funcionamiento de la familia se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja.

Duvall et al. (1988) señalan que las sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros, la familia como unidad experimenta un estresor, las tensiones previas se exacerbaban y las familias las identifican de nuevo como exigencias que deben enfrentar. A pesar de que los eventos estresantes se presentan en un momento determinado, las tensiones previas pueden no tener un comienzo específico y afectar más insidiosamente a la familia debido justamente a su incierta iniciación; la resolución de estas tensiones es también confusa para la familia y por lo tanto más difícil de afrontar.

Florenzano et al. (1996) afirma que la acumulación de tensiones y estresores familiares está positivamente asociada con el deterioro del funcionamiento familiar y del bienestar de sus miembros. Además, propone hablar de estrés familiar para reconocer que la familia actual se encuentra siempre expuesta a situaciones estresantes.

Por tanto, el tipo de familia en el que el individuo se desarrolla dado por el parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación identifica fundamentalmente que el médico familiar debe identificar las características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad. Anexo 1

### **Evaluación del Funcionamiento Familiar**

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo (paciente geriátrico-familia y viceversa). El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

Por tanto una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como sistema, y la forma como los integrantes interactúa y se organizan; para el cumplimiento de sus funciones correspondientes de acuerdo a su dinámica familiar. <sup>(15)</sup>

La evaluación de funcionamiento familiar tiene en Medicina Familiar características específicas que la diferencia de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se produce los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrece tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial y transdisciplinaria que caracteriza la atención en Medicina Familiar. <sup>(16)</sup>

Es así como el interés de conocer sobre la vida, relaciones interpersonales y el funcionamiento familiar ha motivado a diferentes investigadores a medirlo a través de diferentes instrumentos, escalas, cuestionarios, etc.

Espejel A. et al. (1997) elaboraron la Escala de Funcionamiento Familiar (EFF) construido y validado en población mexicana con una confiabilidad (0.91) y diseño de escala Lickert con opción de respuesta en dos categorías: disfuncional (0-30), poco funcional (31-60), medianamente funcional (61-90) y funcional (91-130). La escala de EFF explora nueve áreas: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afectos negativos y recursos, para determinar diferencia entre las áreas del se aplicó la prueba de Kruskal Wallis. Es de aplicación externa y en pacientes crónicos-degenerativos.

Azcarate G et al. (2006) aplicaron en pacientes integrados al programa de Diálisis Peritoneal intermitente (DPCI) y ambulatoria (DPCA), el enfermo crónico fue el

padre (68%), la estructura familiar fue nuclear y extensa (82%), Se encontró funcionamiento funcional del 36% y 9% respectivamente para DPCA y DPCI, las que fueron comprobadas estadísticamente ( $p < 0.05$ ); la comunicación ( $p = 0.094$ ) y afecto ( $p = 0.083$ ) fueron los indicadores que mostraron significancia.

Smilkstein et al. (1978) en Seattle se estructuró el cuestionario APGAR Familiar para evaluar el Funcionamiento Familiar, Bellon et al (1996) lo valida en Granada, cuenta con 5 componentes: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Con respuestas tipo likert de 5 opciones con una puntuación media de la escala fue de 8,44. Los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems del APGAR Familiar fueron superiores a 0,55, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador. El alfa de Cronbach fue 0,84.

Asociación Nacional para el Cuidado Domiciliario (1996) Identificó la disfunción familiar de los pacientes geriátricos pensionados utilizando APGAR familiar obteniendo como resultado en el 39% de los casos una disfunción moderada, en el 28% disfunción severa y solo el 33% presentaron una función familiar normal.. <sup>(14)</sup>

Olson et al. (1980) evalúan dos factores adaptación y cohesión, dos variables que constituyen el eje vertebrador de las relaciones familiares, definidos como: Cohesión: los lazos emocionales que los miembros de las familias tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. Adaptabilidad: Habilidad del sistema familia para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de

roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo. La consistencia interna de cohesión es  $r=.87$  y de adaptabilidad  $r=.78$  y la fiabilidad tes-retest es para cohesión de  $.83$  y para adaptabilidad  $.80$ .

Sin embargo, todos evalúan la Funcionalidad Familiar de forma parcial por ser un fenómeno muy complejo al estar mucho más relacionado con los aspectos transaccionales y sistémicos que con las características intrapsíquicas de cada uno de los individuos de la familia.

La evaluación debe estar basada en la observación de los miembros de la familia en interacción( desventaja: mucho tiempo y no sea un comportamiento real) y a través de la recopilación de información de cada uno de los miembros, para finalmente combinarlos (desventaja: mucho tiempo y no enfoca directamente las variables).

Epstein et al (1950) estudia a familia y a través del Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster explica que la familia funciona como sistema y determina la salud emocional de los miembros y describe a la familia por medio de seis dimensiones.

Atri R et al. (2006) elaboran un cuestionario para evaluar el Funcionamiento Familiar desde una perspectiva sistémica y abordada desde el Modelo Teórico de McMaster (1981) identifican 6 dimensiones: Involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, Patrones de comunicación disfuncional y Patrones de Comunicación funcional, Resolución de problemas y Patrones de

control de conductas. Consistencia interna para el factor uno alfa de Cronbach de 0.92, factor dos 0.87, factor tres 0.50, factor cuatro 0.61, factor cinco 0.41, factor seis 0.53, y para el inventario general 0.92. Para la validez de constructo se usó dos métodos de rotación de ejes: el de solución de Varimax y el de rotación oblicua (acumulado 75.4% de la varianza).<sup>18</sup>

### **Pacientes Geriátricos, Funcionalidad Familiar y Apoyo Social**

El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él.<sup>19</sup>

El cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social funcional, validado en nuestro país, consta de 11 ítems que permiten conocer, junto al apoyo total percibido, el apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse). Este instrumento utiliza una escala Likert, puntuando de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). A mayor puntuación, mayor apoyo social. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala y las dos subescalas (apoyo confidencial y afectivo) para la muestra empleada en este estudio fue de 0,91, 0,86 y 0,87, respectivamente.<sup>20, Anexo 1</sup>

Bellon SJ et al. (1996) reportan que los sujetos con una probabilidad incrementada de percibir disfunción familiar fueron las mujeres, los que tenían 40 o más años, los viudos, separados y divorciados, los de nivel cultural bajo (analfabetos o sin estudios), los hiperutilizadores, los que percibían la salud como regular o fatal, los que presentaban un mayor número de enfermedades crónicas, los que sólo eran uno o 2 convivientes (incluyendo al entrevistado), los que tenían apoyo social bajo (Duke percentil 15), o los que presentaban un trastorno de salud mental (GHQ-28  $\geq 7$ ).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cual es la funcionalidad y las redes de apoyo de las familias de los pacientes de la tercera edad que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 12 de Ciudad del Carmen, Campeche durante el año 2007?

## JUSTIFICACIÓN

En las personas ancianas suele observarse una declinación de las funciones físicas y cognitivas. Muchos de estos cambios se deben al proceso de envejecimiento en sí mismo, pero otros se deben a la presencia de enfermedad y/o factores psicosociales. Aunque no se tiene una edad exacta por la cual se pueda considerar el inicio de esta etapa de la vida la cual se relaciona con los diferentes aspectos del ser humano.

El envejecimiento de la población constituye el cambio demográfico más trascendente que enfrentamos en el nuevo milenio. Hacia 1960 el 10% de la población de los países desarrollados tenía más de 60 años, en 1990 el 18% y de acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial para el año 2030 esta cifra habrá alcanzado el 30%. Esto no solo ocurre en los países desarrollados, sino también en los países en vía de desarrollo, en donde el porcentaje de individuos mayores de sesenta años tendera a duplicarse en un plazo de 30 a 40 años. <sup>(1)</sup>

Un ejemplo de ello es lo que ha motivado a diversas agrupaciones o instituciones a ofrecer a la población del adulto mayor un bienestar y seguridad social. Ya que se espera una prolongación de la expectativa de la vida. es por ello que las familias deben de tener conocimiento de lo que es un envejecimiento normal como un proceso paulatino y gradual que permite el desarrollo de mecanismos de adaptación y compensación de las funciones que declinan, para que de esta manera pueda facilitar la convivencia armónica y agradable con los integrantes de

una familia y evitar alteraciones de la misma, considerando que en la actualidad no estamos preparados para entender los cambios que se producen durante la etapa de la vida del adulto mayor.

Hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, es decir en un contexto holístico, con necesidades físicas o biológicas. Psicológicas, sociales y espirituales y tener presente que en el mundo predominan las mujeres en relación con los hombres en este grupo.

Los adultos mayores se encuentran explorando una nueva etapa de vida que se comparte con su entorno familiar, modificando su estructura, Secundaria a dos etapas del ciclo familiar, fase de retiro y muerte con fase de expansión y/o dispersión, esto puede tener como causa. En el adulto mayor el aislamiento de su núcleo familiar y social provocado por el alejamiento de sus seres queridos, y en algunas ocasiones de su hogar y de todo lo que ha elegido para conformar su mundo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la funcionalidad y las redes de apoyo de las familias de los pacientes de la tercera edad que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 12 de Ciudad del Carmen, Campeche durante el año 2007

.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar las diferencias del Funcionamiento Familiar (por factores) en la familia nuclear y extensa.

## METODOLOGIA

### **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, transversal-comparativo

### **Población, lugar y tiempo de estudio**

Pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar Numero 12 de Ciudad del Carmen, Campeche en el 2006.

### **Tipo de Muestreo y Muestra:**

Tipo de muestreo probabilístico y se llevó a cabo para el estudio donde se pretende comparar dos proporciones con un intervalo de confianza de 95%, dos colas con una proporción 55% (Familias nucleares) y 40% (Familias extensas) lo que da una diferencia de 0.15, por tanto se calcula para grupo 75 sujetos con una relación 1:1. Es decir 75 pacientes geriátricos con familias nucleares y 75 pacientes geriátricos con familias extensas.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Paciente con edad comprendida de mas de 60 años.
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Numero 12 de Ciudad del Carmen, Campeche.
- Ambos sexos

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes geriátricos que no sepan leer y escribir
- Pacientes con ceguera secundaria a cualquier patología crónica
- Pacientes con patologías psiquiátricas o neurológicas como Parkinson, Alzheimer o demencia senil.
- Que no acepten a participar en el estudio

## Información a recolectar (Variables)

### Funcionamiento Familiar

#### *Definición conceptual*

***Es la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento***

#### **Involucramiento afectivo funcional:**

Representa el grado en que la familia, muestra interés y valora a cada miembro de la familia, representa el grado en que la familia, muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.

#### **Involucramiento afectivo disfuncional:**

Implica una sobrecarga de algún miembro de la familia que lo convierte en un receptor de los aspectos negativos de la familia.

#### **Patrones de comunicación disfuncional:**

Son aspectos negativos de la comunicación tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se enfoca en una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva.

#### **Patrones de comunicación funcional:**

Es el intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental

#### **Resolución de problemas:**

Es la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar afectivo.

**Patrones de control de conducta:**

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento; los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio.

***Definición operacional*****Involucramiento afectivo funcional:**

Los reactivos (anexo 1) 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35, y 38. Total de 17 reactivos, los cuales se redactan positivo, calificándose con la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y compararon el punto de corte:  $17 \times 3 = 51$  (punto de corte o punto medio).el resultado se obtiene de la suma de los puntajes por arriba de 51 indica el nivel de involucramiento afectivo funcional. El máximo puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

**Involucramiento afectivo disfuncional:**

Los reactivos (anexo 1) 3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32,37, y 39. Un total de 11 reactivos, redactados en negativos, se calificara de la siguiente manera: hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $11 \times 3 = 33$  (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional. El máximo puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11.

**Patrones de comunicación disfuncional:**

Reactivos (anexo 1) 5, 16, 25 y 27, total 4 reactivos, redactados en negativo. Calificándose de la siguiente manera, hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $4 \times 3 = 12$ (puntos de

corte o puntos medio). La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales. El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

**Patrones de comunicación funcional:**

Reactivos (anexo 1) 8, 36, y 40. Un total de 3 reactivos, reactivos redactados en positivos, se calificara es de la siguiente manera sumando los puntos obtenidos en los reactivos de este factor y compara con el punto de corte:  $3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 9 indica el grado de patrones de comunicación funcional. El máximo de puntaje a obtener es de 29 y el mínimo de 3.

**La resolución de problemas:**

Reactivo (anexo 1) 17, 23, y 31. Total de reactivos 3, reactivos redactados como positivo, los cuales se calificara de la siguiente manera, hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio), la suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indícale grado de resolución de conflictos. El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

**Patrones de control de conducta:**

Reactivos (anexo 1) 9 y 28, total 2, reactivos redactados en positivo, que se calificara al hacer la suma de los puntajes en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte  $2 \times 3 = 6$ (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

***Escala de Medición***

Cuantitativa (Razón)

## **Clasificación de las familias con base en el parentesco**

### ***Definición conceptual:***

Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

### ***Definición operacional:*** Anexo 1

- Nuclear: Nuclear, nuclear simple, nuclear reconstruida, monoparental, monoparental extendida y Monoparental extendida compuesta.
- Extensa: extensa, extensa compuesta y no parental.

### ***Escala de medición:***

Cualitativa (Nominal)

## **Redes de apoyo**

### ***Definición conceptual***

Interrelación entre el individuo y su medio, ha demostrado su relación con el estado de salud y la auto-percepción del mismo.

### ***Definición operacional***

El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9 y 11 del cuestionario, con puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo contamos con 6 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 del test, con puntuación total de 30. Si se obtiene más de 18 puntos habrá buen apoyo afectivo.

La escala de apoyo social de Duke-UNC-11 es una escala sencilla y breve, que comprende tres dimensiones: afectiva, instrumental y confidencial. <sup>Anexo 1</sup>

### ***Escala de medición***

Cualitativa (Nominal) (Con apoyo o sin apoyo)

### **Hipótesis estadística**

$$H_1 = X_1 \neq X_2$$

$$H_0 = X_1 = X_2$$

H<sub>0</sub>= Hipótesis nula

H<sub>1</sub>= Hipótesis de investigación

### **Análisis estadístico**

Los resultados de variables cuantitativas serán expresados como medidas  $\pm$  desviación estándar (DE). Las variables cualitativas serán expresadas como frecuencias simples. Las comparaciones de variables cuantitativas entre los pacientes geriátricos con familias nucleares y extensas y factores de

funcionamiento familiar se realizará utilizando t de student para muestras independientes o U de Mann Whitney, dependiendo de la distribución de las variables. Las variables cualitativas (apoyo social y tipo de familias) se comparan con la prueba de Chi cuadrada ( $\text{Chi}^2$ )

### **Plan de colección de información**

Con previa autorización del Comité de Investigación (Número 401-25-06), se informó a la directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Ciudad del Carmen Campeche del estudio y previa autorización se procedió a la recolección de datos a través del Ficha de identificación, cuestionarios (Funcionamiento Familiar y Apoyo Social) ambos autocumplimentados y de acuerdo al cronograma de trabajo. <sup>Anexo 2</sup>

Previa identificación de los pacientes a estudiar se les informó del proyecto de investigación, posteriormente se llevó a los pacientes al aula de enseñanza solo o acompañado de un familiar (según decida el paciente) donde primero se otorgó y explico en forma amplia y clara los objetivos del estudio, método de recolección de datos, consentimiento, ventajas y riesgo, así como la confidencialidad de los datos (utilizados en grupo no en forma individual), se entrega la hoja de consentimiento informado <sup>Anexo 3</sup>, posteriormente se llevó a cabo el llenado de la hoja de recolección datos y se les proporcionó los instrumentos de evaluación de funcionamiento familia y apoyo social (previa explicación).

Se recaba ala información, y se elabora la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 11.5 y análisis estadístico según las escalas de medición.

### **Recursos Humanos**

Autor: Teresa Concepción Chulines Valencia

Asesor metodológico: Maestra en Ciencias Medicas. Carmen Domínguez Hernández

Asesor temático: Medico Familiar. Emigdio Ocaña Hipólito

### **Recursos Materiales**

1 computadora

1 impresora

Hojas blancas

Lápices

Borradores

1 calculadora

## CONSIDERACIONES ETICAS

### TITULO PRIMERO

#### Disposiciones Generales.-

Apoyado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, con respecto al artículo 4to constitucional publicado en el diario oficial de la federación de fecha 3 de febrero de 1983 y inicio de vigencia el 1ero de julio de 1984.

Artículo 1º.-Este ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud de los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.-Para fines de este reglamento, cuando se haga mención a la ley a la secretaria y ala investigación, se en tendera referida a la ley general de salud, a la secretaria de salud y a la investigación para la salud respectivamente.

Artículo 3º.-La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la presentación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

## TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos

### CAPITULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requiera y este lo autorice.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal deberá

recibir una explicación clara y completa, de tal forma que puede comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, y otros asuntos relacionados con la investigación y al tratamiento del sujeto
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento
- VIII. La seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 23.- en caso de investigación con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Se anexa hoja de consentimiento informado. <sup>Anexo 3</sup>

## RESULTADOS

La frecuencia del sexo masculino es de 83 (55.3%), con una media de la edad  $69 \pm 7.7$  años. El estado civil predominante es casado 88 casos (58.7%), en 45 casos (30%) viven con sus esposos. <sup>Cuadro 1</sup>

La clasificación de las familias según el parentesco es para la nuclear simples en 20 casos (13.3%) y para la familia extensa en 49 casos (65.3%). <sup>Cuadro 2</sup>

El factor Resolución de problemas no es equivalente en ambos tipos de familia al encontrar significancia estadística con un valor de t de dos colas,  $t=2.820$ ,  $p < 0.005$  (IC 95%), por tanto la hipótesis de investigación se acepta y se rechaza la hipótesis nula. <sup>Cuadro 3,</sup>

La familia extensa influye en el apoyo social de los pacientes geriátricos, al encontrarse una  $\chi^2 = 47.04$ ,  $p < 0.000$  (IC 95%). Por lo que la hipótesis de trabajo se acepta y se rechaza la hipótesis nula.

CUADROS

**Cuadro 1: Características sociodemográficas**

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	83	55.3
Femenino	67	44.7
<b>Edad</b>	69	7.7*
<b>Estado civil</b>		
casado	88	58.7
unión libre	7	4.7
viudo	42	28.0
soltero	5	3.3
divorciado	8	5.3
<b>Personas viven misma casa</b>		
esposo	45	30.0
hijos	39	26.0
hermanos	31	20.7
nietos	29	19.3
sobrinos	1	.7
cuñado	5	3.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

\*Desviación estándar

Fuente: Anexo1 y hoja de recolección de datos

**Cuadro 2: Clasificación de las familias según el parentesco.**

<b>Familia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nuclear</b>		
familia nuclear	18	12.0
familiar nuclear simple	20	13.3
familia nuclear numerosa	10	6.7
familia reconstruida (binuclear)	6	4.0
familia monoparental	4	2.7
familia monoparental extendida	15	10.0
familia monoparental extendida compuesta	2	1.3
<b>Extensa</b>		
familia extensa	49	65.3
familia extensa compuesta	14	18.7
familia no parental	12	16.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Fuente: Anexo1

**Cuadro 3: Dimensiones del Funcionamiento Familiar por factores de las Familias nucleares y extensas.**

<b>Dimensión del Funcionamiento Familiar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Involucramiento afectivo funcional	-1.284	NS
Involucramiento afectivo disfuncional	-1.804	NS
Patrones de comunicación disfuncional	-.117	NS
Patrones de comunicación funcional	.507	NS
Resolución de problemas	-2.820	.005*
Patrones de control de conducta	1.009	NS

\*p <0.005 IC 95% 2, colas, NS: no significativa

Fuente: cuestionario funcionamiento familiar

## DISCUSION

El funcionamiento Familiar es un fenómeno muy complejo, por tal se elaborado una gran cantidad de instrumentos para evaluarlo, sin embargo, cada uno presenta un problema específico sea por la gran cantidad de información obtenida difícil a reducir a dimensiones clínicas significativas o bien por el exceso de tiempo para la recolección de la información y que al final no enfocan directamente las variables más relevantes desde el punto de vista clínico con las familias.

Offer et al.(1971) señalan que el funcionamiento familiar se considera al no existir síntomas recientes de disfunción o psicopatología en los miembros de una familia, sin embargo, esto sería negativo si consideramos un integrante de la familia enfermo la familia no sería sana.

En tanto, el modelo McMaster nos permite ver a la familia como una organización desde una perspectiva transaccional entre cada uno de los integrantes de la familia. Este nos explica una mayor cantidad de dimensiones al evaluar el involucramiento afectivo, resolución de problemas, comunicación, roles, respuestas afectivas y control de conductas.

Ortega AA et al. (2003) reporta resultados similares respecto a la media de edad y tipo de familias predominando la nuclear. Además, concluyen que el 41% de las familias son disfuncionales a través del APGAR familiar.

Reyes CA et al. (2004) estudiaron a individuos con enfermedad cardiovascular (enfermedad crónica) pero no se encontró disfunción familiar en ningún grupo de pacientes, con una media de edad 68 años a través del APGAR familiar, pero si con bajo apoyo social.<sup>42</sup>

Varela P et al. (2005) muestran resultados en pacientes geriátricos concordantes con los resultados de este estudio, y señalan en un 46.5% dependencia para desarrollar actividades de la vida diaria y una asociación con la edad ( $p < 0.001$ ).

Respecto a la frecuencia del sexo al evaluar la funcionalidad familiar, Martínez S et al (1999) es acorde a la reportada en esta investigación a favor del sexo masculino, en 16% reportaron que no les gustaba ayudar a su familia y que por tanto no la hacían, así como una mayor relación con sus hijos (88%), el 54% con sus hermanos y solo el 42% con sus nietos, pero todos con familias con parentesco.

En un estudio realizado en la habana Cuba, Díaz BE et al. (2003) señalan que en un 0.7% de los ancianos tienen abandono familiar, en tanto el 75.9% cuentan con apoyo, la mayor frecuencia de padecimientos que presentan son las enfermedades cardiovasculares en un 38%.

Es mayor el apoyo social en las familias extensas con una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.000$ ) en el adulto mayor, realmente importante

como parte de la prevención de psicopatológicas en estos sujetos, tal como señala Tuesta MR et al. (2003) al concluir que la participación de los grupos de socialización es un factor protector para prevenir depresión en los ancianos (OR: .5, IC 95%; 0.34-0.73). Así como Ocampo JM et al (2006) al concluir que el género masculino, ser viudo y las enfermedades crónicas fueron más frecuentes en adultos mayores con síntomas depresivos ( $p < 0.05$ ).

## CONCLUSIONES

La familia es un grupo social, organizado y constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por los lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. <sup>(6)</sup>

En México la atención del anciano, elemento básico de la cohesión familiar, era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una buena calidad de vida para los viejos. En la sociedad moderna-individualista y competitiva, se valora más la juventud y la condición física, la que de manera indirecta debilita las redes sociales de apoyo a los ancianos que poco a poco va perdiendo su lugar protagónico en la familia. El anciano se ha convertido en una carga familiar, social y económica después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza. Por ello es que el anciano no debe de ser tratado como un simple destinatario de una serie de servicios y prestaciones. <sup>(11)</sup>

La familia ejerce un papel en el desarrollo de enfermedades, control metabólico y/o curación en el anciano, asimismo, el adulto mayor influye a través de la hemodinámica en la homeostasis familiar (biológica, psicológica y social) que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de

salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social

Carlos A. reyes-Ortiz en el Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Geriátría, mayo de 1997, Atlanta, EE.UU.. En un estudio realizado a 75 casos de edad aproximadamente de 80 años; En cuanto a la función familiar se encontró una disfunción moderada en 39%, y una severa en 28% de los participantes. Sólo 33% de los pensionados tenían una función familiar normal.

Por lo que podemos concluir en este estudio que con respecto a las dimensiones del Funcionamiento Familiar por factores de las Familias nucleares y extensas, las familias extensas son quienes influyen en el apoyo social de los pacientes geriátricos. Así mismo podemos mencionar que con respecto al sexo el masculino se encontró con mayor frecuencia, casado y con una edad fluctuante de 69 años.

Por lo tanto, en nuestra comunidad, podemos mencionar que los adultos mayores sí reciben apoyo afectivo, sin embargo son más frecuentes en las familias extensas, las nucleares presentan bajo apoyo y esto puede deberse al conjunto de personas con quien comparten la vivienda, su estado civil e inclusive a las enfermedades que la persona geriátrica pudiera tener.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fuentes GMI, García GA. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. Revista del Hospital General La Quebrada.; Vol.2 (1) 2000: 25-29.
2. Madrigal MA, Mirete VC. Boletín sobre el envejecimiento. Haelt Canadá /OMS; Vol 1 2000: 2-5
3. Loewy M. La vejez en las América. Perspectiva de salud. Rev. Organización panamericana de la salud. Vol. 1 2004: 1-5
4. Acunas CA, Perspectiva del adulto mayor. Rev. Hosp. Gral. Dr. M Gea González.  
Vol. 3(1), 2000:5-6
5. Gutiérrez R M, El proceso del envejecimiento humano. Revista médica UNAM; Vol. 41(5):198-206.
6. Fleites GO. Evaluación geriátrica. Rev. Cubana de enfermería. Vol. 11,(2) mayo agosto 1995:17-23
7. Díaz EB, Martínez LAJ, Núñez RV Características biopsicosociales en una población anciana. Rev. Cubana enfermería Vol19 (3) 2003: 1-8
8. Martín LGB. El adulto mayor en la familia. Psicología y pedagogía Argentina. Vol. 1 (1): 2000
9. Fuentes GM I, García GA. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. Revista del hospital general la quebrada. Vol.2 (1) 2003. 25-29
10. Lanzón P, Richmond C. Arellano LJ, Atri ZR, Brizuela DV , instrumentos de evaluacion en terapia de familiar y de apreja. E ditorial PAX MEXICO,primera edicion.2006:1-25
11. Kevin Mackway – jones, geoff Hughes. Problemas de emergencia en personas adultas. BMJ Emergency medicine journal. Volumen22 (5), 2005:370-374.

12. Reyes CA, Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. Colombia médica volumen 29, numero 004.1998:138-142
13. Ordóñez BJA. El adulto mayor, aspecto psicoafectivo. Rev. MED, Chilena. Vol.29(1) 2000: 41-67
14. Martínez ND, Gutiérrez HRF, Gómez GC, Cavazos PJC. El adulto mayor y la violencia. Archivo geriátrico. Vol.5(2) 2002:
15. Marín P P, Castro H S. Abuso o maltrato en el adulto mayor. Boletín de la Esc. De medicina Vol.29,año: 2000. pag:1-2
16. Soler H E, Sabido S C, Saiz V L, Mendoza S H, Gil A I, Gonzalez S R. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. Volumen 7, suplemento1, año 2005. pag: 14-17.
17. Soler H E, Sabido S C, Saiz V L, Mendoza S H, Gil A I, Gonzalez S R. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. Volumen 7, suplemento1, año 2005. pag: 14-17.
18. Arellano L J, Atri Z R, Brizuela D V, instrumentos de evaluación en terapia de familiar y de pareja. Editorial PAX MEXICO, primera edición. 2006. pag:1-25
19. Arellano L J, Atri Z R, Brizuela D V, instrumentos de evaluación en terapia de familiar y de pareja. Editorial PAX MEXICO, primera edición. 2006. pag:1-25
20. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf#search=%22escala%20de%20apoyo%20social%20Bduke-UNC-11%22>. Recuperado 20 de agosto de 2006.
21. Arellano L J, Atri Z R, Brizuela D V, instrumentos de evaluación en terapia de familiar y de pareja. Editorial PAX MEXICO, primera edición. 2006. pag:1-25
22. Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del Desarrollo* Hoy. Madrid: McGraw-Hill.

23. Guiniera Ansuy G. Aspectos Higiénicos Sociales de la Gerontología. Rev Cubana Admon de Salud 1994; 10: 3-4.
  
24. Otero Ojeda A. Algunos aspectos de la atención psicogeriatrica. Cuestiones más generales. Rev. Hosp. Psiq. La Habana 1997; 37:31-9.
  
25. Devesa calina E. Conservación de la salud en el anciano. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 1998; 4(1):3.

## ANEXO 1

### Clasificación de las familias según el parentesco

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. IDENTIFICACION.

Folio:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

CASADO / / UNION LIBRE / / VIUDO / /  
SOLTERO / / DIVORCIADO / /

2. QUE PERSONAS HABITAN EN LA MISMA CASA:

ESPOSO

HIJOS

HERMANO / A

NIETOS

SOBRINOS

CUÑADO/A

3. TIPO DE FAMILIA CON PARENTESCO

Nuclear	
Nuclear simple	
Nuclear numerosa	
Reconstruida (bi nuclear)	
Extensa	

**Cuestionario Funcionamiento Familiar**

Por favor, no deje enunciado sin contestar. La forma de responder es cruzando con una **X** el número que mejor se adecue a su respuesta con base a la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo	(5)
De acuerdo	(4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(3)
En desacuerdo	(2)
Totalmente en desacuerdo	(1)

	1	2	3	4	5
1. Mi familia me escucha					
2. Sí tengo dificultad, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme					
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa.					
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos					
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia					
6. Rara vez platico con la familia sobre lo que me pasa					
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza					
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas					
9. Mi familia es flexible cuanto a las normas					
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente.					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					
12. Me siento parte de mi familia					
13. Cuando me enojo con algún miembro de mi familia, se lo digo.					
14. Mi familia es diferente a mis necesidades afectivas.					
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas					
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia					

17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia.	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla, no se puede cumplir la modificamos.	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario de comer	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla, en mi casa sabemos cuáles son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que demos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5

40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta. | 1 2 3 4 5

**Cuestionario de apoyo social**

En la siguiente lista se expone una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirve de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que mas se acerque a su situación.

Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho Ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
-----------------------------	-----------------------	------------------	-----------------	------------------

1. recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajos	1	2	3	4	5
4. cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento	1	2	3	4	5

importante en mi vida					
11. recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama	1	2	3	4	5

**TABLA DE VALORES DUKE-UNC-11**

VALORES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6

ESCASO APOYO SOCIAL: ↓ 33

ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: ↓ 15

ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: ↓ 18

## ANEXO 2

Actividades	2006						2007	
	Jun-jul	Agos	sept	oct	nov	dic	ene	feb
<b>Realización del protocolo</b>								
<b>Aceptación del protocolo</b>								
<b>Recolección de datos</b>								
<b>Análisis de datos</b>								
<b>Realización de tesis</b>								

### ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para participación en proyectos  
De investigación clínica

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ por

Medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación.

Titulado **Disfunción familiar en pacientes geriátricos que acuden a la consulta de medicina familiar en la UMF #12**

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número \_\_\_\_\_.

El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo