



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 51
ANGEL R CABADA, VERACRUZ**

Tesis:

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 51 DE ANGEL R CABADA"**

Que para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar presenta:

DR INFANZON ALVAREZ ERIK ROMAN

ASESOR METODOLOGICO:

DRA BALKIS VERA CRUZ MENDOZA

México, D.F., 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESTIMONIO DE GRATITUD

DIOS, quien es el motor de mi vida, el que me resguarda y lleva por los mejores caminos.

MI MADRE, la que me ha llevado por este camino, sacrificando tantas cosas para que yo realice mis sueños

MI ESPOSA, mi ayuda idónea, mi ejemplo, de la cual sin su ayuda y sabios consejos no hubiese podido concluir la presente.

MI HIJO IKIEL, mi futuro, al cual espero sirva este ejemplo para que el se vea motivado a realizar cosas mil veces mejores.

MIS PROFESORAS, las cuales dedicaron su valioso tiempo, y dedicación para poder trasmitirme un poco de lo mucho que ellas saben.

ÍNDICE

RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 ANTECEDENTES	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	12
3.1 GENERAL	12
3.2 ESPECÍFICOS	13
4. MATERIAL Y METODOS	13
4.1 DISEÑO, PERIODO Y TIEMPO DE REALIZACIÓN	13
4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
4.2.1 INCLUSIÓN	14
4.2.2 ELIMINACIÓN	14
4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
4.4 APROBACIÓN POR COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y REGISTRO	14
4.5 CUADRO DE VARIABLES	15
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSIÓN	35
7. CONCLUSIONES	40
8. RECOMENDACIONES	41
9. ANEXOS	42
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR 51

Infanzón Álvarez Erik.Román¹, Cruz Mendoza Balkis.Vera², Cobos Díaz José.Iván³.

1. Alumno de tercer año del curso de Especialidad de Medicina Familiar, modalidad semipresencial. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 51. 2. Médico especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 66
3. Licenciado en Estadística.

OBJETIVO

Determinar la funcionalidad familiar de las familias de los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF 51 en el periodo comprendido marzo 2012 a Agosto 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta prospectiva a las familias de pacientes adultos mayores, en edades de 60 años o más, pertenecientes a la UMF 51 de Ángel R. Cabada. Se clasificaron las familias de dichos pacientes con base en su tipología e ISPF; y se obtuvo la funcionalidad familiar mediante los instrumentos APGAR, FACES III y el Modelo Circunflejo de Olson. Para el procesamiento de los datos, se realizó un análisis estadístico descriptivo (tablas, gráficos y porcentajes).

RESULTADOS

La tipología familiar que caracteriza a las familias estudiadas fue nuclear, de núcleo integrado y agrícola. De las familias de pacientes adultos mayores a quienes se les aplicaron el instrumento APGAR y FACES III se encontró que el 97% tienen una familia funcional; de los restantes, el 2% tienen disfunción moderada y el 1% disfunción grave. Mediante el modelo circunflejo de Olson se encontró que la mayoría de las familias de los pacientes en estudio (72 familias) se clasificaron como Relacionada/flexible (19%), y de las restantes 305 familias se distribuyeron como relacionada/estructurada (14%), Relacionada/caótica (13%),

Semirelacionada/estructurada (12%), Semirelacionada /flexible (11%), semirelacionada/caótica (8%), Semirelacionada/rígida (5%), No relacionada/rígida (4%), Aglutinada/Caótica (3%), No relacionada /estructurada (3%), No relacionada/flexible (2%), Aglutinada/flexible (2%), Relacionada/rígida (1%), Aglutinada/Rígida (1%), No Relacionada/caótica (1%) y Aglutinada/estructurada (1%). De éstos las familias caen su mayoría como balanceadas (56%), de ahí rango medio (35%) y finalmente extremas (9%).

CONCLUSIONES

Es de suma importancia hacer hincapié en que lo que para una familia produce disfunción, para otras las mantiene en equilibrio. Y en este sentido, por ambos instrumentos de medición, encontramos que la mayor parte de las familias son funcionales (APGAR) y relacionadas /estructuradas (FACESIII-OLSEN).

Si bien, por edad, el adulto mayor ha disminuido su participación de las actividades económicas, recreativas y sociales; la preocupación y ocupación de sus familias, en su mayoría funcionales, constituye la mayor garantía para aquellos miembros de edad avanzada desde el punto de vista psíquico, social y espiritual.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, Adulto mayor, FACES III, APGAR, OLSON.

INTRODUCCIÓN

La edad es un criterio arbitrario para definir al envejecimiento, dado que el umbral de la vejez auto percibida o socialmente asignada muestra diferencias; sin embargo, el INEGI considera como adultos mayores a la población de 60 años o más.

La combinación de factores como lo son la jubilación, disminución de ingresos, muerte de la pareja, alejamiento de los hijos, pérdida de los amigos o compañeros de trabajo, enfermedades, deterioro de funciones físicas e intelectuales, etc.; convierten la vida del anciano en una desdicha provocando apatía, traducida en mala alimentación, deterioro del estado de salud, Inhibición, baja autoestima, irritabilidad, disminución de la libido, alta somatización de su enfermedad o exacerbación de la mismas y/o descontrol de sus padecimientos.

ANTECEDENTES

Las características de las familias del adulto mayor representan algo más que la suma de las personalidades individuales de cada integrante y la interacción entre sus miembros, puede favorecer o no, el proceso de adaptación del adulto mayor a dichos cambios y/o enfermedades que caracterizan a la tercera edad. La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, por lo que, se dice que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema; y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. La tipología familiar es la clasificación de las familias de acuerdo a ciertas características con base en: la Composición (que las distinguiría en nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), su Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista) y la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada). Existen otras características que son indispensables conocer, que de acuerdo a Satir, son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar. Lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que clasifica a la familia de acuerdo a la *Jerarquía*, entendida como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser: autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad; de acuerdo a los *Límites* que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser: claros, difusos o rígidos; y la *Comunicación*, que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser: directa, enmascarada o desplazada (11).

Existen múltiples instrumentos que tratan de medir la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentra el APGAR familiar que es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia

representa un recurso para el paciente o si por el contrario contribuye a su enfermedad. Cada uno de los miembros de la familia, mayores de 15 años, elige en cada pregunta una de las tres opciones: casi siempre, algunas veces o casi nunca. La suma de la puntuación se ubicará como disfunción grave (0 a 3 puntos), disfunción moderada (4 a 6 puntos) y familia funcional (7 a 10 puntos).

El instrumento FACES III se valora a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello la suma de las preguntas impares se destinan para determinar la cohesión, y las preguntas pares para determinar la adaptabilidad. Este instrumento, para su mejor interpretación, se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson⁽¹²⁾. De acuerdo a esto, se clasifica a las familias según su *cohesión* como: No Relacionada (con un valor entre 10 y 34), Semirelacionada (con un valor entre 35 y 40), Relacionada (entre 41 y 45) y, Aglutinada (entre 46 y 50 puntos); de acuerdo a su *adaptabilidad* como: Rígida (con un valor entre 10 a 19 puntos), Estructurada (valores entre 20 y 24 puntos), Flexible (entre 25 y 28 puntos) y, Caótica (entre los 29 y 50 puntos). De esta combinación, resultan 16 tipos de familias, producto del enlace entre cohesión y adaptabilidad trazadas como si fueran coordenadas. De esta manera la clasificación queda como: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales. De acuerdo al resultado de la aplicación del Modelo Circunflejo de Olson, se pueden tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

Hay varios estudios y publicaciones relacionados con el trabajo de investigación propuesto, los cuales sirven como antecedente bibliográfico. Dentro de ellos cito el estudio realizado por Zavala y Cols. El cual se llevó a cabo en Cd. Victoria, Tamaulipas en el año 2009 y que llevo por título "Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes con enfermedad crónica". Dentro de los resultados encontrados en este citare que: El 91% pertenece a familias funcionales, 72%

nucleares y 77% católicos. Que a mayor funcionalidad familiar, menor grado de ansiedad. Encontró de igual forma que El 51% de los adultos presenta autoestima alta y el 84,5% tiene una percepción de funcionamiento familiar alto, contribuyendo al bienestar emocional de los mismos. Así como que no hubo diferencias significativas entre la percepción del funcionamiento familiar por parte del adulto mayor y de sus cuidadores

Otro estudio por citar es el realizado por García G. y Cols., llevado a cabo en la ciudad de Puebla, en el año 2007 y que enunció como: “Funcionalidad familiar y capacidad del adulto mayor”. Y que destaca en sus resultados que el mantenimiento del sistema familiar se correlacionó con la capacidad funcional de movimiento y eliminación.

El estudio realizado por López M. y Cols. en el estado de Nuevo León, del año 2005 y que se tituló como “Funcionalidad familiar en DM2” denotando como resultados el predominio de familias nucleares y compuestas, con disfunción familiar en su mayoría. Y que a mayor edad, menor funcionalidad familiar, siendo más evidente en el proceso de cambio del sistema.

En el estado de Colima en el año 2007 García López y cols. Elaboraron un estudio que denominaron “disfunción familiar en hipertensos descontrolados”, destacando los resultados de que El 65% cursa con disfunción familiar, de éstos el 87.9% fueron pacientes descontrolados con predominio de mujeres en un 73% y sólo el 12.08 % cursaron normotensos.

Finalmente cito un estudio realizado en nuestro estado de Veracruz, hago referencia al elaborado por Mendoza S.L y Soler H.E. en Xalapa, Ver. Del año 2006 y que llevo por título “Dinámica Familiar en el primer nivel de atención”. El resultado a citar de íntima relación con el estudio propuesto es que: de los 103 estudios de salud familiar analizados, se encontró de acuerdo a tipología familiar, 82% integradas, 51% nucleares, 86% tradicionales y 75% empleadas. En relación a la dinámica familiar 65% presentó comunicación directa, límites claros y 48% jerarquía recíproca con autoridad. Por subsistema conyugal el 52% fueron parejas

funcionales, 39% moderadamente disfuncionales, 9% severamente disfuncionales.
Del FACES III 43% rango medio, 41% balanceadas, 16% extremas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que puede hacerlo una separación, la pérdida de un miembro, el nacimiento del primer hijo, etc. El desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar entorno a ella.

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa. Por ello resulta indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar el sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos es un conflicto grave que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico.

Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de cosencución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles. El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra; de tal suerte que no es lo mismo una enfermedad como la diabetes en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral en el conyuge en etapa del "nido vacío". De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy "golpeada" por estas. Cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico.

La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta se cierre en relación con la distribución de roles, pero inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos o el estudio. El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros puedan responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

Otro aspecto importante a considerar es el nivel socioeconómico. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si ese fuera el caso). En muchas ocasiones cuando se atiende a los pacientes poco nos detenemos a pensar sobre su situación económica, se prescriben medicamentos de elevados costos sin importar que el paciente pueda o no comprarlos; se solicitan estudios en muchos casos innecesarios; se visualiza que el paciente diabético no mejora, no lleva una dieta específica o simplemente no baja de peso y no se busca qué hay en el fondo de ese paciente difícil de controlar, quizá simplemente no tenga dinero y esté más preocupado por los problemas en casa que por su salud.

En el mundo existen algunos trabajos de investigación que han analizado la dinámica familiar de los adultos mayores; de las investigaciones existentes, concluyen que hay relación estrecha entre la mejoría en el control de sus

enfermedades y el sobrellevar los cambios esperados de la vejez cuando tienen una familia funcional.

En el caso del presente estudio, la población del consultorio 3 de la UMF 51 de Ángel R Cabada, Veracruz; corresponde en un 60% a pacientes adultos mayores, de dicho porcentaje el 80% padecen enfermedades crónico-degenerativas. Pese a la edad a la que pertenece el grupo estudiado, se encuentran en distintas fases del ciclo familiar, situación que es de igual manera interesante conocer y es una de las variables analizadas en el presente estudio.

Con base a lo citado, es que planteo la siguiente pregunta de investigación con la finalidad de analizar dichas variables.

¿Cuál es la Funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores de la Unidad Médica Familiar 51?

JUSTIFICACIÓN

La población derechohabiente en la UMF51 es de 9,205 usuarios, de éstos, la población etaria mayor o igual a 60 años es de 3,781 personas, lo que representa un 41% de la población total, mostrando en esta unidad una inversión en la pirámide poblacional. Dicho grupo etario es el principal demandante de atención médica, esto debido a las afecciones crónico-degenerativas asociadas con su edad. Con base a lo antes mencionado, considero de trascendental importancia conocer la funcionalidad familiar de los mismos, la cual nos proporcionara información valiosa para explicar el papel de la familia en la evolución de dichos padecimientos, así como la detección oportuna de aquellas familias que requieran derivación para tratamiento especializado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la funcionalidad familiar de las familias de los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF 51 en el periodo comprendido enero 2013 a Agosto 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar en las familias de los pacientes adultos mayores de la UMF 51:

- Las características sociodemográficas.
- La tipología familiar.
- El Índice simplificado de pobreza familiar.
- Enfermedades crónicas (comorbilidad)
- Identificar la etapa del ciclo vital en la que se encuentran las familias.
- Clasificar a través del instrumento APGAR la funcionalidad familiar
- Reconocer la cohesión y adaptabilidad de las familias mediante el instrumento FACES III y clasificarlas por medio del Modelo Circunflejo de Olson.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de Diseño:** Encuesta Descriptiva, prospectiva.
- **Lugar:** UMF 51, Ángel R. Cabada, Veracruz
- **Tiempo:** Marzo del 2012 a Agosto del 2014
- **Población:** Familias de pacientes de 60 y más años que acuden a la consulta externa de la UMF 51 de Ángel R Cabada
- **Muestra:** 377 pacientes adultos mayores.

El tipo de muestreo empleado en esta investigación es un muestreo aleatorio simple con una confianza del 95%, el cual está basado en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra;
 Z es el nivel de confianza;
 p es la variabilidad positiva;
 q es la variabilidad negativa;
 N es el tamaño de la población;
 E es la precisión o el error.

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5)(.5)(3781)}{(3781)(.05)^2 + (1.96)^2 (.5)(.5)} = 349$$

Dando como resultado una muestra de 349 derechohabiente en la UMF51 con una edad mayor o igual a 60 años

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACION

INCLUSIÓN

- Familias con integrantes adultos mayores adscritos a la UMF no. 51 del IMSS
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Familias con integrantes adultos mayores de género masculino o femenino

EXCLUSION

- Familias con Pacientes adultos mayores con secuelas neurológicas o padecimientos psiquiátricos.
- Familias con pacientes adultos mayores que no pudieron responder a la encuesta de manera verbal o escrita.

ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico fue de tipo exploratorio con cálculo y realización de porcentajes, tablas y gráficos.

APROBACIÓN POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo fue presentado al comité local de investigación en salud y aprobado bajo el número de registro R- 2013-3004-4

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES O CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Adulto mayor	Persona de edad mayor o igual a 60 años.	Interrogatorio Directo		RAZÓN
Género	En términos de biología, presencia de órganos reproductores masculinos o femeninos.	Habitus exterior	Femenino Masculino	NOMINAL
Estado Civil	Status que otorga la ley y la sociedad a los individuos considerándolo como un atributo de la personalidad: Conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia.	Interrogatorio Directo y/o expediente electrónico.	Soltero, Viudo, Casado, Unión libre, Divorciado	NOMINAL
Grado de Escolaridad	Es el nivel de estudios con el que concluye su educación escolar formal.	Los años de estudios cursados y concluidos documentados en el expediente clínico o interrogatorio.	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Licenciatura incompleta Licenciatura	ORDINAL

			completa	
Ocupación	Actividades realizadas con el fin de subsistencia y que pueden ser o no remuneradas económicamente.	Interrogatorio directo	Actividad que realiza	NOMINAL
Pobreza Familiar	Poder adquisitivo de una familia basado en: ingreso per cápita para cubrir la canasta básica, cubrir necesidades de vestido, salud, educación, calzado, transporte, cuidado, esparcimiento y turismo.	Obtención del Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Sin evidencia de pobreza familiar Pobreza familiar baja Pobreza familiar alta	ORDINAL
Enfermedad Crónica	Proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. Grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan	Interrogatorio, revisión del expediente electrónico y documentación en el instrumento de recolección.	Determinar la presencia o ausencia de: Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica · Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis. · Enfermedades	NOMINAL

			<p>neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, de colon y recto</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis - Enfermedades musculoesqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartrosis. · Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, isquemia cerebral transitoria. 	
Ciclo vital familiar	Situación o condición actual en la que se encuentra una familia según el desarrollo biopsicosocial de sus integrantes	Interrogatorio directo	<p>Matrimonio</p> <p>Expansión</p> <p>Dispersión</p> <p>Independencia</p> <p>Retiro o muerte</p>	NOMINAL
Funcionalidad familiar	Evaluación de sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de las mismas.	Aplicación del instrumento FACES III	<p>Funcional: 71- 100 pts.</p> <p>Disfunción moderada 41-70 pts.</p> <p>Disfunción severa: 0 a 40 pts.</p>	ORDINAL

Funcionalidad familiar	Evaluación de sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de las mismas.	Aplicación del instrumento APGAR Familiar	Disfunción grave: 0-3 Disfunción moderada: 4-6 Familia funcional: 7-10	ORDINAL
Funcionalidad familiar	Evaluación de sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de las mismas.	Aplicación del modelo Circumplejo de Olson	Cohesión: No Relacionada, Semirelacionada, Relacionada y, Aglutinada. Adaptabilidad: Rígida, Estructurada, Flexible y, Caótica.	ORDINAL
Rol del adulto mayor en la familia	Papel asignado que juega el adulto mayor en su contexto familiar.	Interrogatorio	Tipo de rol desempeñado	NOMINAL
Tipología Familiar	Es la clasificación de las familias de acuerdo a ciertas características con base en: la Composición, el Desarrollo, su Demografía, la Ocupación y la Integración.	Al interrogatorio y documentación en el instrumento de recolección.	Composición: nuclear, extensa o compuesta. Desarrollo: tradicional o moderna. Demografía: urbana o rural. Ocupación del jefe: campesino, profesionalista, empleado. Integración: Integrada, semiintegrada o desintegrada.	NOMINAL

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del estudio de funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF 58. Se realizó un análisis descriptivo en el que se obtuvieron los siguientes resultados.

1.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

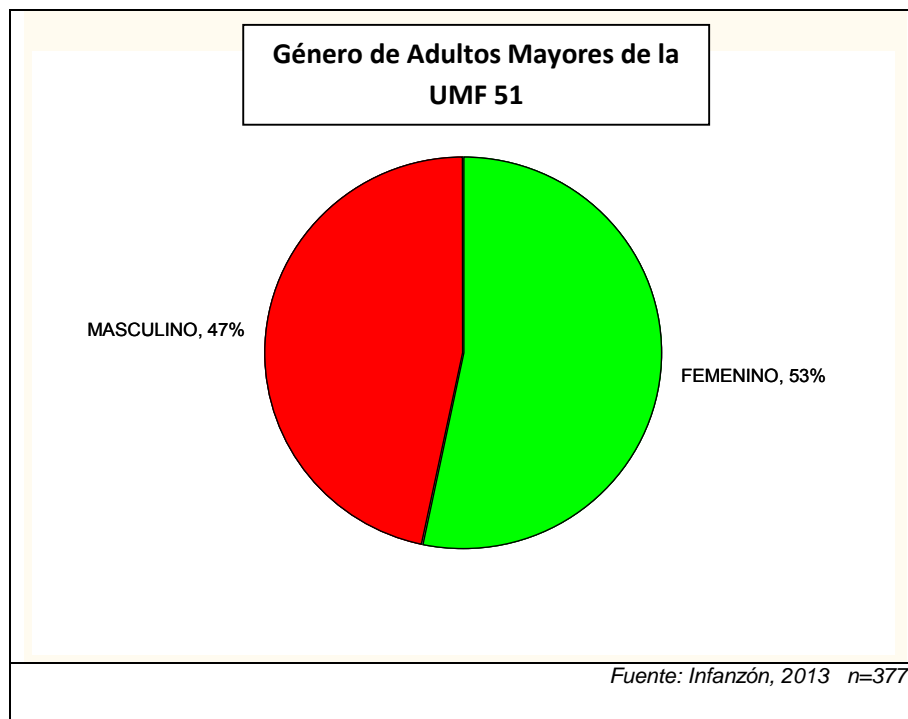


GRAFICO 1. Distribución por género de Adultos Mayores de la UMF 51 de Ángel R. Cabada.

Se observa que hay un discreto predominio del género femenino con el 53% de la población total y el 47% restante son del género masculino.

**Edad de Adultos Mayores de la
UMF 51**

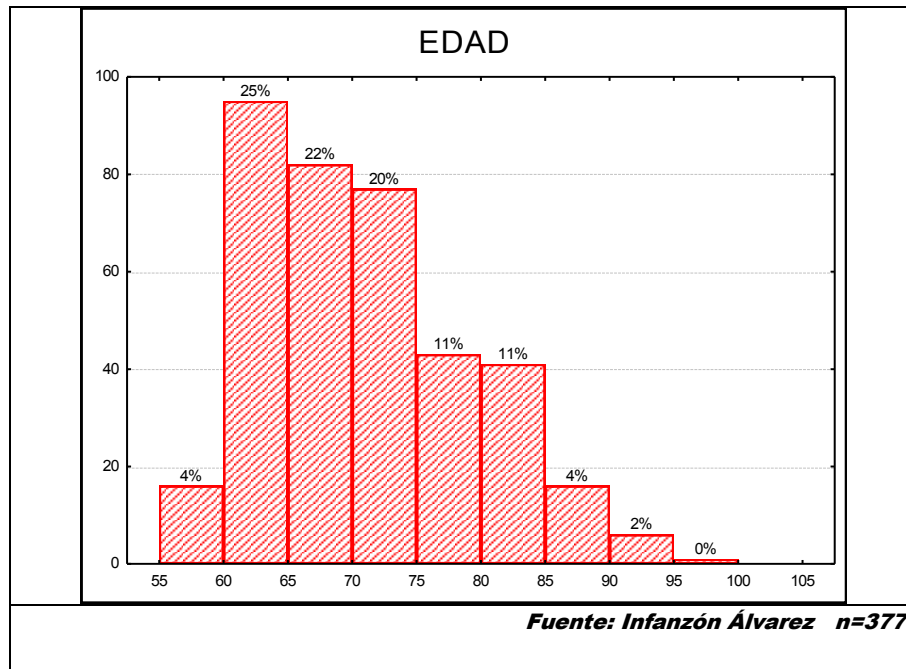


GRAFICO 2. Distribución por *Rangos de edad*.

Observamos que de la población estudiada, 67% tiene una edad entre 60 y 75 años, y solo el 2% es mayor de 90 años. El rango de edad que predominó es el ubicado entre los 60 y 65 años (25%)

OCUPACIÓN

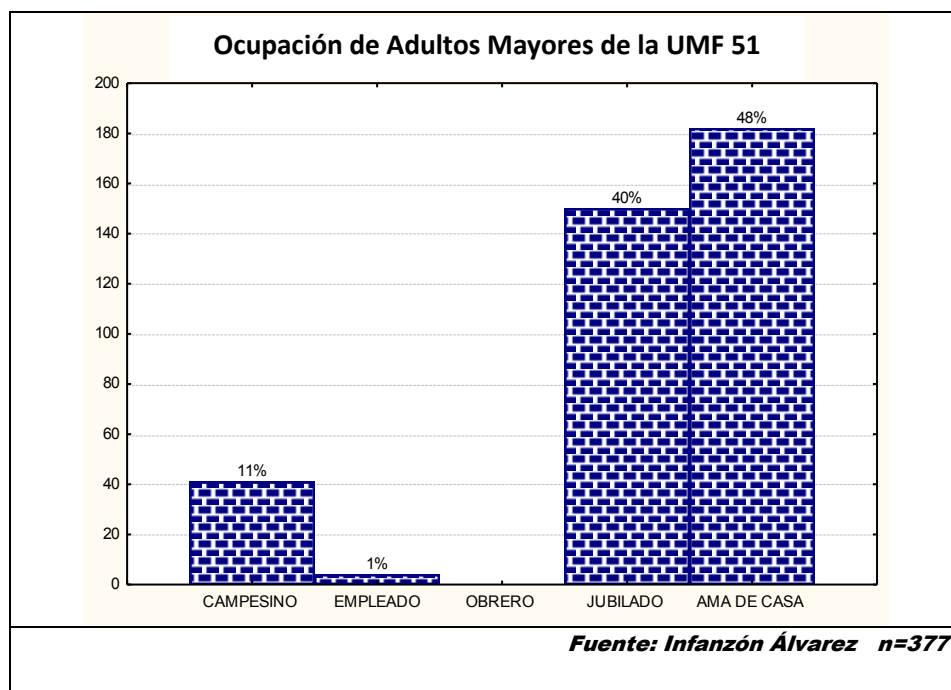


GRAFICO 3. Ocupación de los adultos mayores.

En este gráfico se aprecia la distribución por ocupación de los 377 pacientes estudiados, 182 pacientes (48%) son amas de casa; y de los restantes 195 pacientes, el 40% están jubilados, el 11% son campesinos y el 1% son empleados.

ESTADO CIVIL

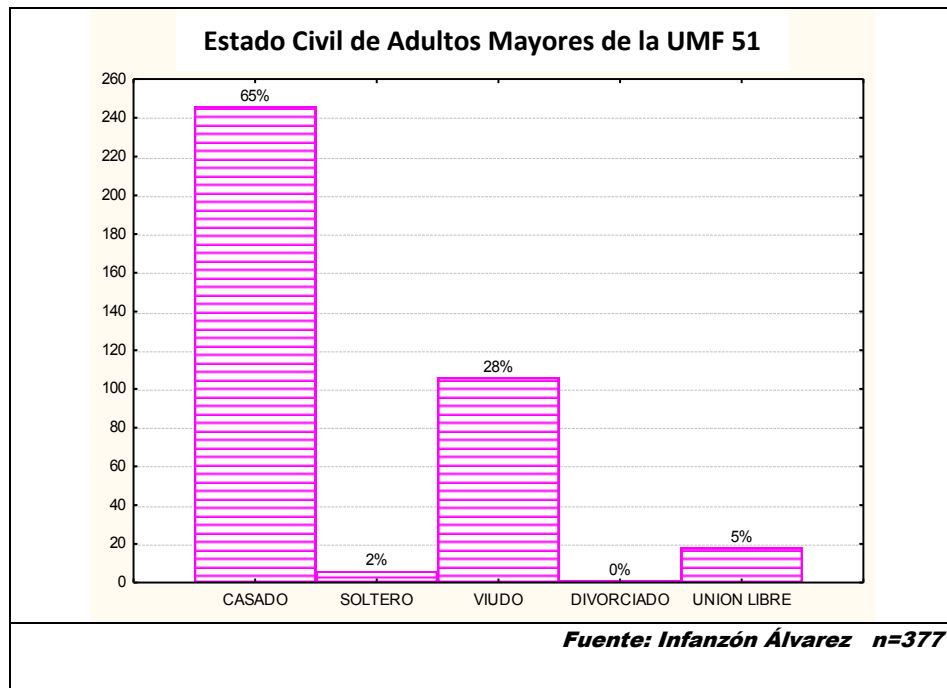


GRAFICO 4. *Estado civil de los adultos mayores.*

En el gráfico 4 se aprecia que de los 377 pacientes estudiados; 45 pacientes (65%) son casados; y de los restantes 322 pacientes, el 28% son viudos, el 5% viven en unión libre y el 2% son solteros.

ESCOLARIDAD

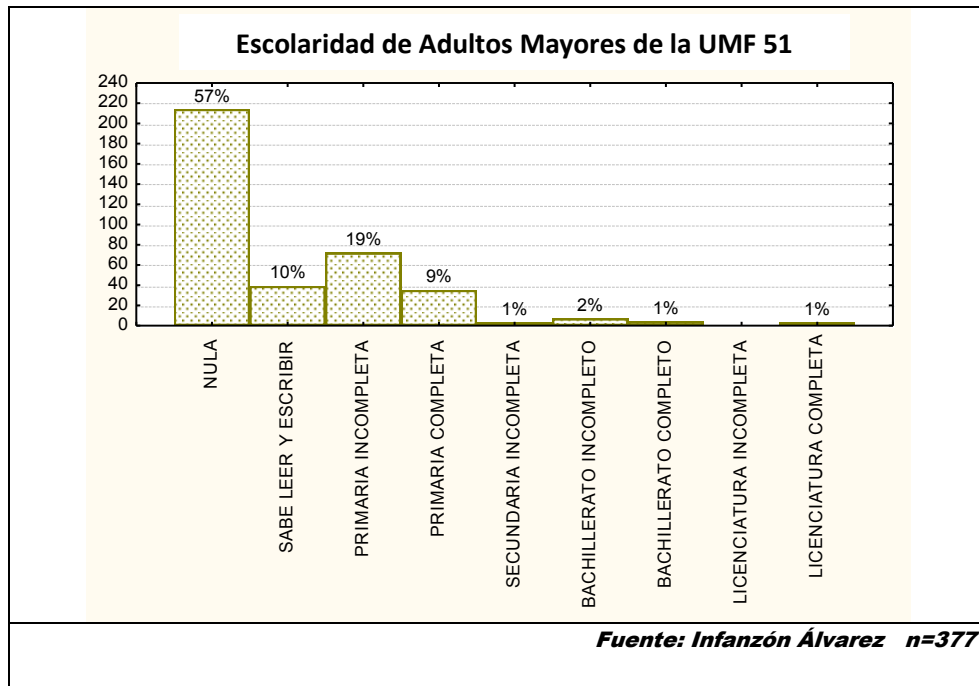


GRAFICO 5 *Escolaridad de los adultos mayores.*

Se observa que de los 377 pacientes estudiados, 215 carecen de educación (57%); de los restantes 162 pacientes, el 19% tienen primaria incompleta, 10% saben leer y escribir, 9% primaria completa, 2% bachillerato incompleto, 1% secundaria incompleta, 1% bachillerato completo, y el 1% licenciatura completa.

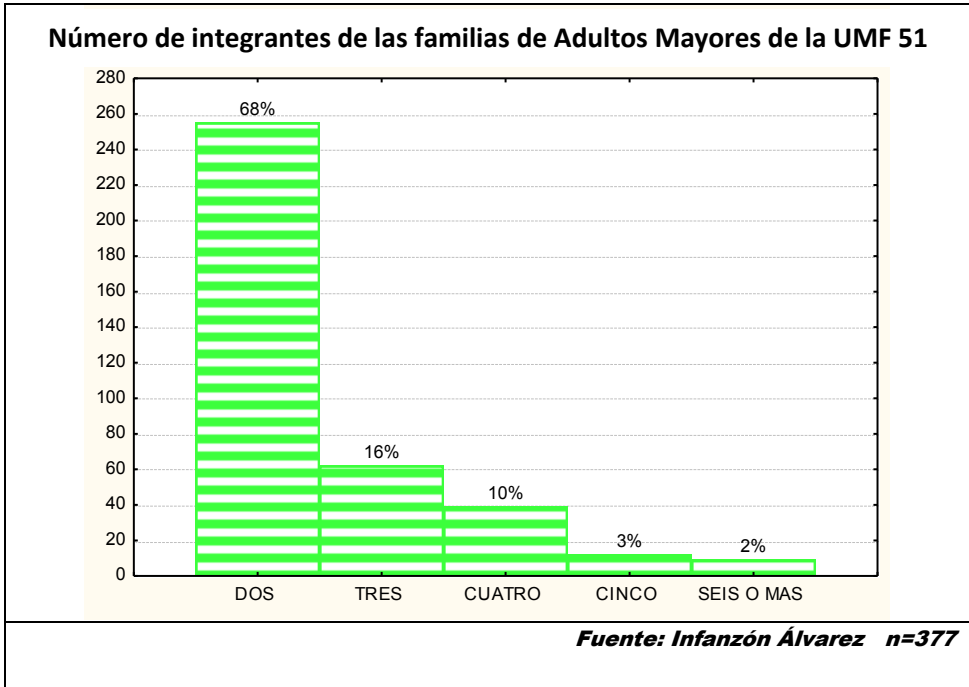


GRAFICO 6. Número de integrantes de las familias.

En este gráfico, se observa que 256 pacientes (68%) cuentan con dos integrantes en su familia. Los restantes 121 pacientes tienen familias conformadas por tres (16%), cuatro (10%), cinco (3%) y seis integrantes (2%).

RELIGION

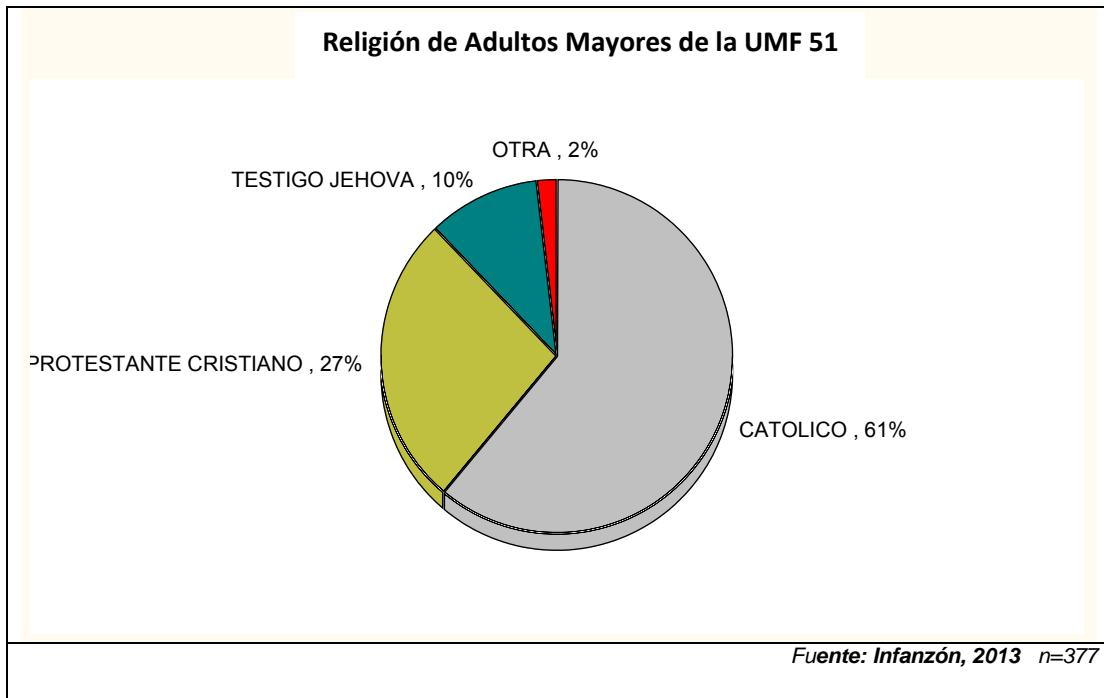


GRAFICO 7. Religión que caracteriza a los adultos mayores.

Se observa que 230 pacientes (61%) profesan la religión católica y de los restantes 147 pacientes profesan la religión protestante cristiana (27%), testigo de Jehová (10%) y otras no especificadas (2%).

2.- TIPOLOGIA FAMILIAR

PARENTESCO

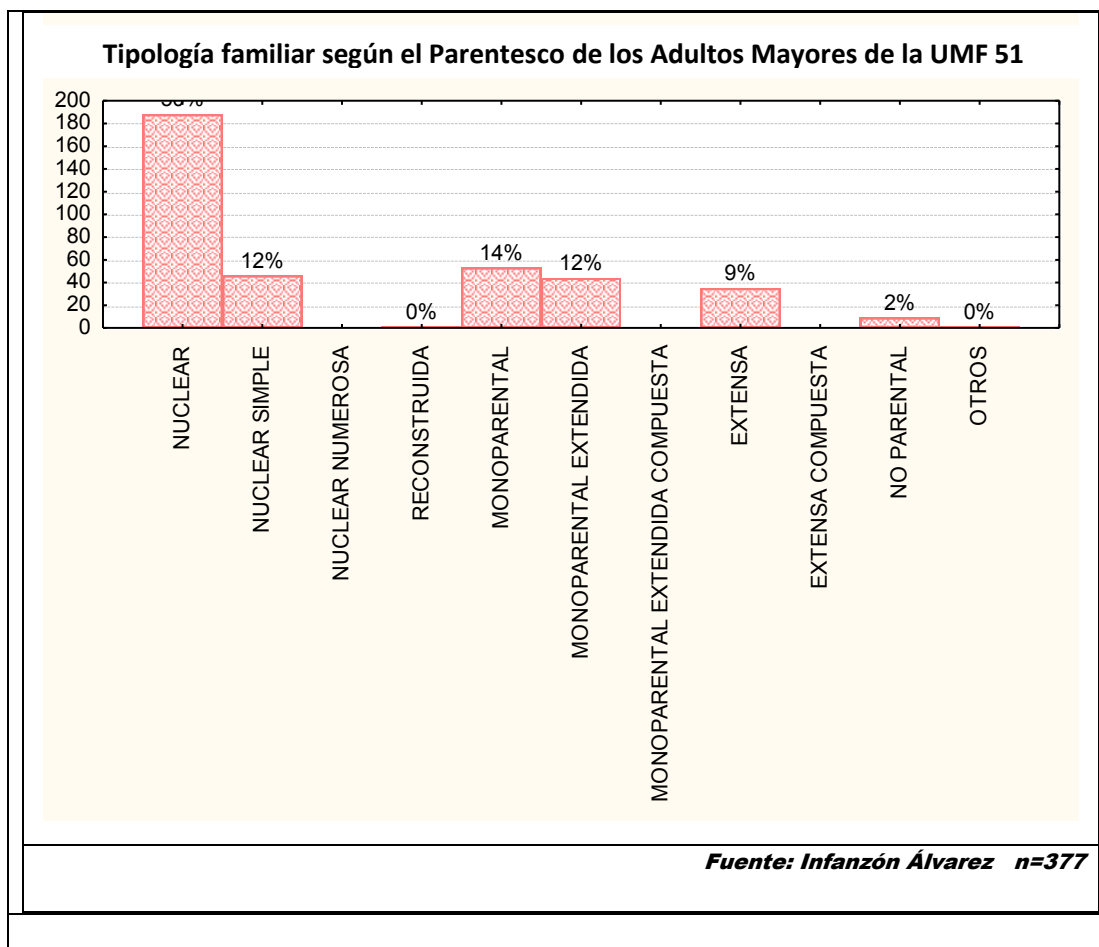
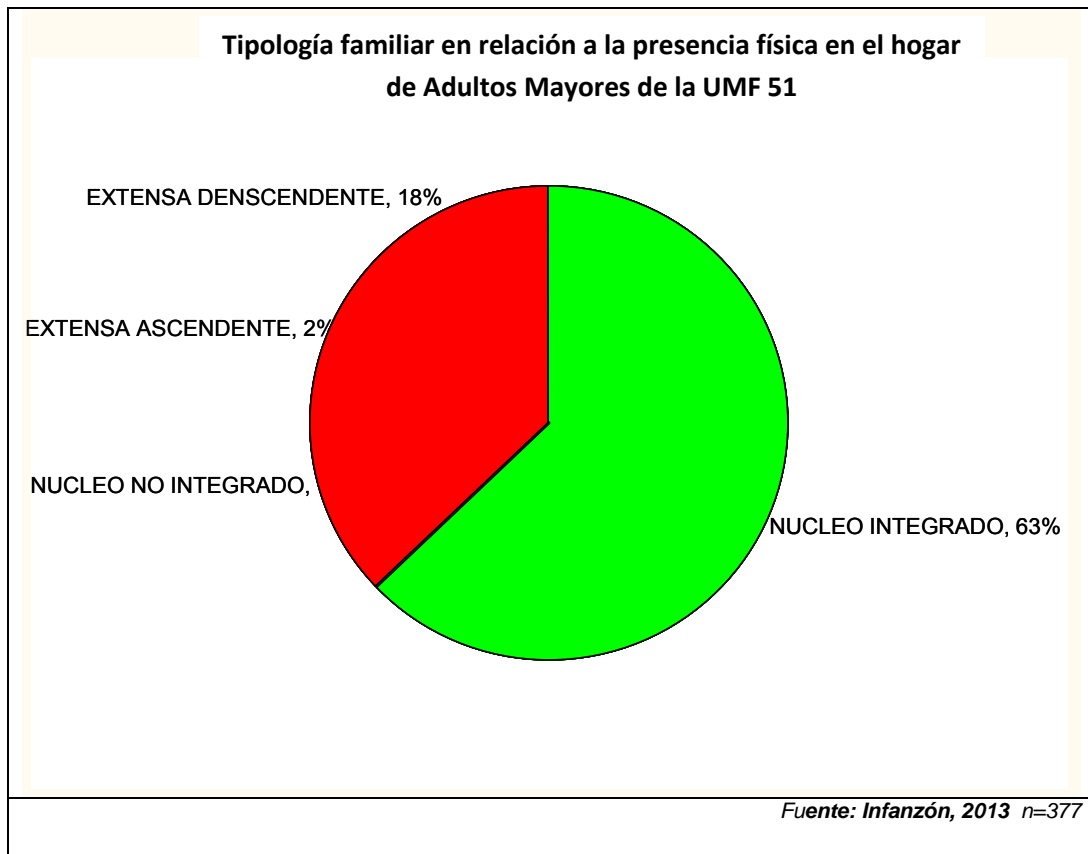


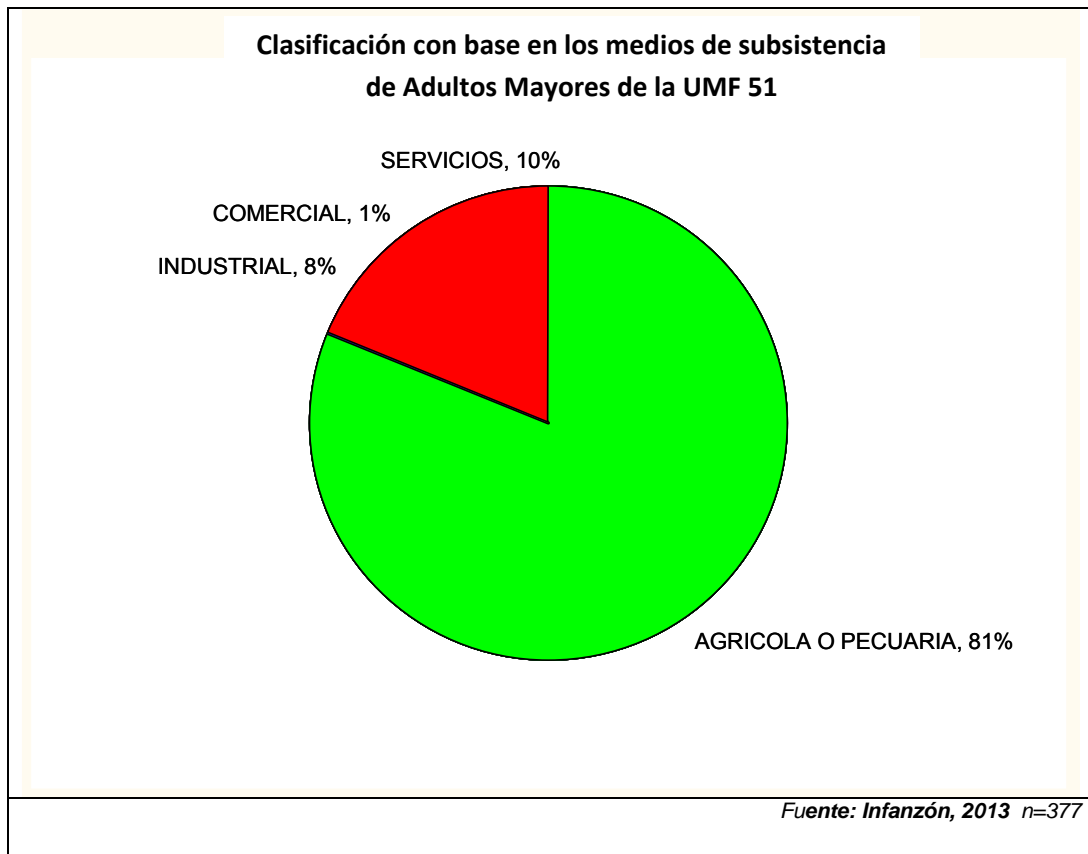
GRAFICO 8.- Tipología familiar con base en el parentesco.

De los pacientes estudiados, clasificamos a sus familias por parentesco. Se encontró que 192 (51%) tienen una familia de parentesco nuclear; de los restantes 185 pacientes, los caracteriza una familia monoparental simple (14%), nuclear simple (12%), monoparental extendida (12%), extensa (9%), y no parental (2%).



GRAFICA 9. Funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF 51. Tipología familiar con base la presencia física en el hogar.

Se observa que de los pacientes estudiados, clasificaron sus familias por presencia física en el hogar. Se encontró que 237 del total pertenecen a familias de núcleo integrado (63%); los restantes 140 pacientes pertenecen a familias extensa descendente (18%), núcleo no integrado (17%) y extensa ascendente (2%).



GRAFICA 10. Funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF 51. Clasificación con base en los medios de subsistencia.

De las familias estudiadas, se clasificaron de acuerdo al medio de subsistencia. Se observa que 305 familias (81%) tienen una forma de subsistencia agrícola o pecuaria, las restantes 72 familias tienen subsistencia de servicios (10%), industrial (8%) y comercial (1%).

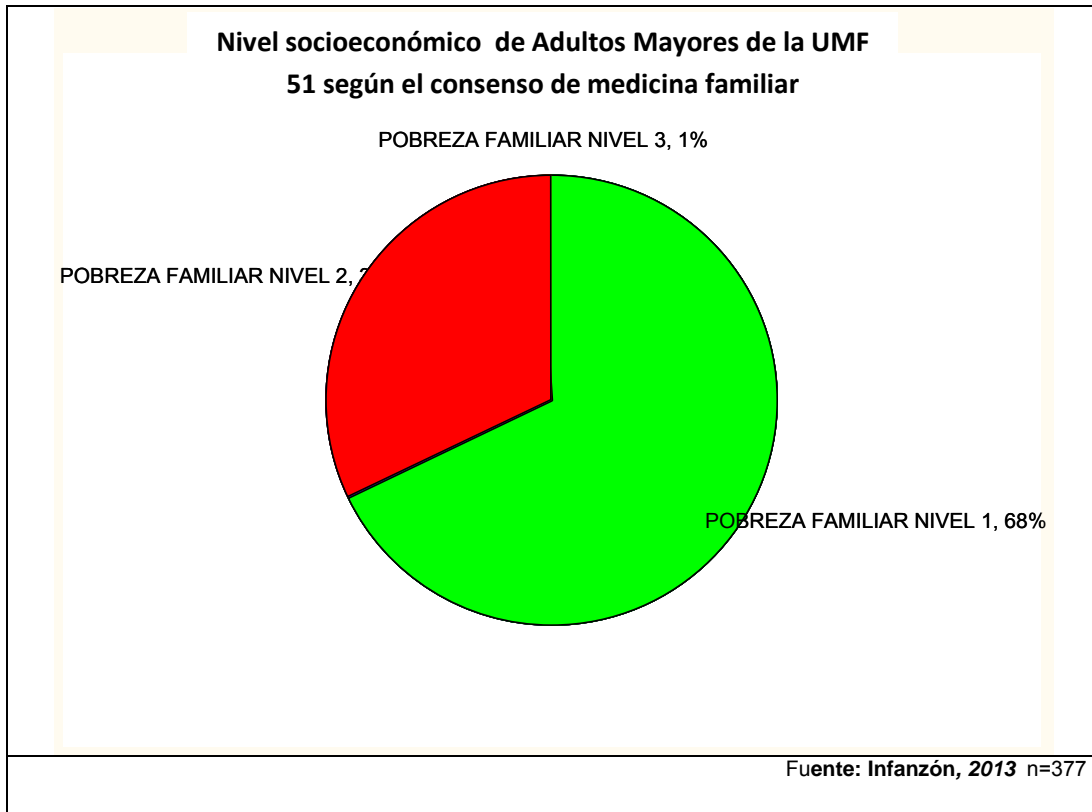


GRAFICO 11. Funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF 51. Determinación del Nivel socioeconómico.

Se observa que 256 pacientes (68%) presentan nivel 1 de pobreza familiar y los restantes 121 tienen un nivel 2 (31%) y nivel 3 (1%).

3.- INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR

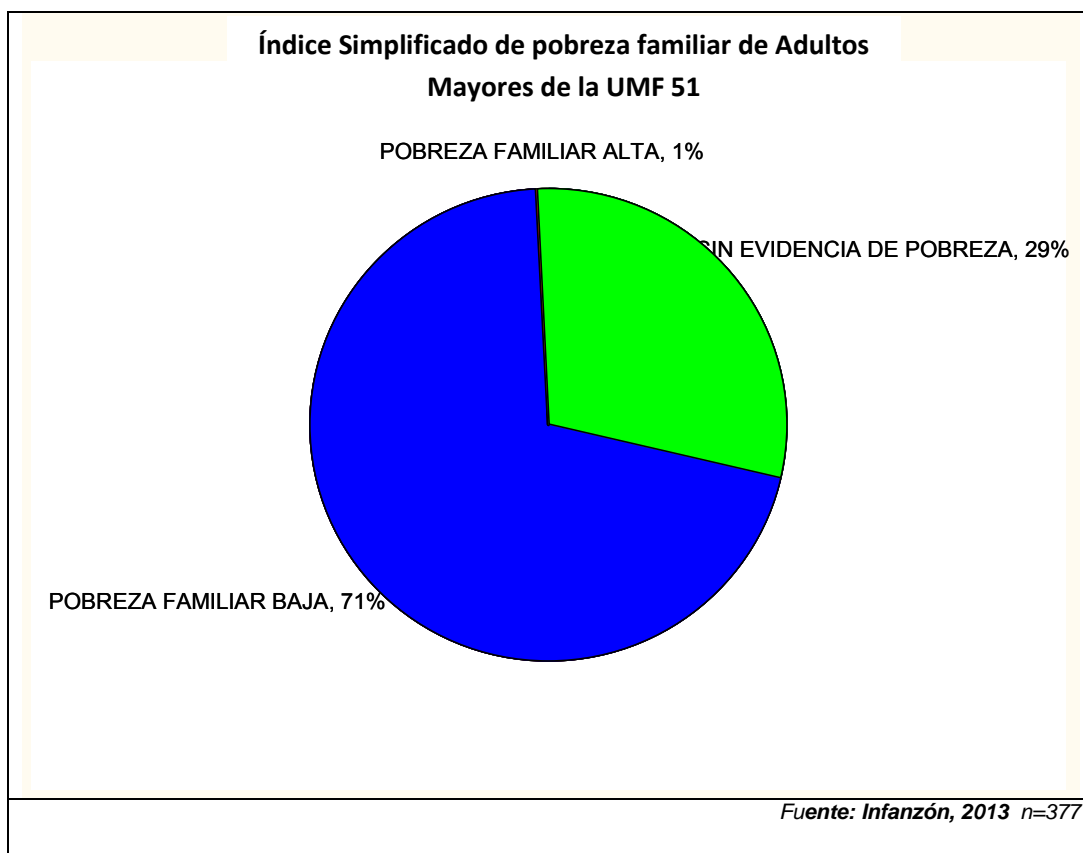


GRAFICO 12 Determinación de *Índice Simplificado de Pobreza familiar de las familias de los adultos mayores.*

En el gráfico 12, se aprecia el Índice simplificado de pobreza familiar de las familias estudiadas, de las cuales 267 (61%) les corresponde una pobreza familiar baja; de los 110 restantes, se encontró pobreza familiar alta (1%) y sin evidencia de pobreza familiar (29%).

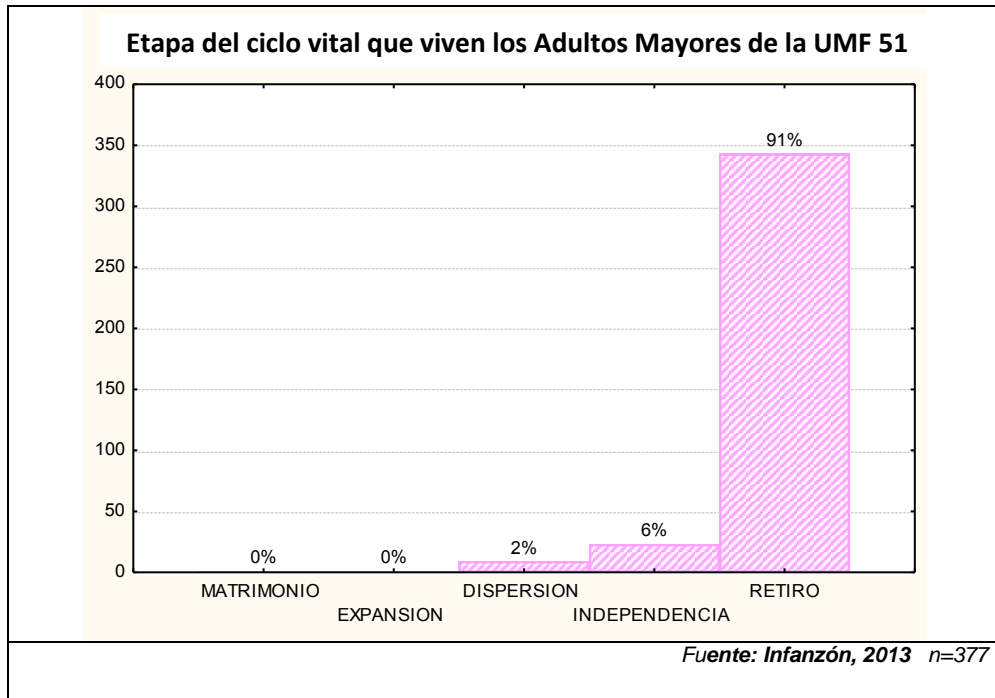


GRAFICO 13 Determinación de la *Etapa del ciclo vital de los adultos mayores.*

De acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar, se encontró que 343 pacientes (91%) se encuentran en etapa de retiro, 22 en etapa de independencia (6%) y 12 en etapa de dispersión (2%).

5.- APGAR

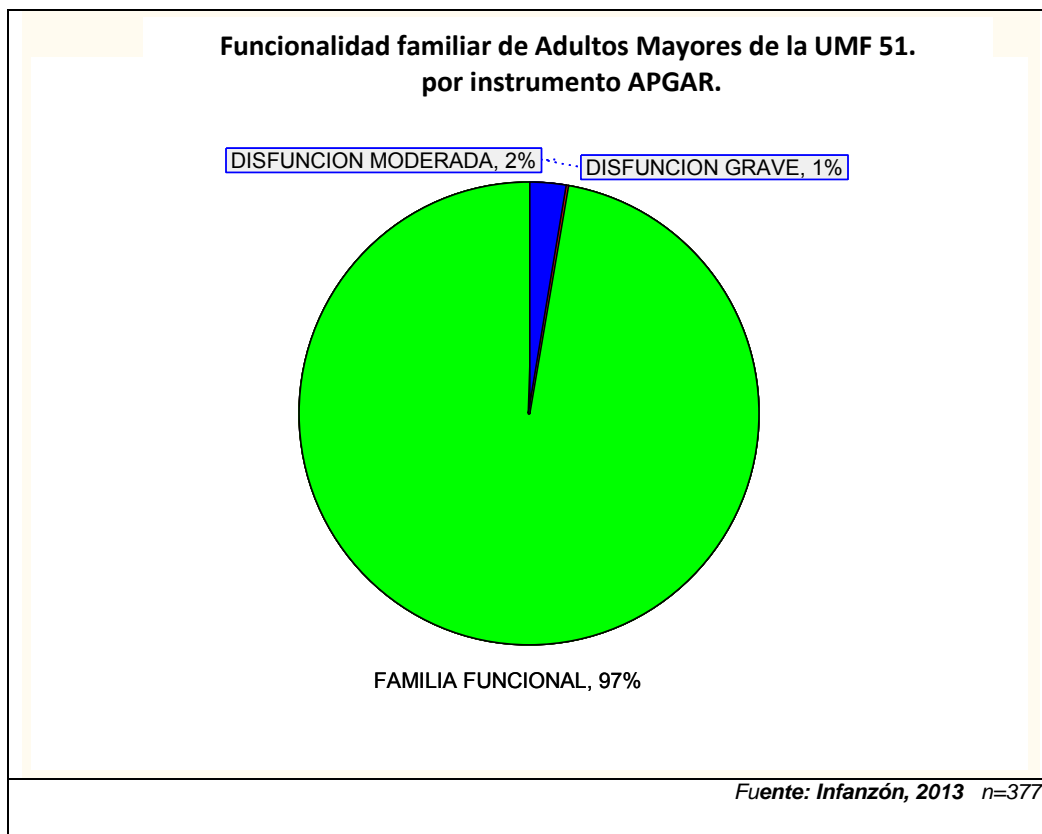


GRAFICO 14 Funcionalidad familiar mediante la aplicación del instrumento APGAR.

En el gráfico 14 se observa que 97% de la población estudiada (366 pacientes) tiene una familia funcional; y que los restantes 11 pacientes tienen familias con disfunción moderada (2%) y grave (1%).

6.- FACES III

Funcionalidad familiar de Adultos Mayores de la UMF 51. Instrumento FACES III.

FACES-III	CONTEO	PORCENTAJE
NO RELACIONADA/RIGIDA	16	4.24%
NO RELACIONADA/ESTRUCTURADA	10	2.65%
NO RELACIONADA/FLEXIBLE	6	1.59%
NO RELACIONADA/CAOTICA	5	1.33%
SEMI RELACIONADA/RIGIDA	19	5.04%
SEMI RELACIONADA/ESTRUCTURADA	47	12.47%
SEMI RELACIONADA/FLEXIBLE	41	10.88%
SEMI RELACIONADA/CAOTICA	31	8.22%
RELACIONADA/RIGIDA	5	1.33%
RELACIONADA/ESTRUCTURADA	51	13.53%
RELACIONADA/FLEXIBLE	73	19.36%
RELACIONADA/CAOTICA	48	12.73%
AGLUTINADA/RIGIDA	2	0.53%
AGLUTINADA/ESTRUCTURADA	4	1.06%
AGLUTINADA/FLEXIBLE	9	2.39%
AGLUTINADA/CAOTICA	10	2.65%
TOTAL	377	100.00%

Fuente: Infanzón Alvaréz n=377

GRAFICO 15. Funcionalidad familiar mediante la aplicación del instrumento FACES III.

En relación a la dimensión de la cohesión, cabe resaltar que el 83% de las familias se ubicaron como relacionadas (47%) y semirrelacionadas (36%); así como en la adaptación predominaron las familias se encuentran como flexibles (34%) y estructuradas (30%)

Se observó de manera más predominante, que 73 familias se clasificaron como relacionada/flexible (19.36%); y de las restantes 305 familias, se clasificaron como Relacionada/estructurada (13.53%), Relacionada/caótica (12.73%), Semirelacionada/estructurada (12.47%), Semirelacionada/flexible (10.88%), semirelacionada/caótica (8.22%), Semirelacionada/rígida (5.04%), No relacionada/rígida (4.24%), Aglutinada/Caótica (2.65%), No relacionada /estructurada (2.65%).

De estos datos las familias se distribuyeron como balanceadas (56%), rango medio (35%) y extremas (9%).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la funcionalidad familiar en las familias de pacientes adultos mayores de la UMF 58. Esto, se realizó con la aplicación de los instrumentos FACES III, APGAR y el modelo circumplejo de OLSON. Asimismo se documentaron las características sociodemográficas y familiares de dichos pacientes.

Como podemos observar en los resultados obtenidos; en relación al género, la proporción casi se igualó con un discreto predominio del femenino de un 3%. El rango de edad que predominó fue entre los 60 y 75 años constituyendo el 67% del total de los pacientes estudiados.

Ángel R. Cabada es una zona rural cañera, en la que la mayoría de la población o se dedica al campo o bien, al trabajo en el Ingenio. En los últimos años, ha habido un leve incremento en la apertura de tiendas departamentales, lo que explica los resultados obtenidos en relación a la ocupación de nuestros pacientes. En nuestros resultados en relación a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes adultos mayores son amas de casa y jubilados, con una diferencia solo del 8% entre estos dos rubros. Esto, se correlaciona con la proporción casi igual de mujeres y hombres que se encontró. El resto de los pacientes son campesinos y la menor proporción son empleados. Debido a la edad predominante de nuestra población la mayoría ya concretó el tiempo necesario para la jubilación.

En nuestros pacientes estudiados en relación al estado civil, la mayoría están casados, y del restante número de pacientes le siguen viudos y solteros. Como en la mayoría de las comunidades rurales de nuestro país, la escolaridad que caracteriza a nuestra población en estudio no es la excepción. De la escolaridad, encontramos que la nula educación predomina en más de la mitad de este grupo de pacientes (57%); solo un pequeño porcentaje (19%) alcanzaron la primaria incompleta, saben leer y escribir (10%) o tienen la primaria completa (9%).

La religión predominante de las zonas aledañas a Ángel R. Cabada es protestante cristiana; sin embargo en nuestro estudio, el 61% de los pacientes profesan la religión católica, seguida de la protestante cristiana con un 27%. Esto coincide con lo reportado

por Zavala y cols., en un estudio realizado en nuestro país, en Tamaulipas, en el cual el 77% de los adultos mayores profesaban la religión católica

El estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) hace referencia al reporte de las características sociodemográficas, sociales, familiares y de salud en nuestro país. De acuerdo a lo reportado en el aspecto económico hace mención que nuestra población mexicana presenta gran heterogeneidad con una economía baja y en su mayoría dependiente de sus familiares cercanos. En relación al índice simplificado de pobreza familiar de los pacientes estudiados, encontramos que en su mayoría tienen una pobreza familiar baja (61%) lo cual refleja una economía que les permite subsanar la canasta básica sin lujos como servicios de internet, cable o vacaciones. Del restante porcentaje hay un 29% sin evidencia de pobreza y solo el 1% de nuestros pacientes tienen pobreza familiar alta. Esto coincide con lo comentado y reportado en el ENASEM. En cuanto al nivel socioeconómico de nuestros pacientes, de forma similar en lo reportado por el ENASEM y al obtener el ISPF de nuestra población, ubicamos a la mayoría de los pacientes con un nivel de pobreza 1 y la menor proporción cae en pobreza nivel 2 (3%) y nivel 3 (1%). Debido a lo anterior, encontramos que en nuestra población hay pobreza, pero el mínimo porcentaje (ISPF y nivel socioeconómico) tienen pobreza extrema, coincidiendo con lo mencionado por ENASEM.

En relación a la etapa del ciclo vital, ubicamos a nuestros pacientes en su mayoría (91%) en la etapa de retiro. Esto debido al rango de edad en el que se encuentra nuestra población, ya que la mayoría están jubilados.

Se determinó el número de integrantes en la familia de los pacientes adultos mayores. Encontramos que, más de la mitad de los pacientes tienen dos integrantes en la familia. Esto, debido a que la mayoría de nuestros pacientes ya tienen hijos mayores que viven en otro domicilio y solo viven con sus cónyuges. El resto de los pacientes conviven con los hijos solteros o bien algún otro familiar menor de edad aun.

Parte de nuestro proyecto de investigación tiene como eje central clasificar a las familias de los pacientes para así aplicar los instrumentos de medición ya mencionados y obtener nuestros resultados.

En relación a la tipología familiar, clasificamos a las familias de nuestros pacientes con base en su parentesco, presencia física en el hogar y subsistencia.

En relación al parentesco el 51% de ellos tiene una familia nuclear, seguida del 14% con familias monoparental simple. De acuerdo a la presencia física en el hogar, el 63% de las familias tienen núcleo integrado con el 16% que el siguen son extensa descendente. Por subsistencia, el 81% de las familias estudiadas tienen una forma de subsistencia agrícola o pecuaria, seguida del 10% de subsistencia industrial. En este caso nuestro tipo de población estudiada es, en su mayoría casados y viven juntos aún, cuyo medio de subsistencia es el campo o la pesca. Seguidos de pacientes viudos, que a pesar de su edad, siguen trabajando en el campo y que en algunas ocasiones viven con alguno de sus hijos. Lo anterior coincide con lo reportado por Zavala y cols. (2009) quienes en su estudio de funcionalidad familiar reportaron al 91% de las familias como funcionales, y el 72% como nucleares. Mendoza S. y Soler (2006) en su estudio "Dinámica Familiar en el primer nivel de atención" coincide con nuestros resultados, en los que reportan una tipología familiar con 82% integradas, 51% nucleares, 86% tradicionales y 75% empleadas.

Caso contrario, el trabajo de López M. y Cols difiere de nuestros resultados en forma parcial, ya que denotan en su estudio de funcionalidad familiar de adultos diabéticos, el predominio de familias fue nucleares y compuestas; pero con disfunción familiar en su mayoría. Y que a mayor edad, menor funcionalidad familiar, siendo más evidente en el proceso de cambio del sistema. Es importante aclarar que nuestros pacientes adultos mayores no les caracterizaban algún tipo de patología en especial. Figuraron adultos mayores diabéticos, hipertensos, sanos, descompensados, etc. Esto podría explicar las diferencias encontradas en nuestro trabajo y de los autores antes citados, ya que su población era diferente en algunos aspectos.

En cuanto a los instrumentos que utilizamos en el estudio de las familias de los adultos mayores, encontramos que al aplicar el APGAR, el 97% de las familias son funcionales, así como el restante 2% y 1% cursan con disfunción moderada y grave respectivamente., esto concuerda con García y Cols. (2007) donde destacan en los resultados de su estudio de funcionalidad familiar en el adulto mayor, que el mantenimiento del sistema familiar se correlacionó con la capacidad funcional de movimiento y eliminación.

García López y Cols, en "disfunción familiar en hipertensos descontrolados" reportan al 65% con disfunción familiar, lo cual no coincide con lo mencionado en nuestro estudio. Sin embargo nuestra población es más abierta y podría explicarse ya que una gran parte de nuestros adultos mayores no son hipertensos o diabéticos.

En general en las zonas rurales, la ancianidad es valorada y existe un profundo respeto por el adulto mayor inculcado desde la niñez. Por otra parte, la mayoría de nuestras familias estudiadas viven en terrenos fraccionados donde viven y conviven nueras, yernos, hijos, nietos y bisnietos; esto en forma continúa por la cercanía entre sus casas, lo que favorece el cuidado y preocupación por sus familiares adultos mayores.

Tras la aplicación del FACES III a las familias de nuestros adultos mayores estudiados, encontramos un claro predominio en la dimensión de cohesión, de familias relacionadas (47%), así como en la dimensión de la adaptabilidad de familias flexibles (34%). De acuerdo al modelo de OLSON, se aprecia que 72 familias se clasificaron como relacionada/flexible (19%); y de las restantes 305 familias, predominó Relacionada/estructurada (14%). El grado de cohesión y adaptabilidad que presentaron estas familias constituyen un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: que en nuestro estudio se distribuyó como: extremo (9%), de rango medio (35%) y balanceado (56%).

Mendoza S. y Soler (2006) en su estudio "Dinámica Familiar en el primer nivel de atención" coinciden con nuestros resultados, en los que reportan en relación a la dinámica familiar 65% con comunicación directa, límites claros y 48% jerarquía recíproca con autoridad. De igual forma, el menor porcentaje, (39%) fueron moderadamente disfuncionales, 9 % severamente disfuncionales y el restante porcentaje funcionales. Coincidiendo con el predominio de familias funcionales como en nuestro estudio. Del FACES III obtuvieron un 64% en rango medio, 41% balanceado y 16% extremas. De igual forma en nuestro estudio el sistema extremo fue el que menos predominó en las familias estudiadas.

Los sistemas maritales o familiares balanceados (que fueron los que predominaron en nuestro estudio) tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, entendiendo que los extremos (el mínimo de las familias estudiadas) tienden a ser más problemáticos en el proceso del desarrollo de la familia en el ciclo vital. Para nuestra población estudiada, la opinión y decisión del adulto mayor tiene gran peso, y es muy respetada por el resto de sus familiares.

CONCLUSIÓN

De nuestros adultos mayores estudiados, la tipología familiar que les caracteriza son: nuclear, de núcleo integrado y agrícola.

El APGAR nos permitió medir la satisfacción de nuestros adultos mayores con su vida en familia y con esto, logramos determinar cómo sus familias representan un recurso valioso para ellos en cuanto al sobrellevar los cambios fisiológicos esperados de su edad, así como las complicaciones que caracterizan a sus enfermedades crónico degenerativas.

FACES III nos permitió relacionar la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para lograr una mejor interpretación de los resultados, se utilizó el sistema circunflejo (Olsen).

De acuerdo a esto, podemos entender el porqué del mayor porcentaje de las familias caen dentro de las clasificaciones que reflejan un equilibrio entre la cohesión y adaptabilidad (FACES III-OLSON). El restante porcentaje (aglutinada/no relacionada - caótica) refleja y coincide con el bajo porcentaje de disfunción que se obtuvo por medio del APGAR en estas familias. Al mayor porcentaje nuestros adultos mayores les caracterizan familias funcionales.

Es de suma importancia hacer hincapié en que lo que para una familia produce disfunción, para otras la mantiene en equilibrio. Y en este sentido, por ambos instrumentos de medición, encontramos que la mayor parte de las familias son funcionales (APGAR) y relacionadas /estructuradas (FACESIII-OLSEN).

RECOMENDACIONES

Con los hallazgos obtenidos en nuestro trabajo, se recomienda la difusión de medios de información a la población ubicada entre los 45 y 60 años acerca del proceso del envejecimiento, con el fin de ayudar al adulto mayor a entender y aceptar los cambios propios de su edad. Por otra parte, dada la gran cantidad de adultos mayores y la adecuada funcionalidad familiar en la mayoría de ellos, se recomienda la aplicación oportuna de las escalas de valoración de marcha y prevención de caídas, así como detección de depresión en los adultos mayores, con la finalidad de poder detectarlos a tiempo y mejorar su calidad de vida. Todo esto desde luego con el apoyo de sus seres queridos quienes favorecerán y llevarán al cabo las recomendaciones y sugerencias otorgadas. Finalmente se sugiere valorar la posibilidad de establecer el módulo de geriatría en la UMF 51 por las razones antes mencionadas. Caso contrario y con el apoyo de familiares voluntarios, otorgar capacitación a la población en general en relación a los cuidados y medidas preventivas en el adulto mayor. Una última recomendación casi obligada, es la de detectar los casos de las familias disfuncionales, para poder trabajar con ellos desde el punto de vista de abordaje del médico familiar en aras de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y facilitar el control óptimo de sus padecimientos.

ANEXO 2

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR:

a. Sin Evidencia de pobreza

b. Pobreza familiar baja

c.

Pobreza familiar alta

(0-3pts.)

(4-6pts.)

(7-10 pts.)

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)		
INDICADORES	CATEGORÍAS	PUNTUACIÓN
Ingreso económico familiar	\$1,200.00 pesos	4
	Entre \$1210.00 y \$2,420.00	3
	Entre \$2,421.00 y \$4,836.00	2
	Entre \$4,837.00 y \$6,045.00	1
	Más de \$6,045.00	0
Número de hijos dependientes	3 o más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post primaria	0
Hacinamiento (no. de personas por dormitorio)	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0

ANEXO 3

APGAR FAMILIAR

	0 CASI NUNCA	1 ALGUNAS VECES	2 CASI SIEMPRE
NOMBRE PACIENTE			
Adaptabilidad (Apoyo y solidaridad)	¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?		
Participación (Compañerismo)	¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?		
Crecimiento	¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios con sus estilos de vida?		
Afecto	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sea de bienestar o malestar?		
Resolución (Compartir tiempo y recursos)	¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?		

00 – 03: Disfunción Grave

04 – 06: Disfunción Moderada

07 – 10: Familia Funcional

ANEXO 4

FACES III

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

ANEXO 5

15. Modelo Circunflejo de Olson:

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN FASCES III

COHESIÓN	No Relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada	A D A P T A B I L I D A D
Caótica					
Flexible					
Estructurada					
Rígida					

a. No relacionada / Rígida b. No relacionada/ Estructurada c. No relacionada / Flexible d. No relacionada / Caótica. e. Semi relacionada/ Rígida f. Semi relacionada/ Estructurada g. Semi relacionada/ Flexible h. Semi relacionada/ Caótica i. Relacionada / Rígida j. Relacionada/ Estructurada k. Relacionada/Rígida l. Relacionada/Estructurada m. Relacionada/ Flexible n. Relacionada/Caótica o. Aglutinada / Rígida p. Aglutinada/ Estructurada q. Aglutinada/ Flexible r. Aglutinada/ Caótica.

ANEXO 6



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:	Calidad y Estilo de vida en los pacientes diabéticos que cursan grupos de autoayuda en comparación con los pacientes que únicamente siguen el control médico						
Patrocinador externo (si aplica):	N/A						
Lugar y fecha:	UMF 66 Xalapa, Veracruz a de 2014						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio es realizado para notar la efectividad de los grupos de autoayuda de los pacientes diabéticos reflejado en la medición de percepción en la calidad y el estilo de vida						
Procedimientos:	Aplicación de encuesta						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la calidad de los servicios de los grupos de autoayuda y crear puntos o zonas de oportunidad						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará de la calidad de vida de los pacientes de acuerdo de los ítems que arroje los instrumentos validados, para intervenir según las posibilidades de la consulta externa en beneficio del paciente (envíos, asesorías, ajuste de manejo)						
Participación o retiro:	Se explicará cualquier duda que surja durante la actividad, los pacientes podrán retirarse del protocolo de investigación en el momento que lo decidan, previo aviso al investigador principal.						
Privacidad y confidencialidad:	Este estudio es totalmente confidencial ya que se protege la identidad de cada uno de los participantes involucrados, y los resultados de este trabajo, se utilizaran para trabajo de tesis y en su caso para publicación en forma global, nunca individual.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<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.
<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):							
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de las áreas afectadas en el paciente, que intervienen afectando su calidad de vida y las acciones pertinentes para mejorarla.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Infanzón Alvarez Erik Roman RMF matrícula IMSS 99319412 Domicilio Altamirano 64, e-mail dessavre1@hotmail.com						
Colaboradores:							
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							

_____	Dr. Infanzón Alvarez Erik Roman RMF
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública Mex.* 2007;49 (4):436-447.
2. García Madrid G, Landeros Olvera E, Arrijoa Morales G y Pérez Garcés A. Funcionalidad familiar capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 21-26
3. Zavala González M.A, Domínguez Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría* 2010; 2 (1): 41-48.
4. Mercedes Zavala G, Daisy Vidal G y Gonzalo Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería* 2006; 12 (2):53-62.
5. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A y Moreno Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14(4):161-72.
6. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A y cols. Auto percepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*1996; 17(4): 273-279.
7. Dorantes-Mendoza G, Avila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutierrez-Robledo LM. Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, México 2001. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22 (1): 1-11.
8. Zúñiga E, Gómez C. Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2002. CONAPO. 2002; 1(1): 383-416.
9. Mendoza Solis, L.A, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L., Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF y Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. *Archivos de Medicina Familiar.* 2006; 8 (1): 27-32.
10. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2):45-57.

11. Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Terán-Trujillo M, Hernández-Gómez A, y cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). *Aten. Primaria* 1999; 23 (8): 579-484.
12. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Mazón-Ramírez J, Dickinson-Bannack E, Sánchez-González E y cols. Versión al español y adaptación transcultural del FACES III. *Arch Med Fam* 1999; 1(3):73-79.
13. Louro-Bernal Isabel. La familia en la determinación de la salud, *Rev. Cubana Salud Pública* 2003; 29(1):48-51.
14. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. FACES III: alcances y limitaciones. *Aten Fam* 2005; 12(1):10-11.
15. Palloni A, Pinto G, Peláez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America. *Int J Epidemiol* 2002; 31:762-771.
16. Wong R, Peláez M, Palloni A, Markides KS. Survey data for the study of aging in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health* 2006; 18(2):157-179.
17. Wong R, Aysa-Lastra M. Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado. *Estud Demogr Urbanos Col Mex* 2001;16(3)
18. Terrés Speziale A. Homolongevus : El paradigma del envejecimiento sano. *Revista Mexicana de Patología Clínica*. 2005;52(1):27-39.
19. Fuentes García M.I y Garcia Garro A. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor, *Revista del Hospital General "La Quebrada"* 2003;2(1):25-29.
20. Borges Yañez S y Gómez Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud pública de México*. 2001;40(1):1-5.
21. Ham Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública Méx*. 1996;38(6):409-418.
22. Hoskins I. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista panamericana de salud pública*. 2005;17(5):444-451.
23. Zavala Rodríguez M, Rios Guerra M, García Madrir G y Rodríguez Hernández C.P. Funcionalidad Familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2009; 9(3):257-270.

24. García G, Landeros E, Arrijoja G, Pérez AM. Funcionalidad familiar y capacidades de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2007;15 (1): 21-26.
25. Zavala G, Vidal G, Castro S, Quiroga P y Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. *Revista Ciencia y Enfermería* 2003; 12 (2): 53-62.
26. Ortega A, Fernández V, Osorio P. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2003; 19(4): 1-6.
27. Medina OM, Castillo MM, Rugerio MA y Martínez MC. La familia: situación de vida y salud. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2008;16(3):119-122.
28. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000 p.103-140.
29. López M. Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2005. pp. 37-41.
30. Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Proyecciones de la población de México, 2000–2050*. México, D.F.: Consejo Nacional de Población 2002.
31. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Guía Clínica para Atención Primaria a las personas Adultas Mayores*. 2ª ed. Washington: OPS-OMS, 2002.
32. Apolinar Membrillo Luna, Miguel A. Fernández Ortega, José R. Quiróz Pérez y José Rodríguez López. *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México. Ed. ETM. 2008.
33. Bruna O, Botella L, Garzón B. Familia y tercera edad. En: Pérez-Testor C comp. *La familia: nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebé; 2001. p. 241-257
34. Miranda M. Changes in Family Structure and Care of the Elderly. En: Seva A dir. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, vol. II. Barcelona: Anthropos; 1991. p. 1740-1745.
35. Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.

36. Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001: documento metodológico. Reporte de proyecto. ENASEM, 2004. Disponible en:
http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos/Metodologico/Doc_metodologico-v2.pdf
37. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: www.inegi.gob.mx
38. Consejo Nacional de Población: www.conapo.gob.mx
39. Montes de Oca V. Desigualdad estructural entre la población anciana de México: factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población de edad 60 y más. Estud Demogr Urbanos Col Mex 2001;48:585-614. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204806&iCveNum=3596>.
40. Organización Mundial de la Salud : www.who.int/es/
41. Organización panamericana de la Salud : www.paho.org