



“RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR Y SU PERCEPCIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR EN USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 CON MEDICINA FAMILIAR, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ”

Número de Registro: 2020-2402-046

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. AMERICO ORLANDO BERRONES HERRERA

ASESORES:

DRA. DORA MARIA BECERRA LOPEZ

Asesor Metodológico
Coordinadora de la especialidad en medicina familiar

DRA. NOELIA MENDEZ CASTRO

Asesor Clínico
Especialista en Geriátrica adscrita Hospital General Zona No 1 con Medicina Familiar

DR. HECTOR GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ

Asesor Estadístico
Profesor tiempo completo UASLP, Maestro Salud Pública y Epidemiología

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2019 – 2022

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR Y SU PERCEPCIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR EN USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 CON MEDICINA FAMILIAR, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ by AMÉRICO ORLANDO BERRONES HERRERA is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



RESUMEN

Antecedentes. La población de personas mayores de 60 años en México representa el 10.4% (12 millones 436 mil 321 personas) de la población total. La esperanza de vida para este grupo etario se estima en 76.97 años para el año 2030. Esta transición demográfica acelerada tiene implicaciones políticas, sociales, culturales y económicas para las familias mexicanas, con lo cual se podría ver afectada la funcionalidad familiar.

Objetivo. Determinar la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y su percepción de cohesión familiar en usuarios del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Sujetos y métodos. Se llevó a cabo un estudio de observación pasiva, analítico, transversal con pacientes adultos mayores del Hospital General de zona No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P en quienes se midió independencia funcional y la funcionalidad familiar.

Resultados. La dependencia funcional a través del índice de Barthel revelaron una puntuación media de 85.00 ± 14.00 puntos. La cohesión y la adaptabilidad con puntuaciones de 39.66 ± 7.34 puntos y 24.24 ± 8.20 puntos, respectivamente. Se apreció un mayor grupo con dependencia leve, con familias balanceadas ($n=76$, 27.24%) y en rango medio ($n=98$, 35.13%). Los niveles de grados moderado de dependencia se identificaron en las familias con funcionalidad familiar de rango medio ($n=7$, 2.51%) y de funcionalidad extrema ($n=6$, 2.15%), ($\chi^2=7.45$, $p=0.114$)

Conclusiones. Los hallazgos no revelaron que la cohesión familiar y la dependencia funcional se relacionaran en la población de adultos mayores encuestados.

Palabras clave. *Adulto mayor, capacidad funcional, independencia funcional, funcionalidad familiar.*

SUMMARY

Background. The population of people over 60 years of age in Mexico represents 10.4% (12 million 436 thousand 321 people) of the total population. Life expectancy for this age group is estimated at 76.97 years for the year 2030. This accelerated demographic transition has political, social, cultural and economic implications for Mexican families, which could affect family functionality.

Target. To determine the relationship between the functionality of the elderly and their perception of family cohesion in users of the General Hospital of Zone No.1 with Family Medicine, of the Mexican Institute of Social Security, San Luis Potosí.

Material and methods. A cross-sectional, analytical, passive observation study was carried out with elderly patients from the General Hospital of zone No. 1 of San Luis Potosí, S.L.P in whom functional independence and family functionality were measured.

Results. Functional dependence through the Barthel index revealed a mean score of 85.00 ± 14.00 points. Cohesion and adaptability with scores of 39.66 ± 7.34 points and 24.24 ± 8.20 points, respectively. A larger group with mild dependency was observed, with balanced families ($n=76$, 27.24%) and in the medium range ($n=98$, 35.13%). Moderate levels of dependency were identified in families with medium-range family functionality ($n=7$, 2.51%) and extreme functionality ($n=6$, 2.15%), ($\chi^2=7.45$, $p=0.114$).

Conclusions. The findings did not reveal that family cohesion and functional dependency were related in the older adult population surveyed.

Keywords. Older adult, functional capacity, independence functions, family functionality.

ÍNDICE

Resumen	01
Índice	03
Lista de Tablas	04
Lista de Figuras	05
Lista de Abreviaturas y Símbolos	06
Lista de Definiciones	07
Dedicatorias	08
Reconocimientos	09
Introducción	10
Antecedentes	13
Marco Conceptual	15
Justificación	23
Planteamiento del Problema y Pregunta de Investigación	24
Hipótesis	25
Objetivos	25
Sujetos y Métodos	26
Análisis Estadístico	35
Consideraciones Éticas	36
Resultados	39
Discusión	44
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	47
Conclusiones	48
Bibliografía	49
Anexo 1 Dictamen Comité Bioética	53
Anexo 2 Dictamen Comité Investigación	54
Anexo 3 Cronograma	55
Anexo 4 Consentimiento Informado	56
Anexo 5 Instrumento Recolección (Escala FACES III)	57
Anexo 6 Instrumento Recolección (Escala Barthel)	58
Anexo 7 Resumen Contraste de Hipótesis	59
Anexo 8 Herramienta anti-plagio: iThenticate	60

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad	21
Tabla 2. Operacionalización de las variables	30
Tabla 3. Características demográficas de los adultos mayores seleccionados.	39
Tabla 4 Evaluación de la dependencia funcional de los adultos mayores seleccionados.	40
Tabla 5 Hallazgos de la funcionalidad familiar de los adultos mayores seleccionados	41
Tabla 6 Tabla cruzada del grado de dependencia y funcionalidad familiar.	42

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 Modelo Circunflejo: Mapa de pareja y familia	20
Figura 2. Hallazgos del grado de dependencia de la población seleccionada.	40
Figura 3 Distribución de la funcionalidad familiar de los adultos mayores seleccionados.	42
Figura 4 Grado de dependencia funcional de acuerdo al tipo de funcionalidad familiar en los adultos mayores seleccionados.	42

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

ABVD. Actividades Básicas de la Vida Diaria

COESPO. Consejo Estatal de Población

ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FACES III. Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar

HbA1c. Hemoglobina glucosilada

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

OMS. Organización Mundial de la Salud

LISTA DE DEFINICIONES

Funcionalidad: es definida como la suma de las capacidades requeridas por un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio

Familia: “sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente”

Cohesión Familiar: la proximidad y la distancia que hay entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia.

DEDICATORIAS

Esta tesis está dedicada a: A mis padres Américo y Concepción quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

A mis hermanos José y Edwin por su apoyo incondicional durante esta travesía.

RECONOCIMIENTOS

La realización de esta investigación de tesis de especialidad fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por la Dra. Dora María Becerra López, quien en su desempeño como Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar procuró por la participación de la facultad, del personal administrativo y estudiantes:

Se agradece a la Dra. Noelia Méndez Castro por su apoyo, orientación y dedicación durante su práctica médica al adulto mayor, infinitas gracias.

De igual modo se agradece al Instituto Mexicano del Seguro Social, al personal directivo, los estudiantes, profesores y personal en general del Hospital General de Zona #1 San Luis Potosí, San Luis Potosí por su disposición y confianza, que sin ellos no se hubiera podido recoger los datos necesarios en este estudio.

Así mismo a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, mi más grande reconocimiento por las atenciones durante este proceso de especialización.

Introducción

La familia se define como un “sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente”

En la actualidad la familia se enfrenta a un problema de salud pública emergente con los adultos mayores, situación que incrementará en los años subsecuentes debido al envejecimiento poblacional con lo cual puede correr riesgo la funcionalidad familiar. Esto, aunado al dilema del deterioro de la capacidad física de forma inherente a los adultos mayores hará que se requiera de mayor interés por parte de la familia, situación que merece ser estudiada desde la perspectiva teórica del cuidado del médico familiar.

Día a día existen difíciles y nuevos retos a los que se enfrenta la familia, lo que resulta en experimentar cambios que regularmente alteran la salud familiar. Siendo los más vulnerables del sistema familiar en donde recaen los efectos negativos entre los que encuentran los adultos mayores.

En la incertidumbre que enfrenta la familia como sistema social con su relación al subsistema adulto mayor, cobra relevancia la definición de funcionalidad familiar FACES III, categorizada como la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que puede ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.

Una familia con salud plena mantiene el bienestar de sus integrantes en la magnitud en que como sistema pueda lograr la congruencia, estabilidad familiar y personal para responder a las exigencias sociales del entorno. (1)

Este concepto de funcionalidad familiar se ha estudiado ampliamente con adolescentes pero apenas en familias con adultos mayores siempre en un contexto de patología específica concomitante sin tomar en cuenta su capacidad funcional (2-5).

El México contemporáneo con su progreso socioeconómico, la disminución de la tasa de natalidad, la migración y el aumento en la esperanza de vida conllevan a una transición demográfica que se expresa en una población mayor de adultos mayores. Una tasa del 7% representó en la última década a la población de adultos mayores, a principios del año 2005 aumento al 8.4%, en el 2015 11.4% y se estima que para el 2040 alcance el 21% (6).

Se ha presentado a nivel nacional un incremento en el total de la población adulta planteando desafíos a gran escala para nuestro sistema de salud. Lo que involucra al sistema de la familia así como las relaciones intergeneracionales, ya que el contexto de salud del adulto mayor tiene una tendencia a sufrir padecimientos crónico degenerativos, mas aparte problemas relacionados con la dependencia física que son propios de este ciclo vital. Situación que requiere de mayor atención por parte de los familiares.

En México los adultos mayores son considerados como aquellas personas mayores de 60 años caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento. Los adultos mayores frecuentemente se ven afectados por patologías múltiples que favorecen la pérdida de la capacidad física y la autonomía.

El deterioro de la capacidad física es decir de su funcionalidad la cual se refiere a su capacidad para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en el que se encuentra (8) es el efecto más desfavorable asociado al envejecimiento este se proyecta en la necesidad de atención y cuidado que precisan los adultos mayores para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, que son las tareas que se realizan diariamente para el autocuidado e instrumentadas, que

son las actividades en las cuales la persona interactúa con su medio y que le permiten mantener su independencia, así también las avanzadas, estas son las capacidades que le permiten al individuo mantener su participación en actividades sociales, recreativas y de trabajo (7).

Antecedentes

Guillermina et al, en 2007 realiza un estudio exploratorio correlacional realizado en Puebla, México: “Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural” donde se correlaciona positivamente la capacidad física de los adultos mayores con el mantenimiento del sistema(1).

Vázquez et al, en España en 2018 mediante el estudio analítico, transversal y correlacional sobre “Evaluación de adaptabilidad familiar y diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor” donde familias sin adaptabilidad (caóticas y flexibles en base a la escala FACES III) no alcanzan metas para control de Diabetes Mellitus tipo 2 y tienen 16 veces mayor probabilidad de no controlar su enfermedad. (2)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2010 evaluó el estado de salud y dependencia del adultos mayores caracterizándolo como el adulto de 60 años y más en dos áreas, Las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, a través de dos escalas (8). La ENSANUT recabó la información de 8,874 hombres y mujeres de 60 años o más que representan a 10,695,704 adultos mayores en el país; 9.2% de la población estimada del país (8).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 2015 en el ámbito nacional, destaca que el 26.9% representa a la población de adultos mayores, esto equivale a más de una cuarta parte de la población, siendo este grupo etario el que presentó algún nivel de discapacidad y estas prevalencias se incrementaron a razón en que aumentaba la edad. La discapacidad en México de los ancianos es mayor en las mujeres (26.9%) que en los hombres (23.8%)(8).

En 1959 la Organización Mundial de la Salud (OMS) postulo que la salud en el anciano se mide en términos de función.

Según el Consejo Estatal de Población (COESPO) en 2016, en san Luis Potosí al igual que en el resto del país aunque la tasa de natalidad ha disminuido también lo

ha hecho la de mortalidad y se ha incrementado la esperanza de vida, llegando a los 77 años para las mujeres y 72 para los hombres, los cuales serán 79 y 74 en el 2030 respectivamente, Se espera que para el año 2030 haya poco más de 448 mil personas de 60 años y más en el Estado (9)

En 2003, *Restrepo et al*, la familia en un 90% de los casos es la red informal que brinda apoyo a los adultos mayores, constituye una característica de importancia vital para la satisfacción y el bienestar del adulto mayor y las redes formales como las organizaciones sociales se dan en un 28% no siendo estas excluyentes (10).

Así mismo en el 2011 *Reyes et al*, realiza un estudio transversal analítico en la ciudad Aguascalientes-México llamado “Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con hemoglobina glucosilada (HbA1c) de los pacientes diabéticos” donde utilizó los test de *Olson et al* y determinó medidas de hemoglobina glucosilada a pacientes adultos en población general con diabetes mellitus tipo 2, pero no a los de la tercera edad. En sus resultados concluyó que la HbA1c no guarda relación estadísticamente significativa con la adaptabilidad familiar y su cohesión (11).

Zavala-Gonzalez en 2011 hace notar que es de especial importancia tanto a nivel mundial como en México el envejecimiento de la población por sus implicaciones tanto económicas como sociales, ya que afecta un significativo requerimiento a los sistemas de salud, por presencia elevada de padecimientos crónicos, así como marginación social, malnutrición, pérdida de su capacidad funcional, entre otras (12).

Marco conceptual

Se define al envejecimiento según la OMS como: “El Proceso Fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (13).

De las afecciones más comunes del envejecimiento y que más impacto tienen en la vida de las personas son la catarata, errores de refracción, dolor en cuello y espalda, neumopatías, osteoartritis, demencia, diabetes, depresión y pérdida de la audición. Todo esto a consecuencia de daños moleculares y celulares durante el envejecimiento, mermando sus capacidades físicas y mentales, incrementando riesgos de enfermedad y muerte. (14).

Existen dos tipos de enfermedades en los adultos mayores; los padecimientos dependientes de la edad y las relacionadas con la edad. Los padecimientos que tienen relación con el envejecimiento del individuo son las dependientes de la edad, el segundo conjunto de patologías se refiere a aquellos cambios que pueden expresarse a cualquier edad pero predominan en adultos mayores y las relacionadas con la edad. (15). La edad efectiva de una persona se puede catalogar considerando cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica: caracterizada como los años que han transcurrido desde el nacimiento del individuo
- Edad biológica: referente al índice de deterioro de los sistemas u órganos
- Edad psicológica: hace referencia al desempeño en su contexto de adaptación y conductual
- Edad social: establecido por la sociedad y define el papel individual que desempeña y como se desenvuelve. Por lo que debe verse al envejecimiento como un proceso donde influyen factores personales y socio-ambientales (16).

Existe un amplio espectro de factores al hablar de población mayor de 65 años ya que incluyen grupos muy variables con relación a su condición de salud bio-psico-social, rangos que pueden ir desde una persona completamente sana hasta aquella que padece dependencia grave o total.

1. Adulto mayor sano: posee estado de salud tanto físico, mental y social acorde con su edad cronológica. Adulto mayor de 65 años sin patologías diagnosticadas ni problemática social, psíquica o funcional
2. Adulto mayor enfermo: Adulto mayor de 65 años que exhiba alguna enfermedad tanto aguda como crónica, con distinto nivel de gravedad, sin presentar invalidez y que no cumpla con la definición de paciente geriátrico.
3. Adulto mayor de Alto Riesgo o Frágil (AAR): adulto mayor inestable ya sea por su contexto funcional, físico o psíquico, con riesgo de volverse un individuo con dependencia o requerir institucionalización. Características que se deben considerar si cumple con: necesidad de atención médica mensual, ingresos insuficientes o situación económica inestable, depresión, deterioro cognitivo o demencia según DSM-IV, ingesta de tres o más fármacos o prescripción para hipertensión arterial o diabetes mellitus, así como incapacidad funcional, enviudamiento, vivir solo o encontrarse institucionalizado.
4. Adulto mayor geriátrico: Adulto mayor que integre tres o más de las características siguientes:
 - a. Edad mayor a los 75 años.
 - b. Enfermedad primordial con la peculiaridad de ser incapacitante o pluripatología relevante
 - c. Enfermedad mental predominante o asociada
 - d. Situación social incierta con vínculo a su estado de salud (17).

Funcionalidad.

La funcionalidad, se define como el englobe de las competencias requeridas por un adulto mayor para lograr ejecutar por sí mismo las labores indispensables para conseguir saciar sus necesidades tanto fuera como dentro de su domicilio, siendo fundamental un balance de sus esferas sociales, psicológicas y biológicas (18). Este complejo conjunto de capacidades permite definir si un adulto puede valerse por sí mismo o es funcional tanto personal como socialmente. Su valoración posibilita comprender el grado de independencia y autonomía (19).

La evaluación del abatimiento funcional y/o la funcionalidad geriátrica, sirve como pauta para elaborar diagnósticos tanto psicológicos como sociales y lograr tomar resoluciones en cuanto a directrices en el campo de la salud pública en distintos países como Gran Bretaña, Francia, España y Alemania. Siendo estas características que orientan decisiones políticas, económicas y sociales sin discriminar a este grupo de población que por lo regular permiten el progreso, apoyo y bienestar de los adultos mayores (20).

El envejecimiento se relaciona directamente con la dependencia funcional en los adultos mayores y su dependencia es debida a múltiples factores determinantes (21).

Las enfermedades como las articulares, cerebrovasculares y deterioros cognitivos así como la depresión están relacionadas con dependencia funcional en lo que son actividades básicas e instrumentadas en adultos mayores en México (22).

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria)

Publicado con el objetivo de evaluar y lograr hacer seguimiento de la independencia en el autocuidado en enfermedades crónicas de predominio musculoesqueléticas y neuromusculares por Mahoney y Barthel en 1966. Lo que permitió poseer una herramienta con la capacidad de medición de la evolución de los pacientes

durante el proceso de su rehabilitación. A través del tiempo ha sufrido modificaciones hasta la actualidad con las variables que se describirán en los siguientes párrafos.

Al paciente se le asigna una valoración en base a su grado de dependencia al realizar sus actividades básicas de la vida diaria y si requiere de ayuda para lograr realizarlas. La escala evalúa 10 rubros de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como: comer, lavarse, vestirse, higiene personal, control anal, control vesical, uso del inodoro, movilización silla-cama, deambulación, subir o bajar escaleras. Cada rubro se valora de manera individual para poder asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar desde 100 puntos (siendo completamente independiente) y 0 puntos (siendo dependiente en su totalidad). Los puntos son calculados por las actividades que no es capaz de realizar y se resta de 100. El análisis consistirá en una puntuación máxima de 100 puntos (90 si usa silla de ruedas) lo que se interpretaría como alguien independiente para sus ABVD.

La puntuación se interpreta de la siguiente manera: Independencia 100, dependencia leve >60, dependencia moderada 40-55, dependencia grave 20-35 y total <20 (Shah et al, 1989). La determinación tiene un carácter anual o ya sea que las condiciones del paciente cambien. Se entiende a la fiabilidad como la capacidad que tiene el instrumento para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones, cuenta con unos índices de Kappa 0,84 – 0.97 para la variante intraobservador y una fiabilidad Kappa entre 0.47 y 1,00. Para la variable interobservador. Una consistencia interna 0.86 – 0.92 (Loewen, SC. y Anderson, BA., 1988). Se encuentra validada en nuestro medio y se entiende como la capacidad que tiene la prueba para medir lo que se quiere medir.

El Índice de Barthel es una herramienta que tiene la finalidad de proporcionar orientación hacia los esfuerzos de personal de salud que se encarga de brindar atención a un paciente anciano en el contexto de su propia capacidad funcional. El *Royal College of Physicians of London* así como la *British Geriatrics Society* lo han recomendado como pauta para lograr una valoración sobre las Actividades Básicas de

la Vida Diaria en las personas ancianas gracias a las características propias de la escala aunado a un bajo costo para su aplicación y la utilidad potencial que tiene para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores así como para el uso en los estudios de casuística (23).

Familia

En la obra de: el origen de la familia, la propiedad privada y el estado, Engels habla sobre su paso entre lo animal y lo humano con respecto a la familia y de igual manera las primeras manifestaciones como organización social (24).

Lo que ha persistido a través del tiempo y la historia de la humanidad es la familia y es el ambiente en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ende es de vital importancia el estudio de este grupo social primario

Según Huerta (2005) la familia la define como: “el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos y sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva” (25).

Cohesión familiar

Medellin, Fontes MM, (2012) la define como la cercanía y la distancia existente entre los miembros que compone a una familia y comprende el vínculo emocional entre ellos y el grado de independencia de cada individuo de la familia(26).

En el artículo “Modelo Circunflejo de los sistemas marital y familiar” por *Olson et al* (2000) define a la Cohesión familiar como la atadura emocional que sus miembros familiares tienen hacia cada uno de ellos. Existiendo 4 niveles de cohesión (Figura 1):

- Desacoplado
- Separado
- Conectado
- Enredado

Los niveles de Cohesión centrados o balanceados tienen mayor funcionalidad familiar mientras que los desacoplados o enredados (Extremos) suelen ser vistos con relaciones problemáticas (27).

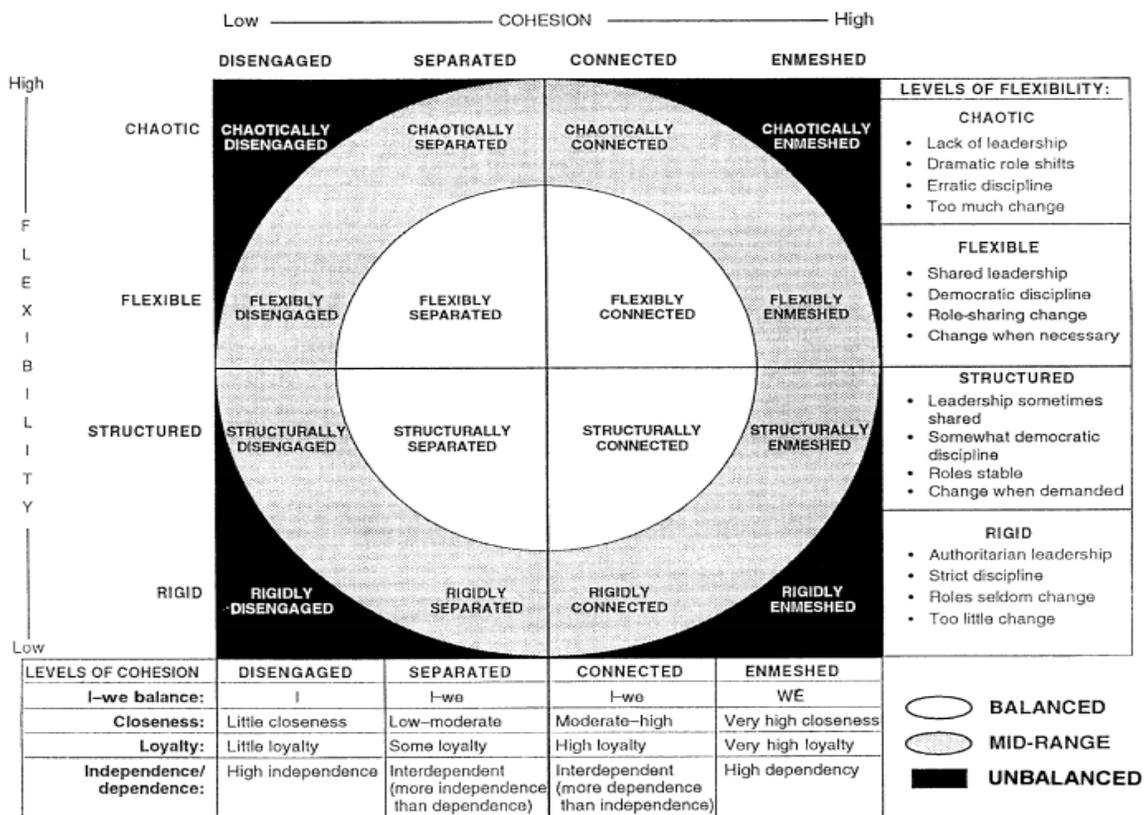


Figura 1. Modelo Circunflejo: Mapa de pareja y familia

Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar Faces III

La evaluación de la funcionalidad familiar se ha convertido en una necesidad en la práctica médica, para esta valoración se pretende medir la cohesión y la flexibilidad familiar a través de la “Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

Este constructo de funcionalidad familiar se basa en las tres dimensiones que son la cohesión, la flexibilidad y la comunicación.

- Cohesión Familiar hace referencia a la percepción que tienen los miembros de una familia acerca de su unión.
- Flexibilidad Familiar magnitud de cambio de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia
- Comunicación: Facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.

Al utilizar dos de estos indicadores (Cohesión y Flexibilidad) se puede formar un hito de Funcionamiento Familiar que predomina en el sistema familiar (Tabla 1).

		COHESIÓN <i>flexibilidad.</i>				
		Bajo	Moderado	Alto		
FLEXIBILIDAD	Alto ↑ Moderado ↑ Bajo ↑	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
		FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
		ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
		RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
		DESIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA	

Tabla 1. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad.

En base a esta clasificación, los sistemas familiares que son balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento mientras la familia atraviesa por su ciclo vital. (28).

La escala FACES III es la tercera versión de escalas FACES, adaptándose a contextos culturales nacionales por lo que se concluye que la escala es fiable y válida para su aplicación en México ya que se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 (29).

Con la escala se puede valorar el funcionamiento familiar y concluir que es importante también la relación con las redes de apoyo de los integrantes familiares o la percepción que tengan sobre la falta de este importante recurso familiar para resolver conflictos o crisis que puedan afectarlos (30).

Justificación

En el 2007 *García et al*, mencionan que el mantenimiento del sistema familiar de las familias que contaban con al menos un adulto mayor se encontró una correlación positiva con la capacidad funcional de movimiento y eliminación; el mantenimiento del sistema, cambio del mismo e individuación soportan la funcionalidad familiar y demostraron que estos conceptos predicen la capacidad funcional del adulto mayor (1).

Este estudio nace debido a la velocidad de envejecimiento poblacional, la familia como principal fuente de apoyo para esta población y el efecto de esta condición en la funcionalidad familiar, lo cual puede desencadenar problemas de salud y deterioro de la familia.

México atraviesa diversos fenómenos sociales y ha provocado una transición demográfica expresada en un incremento de adultos mayores. Una tasa del 7% estuvo representada por la población de adultos mayores, a principios del año 2005 aumentó al 8.4%, en el 2015 11.4% y se estima que para el 2040 alcance el 21% (6).

La ENSANUT recabó la información de 8,874 mujeres y hombres de 60 años o más que representan a 10,695,704 AM en el país; lo cual representa un 9.2% de la población estimada del país (8).

Debido a la inversión acelerada de la pirámide poblacional en la nación un 26.9% de los adultos mayores de 60 años (8).

En San Luis Potosí no existe ningún estudio que determine la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y su percepción de cohesión familiar en usuarios del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí, motivo por lo cual se justifica este estudio de investigación.

Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Este estudio es de importancia ya que los adultos mayores conforme avanza la edad, se ha observado deterioro en su funcionalidad, lo que implica un mayor riesgo para la salud para la población de este grupo etario.

Hacer reflexión sobre la existencia directa entre la capacidad física que poseen los adultos mayores y la percepción que tienen sobre su cohesión familiar, lo que permitirá sustentar que la medicina familiar es el medio medular en los diseños e implementación de programas con orientación hacia la prevención y detección de problemas de salud, de igual manera considerar a la familia como factor importante en la estrategia para la promoción de un envejecimiento activo y exitoso, también el de gestionar la necesidad de identificar el tipo de funcionalidad familiar presente en las familias con un integrante adulto mayor, para así explorar y correlacionar su funcionalidad física con su percepción de cohesión familiar.

El presente estudio de investigación no presenta daños a la salud y va acorde a las políticas de salud actuales en México. Ayudará para conocer su funcionalidad así como su percepción de cohesión familiar y que pueda ayudar a resolver la carga que representa atenciones a la población geriátrica gracias a la funcionalidad de su núcleo familiar y que pueda cambiar políticas de salud Institucionales.

En el HGZ/CMF No. 1 diariamente acuden a consulta de medicina familiar población usuaria mayor de 65 años a los cuales se le puede realizar encuesta. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y su percepción de cohesión familiar en usuarios del Hospital General de Zona #1 c/ Medicina Familiar, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí?

Hipótesis

Hipótesis de investigación

Existe una relación entre la funcionalidad del adulto mayor con su percepción de cohesión familiar en usuarios del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Objetivos

Objetivo general

- a) Determinar la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y su percepción de cohesión familiar en usuarios del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí.

Objetivos específicos

- a) Identificar la funcionalidad del paciente mayor de 60 años del HGZ No.1 c/MF del Instituto Mexicano del Seguro Social en base a escala Barthel en San Luis Potosí
- b) Identificar su percepción de cohesión familiar en pacientes mayores de 60 años del HGZ No.1 c/MF del Instituto Mexicano del Seguro Social en base a escala FACES III en San Luis Potosí
- c) Identificar la relación entre la funcionalidad del paciente adulto mayor de 60 años en escala Barthel con su percepción de cohesión familiar usando escala FACES III del HGZ No.1 c/MF del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Sujetos y Métodos

Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

No experimental.

Diseño de investigación

Observacional.

Transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio

El universo para el presente estudio estuvo compuesto por todos los pacientes adultos mayores que asistieron al Hospital General Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de observación.

Se realizó la selección de casos para evaluación e inclusión al presente estudio todos los pacientes mayores de 60 años que durante su estancia en el Hospital General Zona #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de Septiembre 2020 a septiembre 2021 que aceptaron y firmaron el consentimiento informado y respondieron el instrumento de evaluación con miras de que fueren objeto de observación y análisis, con el fin de lograr un estudio con el menor sesgo posible.

Para la presente investigación se tuvo como lugar de desarrollo las áreas comunes del Hospital General Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, S.L.P.

Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

Para el presente estudio y dadas las disposiciones y opciones de sistematización de las unidades de observación y el planteamiento estadístico del investigador se efectuó muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a una proporción de usuarios que acudieron al servicio de Medicina Familiar del Hospital General Zona #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante la fase de observación.

Para el cálculo de tamaño de muestra fue necesario estimar la proporción para población finita, sustentada en un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error del 10%, y una proporción del 30% con base a la población de derechohabientes de edad mayor a 60 años, a través de la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 Pq}{d(N - 1) + Z^2 Pq}$$

n= Número de Muestra

N= Tamaño de la población

Z= Nivel de confianza.

P= Proporción esperada

q= Probabilidad de fracaso

d= Precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

n=320

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Usuarios del Hospital General de Zona No.1 c/ Medicina Familiar, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí:
- Ambos sexos
- Mayores de 60 años
- Que deseen participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Deterioro neurológico que límite la capacidad de comunicación del paciente.
- Paciente en estado confusional agudo.
- Déficit visual y auditivo severo.
- Analfabetas
- Pacientes que padezcan alguna discapacidad que les imposibilite responder los exámenes o instrumentos.

Criterios de eliminación

- Pacientes que decidan retirarse del estudio
- Encuestas o datos incompletos.

VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla 2: Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad	Control	Intervalo desde la concepción hasta el momento actual	Se tomarán los años cumplidos, identificados según fecha de nacimiento proporcionado por el paciente	Cuantitativa discreta	Cuadernillo de recolección de datos.
Sexo	Control	Las diferencias biológicas y fisiológicas características de machos o hembras, como los órganos reproductivos, cromosomas, hormonas, etcétera.	Se tomará el sexo consignado en su cartilla de citas.	Cualitativa nominal, dicotómica. F: Mujer. M: Hombre.	Cuadernillo de recolección de datos.
Estado civil	Control	Conjunto de condiciones por las cuales se cataloga a las personas en una sociedad, confiriendo así tanto derechos como obligaciones derivadas de decisiones, atributos o situación.	Estado legal con respecto a la situación conyugal, interrogado durante la entrevista directamente al paciente.	Cualitativa Nominal, politómica. - Soltero. - Casado - Divorciado. - Viudo. - Unión libre.	Cuadernillo de recolección de datos.
Cohesión Familiar	Dependiente	Capacidad del Sistema Familiar para hacer frente y	Respuestas a las preguntas del	Cualitativa Nominal. Politómica FACES III. Cohesión: -No relacionada	Cuadernillo de recolección de datos.

		vencer cada una de las distintas etapas del ciclo vital familiar y sus crisis por las que pudiera atravesar	cuestionario FACES III	-Semirrelacionada -Relacionada -Aglutinada Adaptabilidad: -Rígida -Estructurada -Flexible -Caótica	
Índice de Barthel	Independiente	Capacidad para el desempeño de las tareas de cuidado personal en las áreas de comida, aseo, vestido, arreglo, deposiciones, micción, uso del retrete y traslado cama-sillón.	Se realizará a todos los pacientes permitiendo distinguirlos en 5 categorías de capacidad de autocuidado.	Cualitativa Nominal, politómica. -Independiente 100 puntos - Dependencia leve mayor a 60 puntos. - Dependencia moderada 40-55 puntos. - Dependencia grave 20-35 puntos. - Dependencia total menor a 20 puntos.	Cuadernillo de recolección de datos.

Procedimiento general del estudio

Previa revisión y recopilación bibliográfica sobre temas de funcionalidad del adulto mayor así como cohesión familiar se procedió a redactar y definir el título de investigación. Posteriormente se elabora el protocolo de Investigación y se envió a SIRELCIS para ser evaluado y aprobado.

Al contar con el registro para elaborar la presente investigación, se acude directivos del HGZ No1 c/MF en San Luis Potosí, San Luis Potosí para contar con su autorización para obtener acceso a censo de pacientes usuarios en el año en curso (2020).

Previo consentimiento informado de los pacientes con edad mayor a 60 años que se encuentren en sala de espera de consulta externa de Medicina Familiar del HGZ No1 c/MF en San Luis Potosí, San Luis Potosí, se realizó una entrevista que

cumplan con los criterios establecidos de inclusión y que no presenten algún criterio para su exclusión, posteriormente se le invitó a participar en el estudio se le entregó la carta de consentimiento informado, (Ver Anexo 4), donde autorizan participar en el estudio.

La aplicación de cuestionarios (Ver Anexos), se llevó a cabo en el área física disponible de la Unidad, donde se cuenta con las condiciones adecuadas ambientales para su aplicación, en el período de seis meses o hasta recolectar la muestra calculada.

Los formatos incluyen la evaluación de su edad, sexo, situación civil, cohesión familiar y funcionalidad del adulto mayor de 60 años.

Para la evaluación de la cohesión familiar se utiliza la escala de FACES III que mide la Capacidad que posee el Sistema de una Familia para hacer frente así como superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que pudiera atravesar.

Se evaluó la funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria que permiten el autocuidado a través de las escalas BARTHEL—la cual permite graduar la capacidad de autocuidado en independiente, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia grave y dependencia total-

A partir de los resultados obtenidos de estas pruebas se realizó una base de datos en Excel para su posterior análisis en SPSS V25, de tipo multivariado, con modelo de regresión logística, para su posterior reporte.

Recursos

Se utilizaron cuestionarios, entre lo que se incluía un consentimiento informado. Al finalizar la entrevista se darán recomendaciones de medidas de Higiene general, para el beneficio del paciente

Recursos humanos:

- Usuarios adultos mayores de 60 años del HGZ No1 c/MF San Luis Potosí, San Luis Potosí
- Distribución e impresión de los materiales: Dr. Américo Orlando Berrones Herrera (tesista e investigador principal).
- Inversionista: Dr. Américo Orlando Berrones Herrera (tesista e investigador principal)
- Entrevistador: Dr. Américo Orlando Berrones Herrera (tesista e investigador principal)
- Capturista de Base de Datos: Dr. Américo Orlando Berrones Herrera (tesista e investigador principal)

El tiempo invertido en cada paso dependerá del tiempo de la recolección de la muestra, estimándolo en un periodo de 6 meses en total para el estudio.

Recursos físicos (lugar y condiciones):

Para la realización de este estudio fue necesaria la presencia de un espacio físico adecuado, para la aplicación de pruebas, donde se encontrarán sillas.

- Hospital General Zona No1 c/MF en San Luis Potosí, San Luis Potosí
- Cuestionarios
- Papelería
- Computadora Personal

Recursos financieros

Para las encuestas, cartas de consentimiento, con una cuenta individual de 0.30centavos por impresión.

Unidad de Medida	Precio por Unitario	Cantidad requerida	Costo
Hojas de cuadernillo de encuesta	0.30	640	\$192.00
Hojas de consentimiento informado	0.30	320	\$96.00

Total			\$288.00
-------	--	--	----------

Para este estudio no se requerirá de financiamiento externo. El aporte monetario lo proveerá en su totalidad el tesista e investigador principal Dr. Américo Orlando Berrones Herrera

Análisis Estadístico

Fueron capturados los resultados recabados de las unidades de observación en una hoja de recolección electrónica (hoja(s) de cálculo) de Excel de Microsoft Office 2019 para Windows para desarrollar una base de datos suficiente y precisa para efectuar una vez concluida el análisis estadístico utilizando la paquetería IBM SPSS 24 en el idioma español.

Para la realización del análisis estadístico, se implementaron medidas de dispersión (desviación estándar), o de tendencia central (media, porcentaje), según se trate de variables paramétricas o no paramétricas.

Para el análisis inferencial se realizó el análisis de correlación mediante las pruebas de Chi-2, donde valores de punto crítico (p-value) <0.05 fueron considerados como significativos.

La presentación de los datos fue a través de herramientas de estadística descriptiva, a criterio del investigador, asimismo se utilizaron herramientas graficas generadas por medio de la Excel de Microsoft Office 2019 para Windows como gráficos de pastel y barras a fin de dar la explicación más adecuada para el lector a quien va dirigido el presente estudio.

Consideraciones éticas

La investigación realizada se sometió a evaluación en el Instituto Mexicano del Seguro social por el Comité de Ética e Investigación para su aprobación previa revisión.

Los pacientes identificados que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó de forma personal la metodología del proyecto, acto seguido se resolvieron las dudas sobre la investigación para posteriormente invitarles a participar en el estudio como parte de la población, se les otorgó el consentimiento informado (Ver Anexo 4) para realizar su lectura correspondiente y aquellos que aceptaban participar se les solicitó su firma y se les entregó una copia.

La base para la realización de este protocolo está basada en el reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación especificado en los artículos siguientes:

Se consideraron los siguientes artículos del título segundo, capítulo uno:

Artículo No. 14, inciso V: indica que se debe contar con un consentimiento informado y el cual debe ser por escrito para el sujeto de investigación, por lo que a cada persona que haya aceptado ser partícipe del estudio en cuestión, se le pedirá que firme el formato de consentimiento y se entregará una copia del mismo.

Artículo No. 16: la privacidad individual se protege en los estudios de investigación en seres humanos, identificándolo exclusivamente cuando los resultados lo ameriten y el individuo lo autorice. Los resultados del estudio de investigación se realiza de manera agrupada y en ningún caso se revela la identidad de las personas

Artículo No. 17, párrafo II: la actual investigación se considera sin riesgo, ya que se aplicaron solamente instrumentos de recopilación de información.

Artículo No. 18: la investigación se suspenderá de manera inmediata si pudiera representar algún daño o riesgo para la integridad de la salud del individuo en quien se someta la investigación, de igual manera, se suspendió cuando la persona así lo haya indicado

Artículo No. 22: el instrumento del consentimiento informado se formuló por escrito y reunió todos los requisitos necesarios (31).

Así mismo y en base a la NOM (Norma Oficial Mexicana) NOM-012-SSA3-2012, en todo momento se garantiza la atención del bienestar, integridad física y los aspectos éticos de la persona partícipe del actual protocolo de investigación en un marco de total respeto a la dignidad de su persona (32).

La Declaración de Helsinki en su apartado I que corresponde a los principios básicos en sus numerales 2,9 y 11 que se señalarán a continuación sirven como marco ético para la realización de esta investigación.

Numeral 2: debe existir un comité independiente del investigador y del promotor, nombrado particularmente para supervisar cualquier investigación o procedimiento experimental o no experimental y que implique a personas como sujeto de estudio, deberá actuar en base a las leyes y ordenamientos del país en donde se lleve a cabo el estudio.

Numeral 9: en las investigaciones donde participen personas, cada individuo deberá ser informado de forma plena de los objetivos, métodos, beneficios y cualquier posible peligro así como molestias a presentarse durante la realización del estudio. De igual manera, deberán ser informadas que de así disponerlo, son libres de no participar o de la revocación de su consentimiento de continuar su participación en cualquier momento

Numeral 11: En conformidad con la legislación actual nacional y en el contexto de incompetencia legal de cualquier índole de una persona, el consentimiento informado deberá ser otorgado por el tutor legal. La autorización del tutor o pariente responsable sustituye al de la persona en caso de alguna incapacidad mental o física que imposibilite obtener el consentimiento informado, así también en caso de ser menor de edad (33).

De igual manera se siguen las recomendaciones por el Código de Nuremberg sobre Consentimiento Voluntario, Beneficio a la sociedad, resultados previos que justifiquen la realización del estudio, se evita todo sufrimiento y todo daño físico y mental innecesario, entre otros (34).

De conformidad con el Informe Belmont se siguen las recomendaciones sobre fundamentos éticos y recomendaciones para salvaguardar la protección de los seres humanos en la investigación garantizando los principios éticos fundamentales como el Respeto, Beneficencia y Justicia (35).

También se han seguido lineamientos en conformidad a las buenas prácticas clínicas basadas en las ICH E6, del Código de Regulación Federal (36)

Por lo que el estudio el estudio se considera de sin riesgo para los participantes.

Resultados

En el presente fueron excluidos 25 personas por presentar criterios de exclusión o eliminación y se incluyeron un total de 295 adultos mayores del Hospital General Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo seleccionado con registros completos. No se encontraron motivos para su exclusión posterior al análisis de los casos.

Tabla 3. Características demográficas de los adultos mayores seleccionados.

	Media (n=295)	Desviación estándar	Porcentaje
Edad	70.08	7.43	
Sexo			
Femenino	167		56.61%
Masculino	128		43.39%
Estado civil			
Casado	176		59.66%
Divorciado	43		14.58%
Viudo	76		25.76%

Fuente. Instrumento de recolección.

La edad promedio fue de 70.08 ± 7.43 años, con un predominio para el sexo femenino con un 56.61% versus 43.39% para el masculino, con una relación del 1.3:1.

El estado civil de los adultos mayores reveló que el 59.66% era casado, un 14.58% divorciado y el 25.76% se encontraba viudo (**Tabla 3**).

Las características relacionadas con la dependencia funcional a través del índice de Barthel revelaron una puntuación media de 85.00 ± 14.00 puntos. La distribución de grado de independencia funcional observó que el 25.42% de los adultos mayor fueron independientes, un 69.49% informaron dependencia leve y solo un 5.08% dependencia moderada (**Tabla 4**) (**Figura 2**).

Tabla 4. Evaluación de la dependencia funcional de los adultos mayores seleccionados.

	Media (n=295)	Desviación estándar	Porcentaje
Grado de Dependencia			
Índice de Barthel	85.00	14.00	
Independiente	75		25.42%
Leve	205		69.49%
Moderada	15		5.08%

Fuente. Instrumento de recolección.

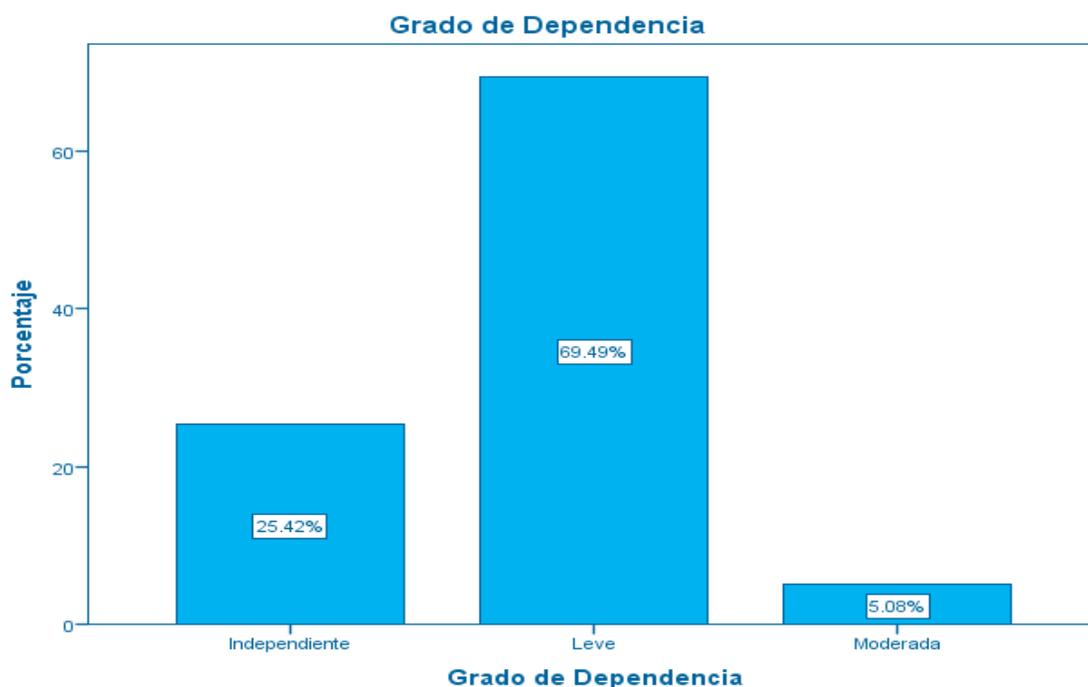


Figura 2. Hallazgos del grado de dependencia de la población seleccionada.

Seguido, se recolectó la información acerca del tipo de funcionalidad familiar a través del instrumento FACES-III (**Tabla 4**).

Se evaluaron la cohesión y la adaptabilidad con puntuaciones de 39.66 ± 7.34 puntos y 24.24 ± 8.20 puntos, respectivamente. El tipo familiar de acuerdo a la cohesión describió familias aglutinadas en 17.97%, no relacionadas en 13.56%, relacionadas en

37.29% y semirrelacionada en el 31.19%. Mientras que para la adaptabilidad se encontraron familias caóticas en el 21.02%, estructura en 27.80%, flexible en 22.71% y rígida en el 28.47%.

Tabla 5. Hallazgos de la funcionalidad familiar de los adultos mayores seleccionados.

	Media (n=295)	Desviación estándar	Porcentaje
Tipo familia (Cohesión)			
Cohesión	39.66	7.34	
Aglutinada	53		17.97%
No Relacionada	40		13.56%
Relacionada	110		37.29%
Semirelacionada	92		31.19%
Tipo familia (Adaptabilidad)			
Adaptabilidad	24.24	8.20	
Caótica	62		21.02%
Estructurada	82		27.80%
Flexible	67		22.71%
Rígida	84		28.47%
Funcionalidad Familiar			
Extrema	49		16.61%
Rango Medio	141		47.80%
Balanceada	105		35.59%

Fuente. Instrumento de recolección.

La funcionalidad familiar reveló ser extrema en 16.61% (n=49), de rango medio en 47.80% (n=141) y balanceada en 35.59% (n=105) de los adultos mayores (**Figura 3**).

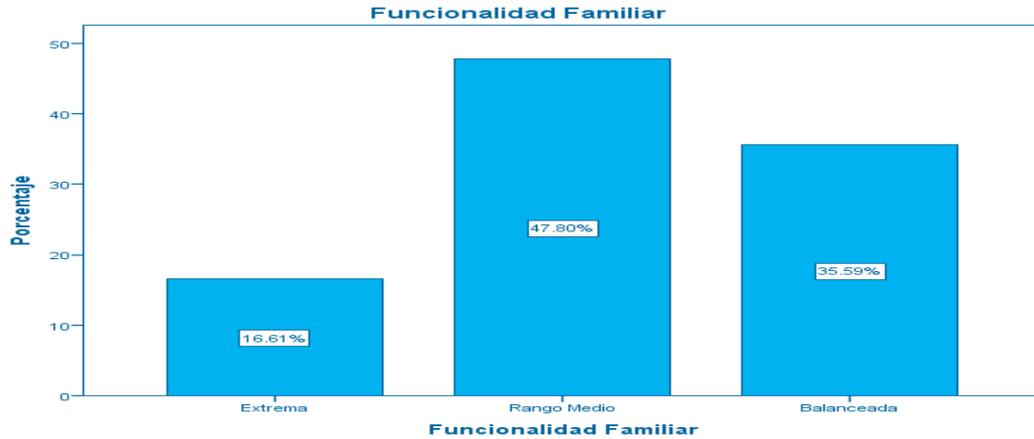


Figura 3. Distribución de la funcionalidad familiar de los adultos mayores seleccionados.

Tabla 6. Tabla cruzada del grado de dependencia y funcionalidad familiar.

Grado de Dependencia	Funcionalidad Familiar					
	Balanceada		Rango Medio		Extrema	
Independiente	27	9.68%	36	12.90%	12	4.30%
Leve	76	27.24%	98	35.13%	31	11.11%
Moderada	2	0.72%	7	2.51%	6	2.15%

Fuente. Instrumento de recolección.

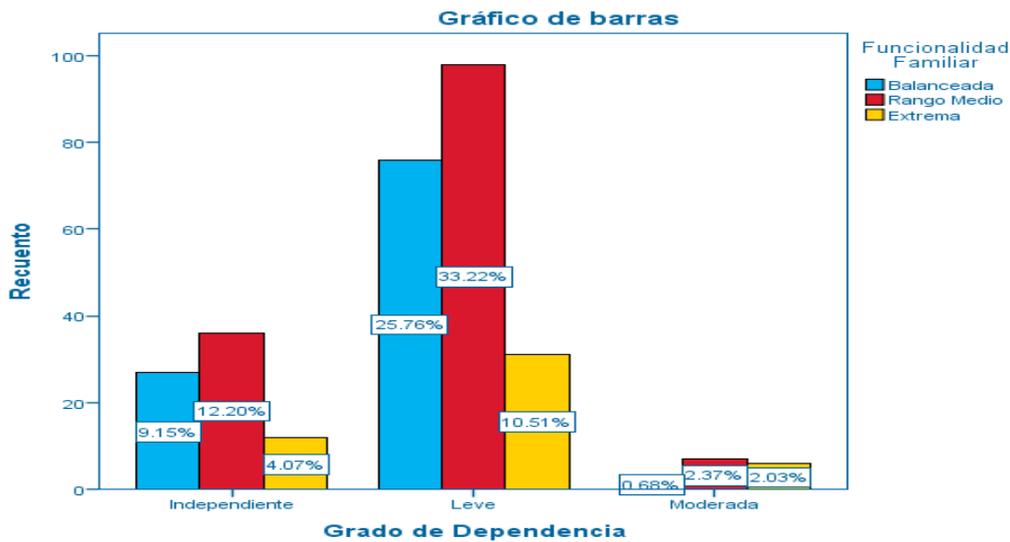


Figura 4. Grado de dependencia funcional de acuerdo al tipo de funcionalidad familiar en los adultos mayores seleccionados.

Finalmente, se analizó la relación de grado de dependencia funcional de acuerdo al tipo de funcionalidad familiar como objetivo general del estudio (**Tabla 5**). Se apreció un mayor grupo con dependencia leve, con familias balanceadas (n=76, 27.24%) y en rango medio (n=98, 35.13%). Los niveles de grados moderado de dependencia se identificaron en las familias con funcionalidad familiar de rango medio (n=7, 2.51%) y de funcionalidad extrema (n=6, 2.15%), (Chi-2 7.45, p=0.114). (**Figura 4**).

Discusión

La presente investigación no encontró relación entre la funcionalidad del adulto mayor y de como percibe su funcionalidad familiar.

Aun cuando no existen estudios en nuestro medio que impliquen las mismas variables, *Reyes et al 2011* en su estudio con pacientes diabéticos sin aplicar en población adulta mayor, destaca que la medición de HbA1c no guarda relación estadísticamente significativa con la adaptabilidad familiar y su cohesión.

Por su parte Vázquez et al 2018, en España destaca en su estudio la relación estadísticamente significativa sobre la adaptabilidad al utilizar la escala FACES III para relacionar a las familias que al no presentar adaptabilidad, tienen mayor probabilidad de no controlar la enfermedad

Cuando se presentan condiciones adversas como pérdidas familiares, enfermedades crónicas y discapacidades, el adulto mayor se encuentra inseguro, sin embargo, con una manifestación de afecto y apoyo de la familia, se incentiva al adulto mayor a sobrellevar estas condiciones. El componente de cohesión fue el segundo con mayor carga factorial, y está vinculado a la madurez estructural y afectiva de la familia, compartida por la satisfacción del adulto mayor con la libertad disponible en el entorno familiar a través del apoyo, la ayuda y la orientación. Los adultos mayores esperan de sus familiares apoyo y comprensión para el cumplimiento de sus anhelos o la búsqueda de nuevos logros, pues tienen a la familia como soporte fundamental para su bienestar de ahí la relevancia del presente.

Mientras que la sociedad representa la satisfacción del adulto mayor con la reciprocidad de la comunicación con la familia, compartiendo y resolviendo eventuales problemas. Es de suma importancia la participación del adulto mayor en la resolución de los problemas en común de ella, y cuando este comparte, reduce la vulnerabilidad de la familia ante situaciones de conflicto, manteniendo a sus miembros protegidos y mostrando así una buena funcionalidad familiar (37).

Cuando hablamos de la no relación, de acuerdo con Marques y Sousa (2012), el distanciamiento de los miembros de la familia a través de contactos poco frecuentes o incluso desacuerdos intrafamiliares provoca soledad en los ancianos, lo que contribuye significativamente a la disfuncionalidad familiar como lo explican Vera, Lucchese, Munari y Nakatani (38).

Las relaciones sociales, principalmente intrafamiliares, son de suma importancia en el afrontamiento de la independencia funcional y en el proceso de otras enfermedades como la depresión o la Diabetes Mellitus. Sin embargo, algunos miembros de la familia tienen dificultades para tratar con los adulto mayor en situación de dependencia, lo que a menudo se traduce en la falta de apoyo y asistencia requerida. Este descuido puede interferir en la salud del adulto mayor, aumentando las posibilidades de más comorbilidades y dificultando el autocuidado de las existentes (39).

En ese sentido, la familia se constituye socialmente como unidad central en la atención a la salud de sus miembros, teniendo un gran protagonismo en el cuidado de los adulto mayores con dependencia funcional. El adulto mayor en esta condición requiere de la participación familiar en el proceso de cuidado, requiriendo de diversas formas la rehabilitación y reorganización de los familiares para enfrentar esta situación, que además de ser compleja, puede causar sufrimiento y comprometer la funcionalidad de la familia (40).

Por otra parte, la disfuncionalidad familiar puede explicarse frente a la transformación de la sociedad y los cambios estructurales en la familia contemporánea, teniendo un impacto significativo en los roles que desempeñan los miembros de la familia. Los múltiples arreglos familiares presentes en la sociedad interfieren en el equilibrio entre la necesidad real y la asistencia prestada a los miembros, resultando en conflictos intergeneracionales. Estas situaciones hacen sufrir a los adultos mayores porque les resulta más difícil adaptarse a los cambios, siendo

muchas veces culpabilizados por las crisis familiares, generando así el aislamiento de la familia y consecuentemente la disfunción familiar (41).

La familia puede ser un apoyo importante para el adulto mayor, especialmente en presencia de una discapacidad como por ejemplo la Diabetes Mellitus u otras comorbilidades, sin embargo en el presente no se describieron las múltiples comorbilidades de la población. En lugar de ser disfuncional, la familia podría proporcionar un ambiente con asistencia adecuada, asegurando el bienestar así como también la calidad de vida de adultos mayores, reduciendo así la sintomatología depresiva, manteniendo al núcleo familiar en equilibrio y capaz de hacer frente a situaciones de conflicto (42).

De esta forma, entendemos que este estudio trae importantes aportes a los médicos familiares en la planificación de acciones específicas para adulto mayor con dependencia funcional, al comprender la magnitud de involucrar a los miembros de la familia en el cuidado de su familiar a través de un proceso educativo; a los familiares por posibilitar el conocimiento de la dependencia del adulto mayor y los cuidados necesarios, favoreciendo la aceptación del proceso; y a los adulto mayor que tendrán una mejora en la calidad de vida, favoreciendo una mejor funcionalidad familiar, autocuidado, aumentando la capacidad funcional del adulto mayor y un estilo de vida saludable.

Limitantes y/o nuevas perspectivas de investigación

Una de las principales limitantes observadas fue el tiempo al realizar las encuestas ya que al encontrarse en espera de recibir atención médica en ocasiones los pacientes se veían apesurados a contestar las encuestas

Otra de las limitantes fue la Pandemia por Covid-19 la cual por restricciones de aforo a las unidades se encontraban limitadas de pacientes para realizar el muestreo

En algunas ocasiones la falta de espacios más amplios para seguir las medidas sanitarias de distancia, dificultaba la realización de las encuestas.

Nuevas perspectivas de Investigación

Realizar estudios con pacientes a los cuales haya afectado la dinámica familiar al momento de tener algún miembro Covid19 o medir impacto antes y/o después de presentar algún miembro dicha enfermedad.

Contribuir a la investigación sobre apego tratamiento, control o prevención de enfermedades con los distintos tipos de familia que puedan presentar los pacientes

Estrategias de salud encaminadas a fomentar a la familia como red de apoyo que le permita al paciente alcanzar su bienestar en su proceso de salud-enfermedad.

Conclusiones

Dentro de nuestro estudio pudimos observar que existe un mayor grupo con dependencia leve, con familias balanceadas y en rango medio, mientras que el grado moderado de dependencia se identificaron en las familias con funcionalidad familiar de rango medio y de funcionalidad extrema.

Sin embargo, no se observó relación entre la funcionalidad del adulto mayor y su percepción de cohesión familiar en derechohabientes del Hospital General de Zona #1 de forma estadísticamente significativa, hallazgos que rechazaron la hipótesis de trabajo.

Posterior a la realización de las encuestas a los pacientes mayores de 60 años, se evidenció la existencia de dependencia funcional leve, seguida de la independencia funcional.

La percepción de cohesión familiar en pacientes mayores de 60 años reveló que estos perciben a su familiar principalmente relacionada o semirrelacionada, así como estructurada y rígida.

Bibliografía

1. Guillermina, G. M., Landeros-Olvera, E., Arrijoja-Morales, G., & María, P. G. A. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 21-26.
2. Vásquez-Illescas, J., & Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018). Evaluación de adaptabilidad familiar y diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor.//familiar adaptability evaluation and type 2 diabetes mellitus in the elderly. *Psicología unemi*, 2(2), 7-13.
3. Quezada, F. R. P., Cordero, S. P., & Torres, K. S. (2017). Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyocot, 2015. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(3), 79-82.
4. Lever, J. P., & Jiménez, A. M. (1999). Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista mexicana de investigación educativa*, 4(8).
5. Pinto, F., Livia, J., Zegarra, V., Ortiz, M., Camacho, A., Isidoro, J., & Martil, A. (2004). Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. *Revista Científica de Investigación en Psicología*, 1, 55-66.
6. Consejo Nacional de Población (CONAPO). El porcentaje de adultos mayores para el 2040 se espera sea del 21% (en línea) https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/281922/2_CAP_TULO_1_A_L_4.pdf
7. SPECTOR, William D., et al. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of chronic diseases*, 1987, vol. 40, no 6, p. 481-489.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). XIII censo general de población y vivienda 2010. México: INEGI, encuesta intercensal 2015.
9. Consejo Estatal de Población (COESPO) San Luis Potosí, 2016 (en línea) <https://beta.slp.gob.mx/COESPO/SiteAssets/PoblacionAdultoMayorCOESPO2016.pdf>

10. Restrepo, A. E., Arango, D. C., & García, H. B. A. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y educación en enfermería*, 21(2), 80-91.
11. Reyes, Alejandro Sánchez, and Alberto González Pedraza Avilés. "Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos." *Revista de especialidades médico-quirúrgicas* 16.2 (2011): 82-88.
12. Zavala-González MA et al. Funcionalidad del adulto mayor; Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; 49 (6): 585-590
13. Organización Mundial de la Salud; Informe Mundial sobre envejecimiento y salud; 2015; WHO/FWC/ALC/15.01
14. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. 5 de febrero 2018, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
15. Dorantes-Mendoza et al; Dependencia de adultos mayores en México 2001; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 22(1), 2007
16. Alejandra María Alvarado García, Ángela María Salazar Maya. Análisis del Concepto de Envejecimiento. *Gerokomos* 2014; 25(2):57-62.
17. Luis Miguel Gutiérrez Robledo; Geriátrica para el médico familiar; México: Editorial El Manual Moderno, 2012.
18. Lucía Isabel Alvarado Estudillo, Cristian Esteban Astudillo Vallejo; Prevalencia de caídas en adultos mayores y Factores Asociados en la Parroquia Sidcay. Cuenca 2013, Univ. Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina; Cuenca Ecuador, 2014
19. Rodríguez J, Zas V, Silva E, et al. Evaluación geriátrica integral: Importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 2014; 9:35---41.
20. Soberanes Fernández S y col.; Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida; *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14(4):161-72
21. Dorantes-Mendoza et al; Dependencia de adultos mayores en México 2001; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 22(1), 2007

22. Barrantes-Monge M y col; Salud Pública de México / vol.49,459-466 suplemento 4 de 2007
23. Carolina Mir Sánchez; Utilidad del test Time Get Up and Go en la atención primaria para detectar al anciano frágil y analizar su coste sanitario; Universidad de Valencia; Tesis Doctoral; Valencia España; Septiembre 2016.
24. Engels, Friedrich. *El origen de la familia, de la propiedad privada y del Estado*. Ediciones Akal, 1924.
25. Huerta, J. L. "Medicina familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad." *Editorial. Alfil*, (2005).
26. Medellín Fontes, Martha M., et al. "Family functioning and their relationship with social support networks in a sample of families in the city of Morelia, Mexico." *Salud Mental* 35.2 (2012): 147-154.
27. Olson, David H. "Circumplex model of marital and family systems." *Journal of family therapy* 22.2 (2000): 144-167.
28. Schmidt, Vanina, Juan Pablo Barreyro, and Ana Laura Maglio. "Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III:¿ Modelo de dos o tres factores?." *Escritos de Psicología (Internet)* 3.2 (2010): 30-36.
29. Rosas, ER Ponce, et al. "Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México)." *Atención primaria* 30.10: 624-630, 2002
30. Fontes, Martha M. Medellín, et al. "Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México." *Salud mental* 35.2 (2012): 147-154.
31. MIGUEL, D. L. M. H. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
32. Secretaría de Salud. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación*.
33. Mundial, A. M. (2002). Declaración de Helsinki. 1964. 2000. *Edimburgo, Escocia. Clarificación del párrafo, 29*

34. De Nuremberg, C. (1949). Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. *Disponible en URL: [http://www. bioeticanet. info/documentos/Nuremberg. pdf](http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf) (último acceso: 01/05/12).*
35. Belmont, I. (1978). National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report, Ethical Principle and Guidelines for the protection of human research subjects.*
36. Englev, E., & Petersen, K. P. (2003). ICH-GCP Guideline: quality assurance of clinical trials. Status and perspectives. *Ugeskrift for laeger, 165(16), 1659-1662.*
37. Lu W, Mao Q. The effects of family follow-up nursing on elderly cognitive impairment patients' Barthel index scores and mental statuses. *Am J Transl Res. 2021;13(6):6702–9.*
38. Sell M, Daubmann A, Zapf H, Adema B, Busmann M, Stiawa M, et al. Family functioning in families affected by parental mental illness: Parent, child and clinician ratings. *Int J Environ Res Public Health. 2021;18(15).*
39. Kobylańska M, Kowalska J, Neustein J, Mazurek J, Wójcik B, Bełza M, et al. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work. 2019;61(4):523–35.*
40. Gelan Ying, Vonk JMJ, Sol K, Brickman AM, Manly JJ, Zahodne LB. Family Ties and Cognitive Aging in a Multi-ethnic Cohort. *J Aging Heal. 2020;32(10):1464–74.*
41. Wong JS, Hsieh N. Functional Status, Cognition, and Social Relationships in Dyadic Perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2019;74(4):703–14.*
42. Barreto Andrade DM, Montargil Rocha R, Santos Ribeiro IJ. Depressive Symptoms and Family Functionality in the Elderly With Diabetes Mellitus. *Issues Ment Health Nurs. 2020;41(1):54–8.*