





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA

---

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Número del Registro: R-2019-2402-031

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ S.L.P.”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**FRANCISCO PAULINO MARTINEZ VELAZQUEZ**

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

MARZO 2020



## AUTORIZACIONES





**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ S.L.P.”**

R-2019-2402-031

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**FRANCISCO PAULINO MARTINEZ VELAZQUEZ**

**ASESORES**

**DRA. DORA MARIA BECERRA LÓPEZ**

Coordinadora de la especialidad en medicina familiar  
ASESOR METODOLÓGICO

**DR. EDGAR ROGELIO MONCADA TOBIAS**

Médico Geriatra adscrito al HGZ/CMF No. 2

**DR. JORGE GABRIEL ANDRADE BAUTISTA**

Jefe de Departamento Clínico.  
Adscrito al HGZ/CMF No. 2

ASESORES CLÍNICOS.

**DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

ASESOR ESTADÍSTICO

Profesor investigador de tiempo completo Adscrito a Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UASLP, SLP

SAN LUIS POTOSÍ

MARZO 2020

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS ATENDIDOS EN EL SERVICIO  
DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA  
FAMILIAR NO. 2. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN  
LUIS POTOSÍ S.L.P.”**

**PRESENTA:**

**DR. FRANCISCO PAULINO MARTINEZ VELAZQUEZ**

**AUTORES:**

---

AUTOR

RESIDENTE

Dr. Francisco Paulino Martínez Velázquez  
Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.  
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

Dra. Dora María Becerra López  
Médico Familiar. Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar  
Maestría en ciencias de la educación, Profesionalización docente. Asociado nivel A  
carrera docente.

Adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1  
**Asesor Metodológico**

---

Dr. Jorge Gabriel Andrade Bautista

---

Dr. Edgar Rogelio Moncada Tobías  
Medico Geriatra  
Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2  
**Asesor clínico**

---

Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez  
Medico Epidemiólogo. Maestría en Salud Pública. Investigador de la Facultad de  
Medicina de la UASLP.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradezco y dedico este trabajo a mi familia,  
a mi esposa por su amor incondicional  
su paciencia y entrega.

Agradezco aquellas personas que  
colaboraron directa o indirectamente  
en el presente trabajo

En forma especial a mi asesor de tesis  
Dra. Dora Maria Becerra Lopez

## RESUMEN

“Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2. del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P.”

**Martínez-Velázquez FP.<sup>1</sup>, Becerra-López DM<sup>2</sup>, Moncada-Tobías E.R.<sup>3</sup>,  
Andrade-Bautista J.G.<sup>4</sup>, Hernández-Rodríguez HG<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Residente de la Especialidad de Medicina Familiar.

<sup>2</sup> Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF No. 47, Maestría en Ciencias de la Educación.

<sup>3</sup> Médico Geriatra, adscrito al Hospital General de Zona/UMF No. 2.

<sup>4</sup> Jefe del departamento de Cirugía Hospital General de Zona/UMF No. 2 del IMSS, S.L.P., Maestría en Salud Pública UASLP, Profesor de la Facultad de Medicina.

**Introducción.** En México viven 13.9 millones de personas mayores de 60 años, este grupo se encuentra compuesto por 7.5 millones de mujeres y 6.4 millones de hombres. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del adulto mayor y el proceso de su enfermedad. El grado de dependencias físicas, mentales o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al adulto mayor. **Objetivo.** Determinar la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2. del IMSS. **Metodología.** Se realizó una investigación analítica tipo asociación cruzada y de corte transversal. En el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en el periodo septiembre-octubre 2019, donde participaron 70 pacientes Adultos mayores de 60 años. Se les aplicaron instrumentos para medir la percepción de la función familiar, la funcionalidad geriátrica y conocer el nivel de calidad de vida. **Recursos:** Área

física el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del IMSS, Humanos: médico tesista y asesor, pacientes que acuden al servicio de geriatría, Materiales: diversos materiales de oficina, cuestionarios y equipo de cómputo. **Infraestructura:** Se cuenta con la infraestructura adecuada en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del IMSS, tanto de instalaciones y equipo. **Financiamiento:** Esta investigación se realizó con los recursos propios del investigador. **Factibilidad:** Este estudio es factible ya que diariamente se atiende en el consultorio de geriatría 24 pacientes con diversos diagnósticos.

**Resultados.** Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.2390 con una  $p=0.0098$  y de Spearman 0.286 con una  $p=0.008$ . La edad media de los pacientes fue de 80.7 años, sobre la funcionalidad familiar se encontró que los pacientes fue normofuncional y la calidad de vida de los pacientes fue buena. **Conclusiones.** Se encontró una asociación significativamente estadística entre la función familiar y calidad de vida, por lo que este estudio podría contribuir en la toma de decisiones de planes estratégicos para mantener una mayor Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida, para tener un envejecimiento exitoso.

## INDICE

ÍNDICE DE IMÁGENES .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	vi
1. MARCO TEORICO .....	1
1.1. Introducción .....	1
1.2. Antecedentes.....	1
1.3. Marco conceptual .....	4
1.3.1. Adulto Mayor.....	4
1.3.2. Funcionalidad familiar .....	7
1.3.3 Funcionalidad geriátrica .....	8
1.3.4 Calidad de Vida.....	9
1.4. Instrumentos.....	10
1.4.1. Índice de Barthel .....	10
1.4.2. Cuestionario de calidad de vida SF36.....	11
1.4. Apgar funcional .....	12
1.4.1. Método de aplicación .....	15
1.4.2. Interpretación .....	16
1.4.3. Propiedades psicométricas .....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	18
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
4. HIPÓTESIS .....	22
5. OBJETIVOS.....	23

5.1 General.....	23
5.2. Específicos .....	23
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
6.1. Tipo de estudio .....	24
6.2 Límites de espacio y tiempo .....	24
6.3 Universo .....	24
6.4 Unidad de Investigación .....	24
6.5 Muestra y tipo de muestreo .....	24
6.6. Criterios de Estudio .....	25
6.6.1. De inclusión .....	25
6.7. Operacionalización de las variables .....	25
6.8. Análisis estadístico .....	25
6.9. Procedimiento.....	32
6.9.1. Elaboración y aprobación del protocolo .....	32
6.9.2. Aplicación de los instrumentos.....	32
7. ASPECTOS ÉTICOS .....	33
7.1. Nacionales.....	33
7.2. Internacionales .....	34
8. RECURSOS.....	35
8.1 Humanos .....	35
8.2. Materiales y financieros .....	35
9. RESULTADOS.....	36
9.1 Aspectos sociodemográficos .....	36

9.1.1 Sexo.....	36
9.1.2 Edad.....	37
9.1.3. Estado civil.....	37
9.1.5 Ocupación.....	39
9.2 Comorbilidades.....	40
9.3 Índice de Barthel.....	41
9.4 Apgar Familiar .....	42
9.5 Calidad de vida.....	43
10. DISCUSIÓN .....	52
11. CONCLUSIONES .....	56
12. LIMITACIONES.....	57
13. PERSPECTIVAS.....	58
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	59
15. ANEXOS .....	68
15.1 Aprobación por el comité de ética .....	68
15.2 Consentimiento Informado.....	69
15.3 Instrumentos Utilizados .....	71
15.4 Cronograma de Actividades .....	81
15.6 Glosario .....	82

## ÍNDICE DE IMÁGENES

<b>Figura 1.</b> Tipos de edades. ....	6
----------------------------------------	---

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de las Variables.....	27
<b>Tabla 2.</b> Material que será utilizado durante la investigación. ....	35
<b>Tabla 3.</b> Correlación de pearson en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo agosto- octubre de 2019 .....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1.</b> Sexo de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo agosto- octubre de 2019.....	36
<b>Gráfica 2.</b> Rangos de edad de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	37
<b>Gráfica 3.</b> Estado civil de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	38
<b>Gráfica 4.</b> Estado civil de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	39
<b>Gráfica 5.</b> Ocupación de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	39
<b>Gráfica 6.</b> Padece alguna enfermedad la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019	40
<b>Gráfica 7.</b> Enfermedades de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	41
<b>Gráfica 8.</b> Resultados del índice de Barthel la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	42
<b>Gráfica 9.</b> Resultados de la escala de apgar familiar en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	43
<b>Gráfica 10.</b> Función física del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	44

<b>Gráfica 11.</b> Rol físico del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	44
<b>Gráfica 12.</b> Rol emocional del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	45
<b>Gráfica 13.</b> Vitalidad. del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	46
<b>Gráfica 14.</b> Salud mental del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	46
<b>Gráfica 15.</b> Función Social del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	47
<b>Gráfica 16.</b> Dolor corporal. del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	48
<b>Gráfica 17.</b> Salud genera del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	48
<b>Gráfica 18.</b> Transición de salud del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019 .....	49
<b>Gráfica 19.</b> Calidad de vida en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.....	50

<b>Grafica -20</b> Coeficiente de Spearman correlacion funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores de 60 y mas del HGZ No2 del IMSS durante el periodo de septiembre a octubre 2019.....	47
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

# **1. MARCO TEORICO**

## **1.1. Introducción**

En México viven 13.9 millones de personas mayores de 60 años, lo cual representa el 11% del total de la población. Este grupo etario se encuentra compuesto por 7.5 millones de mujeres y 6.4 de hombre Se estima que el grupo de población va alcanzar 14.8 por ciento en 2030 y va a llegar hasta 22.5 en 2050.

Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del adulto mayor y el proceso de su enfermedad, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia.

El grado de dependencias físicas, mentales o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al adulto mayor. Las familias consideradas sanas o funcionales, presenten características tales como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre sus miembros.

## **1.2. Antecedentes**

El concepto más utilizado de calidad de vida relacionada con la salud en este campo evalúa la repercusión de la enfermedad o el estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente. Conocer la funcionalidad de los adultos mayores, con cada una de las escalas de medición y relacionarlas con la calidad de vida, debe ser el precedente de cualquier plan de acción o política a seguir, y es el objetivo principal del presente trabajo<sup>1</sup>.

Dorantes-Mendoza et al. (2007) realizaron un estudio transversal de la información obtenida en el Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. La muestra fue 7 171 personas de 60 años o más. Se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud. Se encontró que la dependencia funcional en adultos mayores está relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores<sup>2</sup>.

Barrantes-Monge et al. (2007), realizaron un estudio de junio a diciembre de 2004, los datos se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Se incluyó un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria. El 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión<sup>3</sup>.

Soberanes-Fernández (2009) en su estudio descriptivo en 225 adultos mayores, aplicaron cuestionarios de funcionalidad para indagar en las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton-Brody) y equilibrio y marcha (evaluación de Tinetti). Para las tres escalas de funcionalidad, uno de cada tres pacientes tuvo algún grado de disfunción, similar a lo reportado por otros autores<sup>4</sup>.

Zavala-González et al. (2011) realizaron un estudio en la UMF No. 8 donde se incluyeron derechohabientes sin enfermedades cognitivas. Indagaron en la funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se utilizaron las escalas de Katz, el índice de Lawton and Brody, y se aplicó estadística descriptiva y razón de posibilidades<sup>5</sup>.

En el 2013 Manrique-Espinoza et al. en su investigación a 8 874 adultos mayores de 60 años entrevistados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, analizaron indicadores asociados con las principales condiciones de salud y del estado funcional. Se encontró para el estado funcional, 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y el 24.6%, para actividades instrumentales<sup>6</sup>.

Loredo-Figueroa et al. (2016) en su investigación realizada en una UMF de Querétaro. Entrevistó a 116 adultos mayores y utilizó la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo<sup>7</sup>.

Soria y Montoya (2017) abordaron la relación entre las condiciones sociodemográficas, económicas y de salud con la calidad de vida de los adultos mayores que participaron en la Encuesta sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México Del análisis se desprendió que más de la mitad de la población en estudio carece de condiciones adecuadas en su calidad de vida y se muestran los factores relacionados, tales como escolaridad, estado civil condición de derechohabencia<sup>8</sup>.

González-Celis et al. (2017) encontraron diferencias entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimientos de soledad, sobre la calidad de vida y sus dimensiones: satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social y temor a la muerte, en adultos mayores del Estado de México. Los resultados reflejan que las puntuaciones de calidad de vida y su dimensión "participación social" son

diferentes dependiendo del nivel de percepción de autoeficacia para actividades sociales<sup>9</sup>.

Peña-Marcial et al. (2018) realizó una investigación en donde se incluyeron 75 adultos mayores de 65 años y más, residentes de asilo. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico y cuestionario SF-36 versión 2 española. Se encontró que los adultos mayores guerrerenses presentan porcentajes altos de problemas físicos, emocionales, y sociales, que dan origen a una mala perspectiva de su salud y vida<sup>10</sup>.

### **1.3. Marco conceptual**

#### **1.3.1. Adulto Mayor**

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, pero a su vez es difícil precisar el concepto general del mismo, La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define 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”<sup>11</sup>.

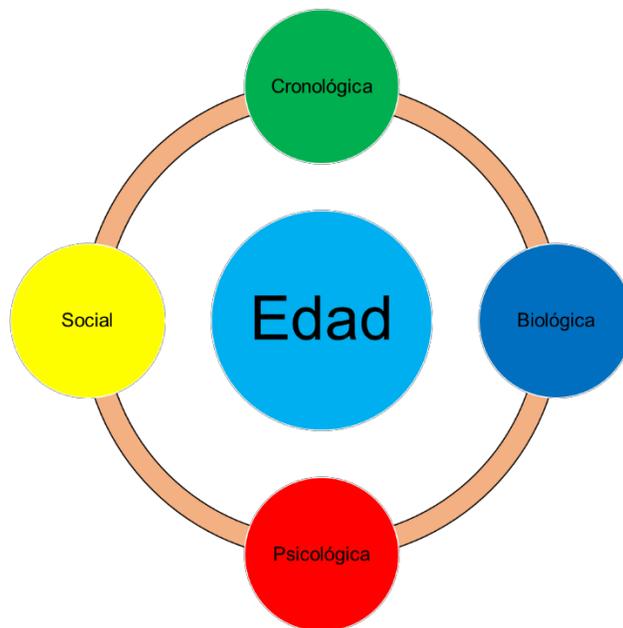
La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo<sup>12</sup>. Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran cantidad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento de riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte<sup>12</sup>.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de la audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y

osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo<sup>13</sup>. En los adultos mayores coinciden dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad. Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a aquellos procesos que pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en los adultos mayores de edad y las enfermedades relacionadas con la edad<sup>14</sup>.

Pero en nuestra sociedad continúa relacionándose la vejez con la jubilación, oscilando así la edad entre los 60 y los 65 años. Para entender esta afirmación es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades (Figura 1)<sup>11</sup>:

- **Edad cronológica:** es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
- **Edad biológica:** está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- **Edad psicológica:** representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- **Edad social:** establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve. Por esta razón, el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él<sup>11</sup>.



**Figura 1. Tipos de edades.** Elaboración propia.

Cuando se habla de población mayor de 65 años nos referimos a un grupo variable respecto a su estado de salud bio-psico-social, desde la persona mayor sana hasta la que presenta una dependencia grave<sup>15</sup>.

1.-Adulto mayor sano: características físicas, mentales y sociales está de acuerdo con su edad cronológica. Persona mayor de 65 años que no tiene patología diagnosticada ni problemática funcional, psíquica o social.

2.-Adulto mayor enfermo: persona mayor de 65 años que presenta alguna afección, aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, que no le invalida y que no cumple los criterios de paciente geriátrico.

3.-Adulto mayor frágil o de alto riesgo (AAR): persona mayor que por su situación física, psíquica y funcional se encuentra inestable, con gran probabilidad de convertirse en una persona dependiente e incluso necesitar la institucionalización. Se considera si cumple las siguientes características: Vivir sólo, enviudamiento reciente, cambio de domicilio, enfermedad crónica que condiciona incapacidad, hospitalización, toma de tres fármacos o prescripción de antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos, incapacidad funcional,

deterioro cognitivo o demencia según criterios del DSM-IV, depresión., situación económica precaria o ingresos insuficientes, necesidad de atención médica o de enfermería en el domicilio, al menos una vez al mes, adultos mayores institucionalizados.

4.-Adulto mayor geriátrico: el que cumple tres o más de los siguientes: edad superior a los 75 años, pluripatología relevante, enfermedad principal con carácter incapacitante, patología mental acompañante o predominante, problemática social en relación con su estado de salud<sup>16</sup>.

### **1.3.2. Funcionalidad familiar**

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal, para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido<sup>17</sup>. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. El hecho de que los adultos mayores perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas<sup>18</sup>.

En cuanto a las funciones que desempeña un individuo en su contexto social, en muchos casos llegar a la vejez representa una ruptura en las funciones realizadas como adulto. El estatus adquirido como padre/madre, jefe de familia, proveedor económico, tiende a perderse y ser reemplazado por un sentimiento de aislamiento, de poca importancia y poca capacidad en su núcleo familiar. Lo que tiende a empeorar cuando el individuo ha perdido a su pareja<sup>19</sup>.

Las familias consideradas sanas o funcionales, presentan diversas características como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre sus miembros<sup>20</sup>.

### **1.3.3 Funcionalidad geriátrica**

La funcionalidad se define como la suma de las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo<sup>21</sup>.

Durante el proceso del envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud. Esta afirmación es importante dado que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional<sup>5</sup>. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía<sup>22</sup>.

La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, han servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países, como España, Francia, Alemania y Gran Bretaña. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y bienestar de la población de adultos mayores<sup>4</sup>.

La evaluación funcional geriátrica está asociada con mejoría de la supervivencia, menor número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, disminución en los costos de atención médica e

institucionalización, mejoría en el estado funcional y en el pronóstico de los adultos mayores. La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)<sup>16</sup>.

Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 % <sup>7</sup>. La dependencia para cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se encuentra asociada con aumento en la mortalidad en adultos mayores en la comunidad<sup>16</sup>.

#### **1.3.4 Calidad de Vida**

La calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo, se asocia con la personalidad, el bienestar y la satisfacción por la vida que lleva el individuo, y su evidencia esta intrínsecamente relacionada con múltiples factores como su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental<sup>23</sup>.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien». La literatura frecuentemente define que ésta se encuentra conformada por estos dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento<sup>24</sup>.

La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60s, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar)<sup>18</sup>.

La evaluación de la calidad de vida sirve también de apoyo para la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes al poder evaluar el potencial beneficio de los nuevos tratamientos o de tratamientos de experimentación de una manera subjetiva, referido por el propio paciente. En lugar de evaluarlo por mediciones de laboratorios o estudios de otro tipo. Otra aplicabilidad de medir la calidad de vida en la salud es para poder establecer un pronóstico<sup>25</sup>.

Es bien conocido que los pacientes que inician un nuevo tratamiento y se perciben con una mejor calidad de vida tienen grandes posibilidades de tener un mejor desenlace en comparación con aquellas personas que no tienen esa percepción<sup>26</sup>. Otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”<sup>23</sup>.

#### **1.4. Instrumentos**

##### **1.4.1. Índice de Barthel**

El Índice de Barthel se publicó con la finalidad de valorar y poder hacer seguimiento de la independencia en el autocuidado en patologías crónicas fundamentalmente neuromusculares y músculo-esqueléticas en pacientes ingresados. Lo cual permitía tener una herramienta que midiera la evolución de los pacientes en su rehabilitación. Posteriormente ha sufrido varias modificaciones hasta la actualidad con las características que se describen a continuación<sup>27</sup>.

Consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su dependencia para la realización de unas actividades básicas de la vida diaria y tiene en cuenta en esta puntuación la necesidad de ayuda para realizarlas. Evalúa 10 ítems de las Actividades Básicas de la Vida Diaria: comer, lavarse, vestirse, higiene personal, control anal, control vesical, uso del inodoro,

trasferencias silla-cama, deambulaci3n, subir y bajar escaleras. Los ítems se valoran de forma individual, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos<sup>27</sup>.

El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100. Su interpretaci3n consistirá en una puntuaci3n máxíma de 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas) que sería alguien independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. La interpretaci3n sobre la puntuaci3n es: dependencia total 0-20, dependiente grave: 21-60, dependiente moderado: 61-90, dependiente escasa o independiente: 91-100<sup>27</sup>.

La evaluaci3n se debe realizar con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien. La fiabilidad entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones, tiene desde la variante intraobservador unos índices de Kappa 0.84 – 0.97 y buena fiabilidad interobservador con índices de Kappa entre 0.47 y 1.00. Consistencia interna: 0.86 – 0.92. La validez entendida como la capacidad de la prueba de medir lo que quiere medir, se encuentra validada en nuestro medio<sup>27</sup>.

El Índice de Barthel ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender al paciente anciano en el progreso de la capacidad funcional del mismo. Ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patr3n para la valoraci3n de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en las personas ancianas. El motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe ańadir su bajo coste de aplicaci3n y su potencial utilidad para el seguimiento de la evoluci3n de los pacientes mayores y para el ajuste en los estudios de casuística<sup>27</sup>.

#### **1.4.2. Cuestionario de calidad de vida SF36**

El cuestionario de calidad de vida SF-36 fue creado a principio de los años noventa en Estados Unidos con el objetivo de conocer el perfil del estado de salud. Ha resultado de gran utilidad para evaluar la calidad de vida relacionada

con la salud y es aplicable tanto a pacientes hospitalizados como a la población general a partir de los 14 años y ha sido validado para edades avanzadas<sup>28</sup>.

Se diseñó para ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica conservando la consistencia interna. Permite comparar los beneficios producidos por tratamientos e intervenciones al evaluar la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes<sup>28</sup>.

Instrumento genérico de medida del estado de salud ampliamente utilizado. Consta de 36 ítems en la versión española que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Los 36 ítems evalúan los siguientes aspectos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor) a 100 (el mejor estado de salud). La versión española del SF- 36 Health Survey se ha demostrado equivalente en sus resultados<sup>28</sup>.

En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,7. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metanálisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos. Las puntuaciones de 0 como peor a 100 mejor gozan de gran popularidad y son ampliamente utilizadas, obteniendo 50 como media y una desviación típica de 10 en la población general. De tal manera que puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia<sup>28</sup>.

#### **1.4. Apgar Familiar**

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Nos permite establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera

ser medida, se escogieron los cinco componentes básicos de la función familiar ya señalado.

- Adaptabilidad: mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Participación: mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- Gradiente de crecimiento: mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Afecto: mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- -Resolución: mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida, y la percepción que un integrante tiene del propio funcionamiento familiar.

El Apgar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista, y conocer in situ las opiniones de todos los integrantes del sistema.

## Clasificación

El Apgar no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar, sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar<sup>7</sup>. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia<sup>29</sup>.

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica de su molestia, sobre todo en consultadores crónicos, en individuos con múltiples síntomas sin específicos, en sujetos con infecciones a repetición sin una causa identificable, y en enfermos con somatización del estrés.

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols.

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

#### **1.4.1. Método de aplicación**

La forma como se diligencia el APGAR familiar, es importante para evitar la introducción de sesgos del investigador o del trabajador de campo; sólo cuando la persona no está en capacidad de leer, lo puede hacer el entrevistador. Si el individuo puede leer, existe una contraindicación absoluta, debido a que influye el tono de la voz, la comunicación no verbal difícil de controlar en el investigador, y las presiones involuntarias que él mismo puede ejercer.

### **1.4.2. Interpretación**

Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios<sup>30-34</sup>, tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección HIV, depresión y embarazos en adolescentes. ha propuesto una puntuación  $> 6$  como funcional y  $\leq 6$  como disfuncional. En algunos casos<sup>5</sup>, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años<sup>35</sup>.

Existen otros cuestionarios que evalúan la disfunción familiar con mayor validez, pero que ven limitado su uso por el elevado número de ítems de los mismos.

### **1.4.3. Propiedades psicométricas**

#### **Fiabilidad:**

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

#### **Validez:**

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996)<sup>36</sup>.

Para tener un conocimiento del impacto familiar sobre el cuidado de la salud y los efectos de la enfermedad sobre la familia se han desarrollado escalas numéricas del funcionamiento familiar en un intento de cuantificar sus funciones. El método APGAR fue descrito por Gabriel Smilkstein, MD de Seattle (Washington), y para su elaboración se partió de una definición

funcional: "la familia es un grupo psicosocial que consta del paciente y una o más personas, niños o adultos, en la cual hay una comisión de los miembros para la educación de los otros"<sup>35</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL 2018) informa que el 7.8% de la población en México tiene 65 años o más. Aproximadamente el 41.1% de esta población vive en la pobreza, el 34.6% vive en la pobreza moderada y el 6.6% vive en la pobreza extrema<sup>28</sup>.

En México el envejecimiento y la atención a sus necesidades es un fenómeno que encierra una compleja problemática, ya que las políticas sociales están estructuradas para responder a las demandas de una población joven. El envejecimiento de la población implica modificar el gasto social, aumentar los servicios destinados a personas mayores, aumentar los espacios geriátricos y por lo tanto de personal de cuidado a las necesidades de dicho sector<sup>37</sup>.

Ese cambio demográfico tiene varias consecuencias para la salud pública, tener una buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad <sup>38</sup>.

El mejor modo de prestar esos servicios es mediante un sistema integral de atención primaria<sup>39</sup>. Nos permite establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida <sup>29</sup>.

También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo<sup>41</sup>.

El hecho de que los adultos mayores perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas<sup>18</sup>

La presente investigación aportara un panorama sobre la función familiar dentro de las familias de los adultos mayores, así como las actividades de la vida diaria o en la disminución de la autonomía que pudiera alterar su calidad de vida y su percepción de ella.

El impacto de esta investigación sería identificar y conocer el nivel de calidad de vida, así como la funcionalidad familiar que tienen los adultos mayores que son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de San Luis Potosí, para poder comprender acerca de cómo el envejecimiento afecta a la población atendida en la Institución.

Es factible realizar la presente investigación ya que en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social se atienden a los adultos mayores de 60 años y más, además se cuenta con la infraestructura en cuanto a los consultorios y las instalaciones. El personal humano para poder realizar la investigación es el tesista de la especialidad en medicina familiar, además en San Luis Potosí son pocas las investigaciones que se han realizado para indagar acerca de la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes del servicio de geriatría.

La información que se genere podría contribuir en la toma de decisiones para la creación de planes estratégicos para mejorar la funcionalidad familiar de los Adultos Mayores y mantener un mejor nivel de calidad de vida.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal, para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido<sup>17</sup>

Para ello es necesario analizar los diferentes ámbitos relacionados con el proceso de envejecimiento, ya que en este influyen variados factores tanto del individuo como del entorno con el cual el adulto mayor interactúa<sup>43</sup>.

Según información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en México, una de cada 10 personas tiene 60 años o más y para el 2050 esta proporción se va a duplicar. El envejecimiento poblacional ha cobrado importancia porque puede llegar a condicionar una mayor morbilidad y mortalidad en este grupo etario. La edad de estos pacientes en conjunto con algunas enfermedades crónico degenerativas inherentes al estilo de vida y al envejecimiento puede traer repercusiones como la disfunción familiar<sup>44</sup>.

Las decisiones compartidas, con la participación del adulto mayor y de todos quienes le conocen bien, permiten respetar la autonomía del adulto mayor. Lo que pueda decidir dependerá de su capacidad, en un concepto de capacidades parciales que permitan decisiones de complejidad también variables. Se concluye que los adultos mayores no son incapaces por definición y que generalmente es posible permitir y favorecer su participación, al menos parcial, en las decisiones<sup>45</sup>.

Se ha documentado que la disfunción familiar puede repercutir de manera negativa en la salud integral del paciente adulto mayor y su familia. Al hablar de calidad de vida esta se asocia con la funcionalidad, la sintomatología y la ausencia de la enfermedad<sup>46</sup>. De allí la importancia de indagar en esta área de pacientes adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Por lo cual nos surge la siguiente pregunta de investigación:**

¿Cuál es la correlación entre la Funcionalidad Familiar y la Calidad de Vida en pacientes Adultos Mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de Geriátrica en el Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí?

#### 4. HIPÓTESIS

**H<sub>0</sub>**= Existe relación entre funcionalidad familiar y la calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2. del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P.

**H<sub>1</sub>**= No existe relación entre funcionalidad familiar y la calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2. del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 General**

Analizar la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 2. del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P.

### **5.2. Específicos**

- Identificar el nivel de funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de Geriatría en el Hospital General de Zona con medicina familiar No 2.
- Identificar el nivel de calidad de vida en pacientes adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de Geriatría en el Hospital General de Zona con medicina familiar No 2.
- Correlacionar el nivel Funcionalidad Familiar y Calidad de vida en pacientes con Adultos Mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de Geriatría en el Hospital General de Zona con medicina familiar No 2.
- Determinar las características Sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años y más atendidos en I servicio de Geriatría en Hospital General de Zona con medicina familiar No 2.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **6.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, tipo asociación cruzada, de corte transversal.

### **6.2 Límites de espacio y tiempo**

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí. Los pacientes que participaron fueron adultos mayores de 60 años y más que acudieron a consulta del servicio de geriatría. El tiempo de aplicación del instrumento fue de septiembre-octubre de 2019.

### **6.3 Universo**

Adultos Mayores de 60 años y más que acudieron al servicio de geriatría en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.

### **6.4 Unidad de Investigación**

Pacientes adultos mayores de 60 años y más que acudieron al servicio de geriatría.

### **6.5 Muestra y tipo de muestreo**

El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico por cuota. Se realizó el cálculo de muestra tomando en cuenta la población de 60 años y más adscrita al IMSS de San Luis Potosí a junio del 2018.

Para la población adulto mayor de 60 años y más adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar N°2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí a junio del 2018 nos arrojó un total de 15 981 personas, al realizar el cálculo de muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 8% el tamaño de muestra es de 149 pacientes, para tener una población estadísticamente significativa. Sin embargo, la muestra final fue de 70 pacientes que se captaron en los meses de aplicación del instrumento.

## **6.6. Criterios de Estudio**

### **6.6.1. De inclusión**

Pacientes que:

1. Deseen participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.
2. Acudan a Consulta al servicio de geriatría.
3. Ambos géneros.
4. Mayores de 60 años y más.

### **6.6.2. De exclusión**

Pacientes que:

1. No sepan leer ni escribir o no vayan acompañados de cuidador.

### **6.6.3. De eliminación**

1. Pacientes que no hayan terminado de contestar los cuestionarios de funcionalidad familiar y de calidad de vida.
2. Pacientes que durante el transcurso de la investigación decidan ya no participar en el estudio.

## **6.7. Operacionalización de las variables**

La operacionalización de las variables se muestra en la tabla No. 1.

## **6.8. Análisis estadístico**

La información que se recolecto, se capturo en el programa Excel y se codificaron las variables. Se realizó estadística descriptiva (media, mediana y moda) y estadística inferencial (coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman).



**Tabla 1. Operacionalización de las Variables**

<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>					
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Operacional</b>
Calidad de Vida	Es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo, está asociada con la personalidad el bienestar y la satisfacción por la vida que lleva el individuo, y su evidencia esta intrínsecamente relacionada con múltiples factores como su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental <sup>23</sup>	Estado de calidad de vida que presente el paciente al momento de contestar el instrumento SF36.	Cadena	Nominal	1.- Muy Buena 2.Buena 3.- Problemas graves o extremos/imposibilidad

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>					
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Operacional</b>
Funcionalidad Familiar	Las familias funcionales, se caracterizan por recibir apoyo, comprensión y ánimo entre sus miembros, lo que permite avanzar a través de los estadios normales de crecimiento <sup>47</sup>	Nivel de percepción que presente el paciente al momento de realizarle el cuestionario APGAR familiar	Cadena	Nominal	Normofuncional: 7 - 10 puntos - Disfuncional leve: 3-6 - Disfuncional grave: 0-2

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres <sup>48</sup> .	Respuesta al cuestionario.	Cadena	Nominal	1.-Masculino. 2.- Femenino
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo <sup>49</sup> .	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la consulta médica.	Cadena	Nominal	1. 60-70 años 2. 71-80 años 3. 81-90 años 4. 91-100 años 5. >100 años
Estado civil	Situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia <sup>50</sup> .	Situación de los pacientes al acudir a consulta determinada por sus relaciones de familia.	Cadena	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Viudo

Ocupación	Actividad o trabajo <sup>51</sup> .	Labor que desempeña la paciente actualmente.	Cadena	Nominal	1.Labores del Hogar 2.Autoempleo 3.Empleado 4.Profesionista 5.Jubilado
Escolaridad	Nivel de estudio más alto al cual ha llegado una persona de acuerdo al sistema educativo <sup>52</sup> .	Nivel de estudios más alto hasta el día en que acude a la consulta.	Cadena	Nominal	1. Sabe leer y escribir. 2. Primaria 3. Secundaria. 4. Preparatoria. 5. Licenciatura-posgrado.
Enfermedades	Cualquier estado donde hay un deterioro de la salud del organismo humano <sup>53</sup> .	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo hasta que acuden a la consulta.	Cadena	Nominal	1.Si 2.No
Tipo de Enfermedades	Se clasifica de acuerdo a su etiopatogenia.	Enfermedad que tiene el pacientes de acuerdo a su etiopatogenia	Cadena	Nominal	1.DM2 2. HAS 3. OTRAS

<p>Funcionalidad Geriátrica</p>	<p>Definida como la suma de las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo</p>	<p>Nivel de funcionalidad al aplicar el instrumento Índice de Barthel.</p>	<p>Cadena</p>	<p>Nominal</p>	<p>La interpretación sobre la puntuación es:  Dependencia total: 0-20.  Dependiente grave: 21-60.  Dependiente moderado: 61-90.  Dependiente escasa o independiente: 91-100.</p>
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **6.9. Procedimiento**

### **6.9.1. Elaboración y aprobación del protocolo**

Se estructuró la información para poder elaborar este protocolo de investigación, estableciendo los marcos referenciales, la definición de las variables, los criterios de selección para poder identificar a los pacientes adecuados para el estudio y el cronograma de actividades a seguir. El protocolo se capturó en la Plataforma del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) y se obtuvo el siguiente número de registro R-2019-2402-031 (Anexo 1).

Una vez que se obtuvo el número de registro se inició el trabajo de campo para cual se acudirá a la consulta de geriatría del Hospital General de Zona No.2 del Instituto Mexicano del Seguro Social y se les explicará a las pacientes el proyecto de investigación, si aceptan realizarlo, se les entregó la carta de consentimiento informado para que puedan firmarla (Anexo 2).

### **6.9.2. Aplicación de los instrumentos**

Una vez que el paciente terminó su consulta médica en el servicio de geriatría se abordó al paciente y/o a su cuidador en la sala de espera se le hizo la invitación a participar en el estudio, se le explicó acerca de la investigación y se le informó que se hará con los resultados de la misma. Si el paciente decidió participar firmó una carta de consentimiento informado en el que acepta.

Se realizó un cuestionario para datos sociodemográficos.

Posteriormente el investigador aplicó los instrumentos que valora la Funcionalidad Familiar (APGAR), Funcionalidad Geriátrica (Índice de Barthel) y de Calidad de Vida (SF36) (Anexo 3).

Una vez obtenido los resultados, se elaboró la estadística correspondiente para la elaboración de resultados.

## **7. ASPECTOS ÉTICOS**

El protocolo se sometió a evaluación por el Comité de ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social para su revisión y previa aprobación (Anexo 1).

Se identificaron las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de manera personal se les explico en que consistió el proyecto. Se resolvieron las dudas que tenían y se les invitó a participar como parte de la población en estudio, se les dio un consentimiento informado (Anexo 2) para que lo pudieran leer y a quienes aceptaron participar se les solicitó que firmaran el consentimiento informado para posteriormente entregarles una copia del mismo.

### **7.1. Nacionales**

Este protocolo está basado en el reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación específicamente en los siguientes apartados<sup>54</sup>.

Del título segundo, capítulo uno se consideraron los siguientes artículos:

Artículo 14, inciso V que señala que se deberá contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, por lo cual a cada persona que acepte participar en el estudio se le pedirá que firme el formato de consentimiento informado y se le entregará una copia del mismo.

Artículo 16: en las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. La difusión de resultados de la investigación es de forma agrupada y en ningún caso se revela la identidad de las personas.

Artículo 17, párrafo II: esta investigación es considerada sin riesgo, porque se aplicará solamente un instrumento de correlación de información.

Artículo 18: se suspenderá la investigación de inmediato si se presenta algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quién se realice la investigación. También será suspendida cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 22: el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá de reunir todos los requisitos<sup>54</sup>.

## **7.2. Internacionales**

La investigación propuesta en este protocolo se ajusta a la Declaración de Helsinki refiriéndose al apartado I correspondiente a los principios básicos, que en sus numerales 2, 9 y 11 señalan respectivamente lo siguiente<sup>55</sup>:

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental o no experimental, que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental

9. En toda investigación con personas, cada participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas que son libres de no participar o de revocar en cualquier momento su consentimiento a la participación.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona<sup>55</sup>.

## 8. RECURSOS

### 8.1 Humanos

- Investigador Principal: Dr. Francisco Paulino Martínez Velázquez.
- Asesor Metodológico: Dra. Dora María Becerra López.
- Asesores Clínicos: Dr. Edgar Rogelio Moncada Tobías.

Dr. Jorge Gabriel Andrade Bautista.

- Asesor estadístico: Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez.
- Pacientes que acuden al servicio de Geriátría del Hospital General de Zona con medicina familiar No2 del Instituto Mexicano del Seguro social durante el periodo de septiembre y octubre de 2019.

### 8.2. Materiales y financieros

Los materiales que se utilizaron en la investigación se encuentran en la tabla número 2, los materiales utilizados durante la investigación fueron financiados por el investigador principal.

**Tabla 2.** Material que será utilizado durante la investigación.

<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO NETO</b>
Paquete de hojas blancas (500 hojas)	4 paquetes	\$145.00	\$580.00
Lapicero de tinta negra (12 piezas)	1 caja	\$36.00	\$36.00
Impresora deskjet 3775	1 pieza	\$1,200.00	\$1,200.00
Tabla de apoyo de madera con clip	4 piezas	\$30.00	\$120.00
Computadora Laptop	1 pieza	\$7,000.00	\$7,000.00
		<b>TOTAL</b>	<b>\$8,936.00</b>

## 9. RESULTADOS

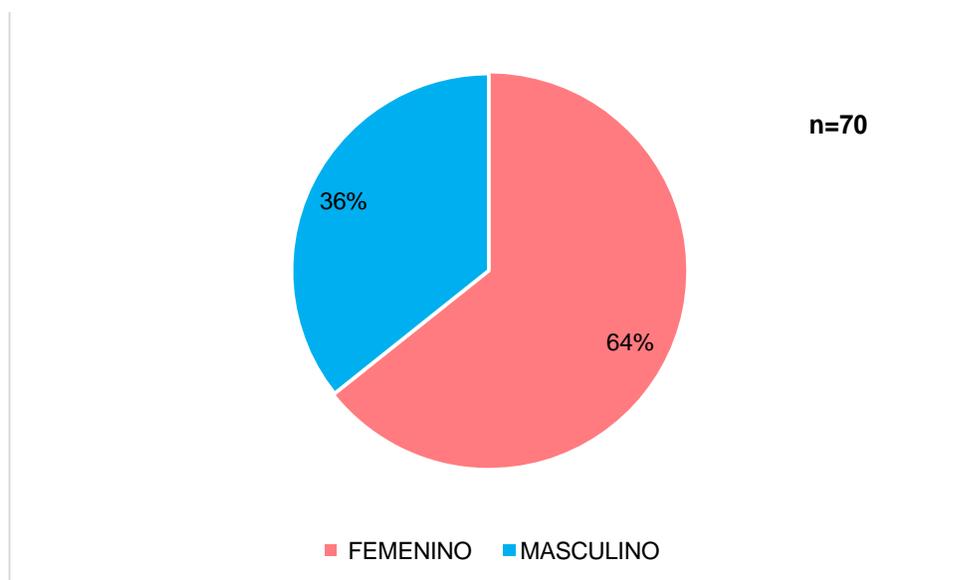
En esta sección se abordan los hallazgos del estudio acerca de la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del IMSS de San Luis Potosí. Se describen los aspectos sociodemográficos de las participantes a fin de caracterizar a la población de estudio; posteriormente se presentan los resultados obtenidos de la correlación de Pearson.

### 9.1 Aspectos sociodemográficos

#### 9.1.1 Sexo

En la gráfica 1 se observa la distribución por sexo de la población de adulto mayor de 60 años y más del Hospital General de Zona No.2 del IMSS que participó en el estudio de agosto a octubre de 2019. El 64% (45) son de sexo femenino y el 36% (25) son de sexo masculino.

**Gráfica 1.** Sexo de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

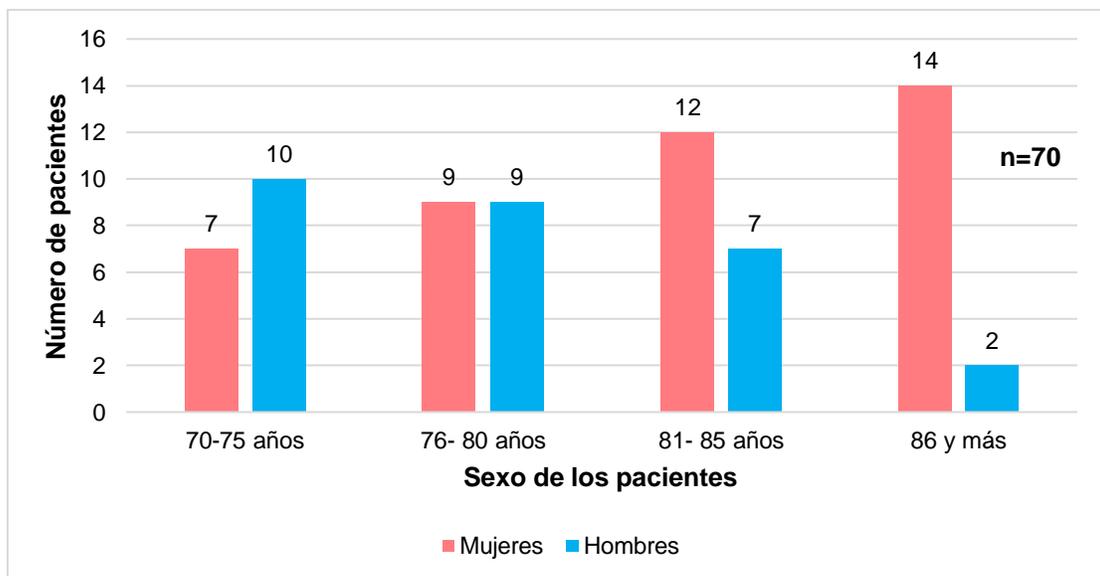


**Fuente:** Directa: Elaboración Propia.

### 9.1.2 Edad

El promedio de edad de los pacientes fue 80.7 años con un rango de 70 a 96 años, lo cual muestra el gran rango de edades a las que se puede encontrar la población que acude al servicio de geriatría. El 27.14% se encuentran en el grupo de población de los 81 a 85 años (gráfica 2), además, en el grupo de 86 años y más se encontró el mayor número de mujeres mientras que en este mismo grupo se encontró la menor proporción de hombres.

**Gráfica 2.** Rangos de edad de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

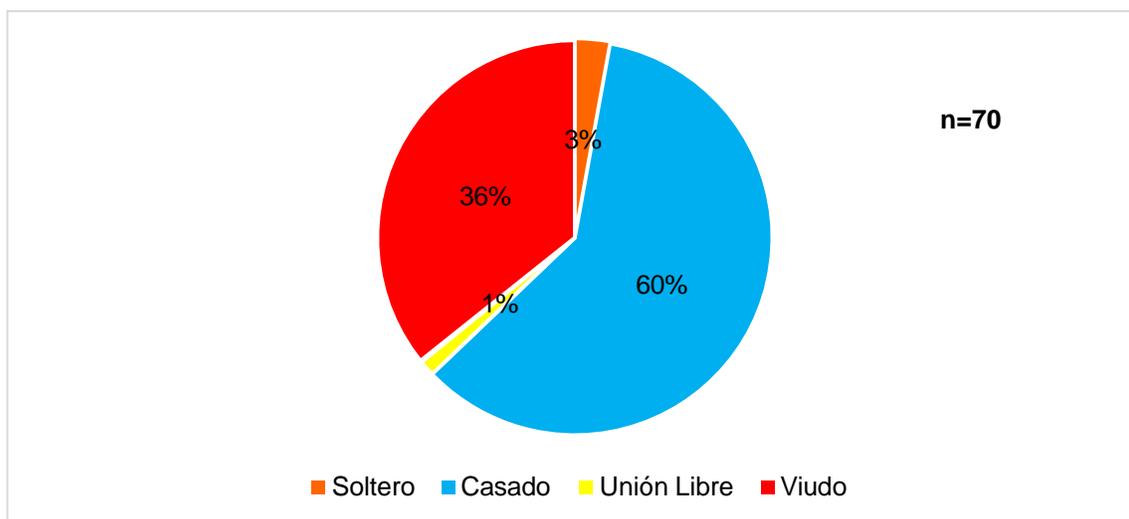


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

### 9.1.3. Estado civil

Sobre el estado civil el 60% (42) de los participantes están casados, el 3% (2) son solteros, el 36% (25) están viudos y el 1% (1) se encuentran en unión libre (gráfica 3).

**Gráfica 3.** Estado civil de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

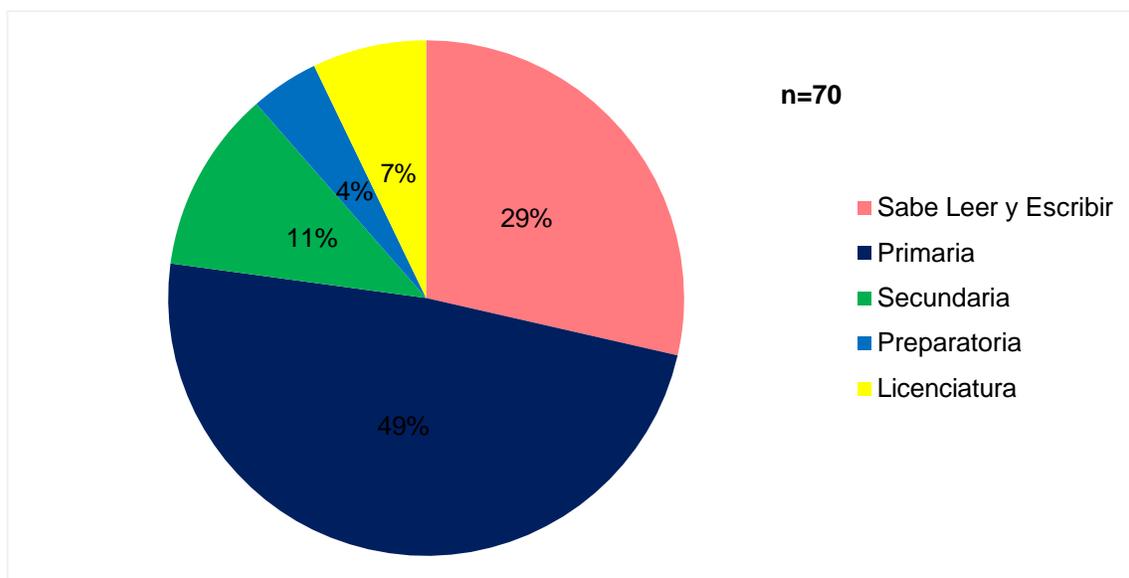


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

#### **9.1.4 Escolaridad**

El nivel académico de los 70 pacientes de la investigación, el 49% (34) tenían la primaria concluida, el 29% (20) saben solamente leer y escribir, el 11% (8) tienen la secundaria concluida, el 7% (5) cuentan con el grado de licenciatura y el 4% (3) con la preparatoria terminada (gráfica 4)

**Gráfica 4** Escolaridad de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

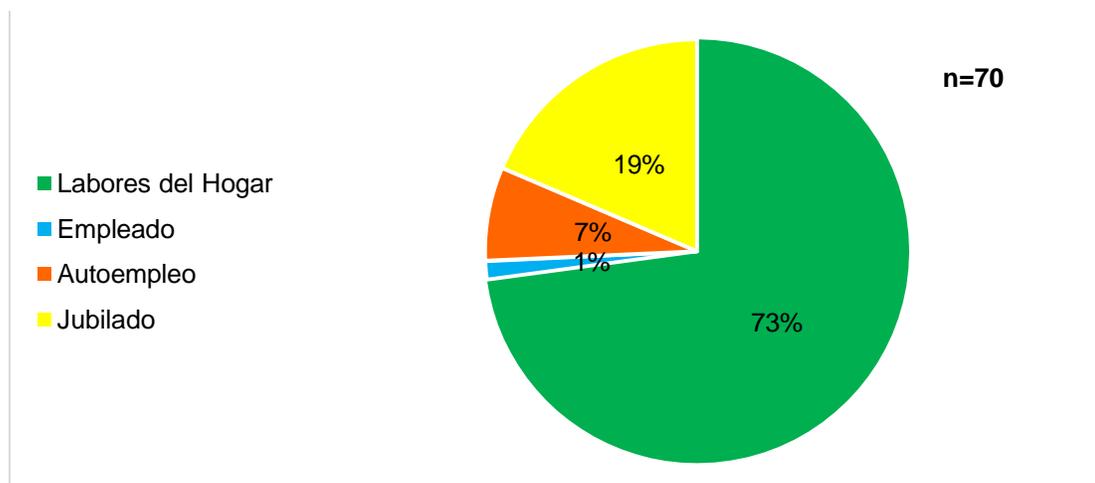


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

### 9.1.5 Ocupación

Respecto a la ocupación de los participantes, el 73% (51) se dedican a las labores del hogar, el 19% (13) son jubilados, el 7% (5) de los pacientes se dedican al autoempleo y el 1% son empleados (grafica 5).

**Gráfica 5.** Ocupación de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

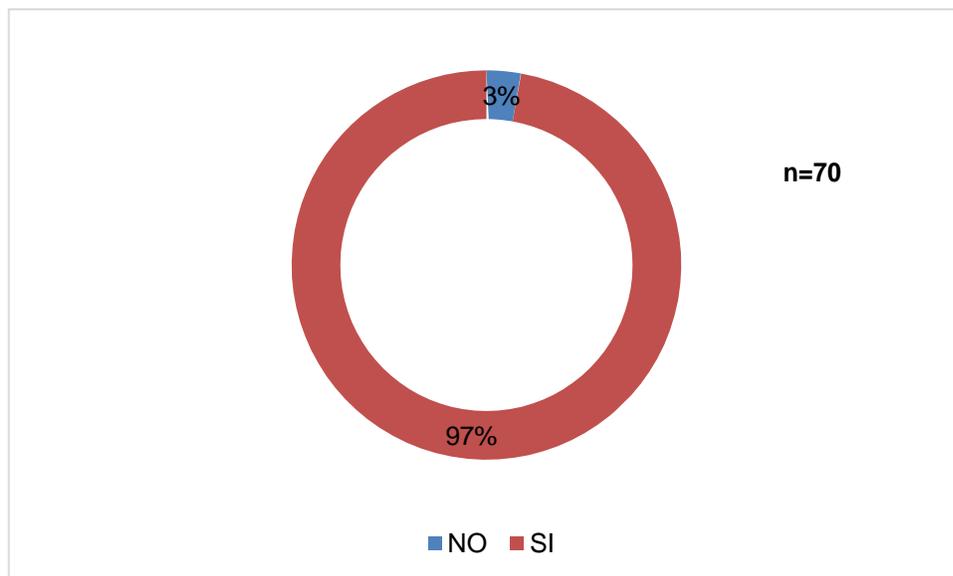


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

## 9.2 Comorbilidades

A los participantes en esta investigación se les pregunto si padecían alguna enfermedad a lo que el 97% (68) respondieron que sí, mientras que solo el 3% (2) respondieron que no.

**Gráfica 6.** Padece alguna enfermedad la población adulto mayor de 60 años y más del



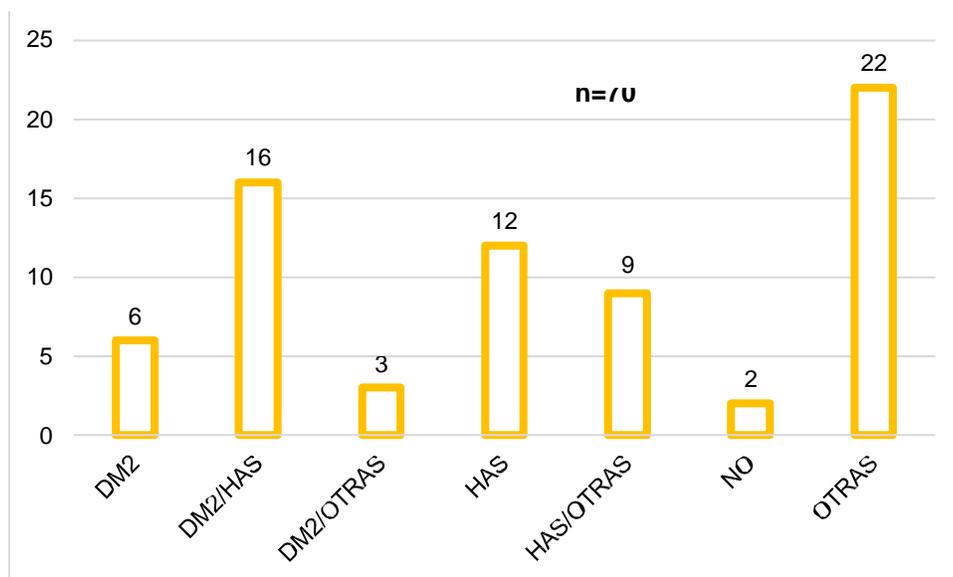
HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

n=70

Al indagar sobre el tipo de enfermedad que padecen los adultos mayores de 60 años y más, se encontró que el 31.43% (22) tenían otras enfermedades las cuales no mencionaron, el 22.86% (16) padecían DM2/HAS, el 17.14% (12) tenían hipertensión, el 12.82% (9) tienen hipertensión con otras enfermedades, el 8.57% (6) tienen DM2, el 4.29% (3) tienen DM2 y otra. Solamente el 2.86% (2) no tienen ninguna enfermedad (gráfica 7).

**Gráfica 7.** Enfermedades de la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre - octubre de 2019

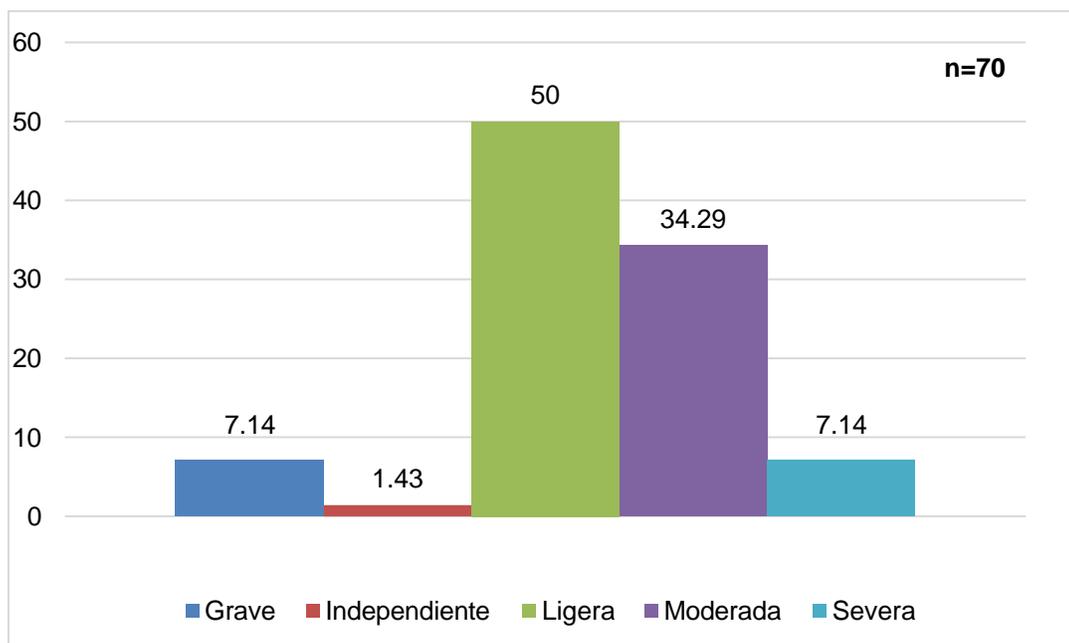


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

### 9.3 Índice de Barthel

Los resultados de aplicar el instrumento del índice de Barthel que valora la función física se muestran en la gráfica 8. El 50% (35) de los pacientes tuvieron un grado de dependencia ligera, el 34.29% (24) de los adultos mayores de 60 años tuvieron una dependencia moderada, el 7.14% (5) tenían una dependencia grave, el 7.14% (5) también tenían una dependencia grave y solo el 1.43% (1) tuvieron un nivel de dependencia considerado independiente.

**Gráfica 8.** Resultados del índice de Barthel la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

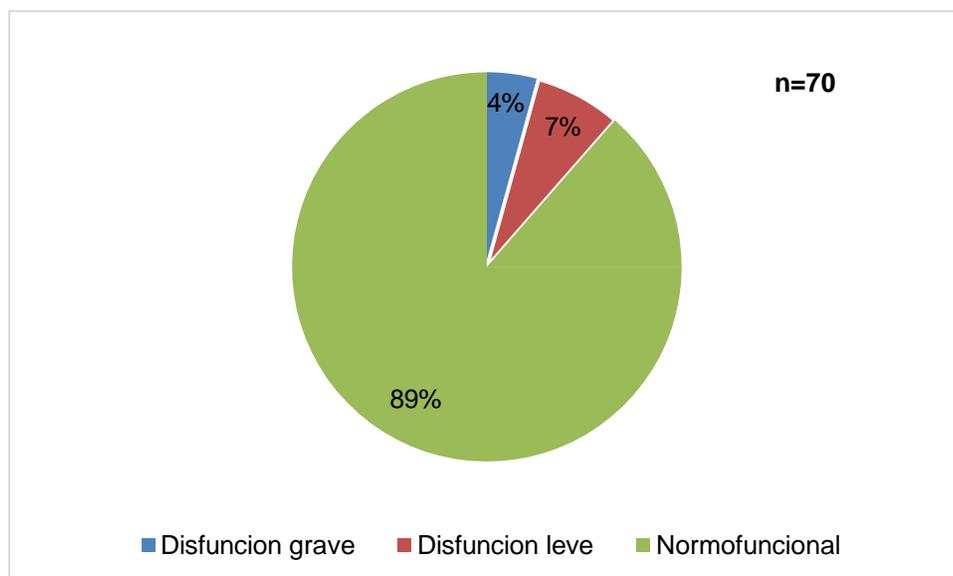


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

#### 9.4 Apgar Familiar

Se aplicó el cuestionario de la escala de Apgar familiar valora el estado funcional de la familia, en el cual los adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de geriatría respondieron su opinión respecto a los diferentes ítems que tiene el instrumento los datos se pueden observar en la gráfica 9. El 89% (62) de los pacientes tienen un estado familiar normofuncional, el 7% (5) de los pacientes tienen un estado familiar disfuncional leve y solo el 4% (3) tienen un estado familiar con disfunción grave.

**Gráfica 9.** Resultados de la escala de Apgar familiar en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019

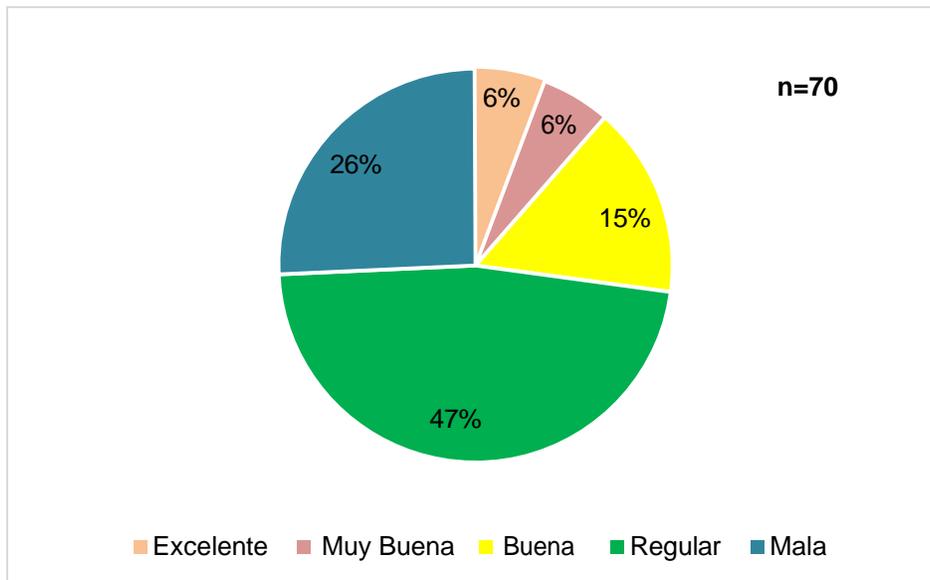


**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

### 9.5 Calidad de vida

Se aplicó el instrumento SF36 para conocer acerca de la calidad de vida de los pacientes de 60 años y más. En la gráfica 10 se presentan los resultados con respecto a la función física. El 47% (33) tienen una función física regular, el 26% (18) refieren tener una función física mala, el 15% (11) mencionan que es buena, el 6% (4) dicen que es excelente y el 6% (4) muy buena.

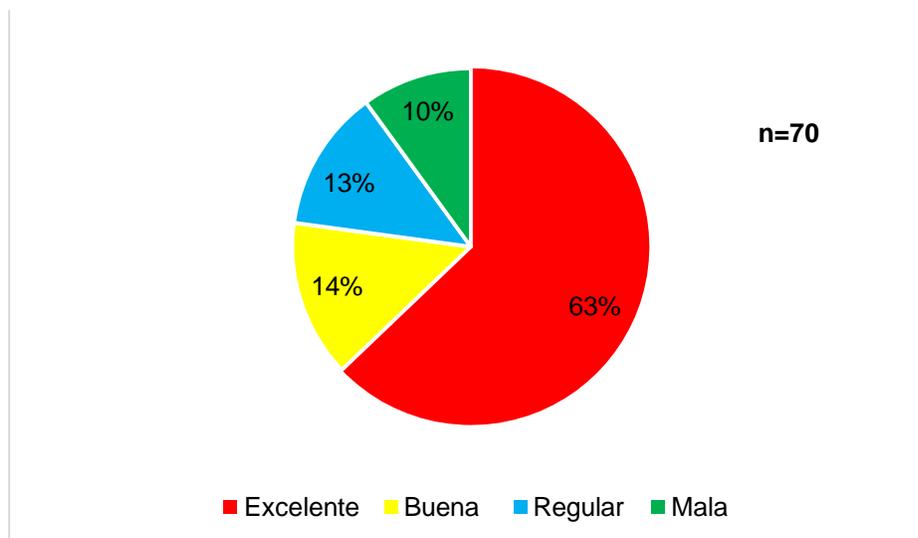
**Gráfica 10.** Función física del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Al abordar el rol físico el 63% (44) refieren tener este rol excelente, el 14% (10) mencionan que este rol es bueno, el 13% (9) comentan que es regular y el 10% (7) dicen que este rol físico es malo (gráfica 11).

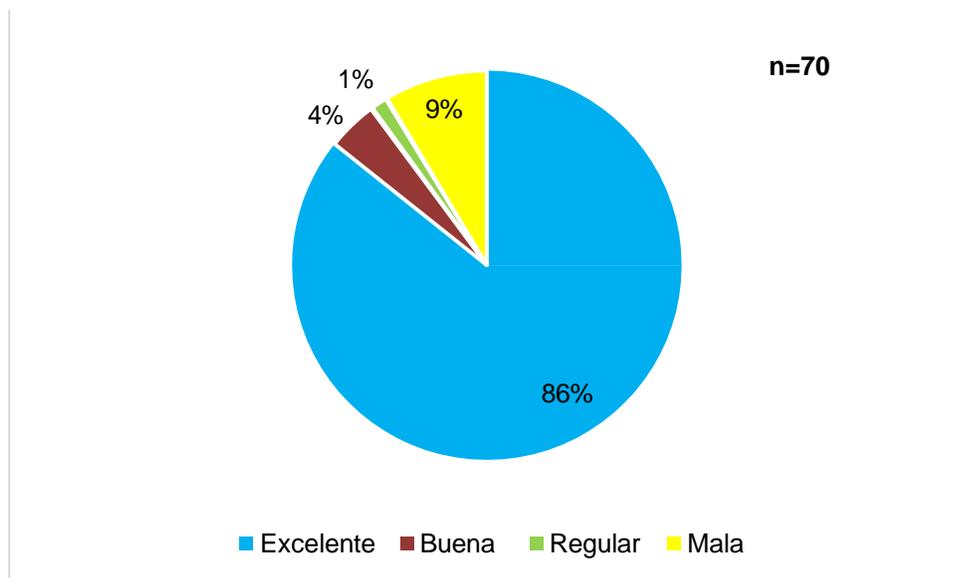
**Gráfica 11.** Rol físico del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Sobre el rol emocional de los pacientes mayores de 60 años y más, atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona No.2 del IMSS se encontró que el 86% (60) la perciben como mala, el 9% (6) refieren que es mala, el 4% (3) dicen que es buena y solo el 1% (1) comentan que es regular (gráfica 12).

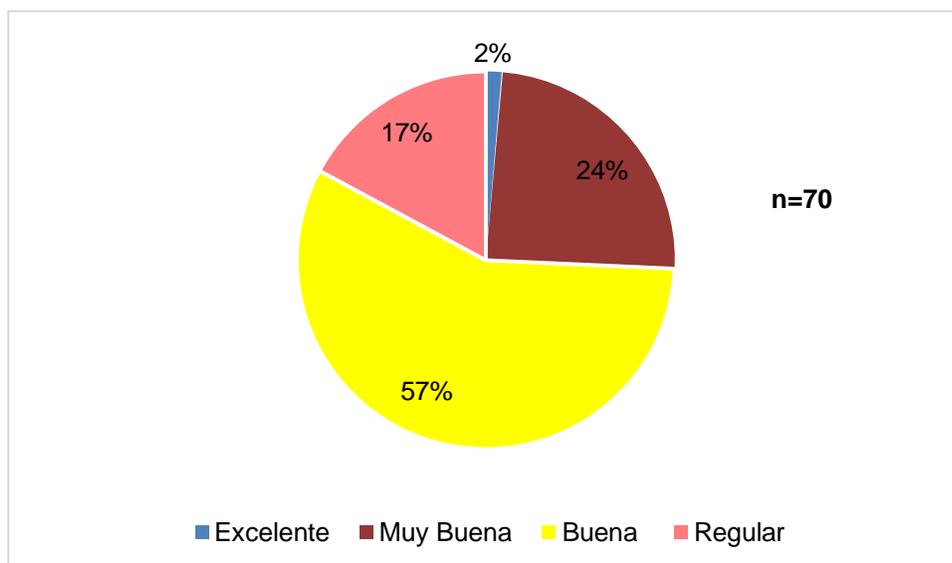
**Gráfica 12.** Rol emocional del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Sobre la vitalidad de los adultos mayores de 60 años, el 57% (40) la perciben como buena, el 24% (17) de los participantes en esta investigación comentan que su vitalidad es muy buena, el 17% (12) dicen que es regular y solo el 2% (1) de los pacientes dicen que es excelente, esto es importancia para esta investigación (gráfica 13).

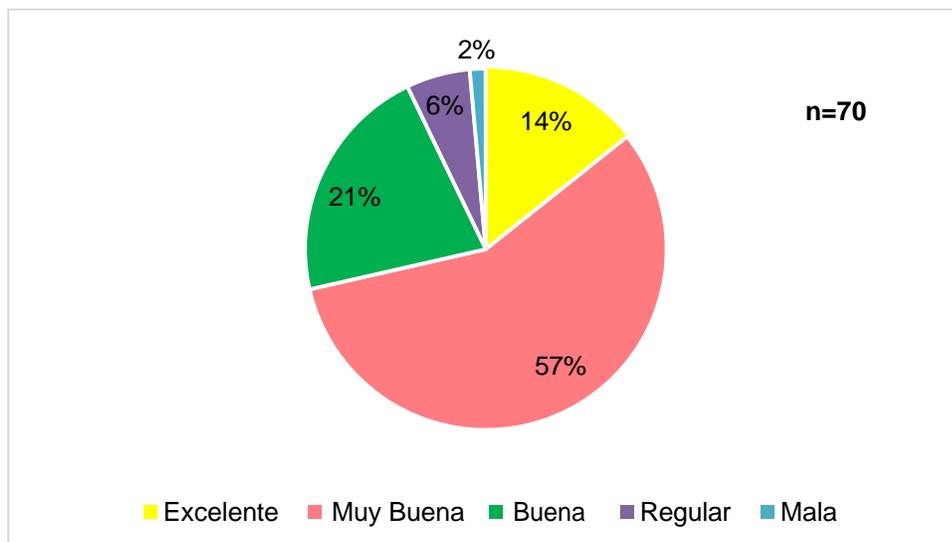
**Gráfica 13.** Vitalidad del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Al identificar sobre la salud mental de los participantes en la investigación el 57% (40) dicen que es muy buena, el 21% (15) refieren que es buena, el 14% (10) la mencionan como excelente, el 6% (4) como regular y solo el 2% (1) la perciben como mala (gráfica 14).

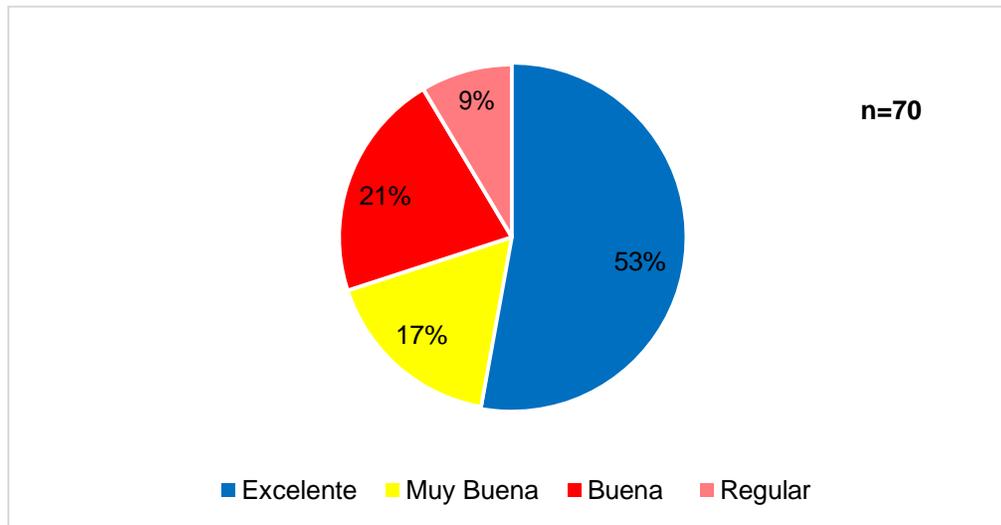
**Gráfica 14.** Salud mental del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Sobre la función social de los adultos mayores de 60 años y más, el 53% (37) refieren esta área como excelente, el 21% (15) la mencionan como buena, el 17% (12) dicen que es muy buena y solo el 9% (6) la perciben como regular (gráfica 15).

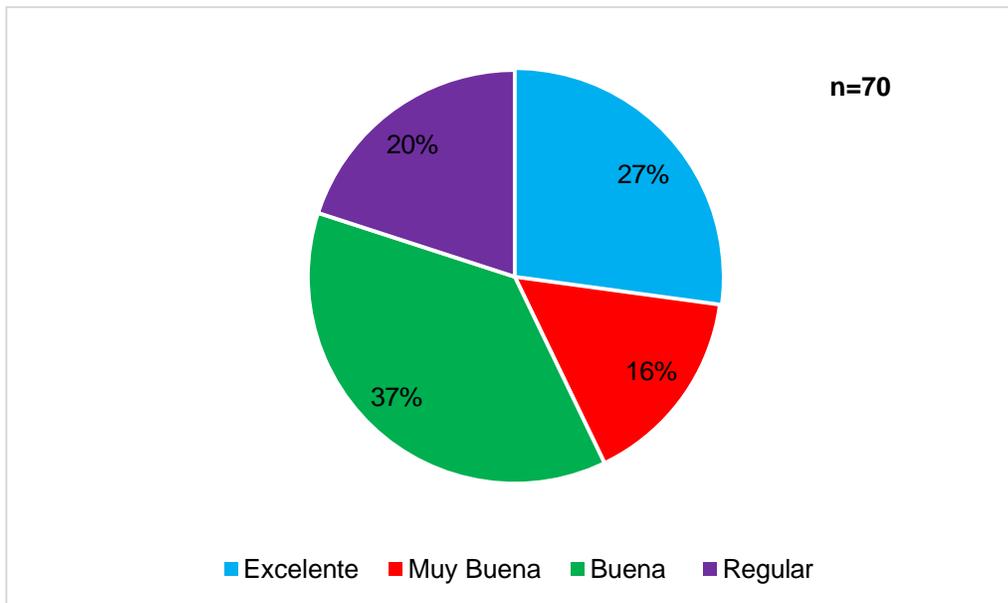
**Gráfica 15.** Función Social del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

Sobre el dolor corporal que perciben los adultos mayores de 60 años el 37% (26) refieren esta área buena, el 27% (19) como excelente, el 20% (14) como regular y el 16% (11) como muy buena (gráfica 16).

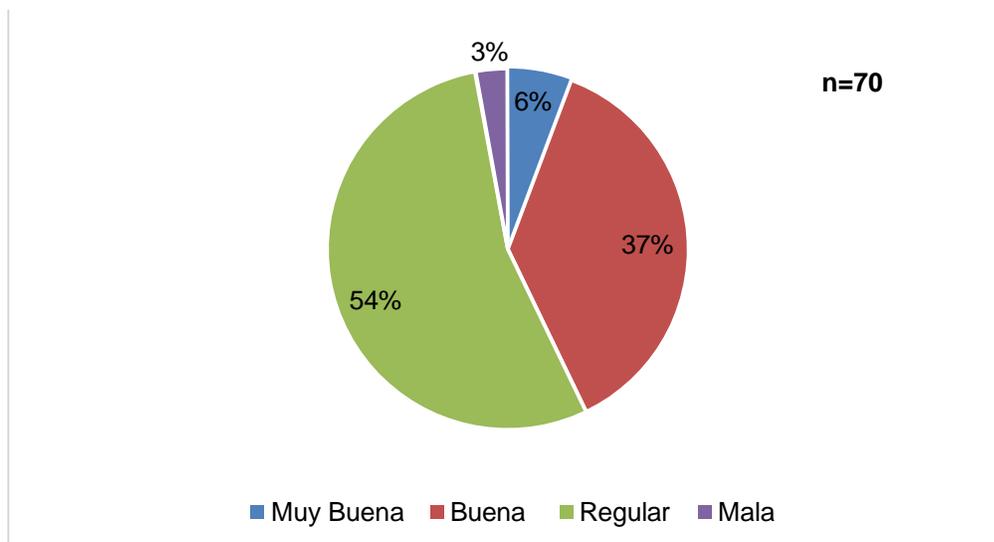
**Gráfica 16.** Dolor corporal del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

En cuanto a la salud general el 54% (38) refieren que es regular, el 37% (26) comentan que es buena, el 6% (4) comentan que es muy buena y el 3% (2) la refieren como mala (gráfica 17).

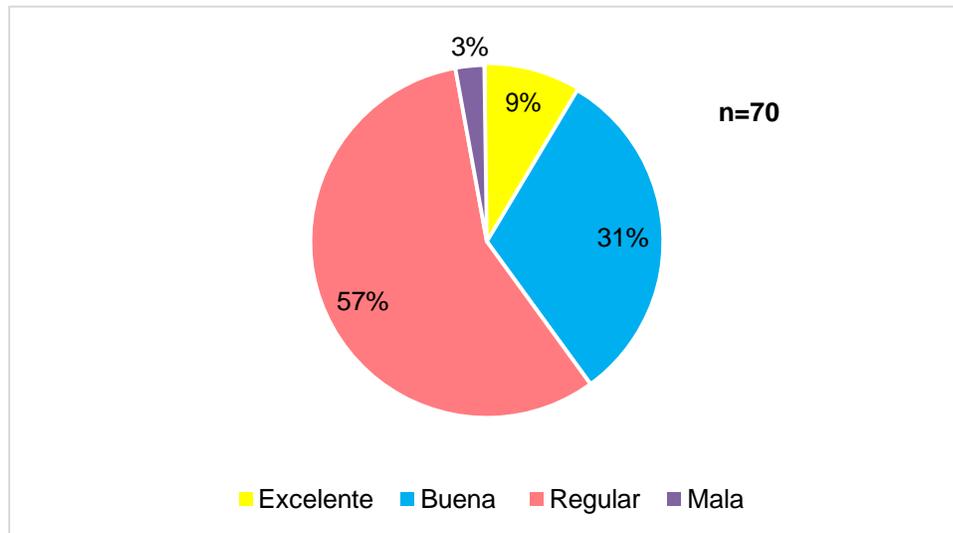
**Gráfica 17.** Salud general del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

En la gráfica 18 se muestran los resultados sobre los resultados de la transición de salud en donde el 57% (40) la mencionan como regular, el 31% (22) como buena, el 9% (6) la reportan como excelente y el 3% (2) dicen que es mala (gráfica 18).

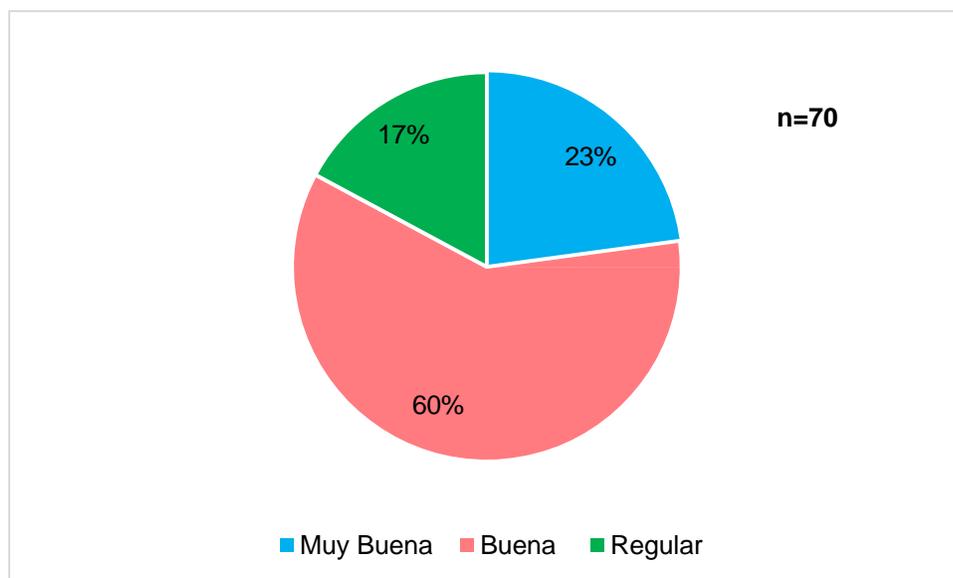
**Gráfica 18.** Transición de salud del instrumento SF36 en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

En cuanto al resultado final de calidad de vida de los adultos mayores de 60 años y más, del Hospital General de Zona No.2 del IMSS de San Luis Potosí el 60% (42) la refieren como buena, el 23% (16) mencionan que es muy buena y el 17% (12) dicen que es regular (gráfica 19).

**Gráfica 19.** Calidad de vida en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



**Fuente:** Directa. Elaboración Propia.

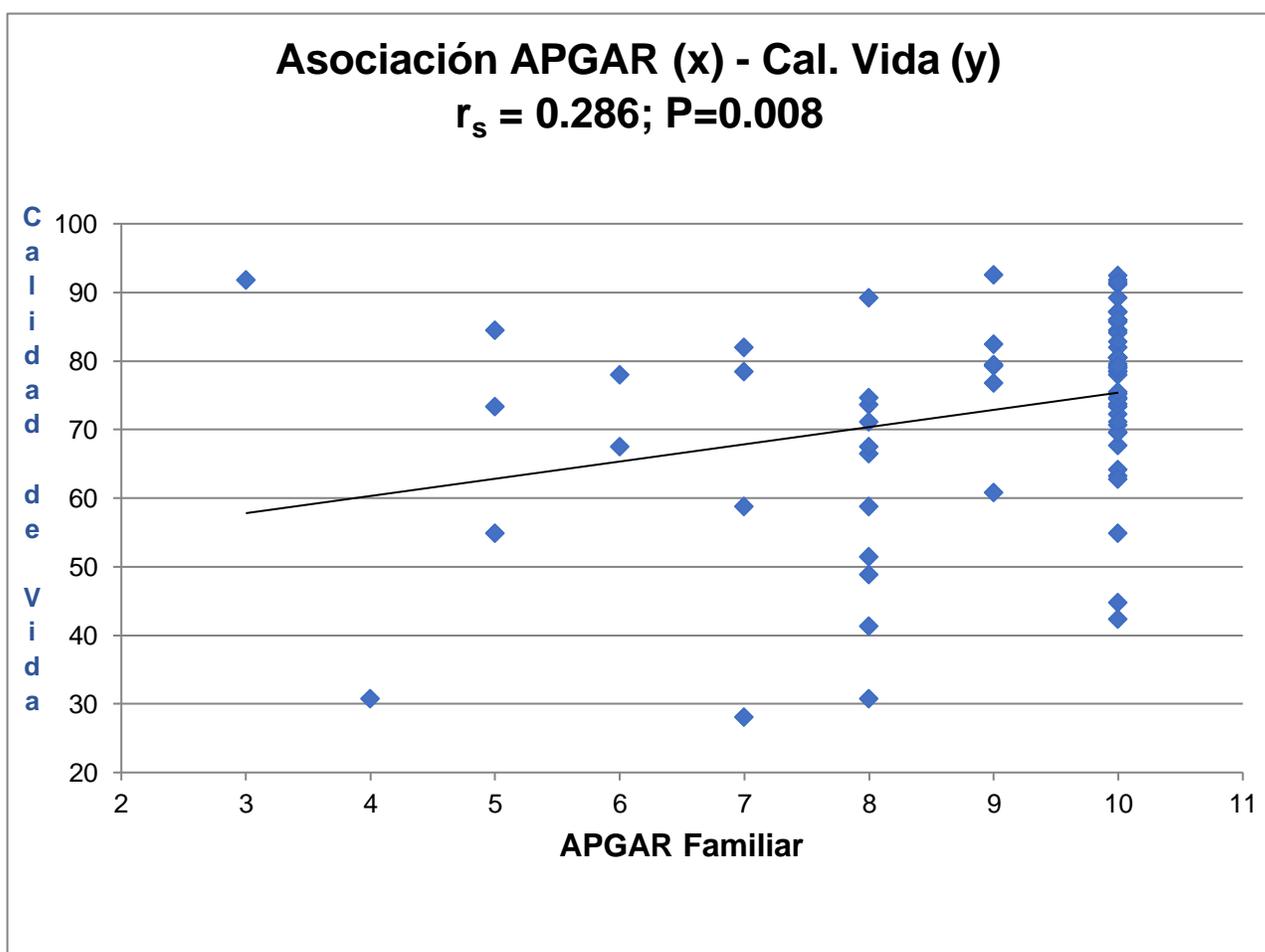
Para conocer si existe correlación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores de 60 años y más se realizó la prueba de Pearson en el programa SPSS en el cual se obtuvo el resultado de 2.390 y una  $P=0.098$  lo cual se interpreta de que a medida que aumenta la funcionalidad familiar aumenta la calidad de vida (tabla 3).

**Tabla 3.** Correlación de Pearson en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019.

Media de función familiar	Media de calidad de vida	Pearson	<i>P</i>
8.91	72.66	0.2390	0.0098

Se realiza coeficiente de Spearman para ver si existe correlación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores de 60 años y más en el cual se obtuvo el resultado de 0.286 y una  $p=0.008$  lo cual se interpreta de que a medida que aumenta la funcionalidad familiar aumenta la calidad de vida.

Correlación de Spearman en la población adulto mayor de 60 años y más del HGZ No.2 del IMSS durante el periodo septiembre- octubre de 2019



## 10. DISCUSIÓN

La funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años y más son importantes, ya que este grupo de la población es vulnerable por sus condiciones y cambios físicos. Es por lo anterior que esta investigación es de interés ya que el objetivo de esta investigación fue correlacionar la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.

El presente estudio revela que el 60% de los adultos mayores presenta buena calidad de vida y tiene relación con la función familiar 89%.

Respecto a la edad el promedio de edad en esta investigación fue de 80.7 años, lo cual difiere de lo reportado por Valdez-Huirache et al. (2018) en donde el promedio fue de 69.49 años<sup>46</sup>. En este mismo estudio la edad mínima fue de 60 años, esto difiere de lo reportado en esta investigación lo anterior quizás se deba a que la edad mínima de los pacientes para ser atendidos en el servicio de geriatría del HGZ No. 2 es de 70 años.

Es de interés mencionar que en esta investigación el número de las pacientes conforme aumenta la edad va en incremento, mientras que en los hombres es lo contrario conforme aumenta la edad disminuye la población. Lo anterior quizás se deba a que los hombres tienen mayor riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares respecto a las mujeres<sup>56, 57</sup>.

En esta investigación el mayor porcentaje de participantes fue el de las mujeres, lo cual es acorde a lo reportado por Valdez-Huirache et al. (2018) en donde el 53.5% de las participantes también fueron mujeres. Los resultados también están acordes a lo publicado por Troncoso-Pantoja et al. (2018) en donde se menciona que el 85% de las pacientes participantes son mujeres. Esto se relaciona con que la mujer presenta más apoyo social en comparación con los hombres<sup>58</sup>.

En el estudio de Saavedra-González et al. (2016) en su estudio donde evaluaron funcionalidad familiar el 52% eran mujeres mayores de 60 años con una media de 70.2 años<sup>59</sup>. Aunque estos resultados difieren de lo encontrado por Mayorga-Muñoz et al. (2019) en donde la mayor parte de los participantes eran hombres<sup>60</sup>.

Sobre el estado civil de adultos mayores de 60 años y más el mayor porcentaje de esta investigación eran casados al igual que lo mencionado por Valdez-Huirache et al. (2018) donde el 37.8% estaban casados al igual que el estudio de Merodio-Pérez et al. (2015) donde el 63.7% eran casados<sup>61</sup>. El que la mayor parte de las personas estén casadas se relaciona con una mayor calidad de vida, ya que una posible explicación es que las personas casadas tienen una mayor satisfacción por la vida, la salud mental y la satisfacción de la vida en el hogar, por lo tanto, el estar casado mejora la calidad de vida<sup>62</sup>.

Se sabe también que aquellas pacientes que las pacientes adultas mayores viudas pueden llegar a presentar dificultad para hacer frente a nuevas pérdidas, también llegan a presentar dificultades para el acceso a los recursos financieros y enfrentar un nuevo papel social. Aunque encuentran la manera de sobrevivir encontrando nuevos lazos sociales<sup>63</sup>.

El mayor porcentaje de adultos mayores en esta investigación solo tenían la primaria concluida, al igual que lo reportado por Valdez-Huirache et al. (2018) donde el 28% tenían la primaria como grado académico. También concuerda con lo reportado por Carrasco-Peña et al. (2013) en donde el 85% de los adultos mayores tenían la primaria concluida. Se sabe que la salud depende sustancialmente del nivel educativo de los adultos mayores<sup>64</sup>.

La ocupación de los participantes de esta investigación fue labores del hogar, lo anterior coincide con Besson et al. (2008) en donde mencionan las actividades domésticas se asocian con una reducción en la mortalidad por todas las causas en los adultos mayores<sup>65</sup>. En el estudio realizado por Guerrero- López et al. (2017) el 67.4% de los pacientes se dedicaban a las labores domésticas,

también mencionan que los pacientes que tienen una ocupación remunerada tienen un mejor desempeño social, pero aquellas amas de casa realizan mejor las actividades diarias<sup>66</sup>.

Dentro de las principales comorbilidades de los adultos mayores de 60 años y más en esta investigación se encontraron la DM2 y la HAS, esto es acorde a lo que menciona Piccirillo et al. (2009) en donde mencionan que entre los principales padecimientos de los adultos mayores de 60 años están la DM2 y la HAS, estas comorbilidades son más frecuentes en las mujeres y es más alta su prevalencia conforme aumenta la edad<sup>67</sup>.

Al evaluar la independencia funcional con el índice de Barthel en este estudio el mayor porcentaje fue de dependencia ligera, lo cual es acorde a lo publicado por Gupta et al. (2016) en donde los adultos mayores de India el 23.4% mostraban cierto grado de dependencia<sup>68</sup>. En el estudio de Hormozi et al. (2019) el 41.3% de los adultos mayores eran completamente independientes. Esta escala de utilidad al monitorizar la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores<sup>69</sup>.

Al analizar la funcionalidad familiar en esta investigación el mayor porcentaje se ubicó como normofuncional. En el estudio de Carrasco-Peña et al. (2013) la disfunción familiar se asocia a un estado de malnutrición en adultos mayores<sup>64</sup>. En el estudio de Vera et al. (2015) el 18.1% muestra una función familiar en adultos mayores de 60 años, esto indica que existe un mayor cuidado familiar para los adultos mayores de 60 años<sup>70</sup>.

Sobre la calidad de vida en esta investigación fue regular para la mayoría de los pacientes, este instrumento ya se ha reportado como un instrumento adecuado en los adultos mayores de 60 años para su uso en la investigación en gerontología<sup>28</sup>. Evaluar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen se ha vuelto cada vez más importante en las últimas décadas, con una mayor esperanza de vida<sup>71</sup>.

En este estudio se encontró que la funcionalidad familiar se correlaciona con la calidad de vida, esto concuerda con lo reportado por Rodríguez-Sánchez et al. (2011) en donde la funcionalidad familiar también se relaciona a una buena calidad de vida, ya que los adultos mayores de 60 años cuando perciben apoyo expresan su mejora tanto a nivel físico como a nivel emocional<sup>72</sup> Esto es acorde a lo reportado por Rabelo et al. (2015) en donde mencionan que el apoyo familiar puede tener un efecto positivo sobre la salud física y mental de las personas mayores, ya que fomenta el afrontamiento, fortalece el sistema inmunitario y contribuye a una sensación de control y bienestar<sup>73</sup>.

El apoyo familiar involucra relaciones complejas de dar y recibir asistencia, apoyo, compañía y afecto. Smilkstein describe la funcionalidad familiar en términos de cinco recursos: adaptabilidad, asociación, crecimiento, afectividad y capacidad resolutiva<sup>29</sup>. El estudio de Atkins et al. (2013) descubrió que la angustia psicológica era más alta, pero al mismo tiempo la calidad de vida era baja<sup>74</sup>.

## 11. CONCLUSIONES

- Hay una asociación estadísticamente significativa entre la función familiar y calidad de vida.
- A mayor nivel de funcionalidad familiar, mejor calidad de vida.
- Se observó asociación estadísticamente significativa entre la función geriátrica, y calidad de vida.

## 12. LIMITACIONES

1. En el servicio de Geriátría solo se atiende a pacientes mayores de 70 años, por lo que a pacientes de 60 años a 69 años no se ven en la consulta.
2. En la consulta en algunas ocasiones no acudían todos los pacientes citados.
3. No se alcanzó la muestra esperada de los pacientes por el tiempo que fue de Septiembre a Octubre 2019, y en Noviembre 2019 se inició el ServicioSocial.

### 13. PERSPECTIVAS

- Aumentar el tamaño de la muestra para obtener una población más representativa.
- El manejo de la vejez exitosa, junto con la funcionalidad familiar.
- Utilizar algunas otras escalas de valoración geriátrica para ampliar la información acerca de estos pacientes.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Urzúa, A., Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile* **2010**, 138 (3), 358-365.
2. Dorantes-Mendoza, G.; Ávila-Funes, J. A.; Mejía-Arango, S.; Gutiérrez-Robledo, L. M., Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública* **2007**, 22, 1-11.
3. Barrantes-Monge, M.; García-Mayo, E. J.; Gutiérrez-Robledo, L. M.; Miguel-Jaimes, A., Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *salud pública de méxico* **2007**, 49, s459-s466.
4. Fernández, S. S.; Avilés, A. G. P.; Castillo, Y. d. C. M., Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* **2009**, 14 (4), 161-172.
5. Zavala-González, M. A.; Domínguez-Sosa, G., Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* **2011**, 49 (6), 585-590.
6. Manrique-Espinoza, B.; Salinas-Rodríguez, A.; Moreno-Tamayo, K. M.; Acosta-Castillo, I.; Sosa-Ortiz, A. L.; Gutiérrez-Robledo, L. M.; Téllez-Rojo, M. M., Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *salud pública de méxico* **2013**, 55, S323-S331.
7. Loredó-Figueroa, M. T.; Gallegos-Torres, R. M.; Xequé-Morales, A. S.; Palomé-Vega, G.; Juárez-Lira, A., Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria* **2016**, 13 (3), 159-165.
8. Soria Romero, Z.; Montoya Arce, B. J., Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población* **2017**, 23 (93), 59-93.

9. González-Celis Rangel, A. L.; Lima Ortiz, L., Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento* 5 (15).
10. Peña-Marcial, E.; Bernal-Mendoza, L. I.; Reyna-Avila, L.; Pérez-Cabañas, R.; Onofre-Ocampo, D. A.; Cruz-Arteaga, I. A.; Silvestre-Bedolla, D. A., Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud* **2019**, 21 (2), 113-118.
11. Alvarado García, A. M.; Salazar Maya, Á. M., Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* **2014**, 25 (2), 57-62.
12. Organización Mundial de la S., Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. oms Ginebra: 2015.
13. Ana Maria, R. M.; Mirtha, Y. G. In *El envejecimiento activo. Una revisión bibliográfica*, 2018.
14. Albala, C.; Lebrão, M. L.; León Díaz, E. M.; Ham-Chande, R.; Hennis, A. J.; Palloni, A.; Peláez, M.; Pratts, O., Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública* **2005**, 17, 307-322.
15. Antolín, R. P.; García, A. A. In *Envejecimiento y dependencia*, 2006; pp 3-9.
16. Peña, M. d. C. G.; Robledo, L. M. G.; Lopera, V. A., *Geriatría para el médico familiar*.. Editorial El Manual Moderno: 2012.
17. Robles-Espinoza, A. I.; Rubio-Jurado, B.; la Rosa-Galván, D.; Vanessa, E.; Nava-Zavala, A. H., Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente* **2016**, 11 (3), 120-125.
18. Fernández-López, J. A.; Fernández-Fidalgo, M.; Cieza, A., Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva

de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública* **2010**, *84*, 169-184.

19. García, F., Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca. *Universidad Autónoma del Estado de México*, Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799.67659> **2014**, 11799, 67659.

20. González, Q. N., Funcionalidad familiar en adolescentes de nivel medio y medio superior. **2004**.

21. Astudillo, C.; Alvarado, L.; Sánchez, J.; Encalada, L., Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay, Cuenca, 2013. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca* **2017**, *35* (1), 30-38.

22. Rodríguez, J. R. R.; Tabares, V. Z.; Jiménez, E. S.; López, R. S.; Ramos, M. d. C. C., Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud* **2014**, *9* (1), 35-41.

23. Vera, M. In *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*, 2007; UNMSM. Facultad de Medicina: pp 284-290.

24. Urzúa, A.; Caqueo-Urizar, A., Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* **2012**, *30* (1), 61-71.

25. Ln, F., Asociación de la Satisfacción con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implantoasistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado. post grado. *Santiago: Universidad de Chile, Departamento de patología y medicina oral, protesis* **2014**.

26. Cabanach, R. G.; Arias, A. V.; Fernández, R. A.; Rivera, F. F., CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR Y SALUD.

27. Solís, C. L. B.; Arrijoja, S. G.; Manzano, A. O., Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica* **2005**, 4 (1-2), 81-5.
28. Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, J. M.; Santed, R.; Valderas, J. M.; Domingo-Salvany, A.; Alonso, J., El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria* **2005**, 19, 135-150.
29. Smilkstein, G., The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract* **1978**, 6 (6), 1231-9.
30. Smilkstein, G.; Ashworth, C.; Montano, D., Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* **1982**, 15 (2), 303-311.
31. Gómez Clavelina, F. J.; Ponce Rosas, E. R., Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Atención familiar* **2010**, 17 (4).
32. Rodríguez, E.; Gea, A.; Gómez, A.; García, J. M., Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Atención primaria* **1996**, 17, 22-36.
33. De La Revilla, L.; Aybar, R.; De los Ríos, A.; Castro, J. A., Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención primaria* **1997**, 19, 133-137.
34. De la Revilla, L.; Fleitas, L.; Cavaille, E.; Cubillo, J., La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* **1990**, 7 (11), 710-712.
35. Chen, Y. C.; Hsu, C. C.; Hsu, S. H.; Lin, C. C., A preliminary study of family APGAR index. *Acta Paediatrica Sinica* **1980**, 21 (3), 210-217.
36. Bellón, J. A.; Delgado, A.; Luna del Castillo, J. D.; Lardelli, P.; Delgado, J.; Luna, J. D.; Lardelli-Claret, P., Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. **1996**.

37. Bruno, F.; Alemán, J. A. In *Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales*, 2016; CESNOVA.
38. Campos, F. R., Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica* **2001**, (16), 83-104.
39. World Health, O., ¿ Qué Repercusiones Tiene el Envejecimiento Mundial en la Salud Pública.
40. De la Fuente-Bacelis, T. J.; Quevedo-Tejero, E. C.; Jiménez-Sastré, A.; Zavala-González, M. A., Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en medicina familiar* **2010**, 12 (1), 1-4.
41. Varela Pinedo, L. F., Salud y calidad de vida en el adulto mayor. SciELO Public Health: 2016.
42. González Rodríguez, R.; Cardentey García, J., El envejecimiento social: presente y futuro. *Medicentro Electrónica* **2016**, 20 (3), 241-242.
43. Quezada, M.; de las Nieves, J.; Paredes, O.; Friday, C.; Rivas Arenas, S. M., Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Revista Cubana de Enfermería* **2017**, 33 (1), 18-30.
44. Carrasco-Peña, K. B.; Tene, C. E.; Elizalde, A. M., Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* **2015**, 53 (1), 14-19.
45. Poblete-Troncoso, M.; Piña-Morán, M., Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los roles sociales en las personas mayores. *Gerokomos* **2019**, 30 (3), 130-132.
46. Valdez-Huirache, M. G.; Álvarez-Bocanegra, C., Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario* **2018**, 17 (2), 113-121.

47. Castilla, H. A.; Caycho, T. P.; Shimabukuro, M.; Valdivia, A. A., Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones* **2014**, 2 (1), 49-78.
48. Lamas, M., Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. **2000**.
49. Vargas, E.; Espinoza, R., Tiempo y edad biológica. *Arbor* **2013**, 189 (760), 022.
50. Lepin Molina, C., Los nuevos principios del derecho de familia. *Revista chilena de derecho privado* **2014**, (23), 9-55.
51. Alvarez, E.; Gómez, S.; Muñoz, I.; Navarrete, E.; Riveros, M. E.; Rueda, L.; Salgado, P.; Sepúlveda, R.; Valdebenito, A., Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* **2007**, (7), ág-76.
52. Viñao, A., La escuela y la escolaridad como objetos históricos. Facetas y problemas de la historia de la educación. *Espacios en Blanco. Revista de Educación* **2008**, 18, 39-78.
53. Santoro-Lamelas, V., La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública* **2016**, 18, 530-542.
54. De Salud, L. G.; Unico, C., Ley General de Salud. *Octavo bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Capítulo II, Artículo* **2012**, 166.
55. Mundial, A. M., Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. **2019**.

56. Eskes, T.; Haanen, C., Why do women live longer than men? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **2007**, *133* (2), 126-133.
57. Ginter, E.; Simko, V., Women live longer than men. *Bratislavske lekarske listy* **2013**, *114* (2), 45-49.
58. Troncoso Pantoja, C.; Soto-López, N., Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizonte Médico* **2018**, *18* (1), 23-28.
59. Saavedra-González, A. G.; García-de León, Á.; Duarte-Ortuño, A.; Bello-Hernández, Y. E.; Infante-Sandoval, A., Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar* **2016**, *23* (1), 24-28.
60. Mayorga-Muñoz, C.; Gallardo-Peralta, L.; Galvez-Nieto, J. L., Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chile* **2019**, *147*, 1283-1290.
61. Pérez, Z. M.; Acuña, V. R.; Serrano, A. M., Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte sanitario* **2015**, *14* (1), 14-20.
62. Gutiérrez-Vega, M.; Esparza-Del Villar, O. A.; Carrillo-Saucedo, I. C.; Montañez-Alvarado, P., The possible protective effect of marital status in quality of life among elders in a US-Mexico border city. *Community mental health journal* **2018**, *54* (4), 480-484.
63. Perkins, J. M.; Lee, H.-y.; James, K. S.; Oh, J.; Krishna, A.; Heo, J.; Lee, J.-k.; Subramanian, S. V., Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC public health* **2016**, *16* (1), 1032.

64. Carrazco-Peña, K. B.; Tene, C. E.; Elizalde, A. M., Family dysfunction and malnutrition in the elderly. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* **2015**, 53 (1), 14-19.
65. Besson, H.; Ekelund, U.; Brage, S.; Luben, R.; Bingham, S.; Khaw, K.-T.; Wareham, N. J., Relationship between subdomains of total physical activity and mortality. *Medicine & Science in Sports & Exercise* **2008**, 40 (11), 1909-1915.
66. Guerrero-López, J. B.; Cabrera, D. M.; del Carmen Lara-Muñoz, M.; García, R. O., Evaluation of quality of life and depression in patients with rheumatoid arthritis in a General Hospital. *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)* **2017**, 24 (4), 199-204.
67. Piccirillo, J. F.; Vlahiotis, A.; Barrett, L. B.; Flood, K. L.; Spitznagel, E. L.; Steyerberg, E. W., The changing prevalence of comorbidity across the age spectrum. *Critical reviews in oncology/hematology* **2008**, 67 (2), 124-132.
68. Gupta, S.; Yadav, R.; Malhotra, A. K., Assessment of physical disability using Barthel index among elderly of rural areas of district Jhansi (UP), India. *Journal of family medicine and primary care* **2016**, 5 (4), 853.
69. Hormozi, S.; Alizadeh-Khoei, M.; Sharifi, F.; Taati, F.; Aminalroaya, R.; Fadaee, S.; Angooti-Oshnari, L.; Saghebi, H., Iranian version of barthel index: validity and reliability in outpatients' elderly. *International journal of preventive medicine* **2019**, 10.
70. Vera, I.; Lucchese, R.; Nakatani, A. Y. K.; Pagotto, V.; Montefusco, S. R. A.; Sadoyama, G., Family functionality in oldest old household residents. *Revista brasileira de enfermagem* **2015**, 68 (1), 68-75.
71. Saccomann, I. C. R. d. S.; Cintra, F. A.; Gallani, M. C. B. J., Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. *Sao Paulo Medical Journal* **2010**, 128 (4), 192-196.

72. Rodríguez-Sánchez, E.; Pérez-Peñaranda, A.; Losada-Baltar, A.; Pérez-Arechaederra, D.; Gómez-Marcos, M. Á.; Patino-Alonso, M. C.; García-Ortiz, L., Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC family practice* **2011**, *12* (1), 19.
73. Rabelo, D. F.; Neri, A. L., The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **2015**, *18* (3), 507-519.
74. Atkins, J.; Naismith, S. L.; Luscombe, G. M.; Hickie, I. B., Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. *BMC psychiatry* **2013**, *13* (1), 249.

## 15. ANEXOS

### 15.1 Aprobación por el comité de ética



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2402.  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 24 028 082

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072

FECHA Lunes, 19 de agosto de 2019

Dr. Jorge Gabriel Andrade Bautista

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ S.L.P." que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

[Imprimir](#)

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## 15.2 Consentimiento Informado



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ S.L.P."
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No.2. San Luis Potosí, S.L.P. Septiembre 2019 – Octubre 2019
Número de registro:	R-2019-2402-031
Justificación y objetivo del estudio:	Las relaciones familiares son importantes como redes de apoyo en pacientes de la tercera edad. El objetivo de Determinar la relación entre Funcionalidad Familiar y Calidad De Vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del hospital general de zona con medicina familiar no. 2. del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P.
Procedimientos:	El investigador para medir la funcionalidad aplicara instrumentos (APGAR Familiar, Índice de Berthel,) y posteriormente se aplica escala SF36 para medir calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo, ya que solamente se aplicará un cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se identificará el funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes de la tercera edad en San Luis Potosí, se realizará un análisis de los datos para la posible implementación de estrategias que permitan mejorar estas redes de apoyo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Al término del estudio se difundirán los resultados.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respeto a mi permanencia en el mismo.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): no aplica	
Beneficios al término del estudio:	Derivación oportuna de pacientes con mala calidad de vida, percepción de disfunción familiar, funcionalidad geriátrica o factores de riesgo importantes a los servicios necesarios para mejorar su calidad de vida y funcionalidad familiar.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor  
o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

---

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

---

Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

### 15.3 Instrumentos Utilizados

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**“INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CORRELACIONAR  
LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES DE 60 AÑOS Y MAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE  
GERIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA  
FAMILIAR NO.2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN  
LUIS POTOSI, S.L.P”.**

El siguiente cuestionario tiene el propósito de recolectar datos que nos orienten a conocer, la funcionalidad familiar, así como el nivel de calidad de vida que tienen los pacientes Adultos Mayores de 60 años y más que son atendidos en el servicio de Geriatria en el HGZ con Medicina Familiar N° 2 del IMSS.

Instrucciones: Lea cuidadosamente lo que se le solicita y conteste con letra o número en el espacio asignado.

**I. Datos generales de la Unidad**

Unidad de Medicina Familiar: \_\_\_\_\_ Municipio:  
\_\_\_\_\_

**II. Datos generales del paciente**

NOMBRE \_\_\_\_\_

Domicilio Calle: \_\_\_\_\_

Número interior o exterior: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

**III. Datos sociodemográficos**

1.-SEXO \_\_\_\_\_

2.-Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuál es su estado civil

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. Soltero | 3. Unión Libre |
| 2. Casado  | 4. Viudo       |



4.- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- 1. Sabe Leer y escribir
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria
- 5. Licenciatura o Posgrado

5.- ¿Actualmente cuál es su ocupación?

- 1. Labores del hogar
- 2. Empleado
- 3. Autoempleo
- 4. Profesionista
- 5. Jubilado

6.- ¿Padece alguna enfermedad?

- 1. SI
- 2. NO

7.- ¿Qué tipo de enfermedad?

- 1. DM2
- 2. HAS
- 3. OTRAS

Índice de Barthel	
Función a evaluar	Puntuación
<b>COMER</b>	
Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
Necesita ayuda para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	5
Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
<b>LAVARSE (BAÑARSE)</b>	
Independiente. Capaz de lavarse entero sin estar una persona presente. Incluye entrar y salir del baño	5
Dependiente. Necesita ayuda o supervisión	0
<b>VESTIRSE</b>	
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
Dependiente	0
<b>ASEO PERSONAL, ARREGLARSE</b>	
Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona	5
Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
<b>DEPOSICIÓN</b>	
Continente. Ningún episodio de incontinencia	10
Accidente ocasional. Menos de una vez por semana, o necesita ayuda, enemas o supositorios	5
Incontinente	0
<b>MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior)</b>	
Continente. Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo	10
Incontinente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos	5
Incontinente	0
<b>IR AL RETRETE</b>	
Independiente. Entra y sale solo, y no necesita ayuda de otra persona	10
Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	5
Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda	0
<b>TRASLADO SILLÓN-CAMA (transferencia)</b>	
Independiente. No precisa ayuda	15
Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física	10
Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	5
Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponerla y quitarla solo	15
Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador	10
Independiente (en silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisión	5
Dependiente	0
<b>USO DE ESCALERAS</b>	
Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona	10
Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión	5
Dependiente. Incapaz de salvar escalones	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

### PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR .

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6
- Disfuncional grave: 0-2

#### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

## Cuestionario de Salud SF-36

### **SUBRAYE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

**1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala**

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

**1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año**

**3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año**

**5 Mucho peor ahora que hace un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU  
TRABAJO O EN SUS  
ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades

cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho**

**6 Sí, muchísimo**

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces  
5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces  
5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces  
5 Sólo alguna vez 6 Nunca**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez**

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5**

**Totalmente falsa**

34. Estoy tan sano como cualquiera.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5**

**Totalmente falsa**

35. Creo que mi salud va a empeorar.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5**

**Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5**

**Totalmente falsa**

### 15.4 Cronograma de Actividades

N o	ACTIVIDAD /MES	no v- 18	di c- 18	en e- 19	fe b- 19	ma r- 19	ab r- 19	ma y- 19	ju n- 19	ag o- 19	se p- 19	oc t- 19	no v- 19	di c- 19
1	Revisión de bibliografía													
2	Introducción													
3	Planteamiento del problema y justificación													
4	Marco teórico													
5	Hipótesis y objetivos													
6	Desarrollo del diseño metodológico													
7	Consideraciones éticas y legales													
8	Someter al comité de ética el protocolo													
9	Aplicación del instrumento													
10	Captura y descripción de datos													
11	Análisis y discusión de datos													
12	Elaboración del informe del proyecto													
13	Presentación del informe													

## 15.6 Glosario

**Edad:** Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la consulta médica.

**Estado civil:** Situación de las pacientes al acudir a consulta determinada por sus relaciones de familia.

**Escolaridad:** Grado de estudios que tiene la paciente hasta el momento de acudir a la consulta. Para tomarse en cuenta el grado, este tiene que estar finalizado.

**Ocupación:** Labor que desempeña la paciente actualmente.