



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION HIDALGO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1  
PACHUCA, HGO**

**“EFECTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN  
LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES  
HOSPITALIZADOS EN EL HGZ MF 1”**

**Número de registro SIRELCIS R-2018-1201-009**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**DR. JOSHUA DÍAZ ÁGUILA**

**ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO**

**DRA. DULCE MARÍA TREJO MUÑIZ**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, ENERO 2019**



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.

**"EFECTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS  
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN HGZ MF 1"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:  
**DR. JOSHUA DÍAZ ÁGUILA**

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



**DRA. GRESS MARISSELL GÓMEZ ARTEAGA**  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ**  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



**DRA. ELBA TORRES FLORES**  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

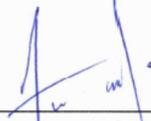


**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ**  
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'DMT', is written over a horizontal line.

---

**DRA. DULCE MARÍA TREJO MUÑOZ**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS  
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR N° 1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**"EFECTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS  
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN HGZ MF 1"**

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

**PRESENTA:  
DR. JOSHUA DÍAZ ÁGUILA**

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



---

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



---

**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

# DICTAMEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1201 con número de registro 17 CI 13 048 032 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

FECHA Martes, 10 de abril de 2018

**DRA. DULCE MARIA TREJO MUÑIZ**  
**P R E S E N T E**

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

**Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2018-1201-009

ATENTAMENTE

**SAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

**IMSS**

SECRETARÍA DE SALUD

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por su amor y apoyo incondicional, por sus enseñanzas, por dotarme de herramientas mientras me mostraban el camino del libre albedrío.

A mi hermano

Por las experiencias compartidas, las confianzas, el ejemplo del buen ser, su apoyo y amor incondicional.

A mis maestros

Por la paciencia, por el tiempo, su incondicional entrega para la enseñanza.

A los espontáneos

Que estuvieron cuando todo parecía derrumbarse o derrumbarme, compañeros de desvelos, risas, malos ratos y experiencias.

A menudo el éxito y el fracaso -esos dos malditos impostores- asoman la cabeza por la rendija de la inspiración, y te susurran al oído qué debes y qué no debes hacer...

No importa si tienes éxito o si fracasas. No importa si llegas a la meta o simplemente te quedas a las puertas. Lo importante no es la meta, es el camino...

## ÍNDICE

1.	IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES .....	8
2.	RESUMEN .....	9
3.	MARCO TEORICO .....	10
4.	JUSTIFICACIÓN .....	21
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
6.	OBJETIVOS .....	23
6.1	OBJETIVO GENERAL .....	23
6.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
7.	HIPOTESIS CIENTÍFICA .....	24
8.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
8.1	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	25
8.2	TIPO DE ESTUDIO.....	25
8.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	25
8.4	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	26
8.5	DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO .....	30
8.6	ANALISIS ESTADISTICO.....	30
8.7	TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	31
9.	ASPECTOS ÉTICOS .....	32
10.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	33
10.1	RECURSOS HUMANOS .....	33
10.2	RECURSOS MATERIALES.....	33
10.3	RECURSOS FINANCIEROS .....	33
10.4	RECURSOS FÍSICOS .....	33
10.5	FACTIBILIDAD .....	33
11.	RESULTADOS .....	34
12.	DISCUSIÓN.....	42
13.	CONCLUSIONES.....	45
14.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	46
15.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	47
16.	ANEXOS .....	51

## 1. IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

### ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO:

**NOMBRE:** Dra. Dulce María Trejo Muñiz  
**PROFESION:** Especialista en medicina de Urgencias  
**ADSCRIPCION:** Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1  
**LUGAR:** Pachuca Hidalgo.  
**DOMICILIO:** Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero  
**TELEFONO:** 7711279504  
**CORREO ELECTRONICO:** [dul\\_mtm@hotmail.com](mailto:dul_mtm@hotmail.com)

### TESISTA

**NOMBRE:** Dr. Joshua Díaz Águila  
**PROFESION** Médico Residente en Medicina Familiar  
**ADSCRIPCION** Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1  
**LUGAR:** Pachuca, Hidalgo  
**DIRECCION:** Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero  
**TELEFONO** 7751067772  
**CORREO ELECTRONICO:** [che\\_comandante@hotmail.com](mailto:che_comandante@hotmail.com)

## 2. RESUMEN

**Título:** “Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1”

**Antecedentes:** La neumonía es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes en el mundo, la cual genera múltiples afectaciones físicas, que son tratadas por el personal de la salud, sin embargo, no se conoce el efecto que tiene esta patología en el entorno y funcionalidad familiar del adulto mayor.

**Objetivos:** Determinar el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y unicéntrico. En el que se seleccionaron a los pacientes hospitalizados en el HGZ MF 1 con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y acepten participar en el estudio; se aplicó el test de APGAR, el cual contiene 5 preguntas, que involucran datos demográficos, de socialización, de afecto, de cuidado, del desarrollo y del ejercicio de la sexualidad. La selección de los pacientes fueron aquellos pacientes que cumplan estrictamente con los criterios de selección, durante el periodo del estudio.

**Resultados:** Se analizaron a 109 adultos mayores, la edad promedio fue de  $70 \pm 10$  años, el sexo femenino representó el 48.62%, el 51.38% del sexo masculino, se aplicó el instrumento denominado APGAR familiar, el cual permitió identificar la disfuncionalidad y clasificarse por sexo, las mujeres tuvieron en el 56.6% funcionalidad normal, el 35.85% disfunción leve, el 7.55% disfunción moderada, mientras los hombres tuvieron en el 60.71% funcionalidad normal, 33.93% disfunción leve, en el 3.57% disfunción moderada y en el 1.79% disfunción severa, además, los adultos mayores desempleados fueron los que presentaron disfunción severa seguido de las ama de casa, con un valor de  $p=0.0001$ .

**Conclusiones:** los adultos mayores con mayor frecuencia de disfunción familiar son aquellos con menor grado de escolaridad y sin empleo.

**Palabras clave:** Neumonía, adultos mayores, hospitalización.

### 3. MARCO TEORICO

La neumonía adquirida en la comunidad es la enfermedad infecciosa de mayor morbilidad en nuestro medio, sin embargo, los extremos de la vida la presentan con más frecuencia, tal es el caso de las personas de la tercera edad.<sup>1</sup>

Su gravedad varia de cuadros leves en personas sanas, que pueden confundirse con resfriados, bronquitis o infecciones no respiratorias, hasta cuadros graves que requieren ingreso a medicina interna o unidad de cuidados intensivos y estos pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente.<sup>2</sup>

En estos últimos años se han visto cambios importantes en la epidemiología y tratamiento de la NAC con el aislamiento de patógenos existentes y de nuevos patógenos los cuales han logrado el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos tradicionales, así como los de nueva generación.<sup>2</sup>

La mayoría de los pacientes puede tratarse de forma ambulatoria sin embargo existen una saturación de los servicios de urgencias y a su vez los ingresos a piso de medicina interna injustificadamente lo cual indica que no hay unificación de criterios para valorar el riesgo de morbilidad y mortalidad de los pacientes con esta patología.<sup>2</sup>

Se considera que los médicos con frecuencia sobrestiman el riesgo de morbilidad y muerte en los pacientes con NAC y, en consecuencia, hospitalizan a un número importante de pacientes de alto riesgo. La estratificación objetiva del riesgo de los pacientes debería ayudar a reducir esta variabilidad y mejorar la decisión de ingreso, así como el manejo costo-efectivo de la enfermedad y con ello la saturación de los servicios de urgencias.<sup>3</sup>

## **Neumonía adquirida en la comunidad**

La neumonía adquirida en la comunidad es definida como una infección aguda del tracto respiratorio inferior con una duración inferior a 14 días, o iniciada en los últimos 14 días, adquirida en la comunidad, que produce tos y/o dificultad respiratoria, con evidencia radiológica de infiltrado pulmonar agudo.<sup>4</sup>

Algunos de los estudios prospectivos que se han realizado en poblaciones, arrojan datos de una incidencia anual de NAC con un promedio del 10 % de población adulta, la enfermedad es más frecuente en varones en los extremos de la vida, en invierno y en presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos: edad mayor de 65 años, enfermedades crónicas, consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, uremia o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), broncoaspiración y asma.<sup>5, 6</sup>

En México se estima que la incidencia es menor a 11 por cada 1000 personas al año.<sup>7</sup> La mortalidad se estima que es menor al 5% en los pacientes ambulatorios y menor al 15% en los pacientes hospitalizados y casi un 50% en aquellos ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI). La mortalidad a mediano y largo plazo es elevada, las cifras van desde un poco menos del 10% a los 90 días, un poco más del 20 % al año y casi un 40 % a los 5 años.<sup>8</sup>

Los síntomas clásicos de la neumonía adquirida en la comunidad son la presencia de fiebre mayor a 37.8 °C, frecuencia respiratoria mayor a 25 rpm, producción de esputo continuo durante todo el día, mialgia y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea; estos síntomas, sin embargo, se presentan con menos probabilidad en los pacientes ancianos, quienes frecuentemente presentan síntomas inespecíficos lo que aumenta el riesgo de mortalidad y bacteriemia, junto con la coexistencia de factores como la edad avanzada y comorbilidades.<sup>2</sup>

En el paciente anciano la etiología suele ser similar a la de los grupos de menor edad como *H. influenzae*, *C. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, virus de la influenza y *M. catarrhalis*, Sin embargo en casos donde no se logra un aislamiento la broncoaspiración es un factor predisponente.<sup>2</sup>

Para realizar el diagnóstico de la NAC es necesario realizar varios tipos de pruebas dentro de las cuales se incluyen de gabinete y laboratorio, el primero de ellos consiste en obtener confirmación de que el parénquima pulmonar está afectado además de la extensión que ocupa este, para lo cual se requiere la radiografía de tórax.<sup>9</sup>

Otro de los puntos es evaluar la condición general del paciente para lo cual se requiere de análisis de sangre con estudios generales en sí, acto seguido es necesario realizar exploraciones físicas en el paciente.<sup>10</sup>

El número y el tipo de exploraciones a practicar dependerán de la gravedad del paciente. En ocasiones y en algunos ámbitos asistenciales puede ser difícil la realización de una radiografía de tórax; sin embargo, se debe insistir en que, para el diagnóstico de la NAC, conviene efectuar al menos una radiografía de tórax en proyección posteroanterior.<sup>11</sup>

Se presenta en diversos grados de severidad, ellos nos dan una idea del pronóstico, para clasificar la se utiliza la escala de CURB 65 aunado al juicio clínico del médico tratante, dependiendo de estas dos valoraciones se decide si el manejo será ambulatorio (0 a 1 punto) o intrahospitalario (puntaje de 2 o más).<sup>2,11</sup>

## **Funcionalidad familiar**

Se entiende por funcionalidad familiar al conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia que le confiere identidad propia, que posibilita a la familia para cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados.<sup>12</sup>

Una familia funcional es aquella con una estructura familiar bien definida, en la cual existe un balance equilibrado entre afectos y autoridad. Esto significa que los roles están adecuadamente definidos y delimitados; donde la calidez, aceptación y diálogo entre los distintos miembros de este sistema siempre deben estar presentes. El apoyo mutuo será una pieza clave a la hora de afrontar las crisis que pueden surgir en los distintos ciclos de la evolución del sistema familiar.<sup>12</sup>

En una familia disfuncional la autoridad es difusa, indefinida, donde el esquema se ve seriamente afectado y en desorden. Los roles no se cumplen, generando discusiones, enfrentamientos, coaliciones, lo que desestabilizara el sistema. El área afectiva debe estar bien regulado, para favorecer el cumplimiento de las funciones familiares.<sup>12</sup>

## **Funcionalidad familiar y Neumonía adquirida en la comunidad**

Uno de los factores que deben tomarse en cuenta al considerar el tratamiento ambulatorio de la NAC en el paciente anciano, es conocer cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta el paciente para enfrentar su condición de enfermedad y superarla exitosamente. Para realizarlo es necesario realizar un análisis del entorno sociocultural y la composición familiar.<sup>12</sup>

La familia ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud y protección, en el desencadenamiento y

recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte.<sup>12</sup>

El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial o la diabetes, los resultados obstétricos o la adherencia a los tratamientos.<sup>13</sup>

El éxito de todo tratamiento depende de la red de apoyo familiar que se establezca. Cuando un miembro de la familia presenta limitaciones en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, se origina un impacto en esa familia que altera los roles de sus miembros, en especial de aquel que desempeña el papel de cuidador principal.<sup>14</sup>

En México se observa sobre todo que el tipo de apoyos que los adultos mayores obtienen de las redes pueden ser material (dinero, remesas, ropa y comida, principalmente); instrumental (transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento), y apoyo emocional (cariño, confianza, empatía). Podría pensarse que vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional. Por otro lado, contar con el apoyo cognitivo (consejos e información), que pudiera recibirse por medio de las redes sociales conformadas por los familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, sirve para reforzar las relaciones sociales que favorecen la integración social de las personas adultas mayores.<sup>15</sup>

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normo funcional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional

de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares.<sup>13</sup>

Un instrumento para evaluar la funcionalidad familiar es el APGAR, el cual fue creado por Dr. Gabriel Smilkstein en el año de 1978, basándose en su experiencia como médico familiar, proponiendo el test para los médicos que ven el primer nivel de atención. Este instrumento está conformado por 5 preguntas, las cuales buscan evidenciar la percepción del individuo, sobre el estado funcional de su familia, este instrumento se tradujo y su versión en español tiene un valor de alfa de Cronbach de 0.80.<sup>16</sup>

En la investigación de Mar García J y cols., analizaron a 100 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Tamaulipas, reportaron que al aplicar el APGAR familiar, se identificó en el 43% funcionalidad familiar normal, en el 28% disfunción leve, en el 13% disfunción moderada y en el 16% disfunción severa. Reportaron que el tener adecuada adherencia terapéutica y capacidad de autocontrol, tienen una mejor funcionalidad familiar, debido a que son menos dependientes.<sup>16</sup>

El APGAR familiar permite valorar la funcionalidad familiar, en la investigación de Parra Giordano D y cols., analizaron el proceso de enfermería en un estudio de familia, reportando que este instrumento es ideal para evaluar los pacientes.<sup>17</sup>

En un tratamiento ambulatorio, es indispensable que se pueda evaluar la funcionalidad de una familia, mediante un test llamado APGAR familiar, el cual permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es el papel que juega en el proceso salud enfermedad. Tradicionalmente el APGAR familiar es un instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes

circunstancias como el embarazo, la depresión postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial, en promoción a la salud y seguimiento de familias.<sup>18</sup>

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, como son la adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos, este instrumento se aplica a cada paciente que pueda leer, en su defecto se le explica a detalle. Esta escala se mide con cada respuesta un puntaje que va de 0 a 4 puntos, categorizándose como 0 a nunca, 1 para casi nunca, dos para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre. Al finalizar la aplicación del instrumento se considera como normal tener un puntaje de 17 a 20 puntos, disfunción leve de 16 a 13 puntos, disfunción moderada de 12 a 10 puntos y disfunción severa aquellos con menor o igual a 9, de esta manera podemos definir aquellas familias con problemas de conflictos o disfunción familiar.<sup>18</sup>

La funcionalidad familiar es adecuada medirla con el test de Apgar, el cual reportó que, en el Estado de Tabasco, tuvo disfuncionalidad familiar moderada en el 35%, disfunción grave en el 14% y normal en el 51% de los casos. Mientras en otra investigación en Morelos, el 9-3% de los adultos mayores vivieron en familias funcionales, el 12.3% en familias ligeramente disfuncionales, el 22.7% en familias moderadamente disfuncionales y en el 55.7% vivían en familias altamente disfuncionales.<sup>19</sup>

Coyotl Rodríguez E y cols., analizaron a 120 adultos mayores, los cuales se les aplicó el test de Apgar familiar en una comunidad rural, en el que se analizaron en el 50.8% familias nucleares, el 25.8% familias que envejecen de acuerdo al ciclo vital de la familia, en el 52.5% tienen dos integrantes adultos mayores, en el 73.3% son de nivel socioeconómico bajo, en un 42.5% la ocupación del jefe de familia es campesino y en el 76% ejerce la religión católica. En el 39.2% percibieron una buena funcionalidad familiar, en el 37.5% con disfunción leve, en el 12.5% con disfunción moderada y el 10.8% tuvieron disfunción severa.<sup>20</sup>

El test se basa en cinco constructos o dimensiones<sup>21</sup>:

- a. Adaptación: hace referencia a como se comparten los recursos, o el grado en que un miembro de la familia está satisfecho con la ayuda o apoyo recibido cuando se requieren los recursos familiares.
- b. Asociación: como se comparten las decisiones, o la satisfacción de los miembros con la mutualidad de la comunicación y la solución de problemas.
- c. Desarrollo o crecimiento: como se comparte el cuidado, o la satisfacción de los miembros con la libertad disponible dentro de la familia para cambiar de roles y lograr crecimiento físico y emocional, o maduración.
- d. Afecto: como se comparten las experiencias emocionales o la satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.
- e. Resolución: como se comparte el tiempo, espacio y dinero, o la satisfacción con el tiempo comprometido con la familia por parte de sus miembros.<sup>21</sup>

Los constructos son evaluados por medio de una escala tipo Likert con tres categorías, casi siempre, algunas veces y casi nunca, se asignan dos puntos a casi siempre, un punto a algunas veces y cero puntos a casi nunca, para sumar un puntaje final. La calificación de 7 a 10 sugiere una familiar altamente funcional, la calificación de 4 a 6 una familia moderadamente disfuncional, y una calificación de 0 a 3 una familia altamente disfuncional.<sup>21</sup>

Sin embargo, una deficiencia del APGAR familiar, es que mide parcialmente la cohesión. Se dice que este último rasgo, representa un estilo de afrontamiento para tratar asuntos familiares; un cambio en la dinámica familiar, podría debilitarlo para hacer frente a sus problemas. Por ello los médicos de familia, deben evitar intentar cambiarlo. En un estudio llevado a cabo por Takenaka H et al., mencionan que la pregunta más importante del APGAR familiar radica en la capacidad resolutoria, ya que tiene el potencial de medir la funcionalidad familiar en términos de resolución de problemas familiares.<sup>22</sup>

El APGAR debe aplicarse en situaciones donde se requiere de la participación de la familia en el cuidado de un paciente, o cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.<sup>36</sup> Es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo o por el contrario influirá al empeorar la situación. Por ejemplo, se estudiaron a 60 adultos mayores de 57 años sometidos a diálisis peritoneal, quienes al realizar la prueba de APGAR familiar, demostraron una prevalencia de disfunción familiar del 1.7%, así como una frecuencia del 13.3% en disfunciones leves y en un 85% como normofuncionales.<sup>23</sup>

La evaluación del proceso salud enfermedad en las familias, se ha manifestado como una tarea del médico familiar. En un estudio realizado por Gómez C et al, se estudiaron a 1321 personas entre 15 y 96 años de edad que acudieron al Centro de Salud, de los cuales, 289 (21.9%) casos fueron varones, en tanto 1,032 (78.1%) lo contestaron mujeres. Se encontró una frecuencia de 5.1% de baja satisfacción de la función familiar, con 16.7% con media satisfacción de la función familiar, mientras que el 78.3% refirió una alta satisfacción de la función familiar.<sup>21</sup>

Para los adultos de la tercera edad, la familia es el principal soporte de sus demandas sociales y de salud; por ello evaluar su sistema nos sirve para enfrentar los peligros y tomar ciertas oportunidades que nos ofrece el entorno social. En el estudio llevado a cabo por Silva MJ et al, se tomó una muestra de 430 adultos mayores, con edades de 61 a 70 años, se les aplicó el instrumento de APGAR familiar, observándose que el 9,5%, mostró una elevada disfunción familiar, mientras que el 8.8% presentó una moderada disfunción y el 81.6% refirió una buena funcionalidad familiar.<sup>23</sup>

Si una familia no acepta el proceso de envejecimiento de sus miembros, su funcionalidad comienza a ser conflictiva y puede causar repercusiones psicológicas, emocionales y sociales. Una familia con un adulto mayor enfrenta algunos retos

relacionados a altos índices de incapacidad, limitaciones funcionales, deficiencias sensoriales, demencia y frecuencias altas de enfermedades crónicas.<sup>24</sup>

Para entender la importancia de la familia en el cuidado del adulto, citamos a continuación, un estudio donde se evalúa la desnutrición, que suele relacionarse con condiciones socioeconómicas adversas, estados depresivos y ciertos factores funcionales y psicosociales inherentes al envejecimiento, como la soledad, el aislamiento familiar, la falta de cuidado o de redes de apoyo y la disfunción familiar. Según mencionan Vera I et al, el 59.3% de los adultos mayores que viven solos, se encuentran con alta disfunción familiar. Mediante la aplicación del APGAR familiar, se encontró que la alta disfunción familiar prevalece en un 7% al sudeste de Portugal, mientras que se encuentra en un 8.8% hacia el noreste.<sup>24</sup>

Se incluyó una población mayor de 60 años, para ser valorada mediante APGAR familiar, encontrándose una prevalencia del 33% de disfunción familiar. De los sujetos con mal estado nutricional, el 100% de los casos fue asociado a disfunción familiar; de estos el 60% se encontraba en un estrato socioeconómico bajo, mientras que el 30% se encontraba en un estrato socioeconómico medio.<sup>25</sup>

Carrasco y cols., mencionan que la funcionalidad de una familia depende de la etapa de vida que se encuentre cursando. Las etapas de contracción y disolución tienen índices de funcionalidad similares. Además, mencionan que los desórdenes familiares no son exclusivos de los estados de malnutrición, sino que también se encuentran involucrados enfermedades como diabetes, neumonía o hipertensión.<sup>25</sup>

Un problema de salud crónico, puede comprometer la capacidad funcional de una persona y su independencia, sobre todo en la vejez, lo cual hace a los adultos dependientes de cuidados. En Portugal, se realizó un estudio sobre la funcionalidad familiar, donde se observó una prevalencia del 18.7% de familias altamente

funcionales, así como 24.5% como medianamente funcional y 54.4% con disfunción severa. La mayor parte de la muestra (95.2%), mostró tener una enfermedad crónica, siendo la cardiovascular la de mayor prevalencia con un 77.9%, musculoesquelética de 38.8%, enfermedades respiratorias en 13.6%. Se encontró además que existe una significancia estadística entre el APGAR familiar y la enfermedad crónica.<sup>26</sup>

Como se puede observar, existe escasa literatura que correlacione la funcionalidad familiar con la presencia de neumonía asociada a la comunidad y el éxito en cuanto a su tratamiento ambulatorio. Sin embargo, se puede inducir que las personas de la tercera edad, quienes son más propensas a presentar infecciones respiratorias bajas, en la mayoría de los casos, según estudios realizados con APGAR familiar, no cuentan con una familia funcional óptima.<sup>26</sup>

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las patologías más frecuentes en el servicio de urgencias, la cual se debe prestar atención por su gravedad y alta mortalidad. En México la incidencia de NAC es del 6% en menores de 40 años, 11% 41 a 60 años y del 65% en adultos mayores de 65 años. De hecho, en el estado de Hidalgo durante el año 2014, la influenza y la neumonía fueron la causa de defunción de 396 pacientes, con predisposición al género masculino, por datos del INEGI.

Además, es indispensable realizar esta investigación, debido a que no se tiene reportado el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados, por ello se debe emplear el instrumento APGAR familiar, el cual permite identificar si hay disfunción familiar, al interrogar sobre el apoyo de los integrantes de la familia.

En el Hospital General de Zona Número 1 con Medicina Familiar, se han realizado estudios sobre la neumonía adquirida en la comunidad, sin embargo, no se han hecho en adultos mayores, los cuales necesitan de respaldo y apoyo familiar para combatir la enfermedad, por ello se debe realizar esta investigación, ya que se cuenta con los insumos y pacientes necesarios.

#### **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las patologías respiratorias más frecuentes en el mundo, la cual tiene alta frecuencia en población adulta mayor, aunado a la presencia de múltiples enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatías, entre otras. Los pacientes que debutan con esta enfermedad, ameritan tratamiento médico hospitalario.

De hecho, en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1, se tiene alta afluencia de adultos mayores, los cuales ingresan constantemente por complicaciones respiratorias. Además, en esta unidad médica no se ha reportado su frecuencia y si estas generan repercusiones en la funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar se ve afectada cuando uno de sus integrantes enferma, principalmente los adultos mayores, los cuales son dependientes del apoyo familiar, en el aspecto emocional, físico y económico. Por ello al estar afectados por la neumonía adquirida en la comunidad, la familia se ve involucrada en el cuidado del paciente. Se han creado múltiples escalas para evaluar la funcionalidad familiar, pero el APGAR familiar, ha reportado ser adecuado para evaluar el apoyo de la familia al adulto mayor, la satisfacción, la capacidad de colaboración en nuevas actividades, el afecto, el tiempo y espacio compartido.

En esta unidad hospitalaria no se ha evaluado la funcionalidad familiar en adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad, por lo cual amerita realizarse esta investigación. Por ello surge la siguiente pregunta de investigación:

***¿Cuál es el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1?***

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar el apoyo familiar con respecto al estado civil del adulto mayor que se encuentra hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad.
2. Determinar grado de disfuncionalidad según el sexo del adulto mayor padece neumonía adquirida en la comunidad.
3. Conocer el estado civil del adulto mayor con neumonía adquirida en la comunidad con mayor frecuencia de disfuncionalidad.
4. Identificar el grado de funcionalidad familiar según el grado de escolaridad.

## **7. HIPOTESIS CIENTÍFICA**

### **Hipótesis de trabajo**

Se afecta la funcionalidad familiar de los adultos mayores que padecen neumonía adquirida en la comunidad en el HGZ MF1.

### **Hipótesis nula**

No es afectada la funcionalidad familiar de los adultos mayores que padecen neumonía adquirida en la comunidad en el HGZ MF1.

## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

### 8.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los pacientes adultos mayores ambos sexos que se encuentren hospitalizados en el HGZ MF 1 con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y acepten participar en el estudio.

### 8.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y unicéntrico.

- **Transversal:** La recolección de los datos en una población dada y en un punto específico de tiempo.
- **Prospectivo:** la recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se dio después de la planeación de esta.
- **Descriptivo:** No se realizaron intervenciones que alteren la medición de las variables.
- **Unicéntrico:** se realizó únicamente en el HGZMF 1

### 8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes adultos mayores con edad mayor a 60 años, hospitalizados en el HGZMF 1
- ❖ Diagnóstico confirmado de neumonía adquirida en la comunidad.
- ❖ Ambos sexos.
- ❖ Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento bajo información.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas.
- ❖ Estado de inmunosupresión.
- ❖ Tratamiento antibiótico previo.
- ❖ Diagnóstico de neumonía atípica.
- ❖ Diagnóstico de neumonía nosocomial
- ❖ Trastorno del estado de alerta.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Encuestas incompletas.
- ❖ Aquellos pacientes que en un inicio dieron su consentimiento y decidieron participar en el estudio, pero que en algún momento de la investigación externen el deseo de abandonarlo.

## 8.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
<b>Neumonía Adquirida en la Comunidad</b>	Infección pulmonar, originada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario, que provoca inflamación del parénquima	Es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados y que se caracteriza	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No

	<p>pulmonar y espacios alveolares presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax se clasifica clásicamente en tres grandes síndromes: NAC típica o bacteriana, atípica (producida por virus o bacterias atípicas) y no clasificable (casos que no cumplen criterios que permitan incluirlos en ninguno de los 2 primeros grupos)</p>	<p>por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios.</p>		
--	--	---	--	--

## VARIABLE DEPENDIENTE

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
<b>Apgar Familiar</b>	Prueba realizada a modo de cuestionario para conocer la funcionalidad familiar.	Se obtendrán las respuestas al aplicar el instrumento.	Cualitativa Politómica	Funcionalidad normal: 17-20 puntos. Disfunción leve: 16-13 puntos. Disfunción moderada: 12-10 puntos. Disfunción severa: 9 puntos

## VARIABLES SOIDEMOGRAFICAS

VARIABLES	D.CONCEPTUAL	D.OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha del censo, expresado en años cumplidos	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa Continua De intervalo	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85 y más
<b>Sexo</b>	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos	Características, fenotípicas del individuo	Cualitativa Nominal dicotómica	1.-Masculino 2.-Femenino
<b>Estado civil</b>	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Se refiere al estado marital. Como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa Nominal	Casado/a Soltero/a Unión libre Divorciado/a Separado/a Viudo/a
<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela.	Años de estudio realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Cualitativa Ordinal	*Sabe leer y escribir *Primaria *Secundaria *Bachillerato *Técnica *Licenciatura *Maestría *Doctorado
<b>Ocupación</b>	Trabajo que una persona realiza en un determinado tiempo y a cambio de algún tipo de pago.	El oficio del paciente se registró en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	* Hogar *Desempleado *Empleado *Obrero

				*Comerciante *Profesionista *Otros
--	--	--	--	--

## 8.5 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

1. Previa autorización por el CLIES, se seleccionaron todos los adultos mayores que se encuentren hospitalizados en el HGZ MF 1 por un cuadro neumonía adquirida en la comunidad.
2. La selección de los pacientes fue de forma estricta, acorde a los criterios de selección.
3. En el caso de que el paciente aceptó participar y cumpla los criterios de selección, se solicitará su consentimiento bajo información por escrito.
4. A todos los pacientes que se incluyan se les aplicó el instrumento denominado APGAR. El investigador aclaró las dudas que pudieran surgir.
5. Una vez contestados los cuestionarios se les agradeció a los pacientes nuevamente su participación. Se le dió cualquier información adicional que requiera con respecto al estudio, así como, los números de teléfono de contacto del investigador responsable.
6. Los datos de las cédulas se completaron de la revisión del expediente electrónico.
7. Una vez obtenida el total de la muestra se procedió a su análisis, se creó una base de datos en Excel y se analizaron a través del programa SPSS v.23.

## 8.6 ANALISIS ESTADISTICO

- Al obtener los datos recopilados se aplicaron medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar).
- Se hicieron cuadros de contingencia para el análisis de las variables de estudio, como las variables afectadas en la funcionalidad familiar con el sexo.

- Se utilizó la prueba de chi cuadrada para las variables cualitativas.

### 8.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Fue obtenida mediante aleatorio simple, mediante la siguiente fórmula, para una media en población infinita:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2}$$

$$n = \frac{((1.96)^2) (16)^2}{(3)^2} = \text{muestra}$$

$$n = \frac{(3.8416) (256)}{9} = \text{muestra}$$

$$n = \frac{983.4496}{9} = 109.27$$

<b>Error Alfa</b>	$\alpha$	0.05
<b>Nivel de Confianza</b>	$1-\alpha$	0.95
<b>Z de (1-<math>\alpha</math>)</b>	Z (1- $\alpha$ )	1.96
<b>Desviación estándar</b>	s	16
<b>Varianza</b>	$S^2$	256
<b>Precisión</b>	d	3.00
<b>Tamaño de la muestra</b>	n	109.27

## 9. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se adhirió al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, clasificándose según el artículo 17 la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún riesgo como consecuencia inmediata o tardía del estudio, por ello es de tipo **riesgo mínimo**, debido a que se contemplan estudios exámenes físicos, psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.

Se consideró como **riesgo mínimo** debido al que se genera a los pacientes que deben responder un instrumento u hoja de recolección de datos, así como las pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Se cumplió con la Declaración de Helsinki, con su última actualización de Brasil en el año 2013, en el que se refiere que la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, la evolución y los efectos de las enfermedades para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

A través de la investigación se aplicó instrumentos o pruebas que fueron seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad para la población de estudio, es por ello que la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover, asegurar el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud, respetando sus derechos individuales.

El objetivo principal de la investigación médica fue generar nuevos conocimientos, proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

## **10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **10.1 RECURSOS HUMANOS**

Se contó con un asesor clínico y metodológico especialista en medicina de urgencias, con amplia experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación.

### **10.2 RECURSOS MATERIALES**

- ❖ Expedientes clínicos.
- ❖ Material bibliográfico.
- ❖ Hojas de recolección de datos.
- ❖ Material de papelería,
- ❖ Computadora e impresora.

### **10.3 RECURSOS FINANCIEROS**

Los gastos generados por la presente investigación fueron absorbidos por los investigadores involucrados en la misma.

### **10.4 RECURSOS FÍSICOS**

Infraestructura del HGZMF No. 1

### **10.5 FACTIBILIDAD**

Esta investigación fue viable de realizar, debido a que en la unidad médica se tiene alta afluencia de pacientes adultos con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y cuenta con los insumos suficientes. Además, fue supervisado por la asesora experta, que tiene amplia experiencia en el asesoramiento de trabajos de investigación.

La factibilidad del estudio se sustenta por la accesibilidad de aplicación de las encuestas a los adultos mayores hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad.

## 11. RESULTADOS

Se realizó el análisis de los pacientes que cumplieron estrictamente con los criterios de selección estipulados por la investigación denominada “Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1”, seleccionando a 109 adultos mayores.

Se realizó la agrupación por edad y por sexo, las mujeres tuvieron de 60 a 64 años el 41.51%(22), de 65 a 69 años en el 9.43%(5), de 70 a 74 años en el 7.55%(4), de 75 a 79 años en el 11.32%(6), de 80 a 84 años de 16.98%(9), de 11.32%(6) de 85 a 89 años, de 90 a 94 años con el 0%(0) y más de 95 años con el 1.89%(1), mientras los hombres tuvieron de 60 a 64 años el 35.7%(20), de 65 a 69 años en el 25%(19), de 70 a 74 años en el 7.14%(8), de 75 a 79 años en el 10.71%(12), de 80 a 84 años de 10.71%(12), de 7.14%(10) de 85 a 89 años, de 90 a 94 años con el 0%(0) y más de 95 años con el 3.57%(3). (Gráfico 1).

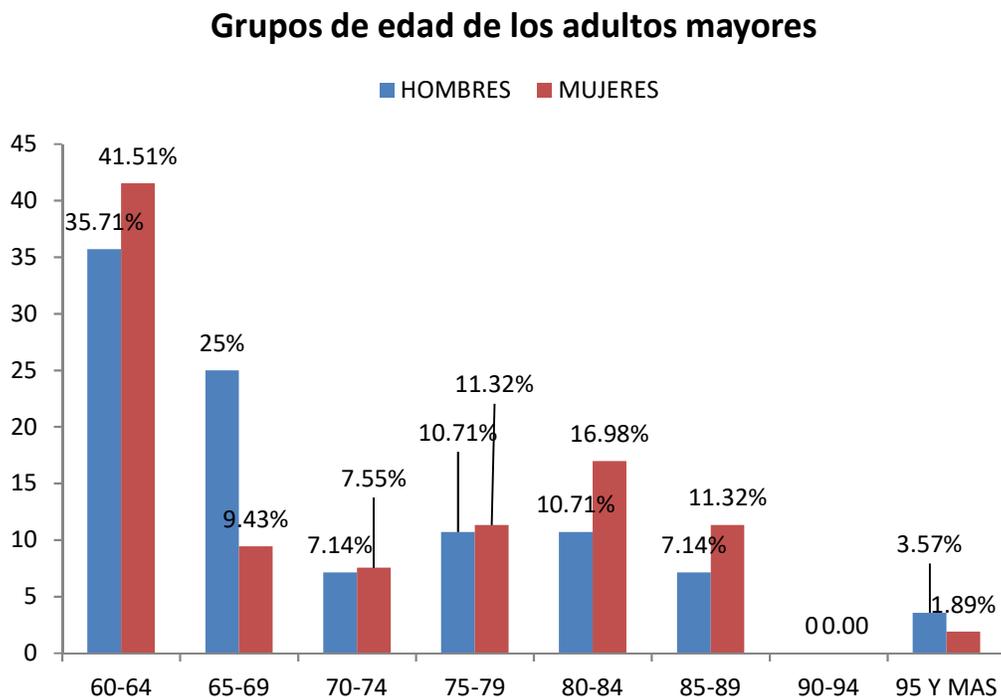


Grafico 1: Se muestra los grupos de edad de los pacientes estudiados.

Con respecto al sexo de los adultos mayores se identificó que 48.62% (53) fueron mujeres y el 51.38%(56) fueron hombres, (Grafico 2).

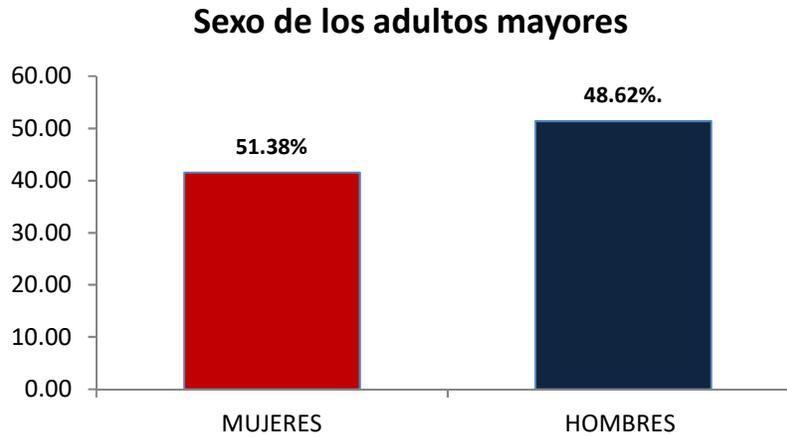


Gráfico 2: Se muestra el sexo de los pacientes estudiados.

Se identificó el estado civil de los adultos mayores por sexo, las mujeres estuvieron como solteras en el 0%(0), en unión libre en el 9.43%(5), casadas en el 52.83%(28), divorciadas en el 0%(0), separadas en el 3.77%(2) y viudas en el 33.96%(18), pero los hombres estuvieron solteros en el 5.36%(3), unión libre en el 5.36%(3), casados en el 60.71%(34), divorciado en el 1.79%(1), separado en el en el 1.79%(1) y viudo en el 25%(14). (Gráfico 3).

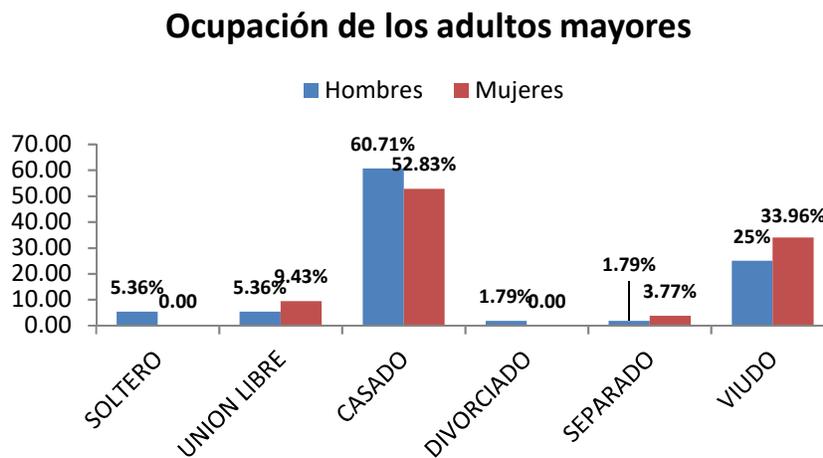


Grafico 3: Se muestra el estado civil de los pacientes estudiados.

En el estudio de la escolaridad de los adultos mayores se identificó que las mujeres sabían solamente leer y escribir en el 15.09%(8), primaria completa en el 32.08%(17), secundaria en el 28.3%(15), bachillerato en el 15.09%(8), carrera técnica en el 1.89%(1) y licenciatura en el 7.55%(4), mientras los hombres sabían solamente leer y escribir en el 8.93%(5), primaria completa en el 25%(14), secundaria en el 35.71%(20), bachillerato en el 16.07%(9), carrera técnica en el 3.57%(2) y licenciatura en el 10.71%(6), ningún sexo tuvo grado de maestría o doctorado. (Gráfico 4).

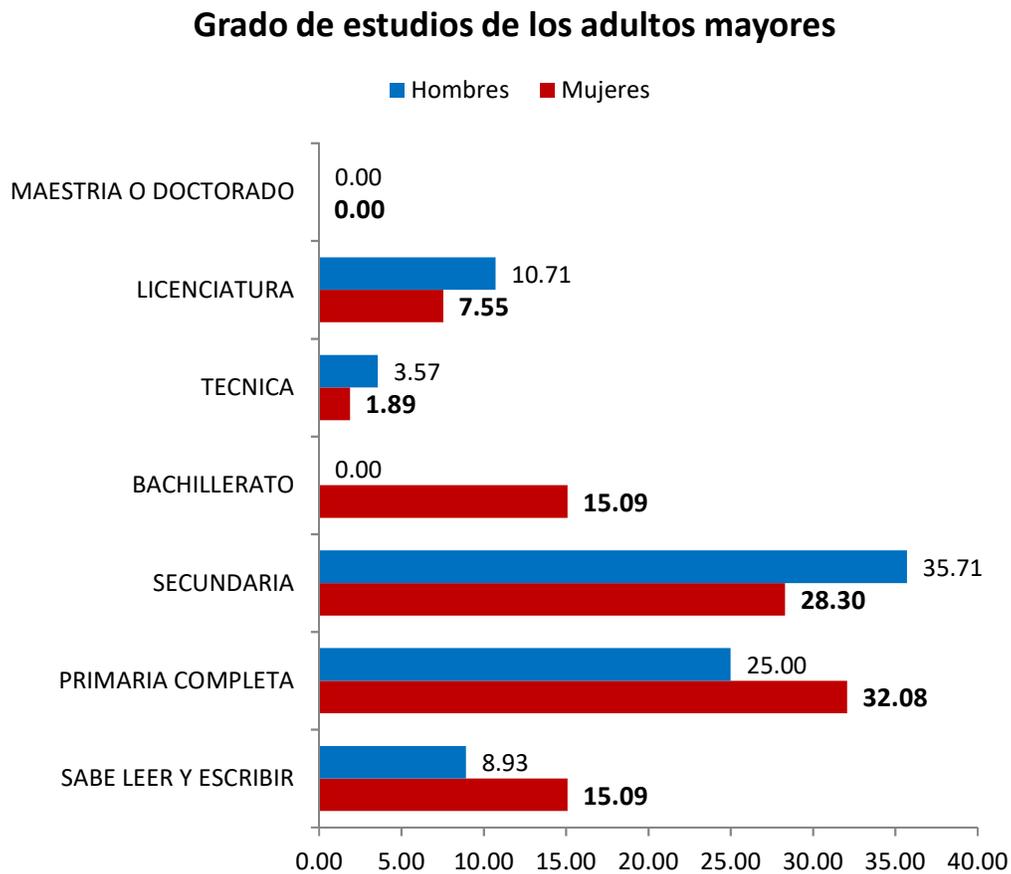


Gráfico 4: Se muestra la escolaridad de los pacientes estudiados.

La ocupación de los adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad, se clasificó por sexo, las mujeres se dedicaban a las labores del hogar en el 73.58%(39), eran desempleadas en el 0%(0), empleadas en el 11.32%(6), obreras en el 0%(0), comerciantes en el 1.89%(1), profesionistas en el 7.55%(4) y tenían otra ocupación en el 5.66%(3), mientras los hombres se dedicaban a las labores del hogar en el 0%(0), eran desempleados en el 5.36%(3), empleados en el 17.86%(10), obreros en el 23.21%(13), comerciantes en el 7.14%(4), profesionistas en el 7.14%(4) y tenían otra ocupación en el 39.29%(22). (Gráfico 5).

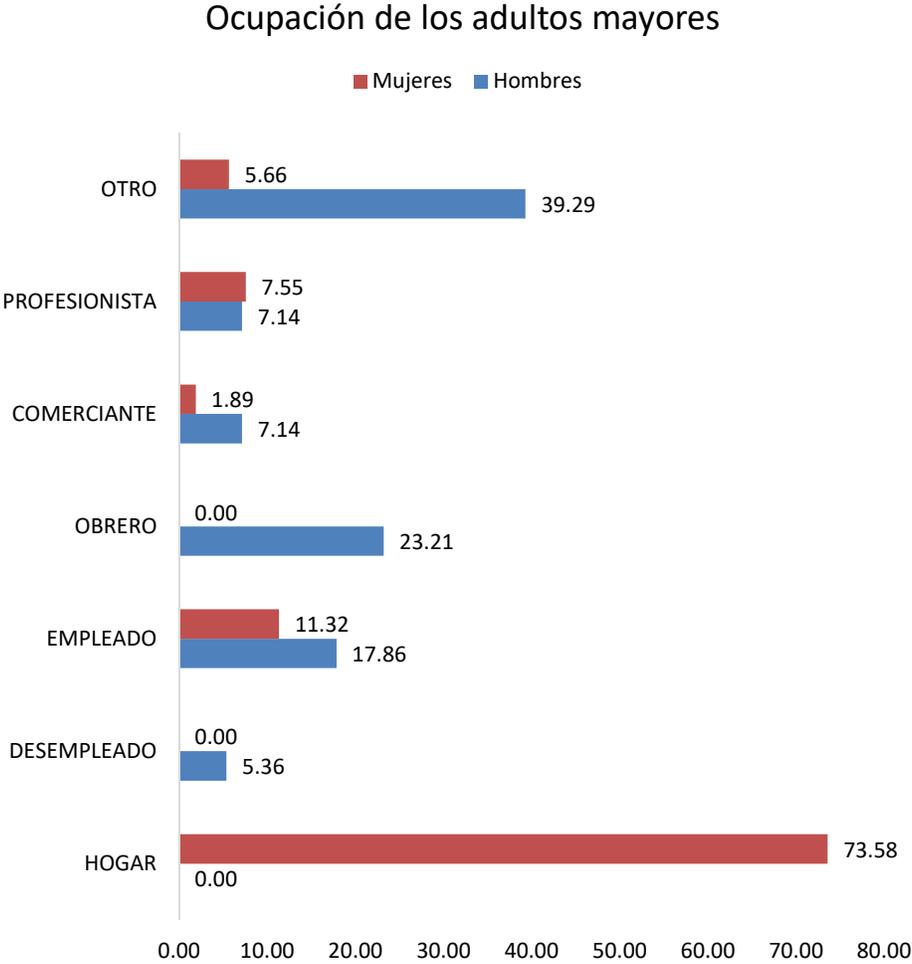


Gráfico 5: Se muestra la ocupación de los pacientes estudiados.

Se analizó sobre la presencia de un cuidador primario o no, además si esta persona según su sexo, en las mujeres como cuidador primario fueron del 60.38%(32), sin cuidador primario fueron de 39.62%(21), pero los hombres que eran cuidadores primarios eran de 66.07%(37) y que no eran cuidadores primarios fueron de 33.93%(19). (Grafico 6).

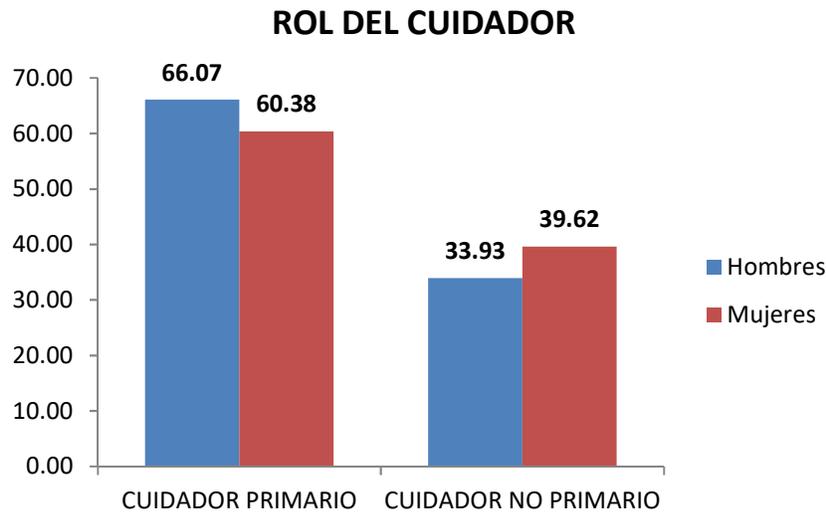


Gráfico 6: Se muestra el rol de los pacientes estudiados.

Para valorar la funcionalidad familiar se aplicó el instrumento denominado APGAR familiar, el cual permitió identificar la disfuncionalidad y clasificarse por sexo, las mujeres tuvieron en el 56.6%(30) funcionalidad normal, en el 35.85%(19) disfunción leve, en el 7.55%(4) disfunción moderada y en el 0%(0) disfunción severa, mientras los hombres tuvieron en el 60.71%(34) funcionalidad normal, 33.93%(19) disfunción leve, en el 3.57%(2) disfunción moderada y en el 1.79%(1) disfunción severa. (Tabla 1)

	Funcionalidad normal		Disfunción leve		Disfunción moderada		Disfunción severa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hombres</b>	34	60.71	19	33.93	2	3.57	1	1.79	56	100
<b>Mujeres</b>	30	56.60	19	35.85	4	7.55	0	0.00	53	100
<b>Total</b>	63	58.72	38	34.86	6	5.5	1	0.92	109	100

Tabla 1. APGAR para valorar la funcionalidad familiar.

En el análisis de la variable del sexo en base al APGAR familiar de los adultos mayores, se identificó que el sexo masculino tiene mayor frecuencia de disfunción severa a comparación del sexo femenino, por lo que se aplicó la prueba estadística chi-cuadrada para obtener un valor de  $p=0.607$ , sin tener diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 2)

Valor de $p=0.607$		Masculino	Femenino	Total
APGAR	Funcionalidad normal	34	30	64
	Disfunción leve	19	19	38
	Disfunción moderada	2	4	6
	Disfunción severa	1	0	1
<b>Total</b>		56	53	109

Tabla 2. Funcionalidad familiar

En la evaluación del APGAR familiar según el estado civil, se identificó que la disfunción leve fue más frecuente en adultos mayores casados, pero la disfunción severa se presentó en pacientes viudos, sin embargo, al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada se obtuvo un valor de  $p=0.695$ , sin tener diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 3)

Valor de $p=695$		Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Viudo	Total
APGAR	Funcionalidad normal	2	38	5	2	17	64
	Disfunción leve	1	23	2	2	10	38
	Disfunción moderada	0	1	1	0	4	6
	Disfunción severa	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>		3	62	8	4	32	109

Tabla 3. Estado civil según el APGAR familiar en los adultos mayores.

Al aplicar el APGAR familiar según el grado de escolaridad, se identificó que la disfunción moderada y severa se presentó en adultos mayores que tenían poca educación, solo sabían leer y escribir y hasta el grado de primaria. sin embargo, al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada se obtuvo un valor de  $p=0.266$ , sin tener diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 4)

Valor de p=0.266		Sabe leer y escribir	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Técnica	Licenciatura	Total
APGAR	Funcionalidad normal	4	16	22	13	2	7	64
	Disfunción leve	6	12	13	3	1	3	38
	Disfunción moderada	3	2	0	1	0	0	6
	Disfunción severa	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>		13	31	35	17	3	10	109

Tabla 4. Escolaridad según el APGAR familiar en los adultos mayores.

El tipo de profesión se analizó con la clasificación de APGAR familiar, identificando que los adultos mayores desempleados fueron los que presentaron disfunción severa seguido de las amas de casa, estas ocupaciones tuvieron diferencia estadísticamente significativa a comparación de las demás, al aplicar la prueba chi-cuadrada se obtuvo un valor de  $p=0.0001$ , teniendo diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 5)

Valor de p=0.0001		Ama de casa	Empleado	Desempleado	Obrero	Comerciante	Otro	Profesionalista	Total
APGAR	Funcionalidad normal	17	12	2	8	3	17	5	64
	Disfunción leve	18	4	0	5	2	6	3	38
	Disfunción moderada	4	0	0	0	0	2	0	6
	Disfunción severa	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>		39	16	3	13	5	25	8	109

Tabla 5. Ocupación según el APGAR familiar en los adultos mayores.

En la valoración de los pacientes con el APGAR familiar se identificó que aquellos que tenían cuidador primario tuvieron mayor frecuencia de disfunción moderada y severa, sin embargo, al aplica la prueba chi-cuadrada no se tuvo diferencia estadísticamente significativa, teniendo un valor de  $p=0.657$ . (Tabla 6)

Valor de $p=0.657$		Cuidado no primario	Cuidador primario	Total
APGAR	Funcionalidad normal	24	40	64
	Disfunción leve	14	24	38
	Disfunción moderada	1	5	6
	Disfunción severa	0	1	1
<b>Total</b>		39	70	109

Tabla 6. Cuidador primario y su relación el APGAR familiar.

## 12. DISCUSIÓN

En el estudio de Lima Santos A y cols., realizaron la investigación en 12 adultos mayores para analizar la funcionalidad familiar mediante el instrumento denominado APGAR, reportando que el apoyo familiar es indispensable para tener adecuados resultados funcionales, pero se identificó que 3 pacientes tenían disfuncionalidad, debido principalmente a la pérdida de autonomía, reducción de la participación en las decisiones familiares, cambio de papeles, pérdida de la libertad de elección para realizar nuevas tareas, deseo de aislamiento y el hecho de sentirse un peso para la familia, demostrando que este instrumento es adecuado para valorar la funcionalidad por ello, se realizó esta investigación empleando aplicando la escala de APGAR en 109 adultos mayores del HGZ MF 1. <sup>27</sup>

Serra Valdés MA y cols., analizaron pacientes que padecieron neumonía adquirida en la comunidad en el adulto mayor, reportando que la afectación clínica es amplia, debido a que tienen discapacidad para realizar actividades de la vida diaria, que genera afectación de su calidad de vida y conlleva incremento de la morbimortalidad, por esta razón se realizó esta investigación, al analizar adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad, que presentaron disfunción leve y moderada frecuentemente.<sup>28</sup>

Carrasco Peña KB y cols., realizaron el estudio de 103 adultos mayores que se les aplicó el instrumento denominado APGAR, identificando que la edad promedio fue de 70.4 años, la mayor proporción son ama de casa, hasta el 61% estudiaron hasta primaria, los más afectados con disfuncionalidad son casados, en una familia extensa, de nivel socioeconómico medio y con estado nutricional no adecuado, estos resultados comparados con los obtenidos en esta investigación, se tuvo edad promedio de  $70 \pm 10$  años, el sexo femenino representó el 48.62%, el 51.38% del sexo masculino, se aplicó el instrumento denominado APGAR familiar, el cual permitió identificar la disfuncionalidad las mujeres tuvieron en el 56.6%

funcionalidad normal, el 35.85% disfunción leve, el 7.55% disfunción moderada, mientras los hombres tuvieron en el 60.71% funcionalidad normal, 33.93% disfunción leve, en el 3.57% disfunción moderada y en el 1.79% disfunción severa, según el estado civil hubo disfunción leve en casados y disfunción severa en viudos.<sup>25</sup>

Troncoso Pantoja C y cols., realizaron un estudio descriptivo y transversal, en 60 adultos mayores voluntarios a los cuales se les aplicó el Apgar Familiar, obteniendo como resultado 70% de los participantes presentaron familias muy funcionales y sólo el 3 % pertenecieron a familias con graves disfunciones, 45% fueron autovalentes con riesgo y 16.7% presentaron riesgo de dependencia, no se tuvo relación entre funcionalidad familiar y salud física, estos resultados fueron comparados con los obtenidos en esta investigación fueron contrarios al estar más afectados los hombres a comparación de las mujeres.<sup>29</sup>

Cardona Arango D y cols., realizaron un estudio analítico, transversal, en 1,514 Adultos mayores, analizando la funcionalidad familiar a través del APGAR familiar, reportaron que para obtener un funcionamiento familiar es ser del sexo femenino, estar casado, alto nivel educativo, no padecer trastornos mentales, baja vulnerabilidad y contar con apoyo social, esto permite mejorar tener una mejor calidad de vida, sin embargo, al compararlo con lo obtenido en esta investigación se identificó que el estar soltero o viudo tuvo disfuncionalidad severa, aquellos que tuvieron mayor grado de estudios tuvo menor frecuencia de disfuncionalidad, los hombres desempleados tuvieron disfuncionalidad severa, además tener un cuidador primario incrementa la funcionalidad.<sup>30</sup>

Riveros Rios M y cols., estudiaron a 124 adultos mayores, el 50% fueron del género femenino y el otro 50% masculino, las enfermedades sudyacentes fueron la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares y cardiacas, pero no se reportó con neumonía adquirida en la comunidad, reportaron

que las familiar con funcionalidad moderada representó el 26% y en el 74% hubo familias severamente disfuncionales, resultados comparados con lo obtenido en esta investigación se reportó que las mujeres tuvieron en el 35.85% disfunción leve, en el 7.55% disfunción moderada, los hombres tuvieron en el 33.93% disfunción leve, en el 3.57% disfunción moderada y en el 1.79% disfunción severa.<sup>31</sup>

### **13. CONCLUSIONES**

Se concluye que los adultos mayores con mayor frecuencia presentan disfunción familiar si tienen menor grado de escolaridad, principalmente aquellos que solo saben leer y escribir o que cursaron hasta la primaria.

Los adultos mayores hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad tuvieron mayor frecuencia de disfuncionalidad sino tenían empleo o eran amas de casa.

La disfuncionalidad severa se presentó en pacientes del sexo masculino, fueron los más afectados a comparación de las mujeres, sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Los adultos mayores que estaban casados tuvieron mayor frecuencia de disfuncionalidad leve y moderada, pero esto no representó diferencia significativa a estar soltero o viudo.

## 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE -JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018
Planeación del tema protocolo											
Revisión/selección de la literatura											
Estructura del protocolo											
Ingreso plataforma "SIRELCIS"											
Autorización Protocolo											
Trabajo de campo aplicación											
Análisis de resultados											
discusión y conclusiones											
Recolección Firmas e Impresión											

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cevey-Macherel M, Galetto-Lacour A, Gervais A, Siegrist CA, Bille J, Bescher-Ninet B, et al. Etiology of community-acquired pneumonia in hospitalized children based on WHO clinical guidelines. *Eur J Pediatr.* 2009;168:1429-36.
2. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. México: Secretaría de Salud, 2009.
3. Cabrera ÁJR. Factores asociados con la mortalidad de ancianos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. *Medicina Interna de México.* 2009;25.
4. Martín AA, Moreno-Pérez D, Alfayate S, Couceiro JA, García ML, Korta J, Martínez MI, Muñoz C, Obando I, Pérez G. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. *An Pediatr* 2012; 76(3): 168e1-168e18.
5. Myers AL, Hall M, Williams DJ, Auger K, Tieder JS, Statile A, et al. Prevalence of bacteremia in hospitalized pediatric patients with community-acquired pneumonia. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32:736-40.
6. Reade MC, Weissfeld L, Angus DC, Kellum JA, Milbrandt EB. The prevalence of anemia and its association with 90-day mortality in hospitalized community-acquired pneumonia. *BMC Pulm Med.* 2010;10:15.
7. Ballesteros-Flores CG, De Jesús-Montelongo F, Espinosa-Sierra T, Lopez-Ramirez I, Sanchez-Aparicio HE. Neumonía adquirida en la comunidad. *Archivos de Medicina de Urgencia de México.* 2010;2:35-9.
8. Oster G, Berger A, Edelsberg J, Weber DJ. Initial treatment failure in non-ICU community-acquired pneumonia: risk factors and association with length of stay, total hospital charges, and mortality. *J Med Econ.* 2013;16:809-19.
9. Woodhead M, Wiggins R. Severity scores in community-acquired pneumonia: how useful are they? *Expert Rev Respir Med.* 2013;7:5-7.

10. Usui K, Tanaka Y, Noda H, Ishihara T. [Comparison of three prediction rules for prognosis in community acquired pneumonia: Pneumonia Severity Index (PSI), CURB-65, and A-DROP]. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*. 2009;47:781-5.
11. Marcos PJ, Restrepo MI, Vereá H. Community acquired pneumonia: severity scores as an adjunct to clinical judgement. *Eur Respir J*. 2012;39:509.
12. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-296.
13. Pérez A, García L, Rodríguez E, Losada A, Porras N, Gómez M. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia *Aten Primaria*. 2009;41(11):621–628.
14. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. *Instituto Nac Mujeres* 2015;1-40.
15. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar *Rev Med La Paz*.2014; 20(1);53-57.
16. Mar-García J, Penarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, León-Ramírez M. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3):155-161.
17. Parra-Giordano D, González-Molina D, Pinto-Galleguillos D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*. 2016;1:1-9.
18. Gómez FJ, Ponce ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Aten Primaria* 2010; 17(4):1-7.
19. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016;23(1):24-28.
20. Coyotl Rodríguez E, Luna Morales D, García Madrid G, García Ramírez R, Nava V, Moreno Tochiuil M. Funcionalidad familiar: Percepción de los

- adultos mayores de una comunidad rural. Monográficos de investigación en salud. 2012;6(16):1-11.
21. Takenaka H, Ban N. The most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine Asia Pac Fam Med.2016;1:15-23
  22. Puigvert C. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal Enferm Nefrol.2013; 16 (1): 28 -29.
  23. Da Silva M, Janaína V, Rochelly F, Silva E, Bruna S, Leite M et al. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil Esc Anna Nery. 2014;18(3):527-532
  24. Vera I, Roselma L, Yaeko A, Sadoyama G, Bachion M , Silva V. Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. Context Nursing, Florianópolis. 2015 ;24(2): 494-504.
  25. Carrasco-Peña K, Tene C, Elizalde A. Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):14-9
  26. Chaves C, Pereira O, Nelas P, Coutinho E , Dionisio R. Assessment of Family Functionality Among the Elderly With Chronic Illness The European Journal of Counselling Psychology. 2013;2(2):139–144.
  27. Lima Santos A, Pollyanna Mantelo H, Ferraz Teston E, Silva Marcon S. Conociendo la funcionalidad familiar bajo la óptica del enfermo crónico. Text Context Nursing, Florianópolis. 2012;21(4):879-86.
  28. Serra Valdés MA, Aleaga Hernández YY, Cordero López G, Viera García M, Aboy Capote L, Serra Ruiz. Adulto mayor: propuesta de abordaje de la neumonía adquirida en la comunidad. 2016;14(2):104-113.
  29. Troncoso Pantoja C, Soto López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adulto mayores. Horiz Med 2018; 18(1): 23-28
  30. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez DI, Agudelo Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad

familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2019; 24 (1): 97-111.

31. Riveros Rios M. Valoración de factores biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos. *An. Fac. Cienc. Méd.* 2015;48(2):17-31.

## 16. ANEXOS

### 17.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. Encuesta: \_\_\_\_\_

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio:	"Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto, Hidalgo, a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Además, es indispensable realizar esta investigación, debido a que no se tiene reportado el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados, por ello se debe emplear el instrumento APGAR familiar, el cual permite identificar si hay disfunción familiar, al interrogar sobre el apoyo de los integrantes de la familia. Determinar el efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1.
Procedimientos:	Se realizará la historia clínica y aplicación del instrumento APGAR familiar en los adultos mayores con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera de riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad en el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtendrá el diagnóstico funcional de la familia del adulto mayor y se dará recomendaciones para su mejora.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados obtenidos del presente estudio se me darán a conocer proporcionándome la información necesaria, actualizada sobre el apoyo, acompañamiento y estrategias que permitan mejorar la funcionalidad familiar.
Participación o retiro:	Se dará respuesta a cualquier duda y tendrá la libertad de abandonar el estudio sin que afecte su atención médica en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se tendrá disponibilidad de tratamiento por las enfermedades subyacentes.
Beneficios al término del estudio:	Los beneficios que se tienen será el diagnóstico de la funcionalidad familiar y estrategias para mejorar la atención al adulto mayor con neumonía adquirida en la comunidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dra. Dulce María Trejo Muñoz, Mat:99134948, Tel: 7711279504, Adscripción HGZ MF No. 1
Colaboradores:	Dr. Joshua Díaz Águila, Mat:99139239, Tel: 7751067772, Adscripción HGZ MF No. 1
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del sujeto  Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  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	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

## 17.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**  
  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1**  
**PACHUCA, HIDALGO**



### “Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1”

No. Encuesta: \_\_\_\_\_

Folio de Aceptación: \_\_\_\_\_

Por favor lea y responda la siguientes preguntas

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
1. Nombre		NSS	
2. Edad		2. Sexo	
3. Estado civil	Soltero		Casado
	Unión libre		Divorciado
	Separado		Viudo
4. Escolaridad	Sabe leer y escribir		Primaria
	Secundaria		Bachillerato
	Técnica		Licenciatura
	Maestría		Doctorado
5. Ocupación	Hogar		Desempleado
	Empleado		Obrero
	Comerciante		Profesionista
	Otros		
7. Rol del familiar responsable			



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PACHUCA, HIDALGO



**“Efecto de la neumonía adquirida en la comunidad en la funcionalidad familiar de los adultos mayores hospitalizados en el HGZ MF 1”**

No. Encuesta: \_\_\_\_\_

Folio de Aceptación: \_\_\_\_\_

Por favor marque con una X, la respuesta que la respuesta que usted elija

**APGAR FAMILIAR. ADULTOS**

<b>FUNCIÓN</b>	<b>Nunca (0 puntos)</b>	<b>Casi Nunca (1 puntos)</b>	<b>Algunas veces (2 puntos)</b>	<b>Casi siempre (3 puntos)</b>	<b>Siempre (4 puntos)</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Función familiar normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.