



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 5**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA**

T E S I S

Para obtener el Diploma de Especialidad en
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
Dra. Ana Yancy Soto Leyva

NOGALES , SONORA

FEBRERO DE 2018





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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA**

IDENTIFICACION DE AUTORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra.: Soto Leyva Ana Yancy

Matricula: 99278478

Médico Adscrito al Hospital General Zona/Medicina Familiar Participativa 05,
Dirección Nogales, Sonora.

Celular: 667168 6588

Correo Electrónico: sotoleyva77@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO

DR. LEOPOLDO HERNÁNDEZ CHÁVEZ

Matricula: 99271823

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona Número 5 Nogales Sonora.

Dirección: Av. Álvaro Obregón esquina Mariano Escobedo Núm. 756
Nogales, Sonora.

ASESOR METODOLÓGICO

DR. AGUILERA ARIAS MIGUEL ANGEL

Matricula: 98271377

Médico Epidemiólogo

Hospital General de Zona Número 5 Nogales Sonora.

Dirección: Av. Álvaro Obregón esquina Mariano Escobedo Núm. 756
Nogales, Sonora.

Lugar donde se llevó a cabo:

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Participativa Número
5 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Nogales, Sonora.

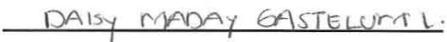
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DR.SOTO LEYVA ANA YANCY**

AUTORIZACIONES


DR. LEOPOLDO HERNÁNDEZ CHÁVEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 5 NOGALES, SONORA.


DRA. DAISY MADAY GASTÉLUM LÓPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES IMSS HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 5 NOGALES,
SONORA.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. SOTO LEYVA ANA YANCY

AUTORIZACIONES



DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA

**COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA.**



DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES

**COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA.**

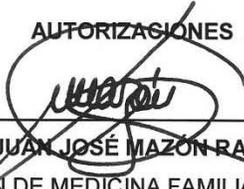


DRA. CRUZ MONICA LOPEZ MORALES

**COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA
DRA. SOTO LEYVA ANA YANCY**

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2609
H GINECO PEDIATRIA HERMOSILLO, SONORA

FECHA 08/12/2015

DRA. ANA YANCY SOTO LEYVA

PRESENTE

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA.

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

Núm. de Registro
R-2015-2609-41

ATENTAMENTE

DR. (A) CELINA MONTOYA MEJIA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Índice	Página
I. Resumen _____	1.
II. Marco Teórico _____	2.
III. Planteamiento del Problema _____	8.
IV. Justificación. _____	9.
V. Objetivo. _____	10.
VI. Hipótesis. _____	11.
VII. Material y Metodos. _____	12.
VIII. Descripción General del Estudio. _____	15.
IX. Aspectos Eticos. _____	22.
X. Recursos Humanos, Financieros y Materiales. _____	23.
XI. Analisis de Resultados. _____	25.
XII. Discusión. _____	39.
XIII. Conclusiones. _____	40.
XIV. Anexos. _____	41.
XV. Referencias Bibliograficas. _____	47.

I.-RESUMEN.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA

Autores Soto-Leyva A.Y. - Hernández -L.

INTRODUCCIÓN:

La ancianidad es un serio problema de todos los países, a medida que ingresan una atención médica se establece su vulnerabilidad, esto produce la aparición de diferentes patologías e incapacidades físicas y psíquicas que dificultan la funcionalidad familiar. El adulto mayor, ocupa un lugar importante dentro de las familias de muchos de nosotros y al mismo tiempo demanda de cuidados y adaptaciones especiales, como la observación de su salud, un entorno adecuado.

OBJETIVO: Conocer la funcionalidad familiar del adulto mayor que acude a la U.M.F Participativa 05 del IMSS, Nogales, Sonora.

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se tomaron controles de personas que consultan en la U.M.F Participativa 05 utilizando cuestionario FACES III, se determinó la variable funcionalidad familiar, aplicando cuestionario adicional para determinar variables universales del estudio, edad, sexo, escolaridad y estado civil. El estudio fue de forma verbal y confidencial, aplicando el cuestionario a adultos mayores.

CONCLUSION Y RESULTADOS: Este estudio nos permite observar el tipo de funcionalidad familiar, correspondiendo la familia balanceada en el adulto mayor. De un total de 163 encuestas aplicadas, podemos observar que en relación con el modelo circunflejo de Olson, el 49.69 % corresponde a familia Balanceada; el 25.77 % corresponde a familia de tipo Rango Medio; el 24.54 % familia de tipo Extrema

PALABRAS CLAVE: Funcionalidad familiar, Adulto Mayor.

II.-MARCO TEÓRICO

Una familia funcional se considera la que realiza una interacción y dinamismo que surge entre los integrantes de la misma. ⁽¹⁾

Lo anterior se ha convertido con el paso de los tiempos en el sistema de la sociedad fundamental para la vida de todo ser humano, debido principalmente al vínculo de convivencia y protección que se crea entre un grupo de personas; a pesar de que la familia debería expresar felicidad y seguridad para toda la vida, en las sociedades actuales se evidencia el abandono de los adultos mayores de muchas familias que por diferentes motivos los alejan intempestivamente, creando en ellos problemas psico-sociales que afectan negativamente en la manera de percibir la vida de este grupo tan vulnerable. La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. ⁽²⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone estrategias para otorgar una mejor atención a este grupo poblacional. Profundizar en el conocimiento de la población anciana. Estimular la investigación epidemiológica y clínica. Apoyo técnico a la formación de recursos humanos. Cooperación técnica entre los países. Atención de salud integrada a los servicios de salud primaria. Políticas de asignación de recursos de diferentes fuentes atendiendo factores como vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social. ⁽³⁾

En el caso de México, INEGI público que el envejecimiento de su población se hizo presente en la última década del siglo pasado. Lo anterior se puede apreciar luego de que de 1990 a 2012 la proporción de niños y jóvenes se redujo, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2% a 9.3 %, y se espera que a 2050 llegue a 21.5 %. Datos recientes la actividad de esta población en la comunidad revelan que durante el segundo trimestre de 2013 la tasa de

participación económica de las personas de 60 años y más ascendió a 33.8% del total. A pesar de ello, de acuerdo con datos de 2012 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México 43 por ciento de los adultos mayores se encuentran en situación de pobreza lo cual define como la situación de una persona cuando presenta carencia de al menos uno de sus derechos relacionados con el desarrollo social, y si además sus ingresos son insuficientes para los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. Por otra parte, datos censales de 2010 señalan que en 26.1 % de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años o más. ⁽⁴⁾

El interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, sostienen la tendencia actual que considera que si es importante vivir más años, es primordial que estos años sean con la mejor calidad de vida posible. La problemática del anciano adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. ⁽⁵⁻⁷⁾

Las investigaciones que se han realizado se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; también es necesario conocer aquellas condiciones que ponen al adulto mayor en una situación de riesgo, o potencian el envejecimiento. Es bueno destacar que aunque la edad es un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma. ⁽⁸⁾

Una de las herramientas creadas para realizar una evaluación de funcionalidad familiar es la desarrollada por Olson, Portner y Lavee que a su vez ha tenido diversas modificaciones, la última hecha por Leibovich y Schmidt, en su versión en inglés Faces III que consta de 40 ítems y en la versión en español contenida por 20 reactivos de la escala real. ⁽⁹⁾

En las personas se identifican diferentes tipos de envejecimiento, entre los que destacan el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual

es la evolución que hasta ahora es irreversible experimentado por todas las personas en el curso de su vida y envejecimiento poblacional es el aumento del número de adultos mayores que respectan el conjunto de la población a que pertenecen. Estas dos interpretaciones hacen que el análisis del envejecimiento se haga en dos planos distintos con todas sus implicaciones. ⁽¹⁰⁾

El proceso de envejecimiento humano individual es la suma del envejecimiento primario y el secundario. ⁽¹¹⁾

El envejecimiento primario es uno o un grupo de procesos responsables de los cambios observados de la edad en los individuos y no son relacionados con las enfermedades. Su investigación se basa en la genética, moléculas y células que intervienen en el envejecimiento. ^(12,13)

Si lo anterior es expresado adecuadamente, es denominado “envejecimiento con éxito.” El envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios de adaptación para mantener el equilibrio del medio interno. Su investigación abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos saludables para la vida. ⁽¹⁴⁾

Sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar equilibrio de su medio. ^(15,16)

Esta reducción de la respuesta se manifiesta inicialmente bajo circunstancias de estrés para luego pasar a mínimas agresiones. Según la pérdida de la susceptibilidad, aumentando la posibilidad de que desencadene una pérdida defunción, discapacidad y dependencia.

La gerontología es la ciencia que se encarga del estudio de todos los aspectos del proceso de envejecimiento, incluyendo los factores bio-psicosociales. La geriatría es la rama de la medicina interna que es la encargada de diagnosticar y dar tratamiento a los problemas físicos y cuidados del anciano. En el estudio de la geriatría y gerontología, ante todo se necesita establecer una definición de

anciano. La Senectud es el periodo que inicia entre los 60 y 65 años; se caracteriza por la aparición de enfermedades típicas de la edad avanzada, que requieren un diagnóstico y un tratamiento oportuno. El siguiente periodo se le denomina vejez declarada y se inicia alrededor de los 70 años e incluye estrictamente al anciano, con una importancia creciente de problemas a nivel médico, social y, sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. Y por último los que son mayores de 90 años se les denominan longevos. ⁽¹⁷⁾

El proceso de envejecimiento es la mezcla de factores hereditarios y ambientales entre otros. De esta unión podemos clasificar al envejecimiento en cuatro factores: Habitual, Exitoso, Incapacitante, Patológico. ⁽¹⁸⁾

El ritmo de envejecimiento varía según los condicionamientos, religiosos, psicológicos, económicos, sociales y culturales que rodean al individuo de Edad mayor. El individuo vive más cuando encuentra el apoyo de su familia, de su comunidad y de la sociedad que lo identifica como ciudadano. ⁽¹⁹⁾

La edad cronológica sirve como marcador de una edad objetiva, la edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados causalmente; no es la edad si no el cómo se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso. La edad biológica sí corresponde a las diferentes etapas en el proceso de envejecimiento biológico. En la edad psíquica hay diferencias entre jóvenes y viejos en la esfera cognoscitiva que afecta la manera de pensar y las capacidades psico-afectivas, sobre la personalidad y el afecto.

Al parecer la capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de la existencia, determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada. La edad social comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. ⁽²⁰⁾

La edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, autorrealización, de confianza en sí mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas. Esta etapa es de larga duración y se

Subdivide en tres etapas: adulto joven entre 20 y 40 años, adulto maduro entre 40 y 60 años y adulto mayor 60 años de edad hasta su muerte. De estas 3 etapas la del adulto mayor es de gran importancia para el estudio médico ya que en ella surgen grandes cambios biopsicosociales en el ser humano.⁽²¹⁾

Como enfermedades más frecuentes que aquejan a la población tenemos las siguientes: la Diabetes Mellitus,⁽²²⁾ La hipertensión,⁽²³⁾ Enfermedades renales,⁽²⁴⁾ Trastornos reumáticos,⁽²⁵⁾ Traumatismos,⁽²⁶⁾ Tuberculosis,⁽²⁷⁾ Osteoporosis⁽²⁸⁾ Dentro de los factores de riesgo (no biológicos) que debemos considerar esta el ser anciano, pertenecer al sexo femenino, la soledad, la pobreza y el bajo nivel educativo; al estar aislado en la vejez no se cuenta con los apoyos suficientes para realizar acciones tan simples como la alimentación, la atención médica. Los factores de riesgo biológico se ven influenciados en forma importante por los estilos de vida, la higiene y el ejercicio.

Existen dos razones para que el médico desarrolle la capacidad de hacer observaciones clínicas sobre la familia del paciente: lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente, y la respuesta de la familia del paciente ante la enfermedad, influye sobre su curso.⁽²⁹⁾

La medicina familiar es la especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud- enfermedad, toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención médica primaria, integral, co-participativa, continua y con el enfoque en forma de preventivo en forma compartida con el individuo y la familia.

Considerada como especialidad porque tiene como objeto de estudio bien definido a la familia, la cual constituye la unidad bio-psico-social de cuyo funcionamiento se genera salud o enfermedad entre sus propios miembros. La medicina familiar contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas y comprende conocimientos y habilidades sobre aspectos sociales, psicológicos y antropológicos que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo de su ciclo vital. El médico familiar es el único profesional de la salud que atiende pacientes en una estrecha relación que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte y no solo

se incumbe la familia como unidad, sino la relación entre las personas que la integra. La medicina familiar como la especialidad preventiva por excelencia y el médico familiar como el principal promotor de la salud de las familias.

(30)

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de suma importancia tener conocimiento de la problemática que existe en la unión de la familia con el adulto mayor, teniendo en cuenta la dificultad para que este grupo de personas hablen a detalle sus padecimientos dentro del núcleo familiar.

Se debe inculcar al adulto mayor que tiene los mismos derechos que una persona de menos edad y debe ser tratado con igualdad y respeto, deben tener en mente que a pesar de sus incapacidades pueden ser productivos y cooperativos en una estructura familiar, y no sentirse excluidos de la sociedad.

En algunos casos no es necesariamente por problemas del adulto mayor, sino por el resto de la familia que lo rodea, por esto es de suma importancia identificar cualquier tipo de problemática para que este grupo tenga una mejor calidad de vida.

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar en el adulto mayor que acude a una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, En Nogales, Sonora?

IV.- JUSTIFICACIÓN

El incremento del grupo de personas de 60 y más es creciente dado a que el avance en las ciencias médicas y la genética ha despuntado en las últimas décadas y por lo tanto han surgido diferentes patologías y disfunción familiar en la senectud.

Del año 1990 hasta el 2012 la proporción de niños y jóvenes se redujo, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2% a 9.3 %, y se espera que a 2050 llegue a 21.5 %. Datos recientes la actividad de esta población en la comunidad revelan que durante el segundo trimestre de 2013 la tasa de participación económica de las personas de 60 años y más ascendió a 33.8% del total. A pesar de ello, de acuerdo con datos de 2012 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México 43 por ciento de los adultos mayores se encuentran en situación de pobreza lo cual define como la situación de una persona cuando presenta carencia de al menos uno de sus derechos relacionados con el desarrollo social, y si además sus ingresos son insuficientes para los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. Por otra parte, datos censales de 2010 señalan que en 26.1 % de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años o más.

Las investigaciones que se han realizado se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; también es necesario conocer aquellas condiciones que ponen al adulto mayor en una situación de riesgo, o potencian el envejecimiento. Es de bueno destacar que aunque la edad es un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma.

Una de las herramientas creadas para realizar una evaluación de funcionalidad familiar es la desarrollada por Leibovich y Schmidt, en su versión en inglés Faces III consta de 40 ítems y en la versión en español contenida por 20 reactivos de la escala real. La cual aplicamos en el estudio.

V.-OBJETIVO

Objetivo General

Conocer la funcionalidad familiar en personas que solicitan consulta en UMF Participativa 05 IMSS en Nogales, Sonora.

Objetivos Específicos

Clasificar si hay o no funcionalidad familiar adulto mayor que solicitan consulta en la U.M.F Participativa 05 del IMSS en Nogales, Sonora

Conocer cuál es la problemática cuando no existe funcionalidad familiar en personas que solicitan consulta en la U.M.F Participativa 05 del IMSS en Nogales, Sonora.

Observar funcionalidad familiar cuando esta exista en personas que solicitan consulta en la U.M.F Participativa 05 del IMSS en Nogales, Sonora. .

VI.-HIPÓTESIS

HIPÓTESIS VERDADERA

Existen problemas de funcionalidad familiar en adultos mayores que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar Participativa 05 de Nogales, Sonora.

HIPÓTESIS NULA

No existen problemas de funcionalidad familiar en adultos mayores que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar Participativa 05 de Nogales, Sonora.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo a partir del mes de julio del 2015 en el turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar Participativa 05 de Nogales, Sonora y fue´ calificado con el método Faces III.

VII.- MATERIAL Y METODOS

Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio: La investigación se llevó a cabo en Unidad de Medicina Familiar Participativa #5 de Nogales, Sonora, ubicada Calzada Industrial Nuevo Nogales #9 Colonia Nuevo Nogales, se cuenta con los servicios de medicina familiar consulta externa, estomatología, medicina preventiva, su acceso es por medio de transporte público camión o taxi, vehículos particulares.

Diseño y tipo de estudio: Es un estudio tipo observacional, descriptivo, transversal.

Universo de trabajo: Pacientes mayores de 60 años de edad, género indistinto, que estén adscritos como derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar Participativa #5 de Nogales, Sonora, en periodo establecido entre 1 de marzo del 2015 al 1 de octubre del 2016.

Muestra: Se eligió una muestra no probabilística por casos consecutivos, tomando un total de 815 adultos mayores en el periodo determinado aplicando la fórmula de proporciones finitas con índice de confianza del 95% se realiza la investigación a un total de 163 adultos mayores derechohabientes de la unidad de género indistinto, en 5 consultorios del turno vespertino.

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Se calculó el tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula para proporciones finitas resultando un total de 163 pacientes adultos mayores, esto con un índice de confianza del 95%.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N \times Z^2 \times (p) \times (q)}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times (p) \times (q)}$$

- N = Total de la población (815)
- Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 70%)

$$N = 163$$

TIPO DE MUESTREO

Se realizó el estudio por muestreo no probabilístico por conveniencia en casos consecutivos.

Diseño y operacionalización de las variables:

<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Indicador</i>
<i>Funcionalidad familiar</i>	<i>Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por las que atraviesa</i>	<i>Debido a la puntuación de la escala de medición faces III, el paciente cuyo resultado se encuentre en tipología familiar balanceada</i>	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>1.- Si 2.- No</i>
<i>Estado civil</i>	<i>Unión de dos personas ante un juez</i>	<i>Situación personal en relación a otra, con lazos jurídicos reconocidos sin tener parentesco alguno</i>	<i>Cualitativo nominal</i>	<i>1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Separado/ Divorciado</i>
<i>Edad</i>	<i>Tiempo de vida de una persona expresada en años</i>	<i>Tiempo equivalente desde que nace hasta la actualidad</i>	<i>Cuantitativa discreta</i>	<i>Años de vida</i>
<i>Escolaridad</i>	<i>Grado escolar que se esté cursando o haya concluido hasta el momento</i>	<i>Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela</i>	<i>Cuantitativa discreta</i>	<i>Años escolares</i>
<i>Género</i>	<i>Condición social masculino o femenino de los seres humanos</i>	<i>Se refiere a las características de la mujer y el hombre definida por la sociedad</i>	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>Hombre Mujer</i>

VIII.- DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Para esta investigación se aplicaron encuestas con el objetivo de determinar los problemas que existen dentro del núcleo familiar del adulto mayor, así como adaptabilidad, cohesión y comunicación.

Composición de la escala:

El FACES III, consta de 20 ítems, la cual deberá ser evaluada a través con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca.

Los 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real.

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20).

Cohesión Familiar.

La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, se refiere al grado unión emocional percibido por los miembros de una familia; mencionando que Olson para realizar el diagnóstico de éste parámetro dentro de la familia tomó en consideración lo siguiente: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación”. Estas consideraciones facilitan establecer los estilos familiares dentro del modelo Circumplejo, así tenemos familias con estilo: no relacionada (10-34 puntos), semirelacionada (35-40 puntos), relacionada (41-45 puntos), y Aglutinada (46-50 puntos).

Adaptabilidad familiar:

La adaptabilidad familiar está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar, la adaptabilidad se trata de “la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia”. Entre las variables que se evalúan en el modelo Circumplejo de Olson son: “la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación”, las cuales ayudan a caracterizar a las familias en los siguientes tipos: rígida (10-19 puntos), estructurada (20-24 puntos), flexible (25-28 puntos), caótica (29-50 puntos).

Comunicación familiar:

La comunicación familiar es considerada como un punto importante del modelo Circunflejo de Olson, la comunicación dentro de este modelo “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

Administración de la escala (FACES III):

Se trata de una escala muy sencilla y de rápida aplicación, la pueden completar personas de 12 años en adelante con un grado mínimo de escolarización, pues sus ítems están redactados de forma clara, intentando disminuir la mayor cantidad de dobles negaciones. El sujeto tiene que leer y responder cada una de las frases decidiendo para cada una de ellas, una puntuación que va de 1(casi nunca) a 5 (casi siempre).

Esta escala puede ser administrada a individuos, parejas y familias, que se encuentren en cualquier etapa del ciclo vital familiar, ya sea con fines clínicos o como parte de una investigación.

Obtención del puntaje:

Para la obtención de los puntajes del FACES III se debe seguir unos pasos muy sencillos luego de su aplicación y de haber verificado que los sujetos evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder:

- 1.** Se debe partir de sumar los ítems impares, los mismos que nos darán un posterior resultado de la variable cohesión. Los valores de cada ítem estarán dados por la opción de respuesta escogida por el sujeto evaluado, valores que podrán ir de 1 si eligió la opción casi nunca, hasta 5 si es casi siempre.
- 2.** Sumar los ítems pares lo que nos dará un posterior resultado de la variable adaptabilidad, recordando que los valores de los ítems estarán dados por la opción de respuesta que el sujeto haya elegido al igual que en el paso anterior.
- 3.** Identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad en la columna de números de la derecha del puntaje bruto obtenido en los dos pasos anteriores, trabajo que posibilita la obtención del tipo de familia. Sin embargo, otra posibilidad es la ubicación de estos puntajes en el diagrama del modelo Circumplejo de Olson, en el lugar correspondiente a cada dimensión, realizando una intersección entre ambos puntajes, obteniendo uno de los 16 posibles tipos de familias, las que se forman de la combinación de ambas dimensiones.
- 4.** Si se desea obtener el tipo de familia de manera más general, se tiene que considerar el número de la izquierda en negrita para cada una de las dimensiones, sumando y dividiendo para dos (X cohesión + X adaptabilidad = $Y/2$ =Tipo). El resultado se ubica en la columna tipo de familia obteniendo una de las tres posibles categorías familiares, (balanceadas, rango –medio y extremas). Ver desglose de la siguiente tabla.

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD		TIPO DE FAMILIA			
8	50	Aglutinada	8	50	Caótica	8	Extrema
	48			41			
7	47		7	40			
	46			30			
6	45	Relacionada	6	29	Flexible	6	Balanceada
	43			27			
5	42		5	26			
	41			25			
4	40	Semirelacionada	4	24	Estructurada	4	Rango medio
	38			23			
3	37		3	22			
	36			20			
2	34	No Relacionada	2	19	Rígida	2	Extrema
	25			15			
1	24		1	14			
	10			10			

Tipos de familia según el modelo Circunflejo de Olson.

Olson, y colaboradores establecen cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad y cuatro para la variable cohesión desarrollados a continuación:

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad.

a. Caótica. Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.

b. Flexible. Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.

c. Estructurada. Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.

d. Rígida. Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.

Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión.

- a. No relacionada. Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.
- b. Semirelacionada. Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.
- c. Relacionada. Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.
- d. Aglutinada. Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

Dicha encuesta se aplicó a los derechohabientes que cumplen con la edad de un adulto mayor, estos pacientes fueron captados en los cinco consultorios del turno vespertino de la unidad de medicina familiar participativa 05.

Para incluir a los pacientes en el estudio firmaron el consentimiento especialmente adaptado para esta investigación. Ya firmado el documento se explicó al paciente el objetivo de llevar a cabo esta investigación y el tipo de cuestionario que se le aplicó, la información se otorgó personalmente por el investigador responsable y se respondió el cuestionario de forma verbal por el paciente las cuales fueron recabadas de forma confidencial obteniendo solamente el resultado, respetando así el principio de confidencialidad.

Una vez completado el cuestionario, las respuestas obtenidas fueron vertidas en la hoja de recolección de datos para su posterior análisis y obteniendo los datos requeridos en la investigación. Los resultados obtenidos se mostraron en forma de gráficas para así facilitar su interpretación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todo paciente de 60 y más, que acuda a consulta familiar y acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todo paciente que acuda a consulta menor de 60 años.

Todo pacientes mayor de 60 años y no desee participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Todo paciente de 60 y más, que acuda a consulta familiar y abandone el cuestionario aplicado.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó análisis invariado describiendo las variables cuantitativas a través de las medidas de tendencia media y desviación estándar. Las variables categóricas se describirán a través de proporciones. Se utilizó el programa estadísticos SPSS 22 para el análisis y gráficos de los datos.

IX.-ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue realizado bajo las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Capítulo 1 Art. 13.

Esta investigación es considerada no riesgosa y cuenta con un consentimiento informado el cual se le entregará al paciente para su análisis, en él, incluye una descripción detallada de su participación, se explica que no se corren riesgos ya que su participación se limita solo a responder el cuestionario en forma verbal, se explica también que el único inconveniente es el tiempo requerido para dar respuesta al cuestionario, además se darán a conocer los resultados de las variables del presente estudio que permitirán tener elementos objetivos para mejorar la calidad del servicio que se otorga.

El paciente que participó en el estudio habrá de firmó el consentimiento informado igual que un testigo y el tesista. Se le informó al paciente que es libre de retirarse del estudio en cualquier momento que considere conveniente, así como se le proporcionó información, respuesta a sus preguntas y aclaración de dudas.

X.- RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES

Recursos humanos

El tesista de la Unidad de Medicina Familiar Participativa No. 5 en el que se realizará la investigación participará en la recolección de datos mediante la hoja de registro de información (anexo 1) a partir de las encuestas aplicadas a los participantes. Éste en conjunto con los asesores metodológicos procesarán los datos y se encargarán de la elaboración e interpretación de los resultados obtenidos.

Dra. Ana Yancy Soto Leyva.....**Investigador Principal**

Dr. Leopoldo Hernández Chávez..... **Asesor metodológico**

Dr. Miguel Ángel Aguilera Arias.....**Asesor metodológico**

Recursos físicos y materiales

Se utilizarán hojas para realizar las encuestas, se usarán impresiones para el Anexo 1, plumas para llenar la información recopilada. Equipo de cómputo para capturar resultados y realizar el análisis estadístico con lo cual se cuenta por los investigadores siendo factible para llevar a cabo la investigación.

RECURSOS FINANCIEROS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DESGLOSE PRESUPUESTAL PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



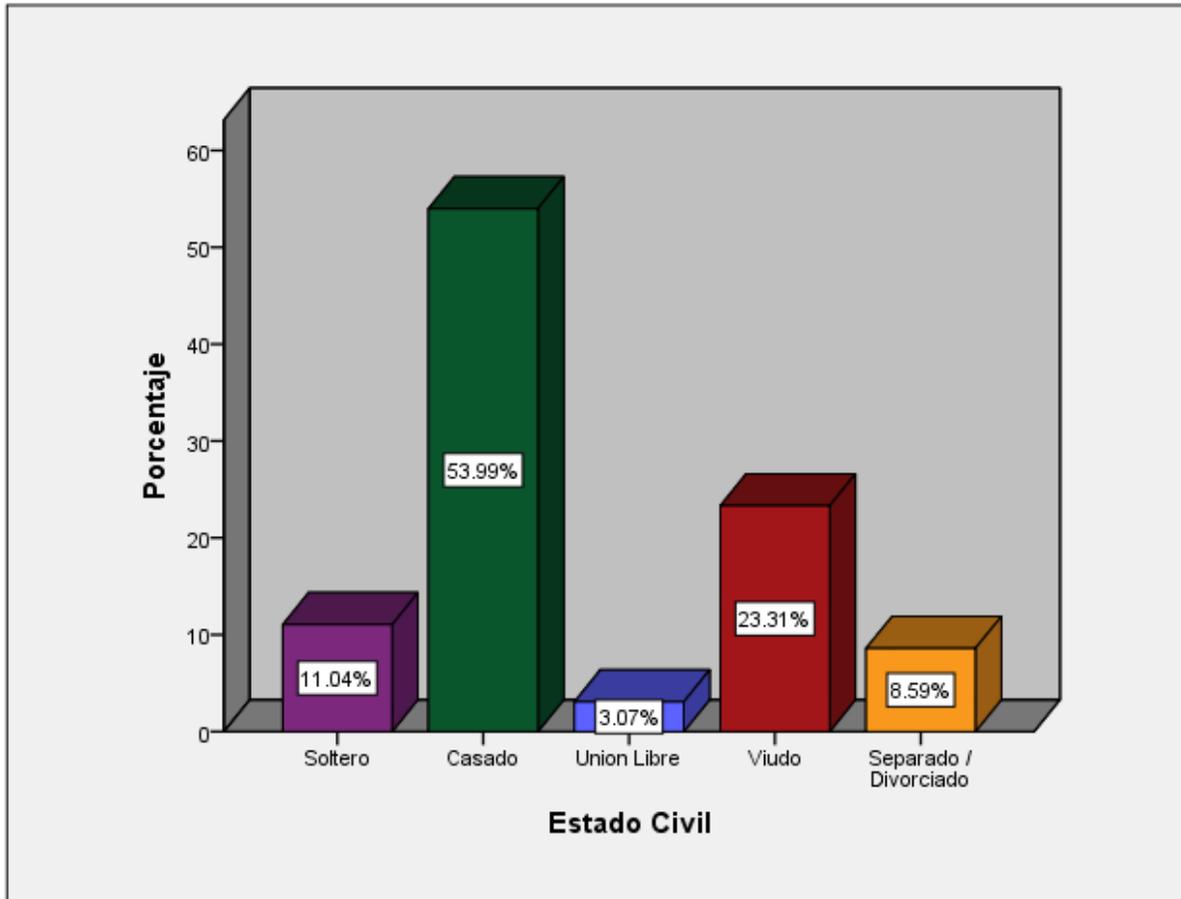
Título del Protocolo de Investigación:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA

Nombre del Investigador Responsable		
SOTO	LEYVA	ANA YANCY
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Presupuesto por Tipo de Gasto		
Gasto de Inversión.		
1	Equipo de laboratorio.	NA
2	Equipo de cómputo.	10,000.00
3	Herramientas y accesorios.	1.200
4	Obra civil. *	NA
5	Creación de nuevas áreas de investigación en el IMSS. *	NA
6	A los que hay a lugar de acuerdo a los convenios específicos de financiamiento.*	NA
Subtotal Gasto de Inversión		11,200.00
Gasto Corriente		
1	Artículos, materiales y útiles diversos.	530.00
2	Gastos de trabajo de campo.	NA
3	Difusión de los resultados de investigación.	NA
4	Pago por servicios externos.	NA
5	Honorarios por servicios profesionales.	NA
6	Viáticos, pasajes y gastos de transportación.	NA
7	Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes.	NA
8	Compra de libros y suscripción a revista.	780.50
9	Documentos y servicios de información.	NA
10	Registro de patentes y propiedad intelectual.	NA
11	Validación de concepto tecnológico.	NA
12	Animales para el desarrollo de protocolos de investigación.	NA
13	A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento.*	NA
Subtotal Gasto Corriente		2,410.00
TOTAL		12,510.50

XI.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

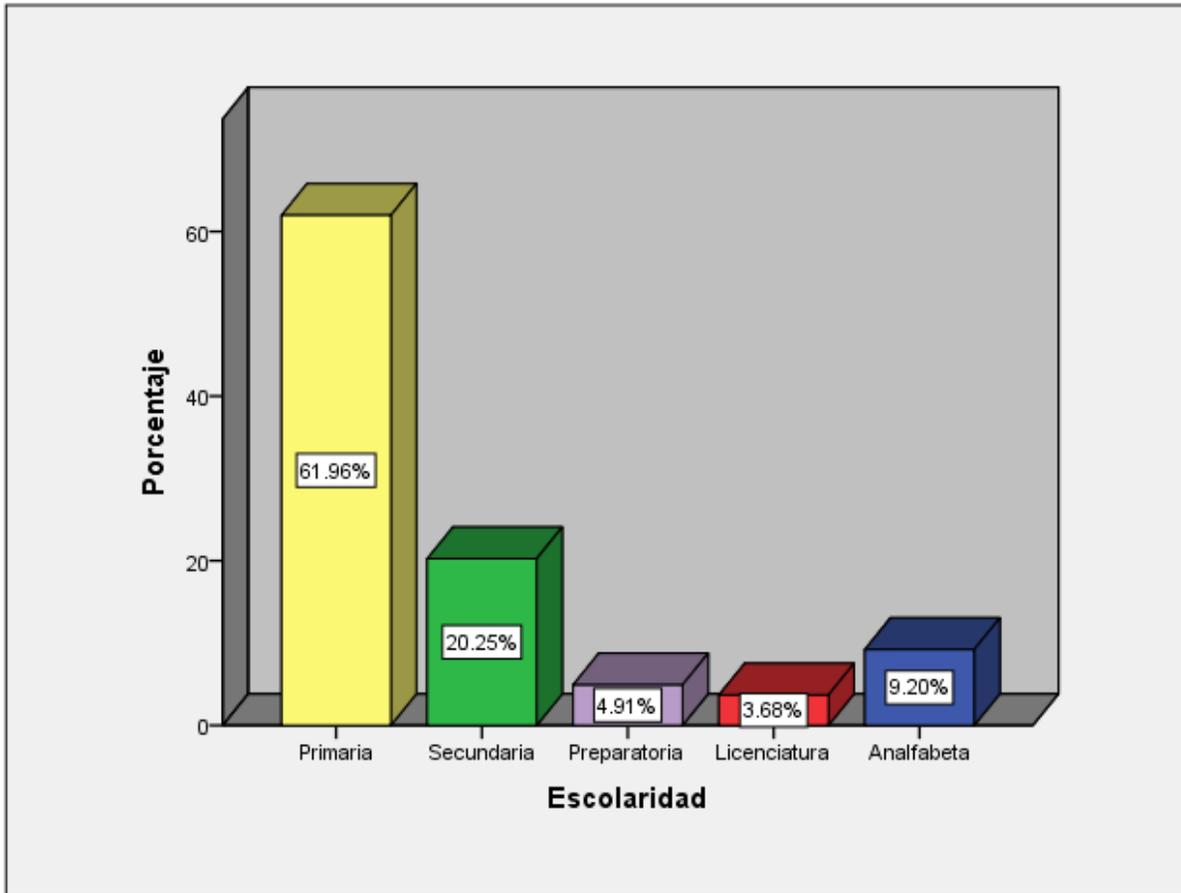
Grafica 1. Estado Civil



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora

De acuerdo a los resultados obtenidos, indican que el estado civil de los adultos mayores de 60 años de edad encuestados es de 53.99 % para los casados, el 23.31% son viudos; el 11.04% son solteros; el 8.59% corresponde a divorciado/separado y por último el 3.07 % respondió que vivía en unión libre.

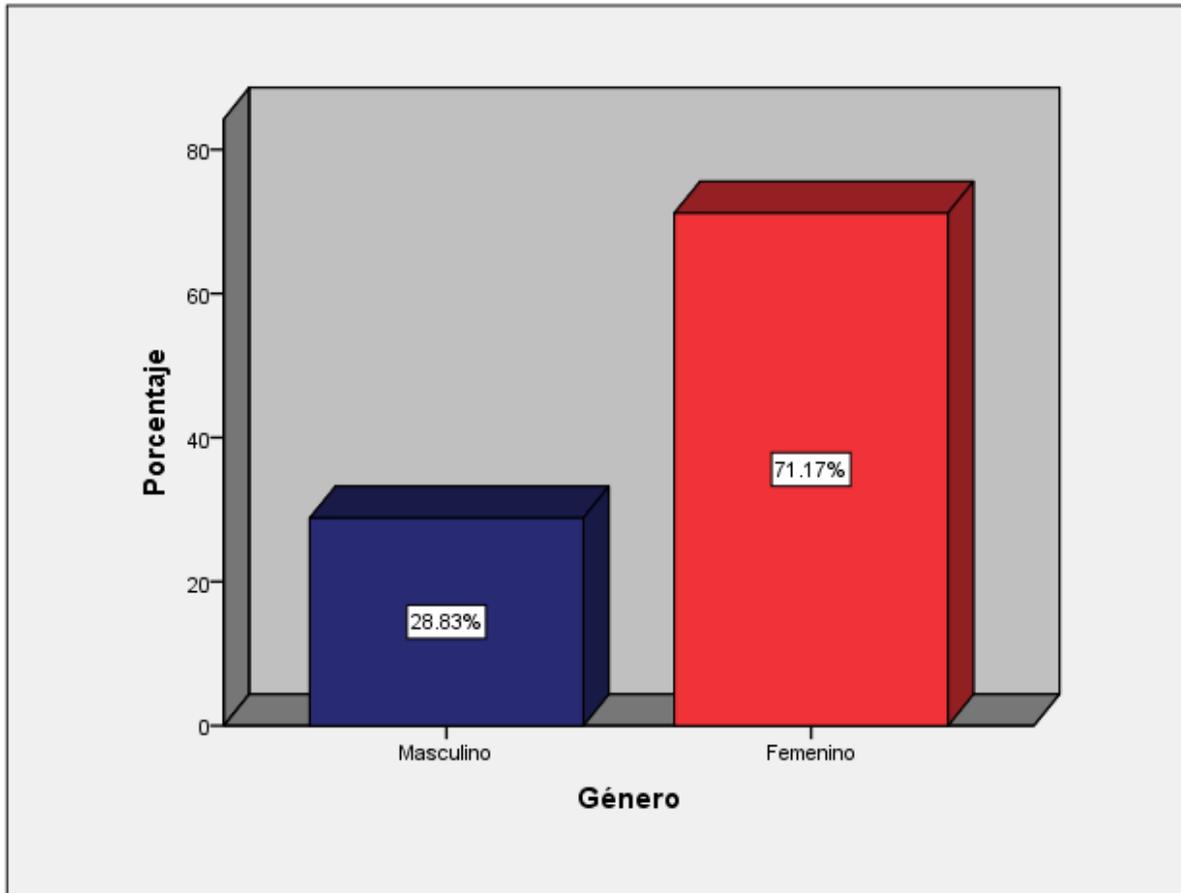
Grafica 2. Escolaridad



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

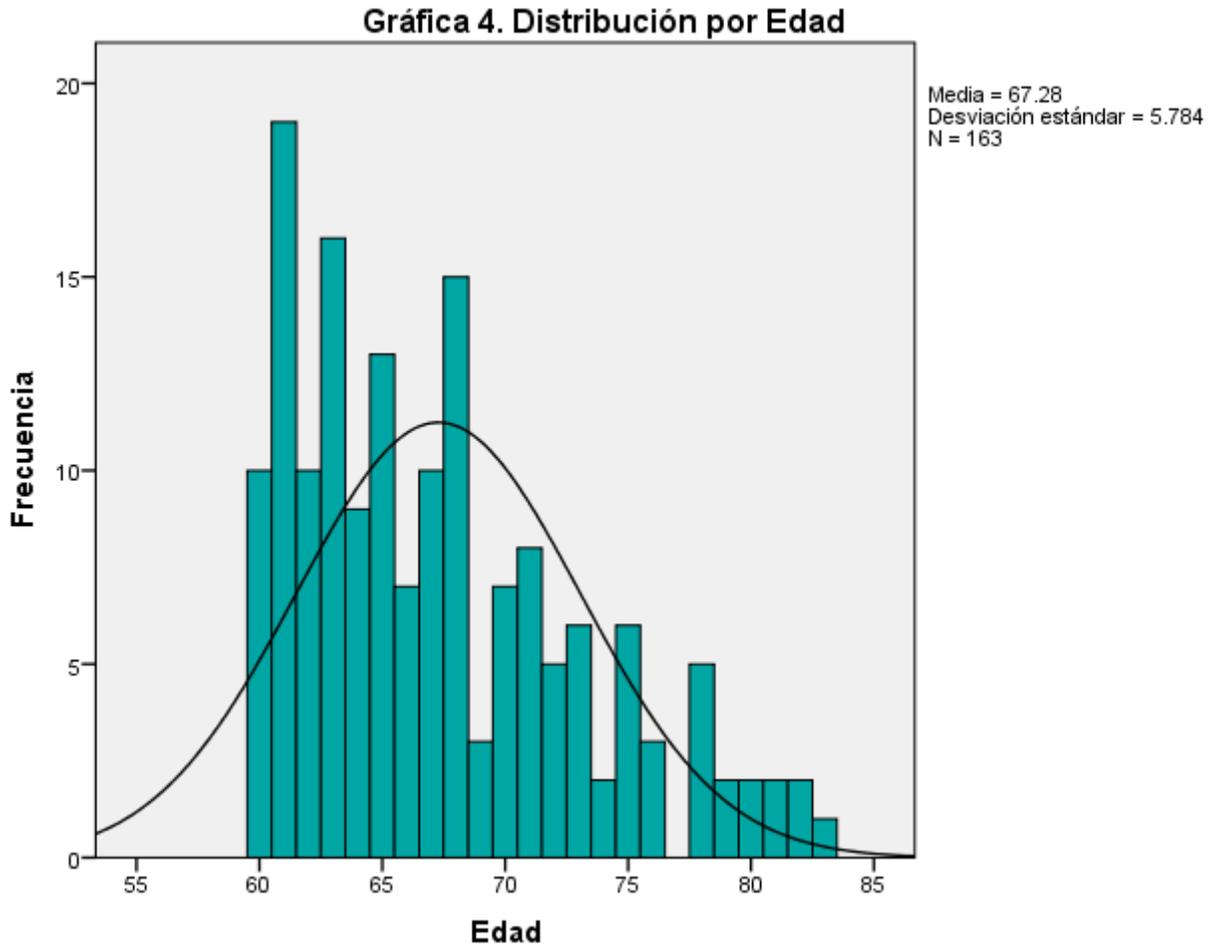
No obstante encontramos que el nivel de escolaridad de los adultos mayores encuestados es de que un 62.0 % curso primaria, un 20.2 % secundaria, mientras que el 4.9 % preparatoria, un 3.7 % concluyo licenciatura, y un 9.2 % expreso ser analfabeta.

Grafica 3. Género



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

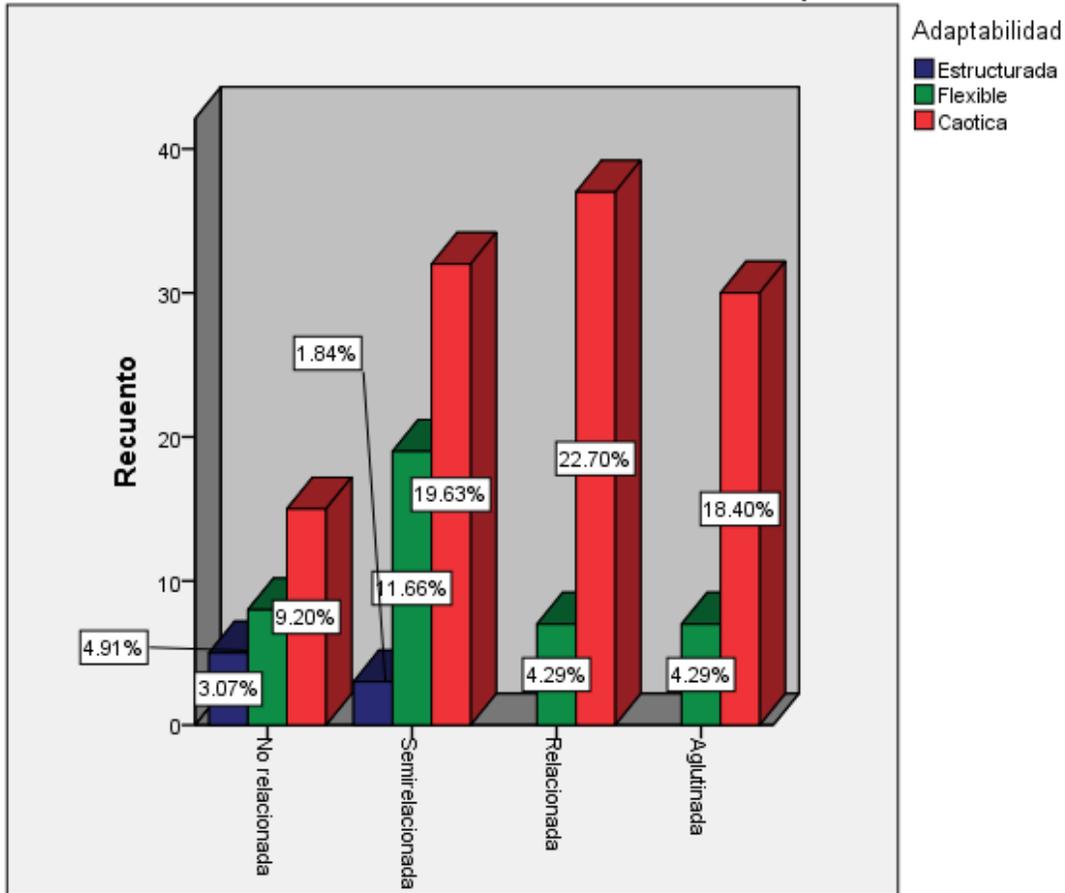
Encontramos de acuerdo al género que en adultos mayores el 71.17 % corresponden a femenino y el 28.83 % corresponde a masculino.



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

Dentro de los participantes encuestados se contó con un promedio de 67.28 ± 5.7 años, quienes se distribuyen en los siguientes grupos el 73.01 % corresponden al grupo de 60 a 70 años de edad; de 71 a 74 años de edad corresponden al 12.88 %; de 75 a 78 años corresponden al 8.59 %; y por último que el 5.5 % son adultos mayores de 79 años de edad.

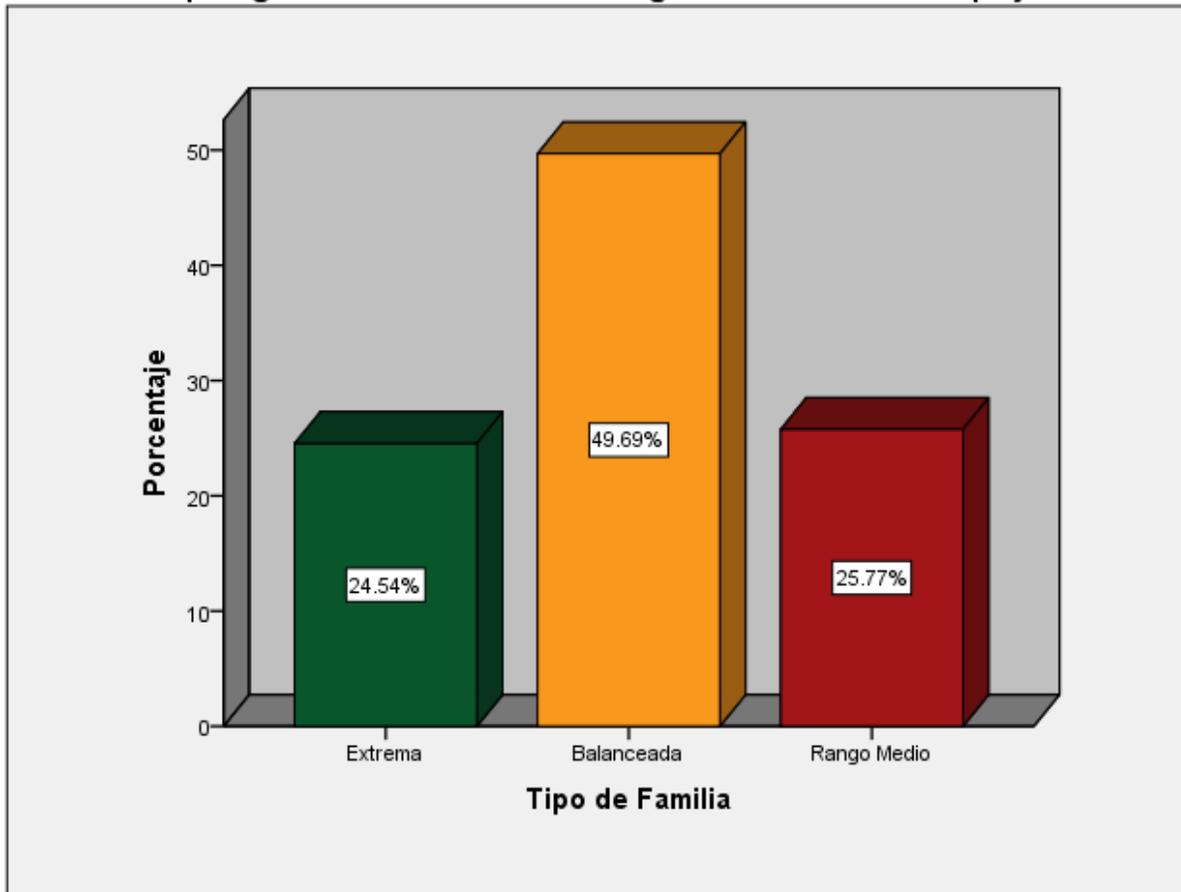
Gráfica 5. Cohesión en relación a adaptabilidad



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

Por lo que corresponde a la relación entre adaptabilidad y cohesión, se observó que el 69.94% se encuentra caótica; y en relación a su cohesión el 33.13 % se encontró semirelacionada.

Grafica 6. Tipología General de la Familia según El Modelo Circumplejo de Olson

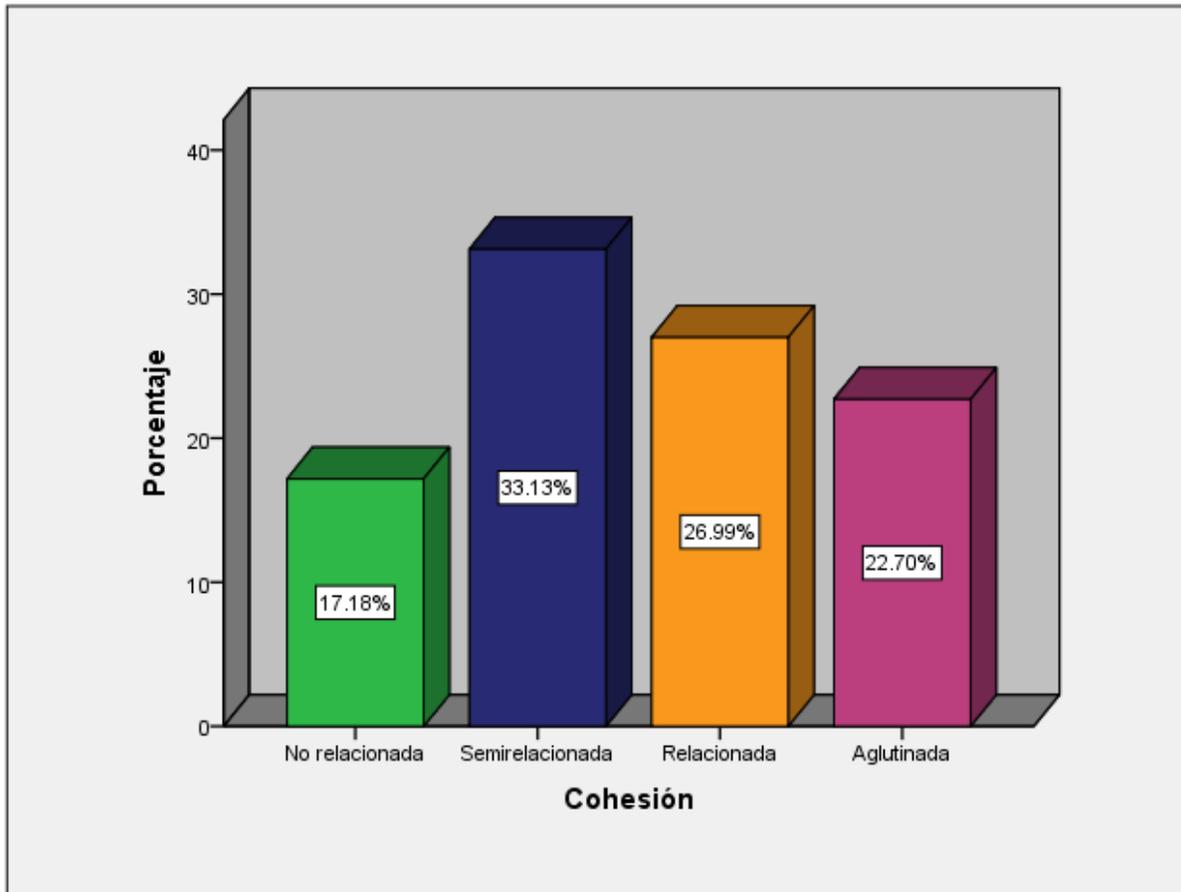


Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

De un total de 163 encuestas aplicadas, podemos observar que en relación con el modelo Circumplejo de Olson, el 49.69 % corresponde a familia de tipo Balanceada; el 25.77 % corresponde a familia de tipo Rango Medio; el 24.54 % corresponde a familia de tipo Extrema.

Así mismo podemos mencionar que las familias de Rango Medio que se encuentran representadas por el 25.77% de los sujetos evaluados; grupo que quizá requiere de orientación familiar, charlas educativas, etc. con la finalidad de variar su funcionamiento familiar a uno más funcional, pudiendo adherirse al grupo de familias balanceadas. En relación con el tipo de familia Extrema, el cual representa el 24.54 %, requiere de atención inmediata a nivel terapéutico.

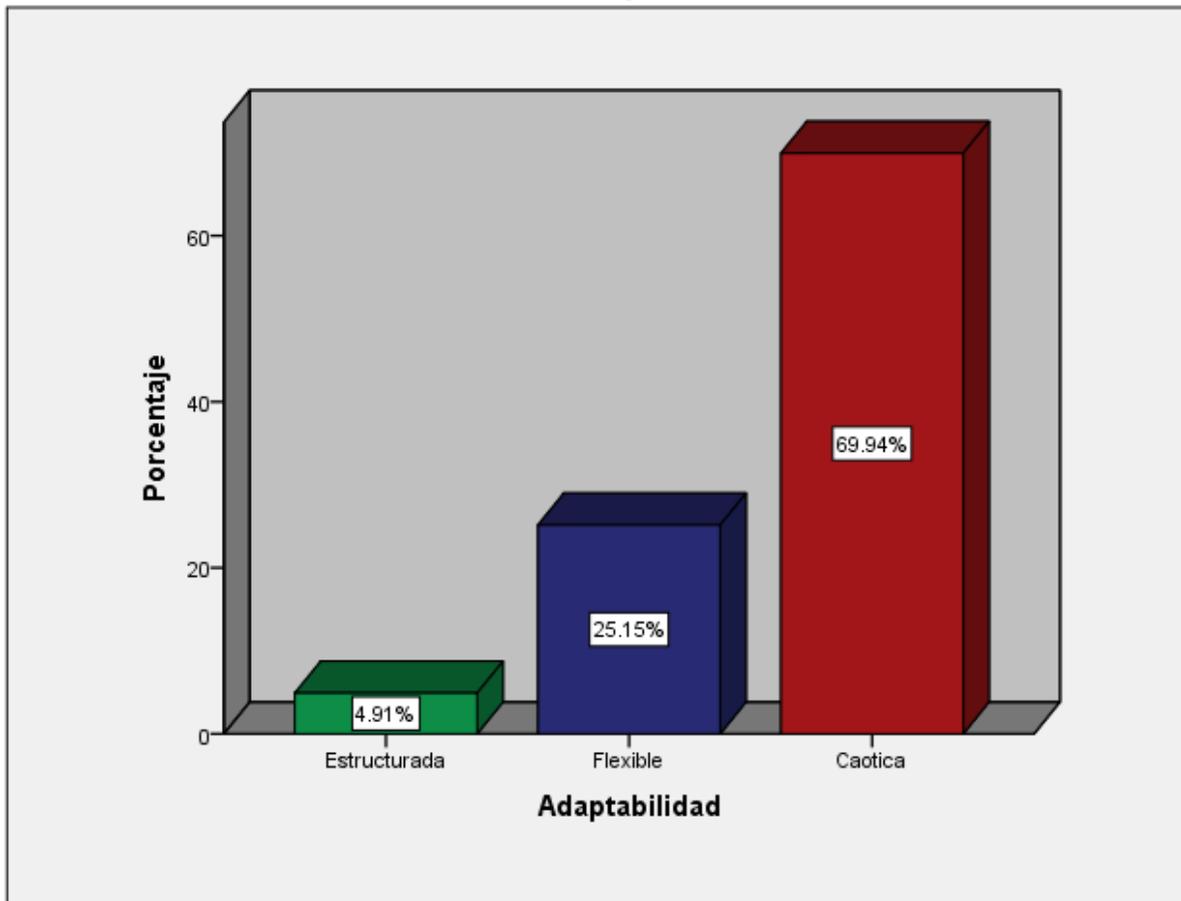
Grafica 7. Cohesión



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora

De acuerdo al grado de cohesión se encontró que un 33.13 % de los adultos mayores esta semirelacionada, mientras tanto un 26.99% relacionada; seguido de un 22.70% aglutinada, y con un bajo porcentaje de 17.18% no relacionada.

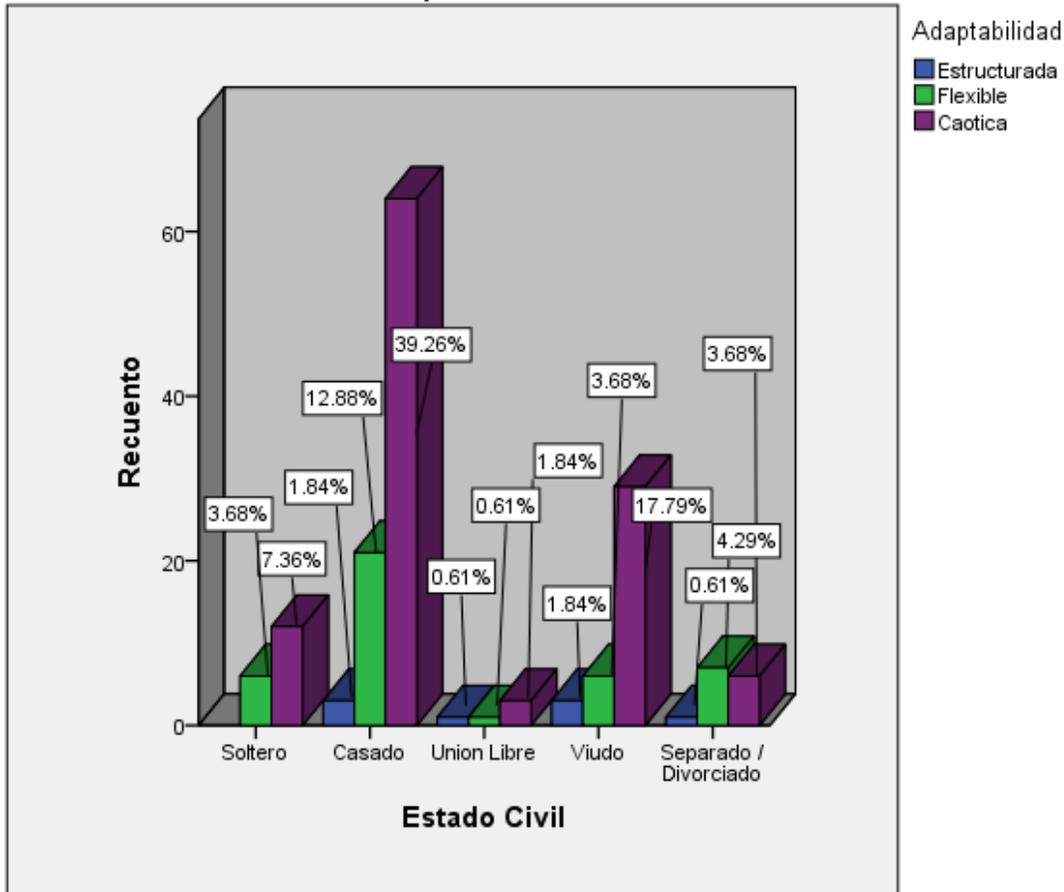
Grafica 8. Adaptabilidad



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

En la dimensión de adaptabilidad de los adultos mayores encuestados, se encontró caótica en 69.94%, seguida de flexible con 25.15%, en cuanto a estructurada del 4.91%.

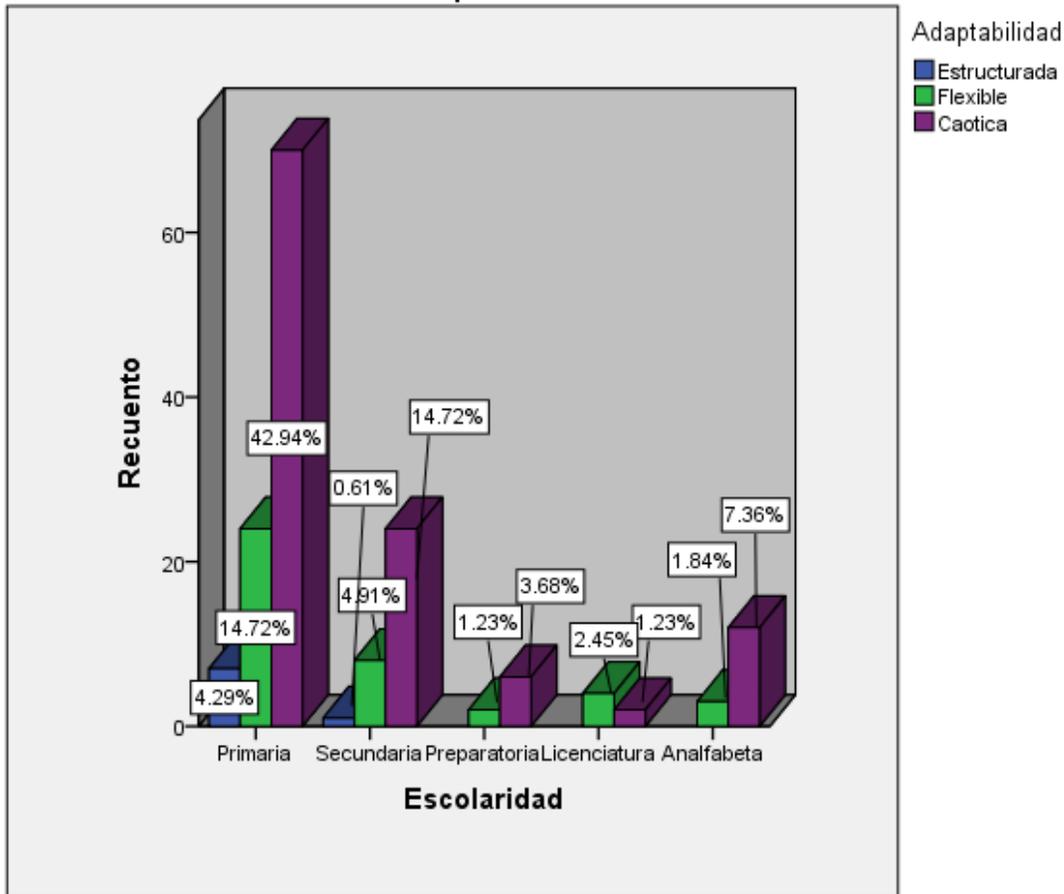
Gráfica 9. Adaptabilidad en relación con Estado Civil



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

Lo correspondiente a estado civil para adaptabilidad en adultos mayores casados observamos que el 39.26% se presenta caótica; en la viudez se reporta con 17.79%; en los solteros se reporta con 7.36%; en los divorciados/separados se reporta con 3.68%, y por último en unión libre con 1.84%.

Gráfica 10. Adaptabilidad en relación a Escolaridad

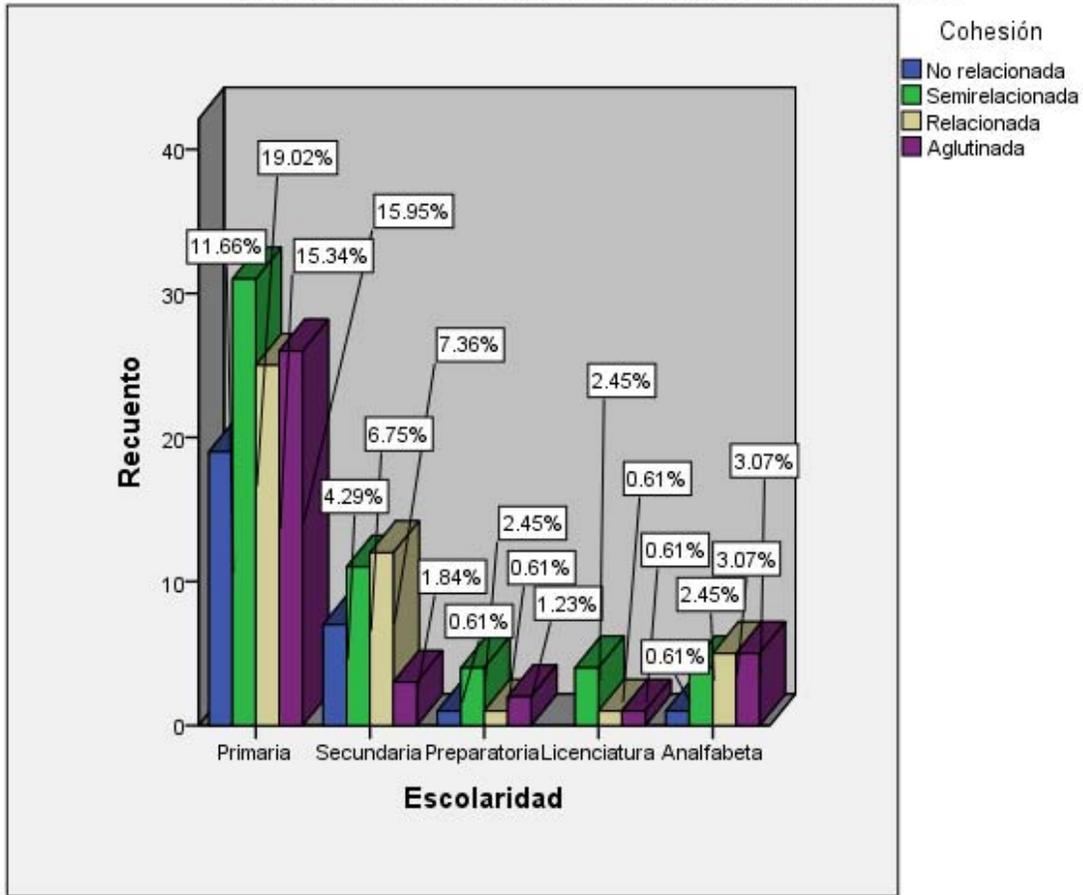


Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

En cuanto a la adaptabilidad en relación a escolaridad nivel primaria se encontró caótica en un 42.94%; continuando con el 14.72% flexible, seguida de 4.29 % estructurada.

Respecto al grado de secundaria tenemos un 14.72% caótica, 4.91 %flexible y con un 0.61% estructurada. A nivel preparatoria caótica con 3.68%, en licenciatura flexible con 1.23%, y sin escolaridad con 7.36% corresponde a caótica, finalizando con 1.84% se encontró flexible.

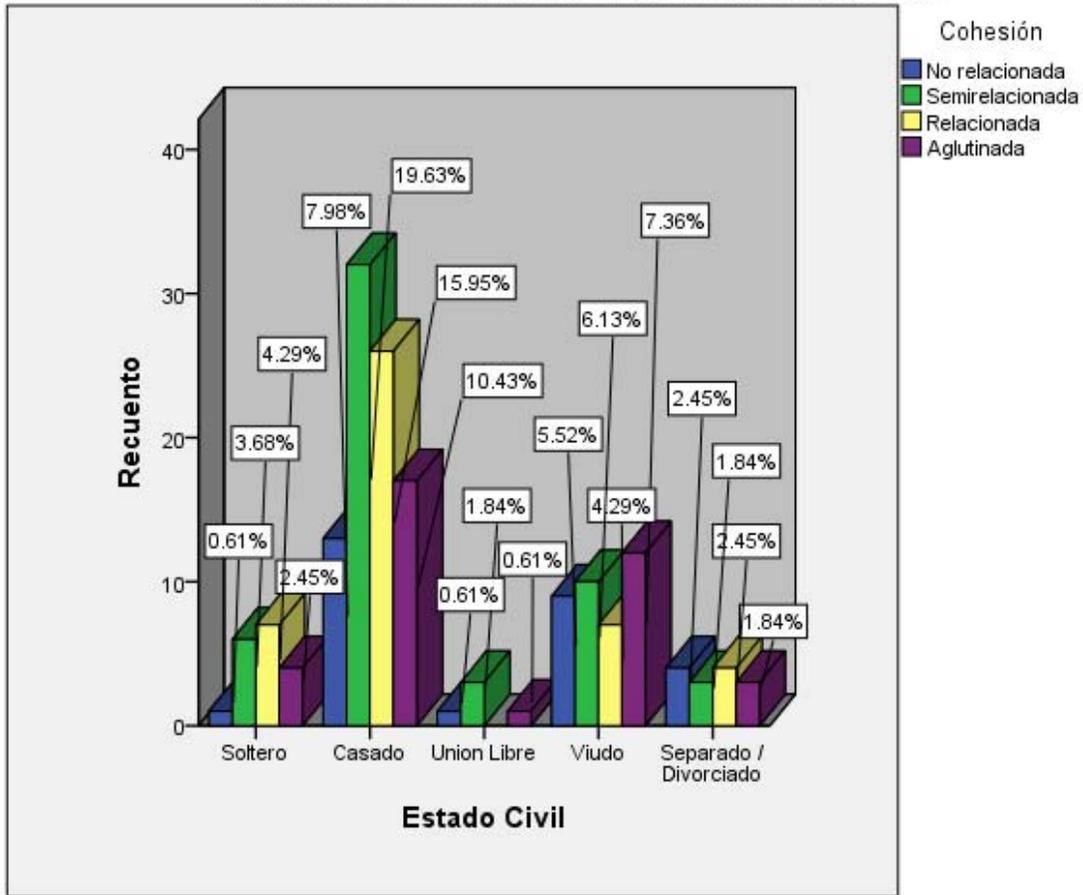
Gráfica 11. Cohesión en relación con Escolaridad



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

En relación a escolaridad con grado de primaria en la dimensión cohesión, encontrándose semirelacionada en 19.02%, seguida de aglutinada con 15.95%, por ultimo relacionada con el 11.66%.

Gráfica 12. Cohesión en relación a Estado Civil



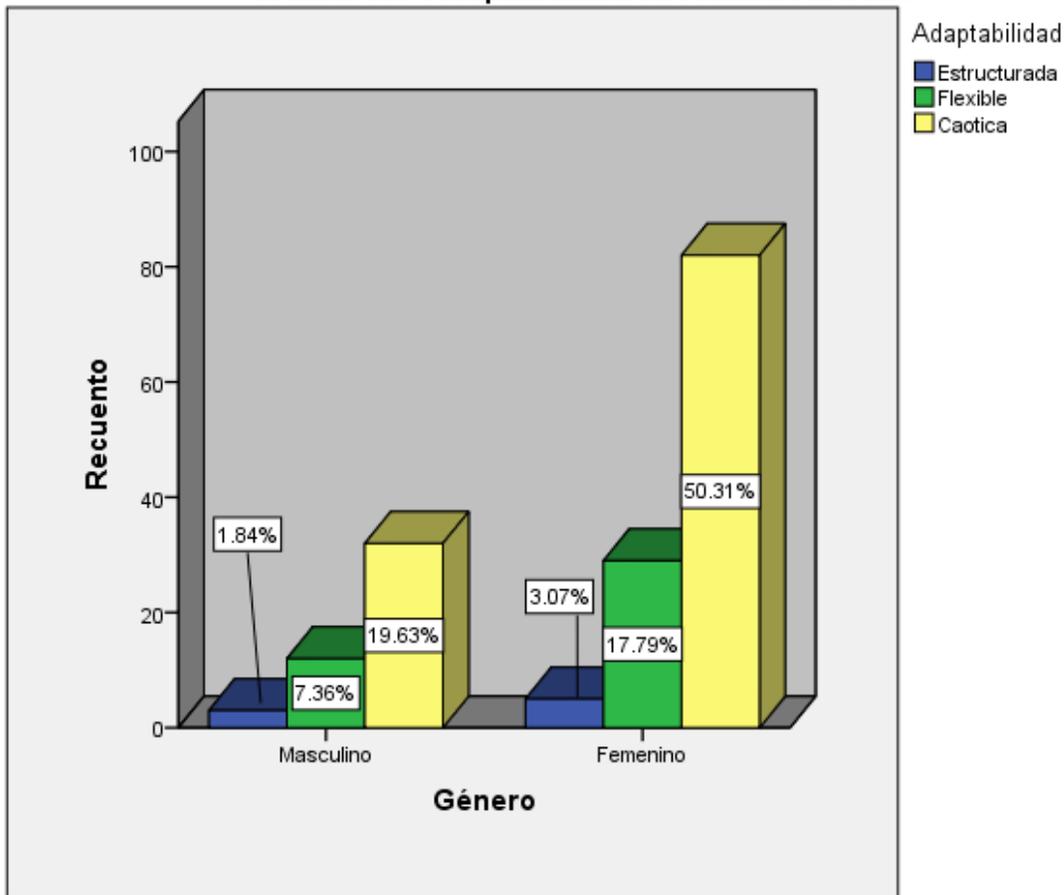
Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales,

Sonora.

No obstante, podríamos destacar que el estado civil conforme a la cohesión de los encuestados casados indica 19.63% semirelacionada, seguida del 15.95 % para relacionada, continuando con 10.43% aglutinada así como no relacionada un 7.98%. Cabe destacar que en viudos se reporta 7.36% para aglutinada, continuando 5.52% para semirelacionada así como 4.29% no relacionada.

Por mencionar en solteros 3.68% relacionada, con menor con menor porcentaje del 2.45% semirelacionada

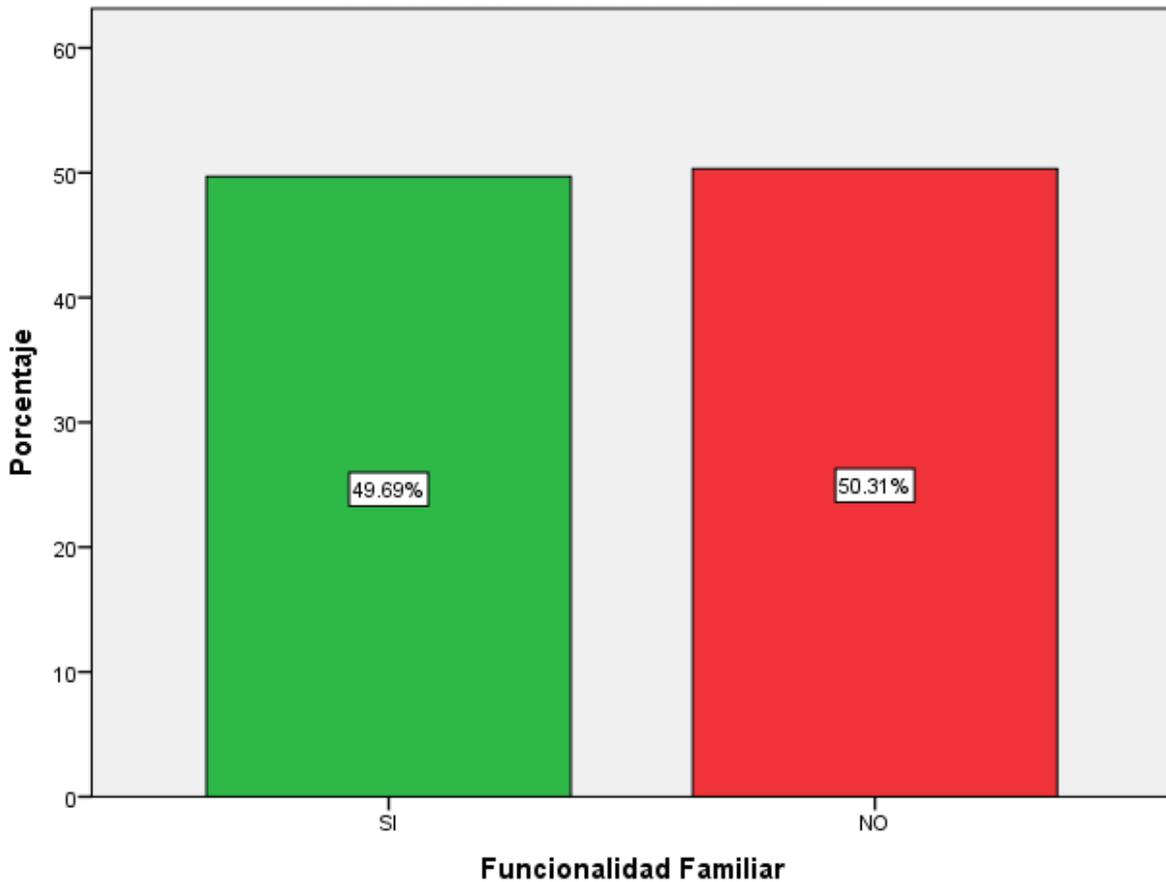
Gráfica 13. Adaptabilidad en relación al Género



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

Referente al género en relación con adaptabilidad de los derechohabientes encuestados femeninas e encontró caótica con 50.31%, mientras que los masculinos con 19.63%. En tanto que las mujeres con 17.7% con respecto a hombres 7.63 para flexibilidad. Y en menor porcentaje de 3.07 % para ellas, contra 1.84% para ellos en dimensión estructurada.

Gráfica 14. Funcionalidad Familiar



Fuente: Cuestionario FACES III Familiar, aplicado en la Unidad de Medicina Familiar Participativa HGZ 05, de Nogales, Sonora.

Con respecto a la funcionalidad familiar se observa que solo el 49.69% de los participantes presenta funcionalidad en su familia, es decir que según la tipología familiar de Olson están en un modelo balanceado el 50.31% no presenta funcionalidad familiar, ya que se encuentra en modelos extremos según la tipología familiar de Olson.

XII.- DISCUSIÓN.

Al investigar sobre funcionalidad familiar en el adulto mayor que acude a una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Nogales, Sonora; se obtuvo que el 69.94% de las familias presentan un resultado de Adaptabilidad de tipo caótico, caracterizándose por ser de liderazgo pobre, con una falta de cumplimiento de roles y ausencia de reglas claras y definidas, pues en cambios constantemente.

El resultado de la cohesión reporto que el 33.13% de las familias presento una tipología familiar semirelacionada, caracterizándose por la cercanía emocional, pero con separación personal es decir existen actividades compartidas e individuales.

Así mismo podemos mencionaren relación con el modelo Circumplejo de Olson, el 49.69 % corresponde a familia de tipo Balanceada; el 25.77 % corresponde a familia de tipo Rango Medio; el 24.54 % corresponde a familia de tipo Extrema; que las familias de Rango Medio es un grupo que quizá requiere de orientación familiar, charlas educativas, etc. con la finalidad de modificar su dinámica familiar a uno más funcional, pudiendo adherirse al grupo de familias balanceadas. En relación con el tipo de familia Extrema, requiere de atención inmediata a nivel terapéutico.

En comparación al estudio de cohortes, realizado en la universidad de Azuay Ecuador; en el año 2015 se estudiaron 2 grupos adultos mayores con y sin diagnostico de hipertensión; ambos grupos se aplico test faces III para evaluar cohesión y adaptabilidad en los cuales se encontró 47.6% funcionalidad familiar, el 47.6% moderada disfuncionalidad en los no hipertensos.

Entre los resultados de este estudio encontramos que en relación con la adaptabilidad se obtuvo que 69.94% corresponde al tipo caótica; el 25.15% al tipo flexible; el 4.91% al tipo estructurada, así mismo y en relación con la cohesión observamos que el 33.13% corresponde al tipo semirelacionada; el 26.99% al tipo relacionada; 22.69% al Tipo aglutinada y el 17.18% al tipo no relacionada.

XIII.- CONCLUSIONES

Posterior a la investigación que se realizó a los adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro social de Nogales, Sonora; con el fin de conocer la funcionalidad familiar en este grupo, se llegó a determinar qué:

Se considera que la familia es la base de la sociedad cumpliendo con las principales necesidades tanto físicas y emocionales de sus integrantes. Además es considerada un sistema en constante intercambio de información entre quienes la conforman, misma que se adapta a los constantes cambios inesperados durante su desarrollo; adaptando las debilidades en fortalezas así mejorando pasivamente la estabilidad familiar, cumpliendo con la evolución, ciclo de vida y compromiso social.

Esta investigación fue evaluada con el cuestionario Faces III siendo la tercera versión realizada por Olson y colaboradores Russell y Sprenkleen con el fin de evaluar la percepción de funcionamiento familiar en las dimensiones: adaptabilidad y cohesión, además de determinar la tipología familiar.

En la dimensión de adaptabilidad de los adultos mayores encuestados, se encontró la percepción en rango alto del 69.94%, ubicando a las familias de tipo caóticas.

De acuerdo al grado de cohesión se encontró que un 33.13 % de los adultos mayores esta semirelacionada. Al parecer son familias que requieren una cercanía moderada y control por sus integrantes.

Se pudo observar que en relación con el modelo circunflejo de Olson, cayendo más alto porcentaje con el 49.69 % corresponde a familia de tipo Balanceada.

En definitiva las familias de los adultos mayores mantienen una funcionalidad adaptable por la capacidad de solucionar sus diferencias, por lo que a nivel general todas las familias existe cierto grado de conflicto que genera variantes más funcionantes.



XIV. ANEXOS.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN NOGALES, SONORA.**



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A REALIZAR	MAR ABR 2014	MAYO JUNIO 2014	JULIO AGOST 2014	SEPT OCT NOV DIC 2014	ENERO FEB MARZO ABRIL 2015	MAYO JUN 2018	JUL AGO SEP 2018
IDEA DE INVESTIGACIÓN, MARCO TEORICO							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS, JUSTIFICACION, HIPOTESIS Y DISEÑO							
MATERIAL Y METODOS, PLANTEAMIENTO DEL ANALISIS ESTADISTICO							
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS, REGISTRO EN SIRELCIS Y ENVIO AL CLIES							
RALIZACION DE MODIFICACIONES Y REENVIO AL CLIES							
AUTORIZACION DEL PROTOCOLO POR EL CLIES							
ENTREGA DEL DICTAMEN AL CES.							
RECOPIACION DE DATOS							



**ANEXO 2: INSTRUMENTO FACES III
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
 SOCIAL EN NOGALES, SONORA.**

Edad	Estado Civil	Escolaridad
------	--------------	-------------

		NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	¿Los miembros de la familia se brindan apoyo?					
2	¿ En su familia se toman en cuenta las sugerencias para tomar decisiones?					
3	¿ Son aceptadas las amistades del resto de la familia?					
4	¿ Los menores de la familia opinan en cuanto a su disciplina?					
5	¿Convive solo con familiares cercanos?					
6	¿ Cualquier miembro de la familia toma la autoridad?					
7	¿ Se siente más unido entre personas que no son de su familia?					
8	¿Su familia es cambiante en sus labores?					
9	¿Pasa el tiempo libre en familia?					
10	¿Se siente unido a su familia?					
11	¿ Lo toman en cuenta en las decisiones familiares?					
12	¿ Las reglas de la familia cambian constantemente?					
13	¿Planean fácilmente actividades familiares?					
14	¿ En su familia es difícil identificar quien tiene la autoridad?					
15	¿ La unión familiar es importante para sus integrantes?					
16	¿Descansa lo suficiente con comodidad?					
17	¿Tiene privacidad?					
18	¿ Hay integrantes de la familia que no estén cómodos con su presencia?					
19	¿Tiene los medios necesarios para desplazarse?					
20	¿Su alimentación es adecuada?					



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN NOGALES, SONORA.**



ANEXO 3.

EDAD	
60 AÑOS A 70	
80 AÑOS A 90	
MAS DE 90 AÑOS	

ESTADO CIVIL	
SOLTERO	
CASADO	
SEPARADO/ DIVORCIADO	
UNION LIBRE	
VIUDO	

SEXO	
MASCULINO	
FEMENINO	

ESCOLARIDAD	
PRIMARIA	
SECUNDARIA	
PREPARATORIA	

	NUNC	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					



ANEXO 4 CONSENTIMIENTO DEL HOSPITAL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 05

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARTICIPATIVA 05

NOGALES SONORA.

H. NOGALES, SONORA A 01 AGOSTO DEL 2014.

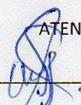
DRA. JANETH OSUNA BERNAL.
JEFA DE SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR UMF PARTICIPATIVA 05.

PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SE SOLICITA DE SU CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDAN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR UMF PARTICIPATIVA 05, CON EL PROPOSITO DE RECOLECTAR INFORMACION PARA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARTICIPATIVA 05 DEL TURNO VESPERTINO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES SONORA".

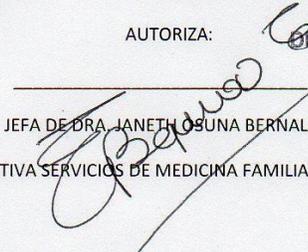
SIN OTRO QUE SOLICITAR, LE AGREDEZCO SU COLABORACION, RECIBA UN CORDIAL

ATENTAMENTE:


SOTO LEYVA ANA YANCY

MEDICO GENERAL, ALUMNA DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 05, UNIDAD MEDICINA FAMILIAR PARTICIPATIVA 05, NOGALES,
SONORA.

AUTORIZA:


JEFA DE DRA. JANETH OSUNA BERNAL.

DRA. JANETH OSUNA BERNAL
MÉDICO FAMILIAR
MAT IMSS 99272183
CED PROF 5289128

UMF PARTICIPATIVA SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR 05 DE NOGALES SONORA.

Anexo 5: CONSENTIMINETO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NOGALES, SONORA.**

Patrocinador externo (si aplica):
Lugar y fecha: **UMF Participativa 05 HGZ, Nogales, Sonora.**

Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: **Conocer la funcionalidad familiar del adulto mayor que acude a la U.M.F Participativa 05 del IMSS, Nogales, Sonora.**

Procedimientos: **Se realizara la encuesta a los adultos mayores que acuden a consulta de turno vespertino.**

Posibles riesgos y molestias: **El presente protocolo no presenta ningún tipo de riesgo o molestia para los participantes.**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: **Se pretende brindar información clara y oportuna sobre la investigación. Los datos obtenidos serán expuestos sin riesgo de manipulación. No existen efectos perjudiciales, ni situaciones incómodas como consecuencia directa de la entrevista.**

Participación o retiro: **El participante tiene el derecho de abandonar la investigación en el momento que lo desee.**

Privacidad y confidencialidad: **Se garantiza la confidencialidad y anonimato del participante, así como de los datos obtenidos.**

En caso de colección de material biológico (si aplica): N/A

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En base a los resultados obtenidos se tomaran estrategias para orientar y brindar conocimiento a los padres sobre los esquemas de vacunación y la importancia de éstos; previniendo la enfermedad con una reducida cantidad de contactos entre el usuario y los servicios de segundo nivel de atención por medio de programas de inmunización; así como de vigilancia intensiva con medidas de salud pública eficaces y educación a la comunidad, superando las causas que con mayor frecuencia originan las pérdidas de oportunidades de vacunación reflejándose gran eficiencia y bajo costo global.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Ana Yancy Soto Leyva 99278478 , Medico General Adscrito al Unidad de Medicina Familiar 05 Nogales , Sonora.
Calzada Industrial, Nuevo Nogales No. 9 Colonia Nuevo Nogales. Teléfono: 6313207800.

Colaborador:

Dr. Leopoldo Hernández Chávez, Matricula: 99271823
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona Número 5 Nogales Sonora.
Dirección: Av. Álvaro Obregón esquina Mariano Escobedo Núm. 756
Nogales, Sonora.

Tesista:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

E.L.E. Peña Castro Raquel. Tel. 6621006380
Persona que recibe el consentimiento

E.L.E. Jairo Manuel Gracia Búzame. Teléfono: 6622816155
Persona que recibe el consentimiento

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN NOGALES, SONORA.**



HOJA RECOLECCION DE DATOS.

FOLIO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	GENERO	EDAD	RESULTADO INSTRUMENTO FACES

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec2014/mec141d.pdf>
- 2.-OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. N°3. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995. p. 9-10
- 3.-D`Hyver C, Rodríguez García R. Geriatría y Gerontología.
4. www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf
- 5.-Mussoll J. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev. Esp.GeriatrGerontol. 2002; 37 (NM 5):249-53.
- 6.-Tenntedt SL, McKinley JB, Sullivan LM. Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. Gerontologist. 1989; 29:677-83.
- 7.-Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontology. 1994; Suppl 2:15 -59.
- 8.-Report of the council on scientific affairs: American Medical Association white paper on elderly health. Arch Intern Med. 1990; 150:2459-72.
9. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S19898092010000100004&script=sci_artt_ext&tlng=es/
- 10.- Kessel H. La edad como criterio. MedClin (Barc). 1998; 110:736-9.
- 11.-Rodríguez Mañas L. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias.
- 12.-Fernández-Ballesteros R, editor. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2000.p. 153-65.-Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev EspGeriatrGerontol. 2001; 36 (NM 3):24-35.Finch CE, Tanzi RE. Genetics of aging. Science.1997; 278:407-11.
13. -Hallowell B. The antioxidant paradox. Lancet. 2000;355:1179-80
- De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad

Española de Medicina Geriátrica; 2001.p.15-55

14. -Hay flick L. The future of ageing. Nature. 2000; 408:267-9.

15. -Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health.ClinGeriatr Med. 1992.

16. -<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-br04/57-63.html>

17. -González Aragón J. Teoría social del envejecimiento. Gerusía. Año 1. Vol.1 Octubre – Diciembre. 1996

18. -Kozier y G. Erb. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ta. Ed. Editorial McGraw-Hill. México, 1999. pp.660-699

19. -Medellín, G. yCilia, T.E. Atención primaria en salud. Crecimiento y desarrollo del Ser Humano. Tomo II: Edad Escolar- Adulto Mayor. Editorial OMS-OPS. Colombia 1995. pp. 805-915.

20. -Carey CT. Lee HH. Woeltje KF. Manual Washington de Terapéutica Médica. Department of Medicine Washington University School of medicine.

Diabetes mellitus y trastornos relacionados. 10 Ed. Editorial Masson, SA. México 1999.

23. -Carey CT. Lee HH. Woeltje KF. Manual Washington de Terapéutica Médica. Department of Medicine Washington University School of Medicine Hipertensión.

24. -Carey CT. Lee HH. Woeltje KF. Manual de Washington de Terapéutica Médica. Department of Medicine Washington University School of Medicine.

Enfermedades Renales. 10 Ed. Editorial Masson.SA.México.25.-Fauci A. Braunwald E. Isselbacher K. Wilson J. Martin JB. Kasper DL. Hauser S. Longo DL. Principios de medicina Interna Harrison. Dolor lumbar. 14 Ed. Editorial McGraw-Hill. México D.F. 2000. Vol.1

26.-Fauci A. Braunwald E. Isselbacher K. Wilson J. Martin JB. Kasper DL. Hauser S. Longo DL. Principios de medicina Interna Harrison. Traumatismos. 14 Ed. Editorial McGraw-Hill. México D.F. 2000. Vol.1

27.-Fauci A. Braunwald E. Isselbacher K. Wilson J. Martin JB. Kasper DL. Hauser S. Longo DL. Principios de medicina Interna Harrison. Tuberculosis. 14 Ed. Editorial McGraw-Hill. México D.F. 2000. Vol.1

28. -Fauci A. Braunwald E. Isselbacher K. Wilson J. Martin JB. Kasper DL. Hauser S. Longo DL. Principios de medicina Interna Harrison. Artrosis. 14 Ed. Editorial McGraw-Hill. México D.F. 2000. Vol.2
- 29.-Fauci A. Braunwald E. Isselbacher K. Wilson J. Martin JB. Kasper DL. Hauser S. Longo DL. Principios de medicina Interna Harrison. Osteoporosis. 14 Ed. Editorial McGraw-Hill. México D.F. 2000. Vol.2
- 30.- Sheila A. Sorrentino. Enfermería práctica. 3ra.Ed.Editorial Mosby/Doym.