



Universidad Veracruzana

---

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE**  
**UMF 61 VERACRUZ, VER.**

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
ACORDE A SU DEPENDENCIA FISICA**

**TESIS**

**PARA RECIBIR EL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

**Dr. Jorge Vidal López Cruzado**

**Médico Residente de 3er año del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar**

**ASESOR**

**Dra. Tania Korina Flores Rodríguez**

**Médico Especialista en Medicina Familiar**

**Dra. Sonia Irma Rojas Carrera**

**Especialista en Medicina Familiar**

**FEBRERO 2020**

**AUTORIZACIÓN PARA IMPRESIÓN**

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
ACORDE A SU DEPENDENCIA FISICA**

**Número de Registro: R-2020-3007-004**

**AUTOR:**

**DR. JORGE VIDAL LÓPEZ CRUZADO**

**DRA. EOS VIRGINIA MARTÍNEZ MONTANÉ**

**COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61**

**VERACRUZ, VER. FEBRERO 2020**

## INDICE

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Material y métodos	12
Resultados	15
Discusión	21
Conclusión	22
Bibliografía	23
Anexos	26
Consentimiento informado	26
Instrumento de recolección	28
Índice de Barthel	29
Cuestionario MOSS	30

## RESUMEN

**Título.** Clima social familiar en el adulto mayor acorde a su dependencia física.

**Introducción.** Dentro de los factores que son contemplados en el apoyo del adulto mayor para que mejore su grado de dependencia se encuentra a la familia, el cual motiva al Adulto Mayor a sus actividades de autocuidado, pero puede existir dependencia física que motive un ambiente familiar inadecuado.

**Objetivo.** Identificar el clima social familiar en el adulto mayor acorde a su dependencia física.

**Material y métodos.** Diseño transversal, prospectivo y descriptivo en la población del adulto mayor, según dependencia física. Aplicando Índice de Barthel, que evaluó la gravedad de la dependencia funcional y el cuestionario ambiente familiar de MOSS, que estudia el desarrollo, las relaciones y la estabilidad en la familia. Se analizó con estadística descriptiva y U de Mann Whitney.

**Resultados.** 363 pacientes cumplieron la selección para este estudio, edad de  $65.6 \pm 4.4$  años, sexo femenino con 235 (65%), cursando con primaria 147 (40.5%), eran casados 279 (76.9%). Familia nuclear en 211 (58.1%), se observó la hipertensión arterial sistémica en 180 (49.6%). Se mostraron con dependencia 346 (95%), siendo dependiente moderado 287 (79.1%). En el dominio relaciones del subítems conflictos, el grupo dependiente promedió  $2.3 \pm 1.7$  y el independiente  $1.0 \pm 1.1$ ,  $p < 0.002$ . En el dominio desarrollo en subítems recreación se observó una puntuación de  $3.8 \pm 2.5$  del grupo dependiente y de  $5.4 \pm 2.8$  del independiente,  $p < 0.014$ .

**Conclusión.** Se encontró ambiente familiar con mayores puntuaciones en dependientes de conflictos y menores en recreación.

**Palabras clave:** Paciente, familia, conflicto.

## ABSTRACT

**Title.** Family environment in the elderly according to physical dependence in the UMF 61.

**Introduction.** Among the factors that are contemplated in the support of the elderly to improve their degree of dependence is the family, which motivates the Elderly to their self-care activities, but there may be physical dependence that motivates an inappropriate family environment.

**Objective.** Identify the family environment in the elderly according to physical dependence.

**Material and methods.** Cross-sectional, prospective and descriptive design was carried out in the population of the elderly, according to physical dependence. Answer the Barthel Index questionnaires, which assessed the severity of functional dependence and the MOSS family environment questionnaire, which studies development, relationships and stability in the Higher. It was analyzed with descriptive statistics and Mann Whitney U, with significance of  $p < 0.05$  and with statistical package SPSSv24.0.

**Results.** 363 patients fulfilled the selection for this study, age  $65.6 \pm 4.4$  years, female gender with 235 (65%), attending primary school 147 (40.5%), 279 were married (76.9%). Nuclear family in 211 (58.1%), systemic arterial hypertension was observed in 180 (49.6%). 346 (95%) were shown to be dependent, with 287 (79.1%) being moderately dependent. In the relations domain of the conflict sub-items, the dependent group averaged  $2.3 \pm 1.7$  and independent  $1.0 \pm 1.1$ ,  $p < 0.002$ . In the development domain in recreation sub-items, a score of  $3.8 \pm 2.5$  from the dependent group and  $5.4 \pm 2.8$  from the independent one was observed,  $p < 0.014$ .

**Conclusion.** Family atmosphere was found with higher scores in conflict dependent and lower in recreation.

**Key words:** Patient, family, conflict.

## INTRODUCCION

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. Esta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña y lo seguirá haciendo un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana. <sup>1</sup>

El ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo dentro del ciclo de vida familiar. <sup>2</sup>

Por lo que el valor de la aplicación del conocimiento del ciclo de vida familiar está en contextualizar al individuo en un proceso de desarrollo que de antemano se conocen sus oportunidades y amenazas, las posibles causas de desequilibrio de salud y enfermedad, y orienta en cuanto a medidas de prevención de disfunciones familiares y trastornos psicopatológicos, sobre todo cuando un miembro alcanza la tercera edad. <sup>3</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer. <sup>4</sup>

Para los adultos mayores el envejecimiento es una etapa de pérdida, abandono y sufrimiento. Para la familia, es una etapa muy difícil cuando no se tiene condiciones socioeconómicas suficientes, se requiere apoyo y aceptación de los cambios producidos en el adulto mayor. Para los cuidadores es una etapa que requiere mucho apoyo de la familia y la sociedad. <sup>5</sup>

El cuidado familiar ha emergido como un tema importante en el ámbito clínico y social, porque “la dependencia de un cónyuge o padre puede también intensificar

problemas de larga data al interior de la familia, o abrumar los recursos fisiológicos de los miembros de la familia”<sup>6</sup>

El Consejo de Europa, define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.<sup>7</sup>

Se considera una situación específica de discapacidad, observándose una limitación severa de la persona para realizar una determinada actividad y la necesidad de recibir ayuda personal o técnica para poder interactuar con el medio ambiente, por lo que la relación discapacidad y dependencia constituye una situación compleja de salud.<sup>8</sup>

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.<sup>9</sup>

La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptaciones sociales y, de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones al nivel de la propia personalidad.<sup>10</sup>

El adulto mayor, tiene esa misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje, y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de la vida, se conoce que las personas de 60-74 años son consideradas de edad avanzada: de 75 a 90 viejas o ancianas y las que rebasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos.<sup>11</sup>

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra, hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas de la vejez. Las Naciones Unidas consideran a un anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 en los países en desarrollo, por lo que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.<sup>12, 13</sup>

A nivel mundial el grupo de ancianos aumentará de 616 millones en el año 2000 a 1,209 millones en el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años. América Latina, por su parte, muestra una situación intermedia respecto al grado de envejecimiento. <sup>14</sup>

No obstante, este grupo de edad es cada vez más importante, ya que, del total de la población, 7.2% cuenta con 60 años o más y 4.8% con 65 y más. La población de la tercera edad pasará de 42.5 millones en el año 2000 a 96.9 millones en 2025, lo que significa una duplicación en menos de 25 años. <sup>15</sup>

Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran. El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. La morbilidad y otros conceptos clásicos de la medicina no sólo son importantes, sino que además los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) exigidos en geriatría son cada vez más altos. <sup>16</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. <sup>17</sup>

Por otra parte, la discapacidad física es el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. <sup>18</sup> Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud. Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”. <sup>18, 19</sup>

El Índice de Barthel (IB) es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades



de la vida diaria, con una fiabilidad intraobservador bajo los índices de Kappa de 0.84 a 0.97 y una consistencia Alpha de 0.86. <sup>20</sup>

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y por los autores británicos. En España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación. <sup>21</sup>

Calvo Rodríguez y cols; en 2016 en Cuba, con el objetivo de caracterizar la violencia intrafamiliar en el adulto mayor, se realizó un estudio descriptivo con un universo de pacientes de 60 años y más, se seleccionó una muestra constituida por 314, por un muestreo intencional no probabilístico. Se estudiaron diversas variables, como edad, sexo, ocupación, convivencia, clasificación de la familia e identificación del maltrato. Predominó el sexo femenino en la población de adultos mayores, los ancianos jubilados y el maltrato psicológico, las familias nucleares y disfuncionales, los conflictos familiares. Se observó que el 89.1 % de los pacientes refiere un mal ambiente familiar, al señalar que la familia no tiene en cuenta sus criterios en cuanto problemas, crisis o cualquier otra situación que en ella se genere, mientras que un 14% refiere que durante el día no pasan muchas horas solos, porque sus familiares se hallan con ellos y reciben apoyo. <sup>22</sup>

Díaz López y cols, en 2010 en Cuba con el objetivo de realizar un diagnóstico de las principales características y manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, así como describir las afecciones somáticas y psicológicas que con más frecuencia sufren los pacientes que son víctimas de las diferentes formas de violencia en el hogar mediante un estudio descriptivo, transversal y observacional, mencionan que el abuso psicológico o emocional en esta etapa de la vida es el más habitual, y daña en gran medida la salud mental de los ancianos, siendo el más frecuente de todos, puesto que en esa etapa se vuelven susceptibles y, en ocasiones, se consideran inservibles. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los ancianos a sentirse susceptibles propio de la edad, estos hechos laceran la integridad psicológica de los mismos, provocando, la mayoría de las veces, que enfermen y, en ocasiones, que sean hospitalizados, afectándose no

sólo la esfera psicológica sino también la esfera somática. Las conclusiones demostraron que el grupo etario que predominó en pacientes víctimas de violencia familiar por la presencia de disfunción de los subsistemas de la familia, fue el de más de 70 años en 14%.<sup>23</sup>

Velásquez Gutiérrez y cols, en 2012 en Colombia con el objetivo de estudiar las características de la familia con adulto mayor y el riesgo familiar que es definido como la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o de desorganización de la unidad familiar, mediante una encuesta transversal descriptiva seleccionando por muestreo no aleatorizado a 71 familias y muestra no probabilística. Los resultados indicaron que la mitad de las familias son extensas, distribuidas en extensas modificadas (46.5%) y extensas (2.8%), con riesgo familiar total alto (47.9%), influido principalmente por las subcategorías morbilidad en la familia, como la presencia de discapacidad.<sup>24</sup>

## MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, en la unidad de Medicina Familiar 61 IMSS, consulta externa de Boca del Rio, Veracruz, cuya población estuvo conformada por pacientes adulto mayor con alguna dependencia física, del turno matutino y vespertino; se incluyeron mayores de 60 años derechohabientes de la UMF 61, que vivieran en un núcleo familiar que acudían a consulta externa y presentaran dependencia física. Se excluyeron lo que presentaban enfermedad terminal, tratamiento con antipsicóticos y discapacidad mental; además de analfabeta. Se eliminaron cuestionarios incompletos. El tamaño de muestra fue calculado con la fórmula de proporciones, con una prevalencia del 38%, un error máximo permitido de 5%, un nivel de confianza de 95% con un valor de  $p < 0.05$  y el muestreo a conveniencia del investigador.

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el comité de ética y de investigación local, se solicitó un espacio físico en Enseñanza para la entrevista de los pacientes mayores de 60 años que acudían a consulta externa, y cumplieran con los criterios de selección, se le invitó a la firma de consentimiento informado, previa explicación de la importancia del estudio. De ahí, una vez aceptado participar, se les aplicó una serie de cuestionarios para conocer su ambiente familiar.

Se les solicitó la edad, escolaridad, tipo de familia, estado civil. Se buscó en expediente clínico el diagnóstico a los que presenten discapacidad funcional, comorbilidad, todo ello fue anotado en instrumento de recolección (Anexo 1).

Se aplicaron dos cuestionarios autoadministrados.

El primer cuestionario fue el Índice de Barthel, (ver Anexo) donde de acuerdo con la puntuación obtenida, evaluó la gravedad de la dependencia funcional en leve, moderada, grave y severa o total en una escala de 0 a 100 puntos con una consistencia Alpha de 0.86. Calificándose así:

-Independiente: 100 (95 en silla de ruedas)

-Dependiente leve: 91-99

- Dependiente moderado: 61-90

- Dependiente grave: 21-60

- Dependiente total: 0-20

El otro cuestionario aplicado fue el de MOSS para conocer el ambiente familiar, que presenta una consistencia Alpha de Cronbach que va de 0.67 a 0.78, es autoadministrado al paciente Adulto Mayor seleccionado, contiene tres dimensiones denominadas: “relaciones” que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza (subítems: cohesión, expresividad y conflictos); “desarrollo” (subescalas: autonomía, recreación, orientación cultural e intelectual, religión y orientación a metas) evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común y la dimensión “estabilidad” (con subítems: organización y control) da información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros. Constaba de 90 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero/falso) siendo la puntuación máxima de 90 y la mínima de 0; agrupados en 10 factores (cada uno consta de 9 reactivos que tienen una puntuación máxima de 9 y mínima de 0). Además, cada factor se compuso de los siguientes subítems:

Cohesión: que es el grado en que los miembros de la familia se apoyan entre sí y son: 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61,71 y 81.

Expresividad: grado en que la familia permite expresar sus sentimientos a los miembros y son: 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62,72 y 82.

Conflicto: grado en que los miembros de la familia expresan sus conflictos o cólera y son: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63,73 y 83.

Independencia: grado en que los miembros de la familia son autosuficientes y están seguros de sí mismo y son: 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64,74 y 84.

Orientación a metas: grado en que se propone la familia a cumplir sus objetivos establecidos y son: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65,75 y 85.

Orientación cultural e intelectual: grado en que las actividades familiares se encaminan a acciones políticas, intelectuales, de sociedad y son: 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66,76 y 86.

Recreación: asistencia a centros de recreo o culturales y son: 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67,77 y 87.

Religiosidad: es la importancia que se le da a la religión y son: 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, y 88.

Organización: importancia que le da la familia a un orden al planificar sus actividades y son: 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69,79 y 89.

Control: grado en que la familia si atiene a reglas y procedimientos establecidos y son: 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70,80 y 90. (ver Anexo)

Una vez seleccionado según las respuestas al índice de Barthel, se codificó en Excel y se analizaron las variables.

El análisis se hizo descriptivo, aplicando para variables cuantitativas con medias y desviación estándar, para cualitativas mediante proporciones; y las inferencias con la U de Mann Whitney, con significancia para rechazo de hipótesis nula de  $p < 0.05$ , utilizando el paquete estadístico SPSSv24.0.

## RESULTADOS

La población de estudio quedó conformada por 362 pacientes, los cuales presentaron una edad promedio de  $65.6 \pm 4.4$  años, predominó en la muestra el sexo femenino con 235 (65%), el grado escolar más frecuente es primaria 146 (40.3%), secundaria 139 (38.3%), su estado civil eran casados 278 (76.8%), viudo 78 (21.5%). (Tabla 1)

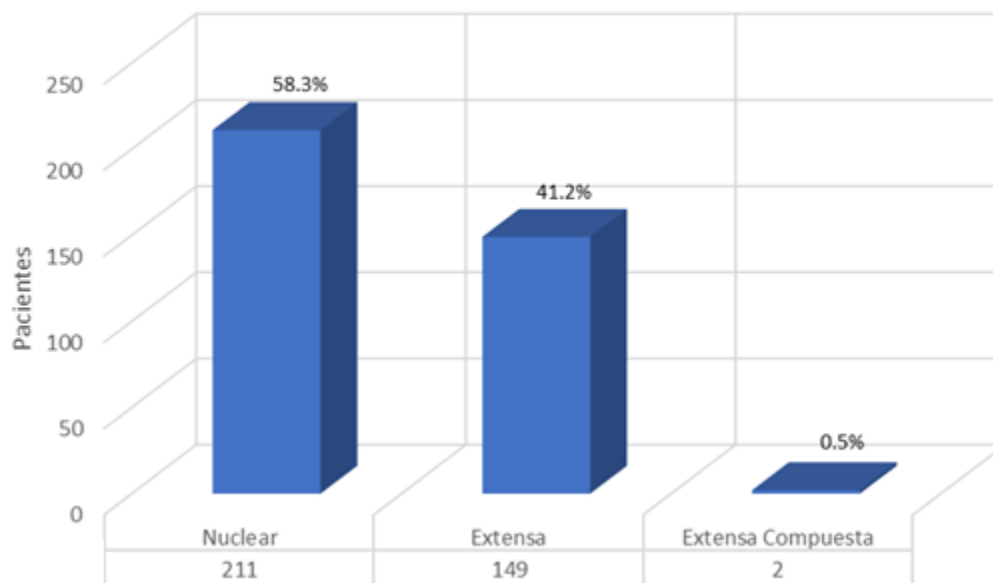
**Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes del estudio.**

<b>Características</b>	<b>N= 362</b>	<b>Frecuencia n(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino		128 (35)
Femenino		234 (65)
<b>Escolaridad</b>		
Primaria		146 (40.3)
Secundaria		139 (38.4)
Bachillerato		70 (19.3)
Licenciatura		7 (2)
<b>Estado civil</b>		
Casado		278 (76.8)
Viudo		78 (21.6)
Soltero		3 (0.8)
Divorciado		3 (0.8)

**Fuente: UMF 61, MF**

Dentro del grupo de estudio encontramos que la tipología familiar estaba representada por la familia nuclear en 211 (58.3%), extensa 149 (41.2%), extensa compuesta 2 (0.5%) como se muestra en la gráfica 1.

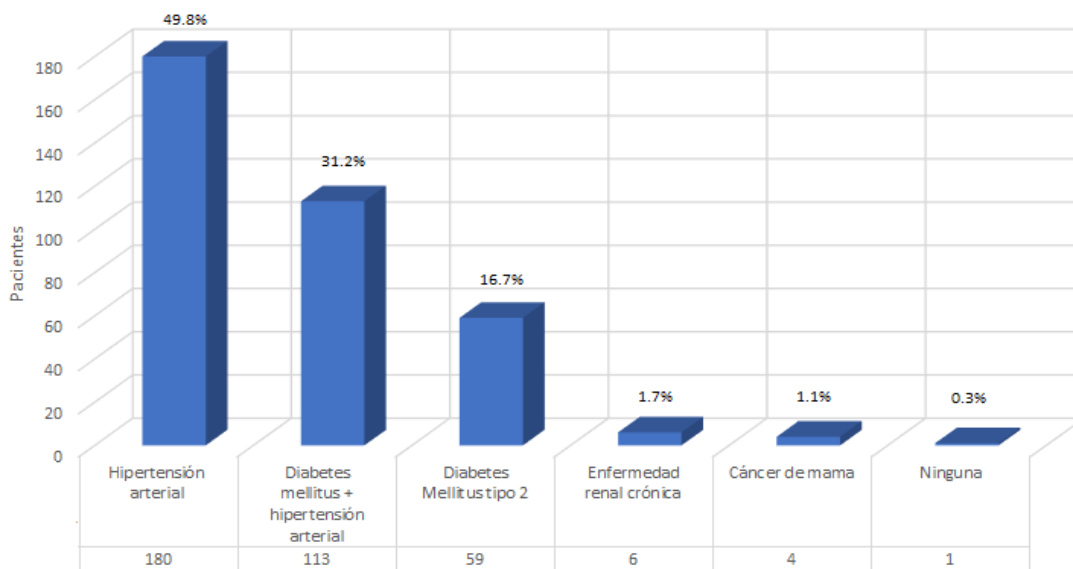
Gráfica 1. Tipología familiar de los pacientes del estudio N= 362



Fuente: UMF 61, MF

Dentro de la comorbilidad que presentó este estudio de pacientes se observó la hipertensión arterial sistémica en 180 (49.8%), diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica en 113 (31.2%), como se detalla en la gráfica 2.

**Gráfica 2. Comorbilidad de los pacientes del estudio  
N= 362**



**Fuente: UMF 61, MF**

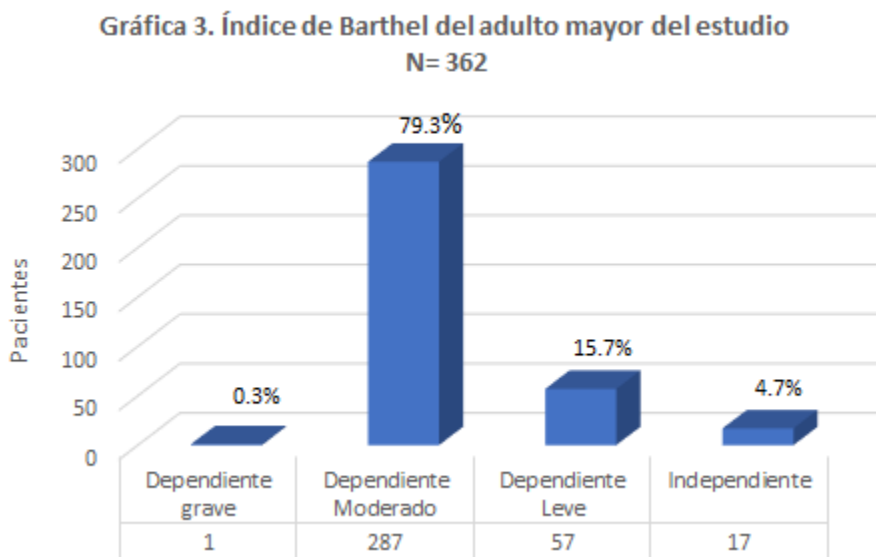
En relación con la comorbilidad y grado de dependencia que mas se presentó fue en los pacientes con HAS con un total de 136 (37.5%) y en HAS mas DM2 con un total de 89 (24.5%) catalogándose como dependencia moderada que se explica en la tabla 2.



**Tabla 2. Comorbilidad y grado de dependencia según Índice de Barthel. N=362**

COMORBILIDAD	DEPENDIENTE GRAVE N(%)	DEPENDIENTE MODERADO N(%)	DEPENDIENTE LEVE N(%)	INDEPENDIENTE N(%)
HAS	1(0.3)	136(37.6)	33(9.1)	10(2.8)
DM2	0	52(14.4)	5(1.7)	2(0.6)
HAS+DM2	0	89(24.6)	20(5.5)	4(1.1)
Ca DE MAMA	0	4(1.1)	0	0
ERC	0	4(1.1)	1(0.3)	1(0.3)
NINGUNA	0	1(0.3)	0	0

De acuerdo con el índice de Barthel se observó que la gran mayoría tiene una dependencia moderada con 287 pacientes (79.3%) y dependencia leve en 57 (15.7%), como se ilustra en la grafica 3.

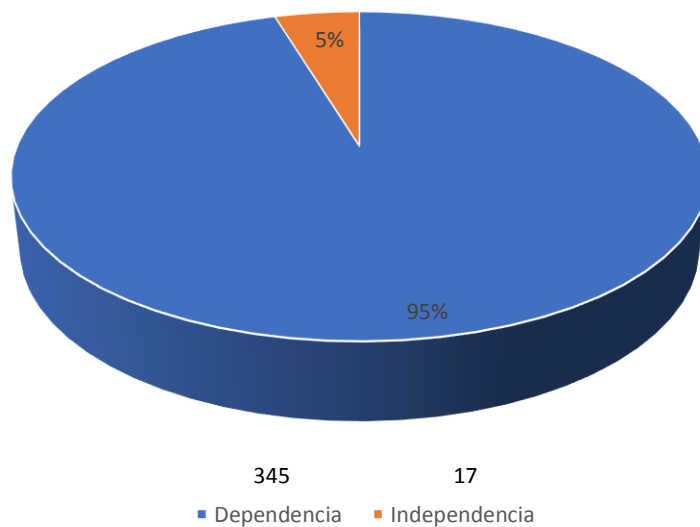


**Fuente: UMF 61, MF**

Se mostraron con dependencia 345 (95%) y solo un 5% a pacientes no dependientes, los cuales se pasaron a valor nominal para poder hacer la asociación entre el ambiente familiar y el índice de Barthel, como se ilustra en la gráfica 4.

Gráfica 4. Estado de dependencia del adulto mayor de los pacientes del estudio

N= 362



Los resultados del cuestionario del Ambiente familiar mostraron en el dominio relaciones del subítems conflictos, el grupo de dependiente un promedio de  $2.3 \pm 1.7$  vs de independiente  $1.0 \pm 1.1$ ,  $p < 0.002$ . En el dominio desarrollo en subítems recreación se observó una puntuación de  $3.8 \pm 2.5$  del grupo dependiente y de  $5.4 \pm 2.8$  del independiente, con  $p < 0.014$ . Con los detalles en la tabla 3.

**Tabla 3. Clima social familiar según cuestionario de MOSS del adulto mayor, presentado de acuerdo con la dependencia física. N=362**

<b>Ambiente familiar</b>	<b>Dependiente</b>	<b>Independiente</b>	<b>p*</b>
<b>Relaciones</b>			
Cohesión	7.9 ± 1.3	8.3 ± 0.7	<0.270
Expresividad	7.1 ± 1.4	7.4 ± 1.0	<0.488
Conflictos	2.3 ± 1.7	1.0 ± 1.1	<0.002
<b>Desarrollo</b>			
Autonomía	6.9 ± 0.7	6.6 ± 0.6	<0.655
Recreación	3.8 ± 2.5	5.4 ± 2.8	<0.014
Orientación cultural	3.2 ± 1.7	3.7 ± 1.7	<0.319
Religión	7.1 ± 1.1	6.7 ± 1.2	<0.234
Orientación a metas	6.9 ± 0.7	7.0 ± 0.0	<0.981
<b>Estabilidad</b>			
Organización	7.0 ± 1.3	7.4 ± 1.4	<0.170
Control	5.7 ± 1.0	5.6 ± 1.2	<0.571

Fuente: UMF 61, MF

\*U de Mann Whitney

Intervalo de calificación: 0-9, mayor puntuación equivale a ambiente desfavorable

## DISCUSION

En este estudio fueron incluidos 362 pacientes adulto mayor de la UMF 61, para conocer el ambiente familiar en aquellos que presentaban cierto grado de dependencia. La edad promedio de este grupo fue de  $65.6 \pm 4.4$  años, predominó el sexo femenino con 234 (65%), y la escolaridad primaria, semejante a estudios realizados por Calvo Rodríguez y cols; en 2016 en Cuba, donde estudiaron el ambiente familiar en 317 adultos mayor con predominio del sexo femenino con 200 pacientes (63.7%) diferenciándose por que el agrego solo adultos mayores, con el grupo de edades entre los 70-79 años con 143 adultos mayores (47%).<sup>22</sup>

Así, se mostró una dependencia del 95% en diferentes grados donde según el índice de Barthel dependiente moderado 287 (79.3%), dependiente leve en 57 (15.7%), fueron los de mayor frecuencia. Por lo que cobra una gran importancia en trabajo de investigación mencionado por Díaz López y cols, en 2010 en Cuba; los cuales observaron en un estudio de violencia intrafamiliar que la dependencia del adulto mayor es generadora de conflictos en la familia además de maltrato en ellos, que predominó en pacientes víctimas de violencia familiar por la presencia de disfunción de los subsistemas de la familia. Donde el grupo de edad donde más incidencia de violencia familiar ocurrió fue en el de más de 70 años, con un 60%; seguido por del de 59 a 64, con un 24%.<sup>23</sup> Que, aunque esto último no fue objetivo de nuestro estudio, se observaron en nuestra población mayores puntuaciones en el subítems de conflictos de los pacientes con dependencia, se observa la puntuación de 5 en el dominio de conflictos de 59 a 64 años 25 (14%), de 65 a 69 años 14 (11.9), mayor a 70, 10 (14.9%).

En lo que respecta al tipo de familia según Rodríguez M.D y colaboradores en 2018 en Cuba con el objetivo de conocer la violencia intrafamiliar en el adulto mayor de los 314 pacientes que participan en el estudio, se constató que 177 (64,6 %) conviven en familias clasificadas como nucleares comparando con nuestro estudio en el cual fue en 211 (58.3%) algo similar a nuestro estudio.<sup>22</sup>

## **CONCLUSION**

Se ha demostrado que el adulto mayor, presenta gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña y lo seguirá haciendo un rol fundamental para la supervivencia. Siendo así el comportamiento de este estudio de pacientes, donde el ambiente familiar no se halla tan deteriorado como en otros lugares.

El ambiente familiar se mostró con diferencias en el ítem de conflictos, donde el adulto mayor sufre las consecuencias de la dependencia, ya que la mayoría de los pacientes lo presentaron. Aun así, los demás dominios de este ambiente no mostraron diferencias significativas. Por lo que se hacen propuestas para investigar el desarrollo de los subsistemas de este grupo de pacientes, así complementarías más el desarrollo del ambiente familiar y poder contribuir desde el primer nivel al cuidado del adulto mayor.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Minuchin, S. Técnicas de Terapia Familiar. Paidós. Barcelona: 2004.
2. R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett. Escalas de clima social: Familia, trabajo, instituciones correccionales y aulas. Madrid. TEA Ediciones S.A. 1984.
3. Forttes BA. Diplomado de Gerontología a distancia. Programa para el Adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.
4. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. 2011; 33: 472-483.
5. Salamanca-Ramos E, Velasco Páez ZJ, Díaz Viatela CD. Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio, Colombia. Investig Enferm Imagen Desarr. 2019; 21:1-20.
6. Zarit SH, Davey A, Edwards AB, et al. Family Caregiving: Research Findings and Clinical Implications. Comprehensive clinical psychology. Vol. 7, Clinical geropsychology. Oxford, UK: Elsevier Science; 1998. p.499-523.
7. Consejo Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
8. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer. 2002;18:43-49.
9. Talmez Valdez BM, Ribeiro Ferreira M. El proceso de envejecimiento y su impacto socio familiar. Rev. latinoam. estud.fam. 2012; 4:11–30.
10. Díaz Tabares O, Sales Quintana MC, García Capote M. El apgar familiar en ancianos convivientes. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6):548-54.
11. Bonilla-Castro E. (2009). Salud, desarrollo y equidad. En Briceño-León, R. (Comp.) Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance (pp. 37-45). Caracas: Fundación Polar.
12. Castellanos, P. (2008). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez, F, Castellanos, PL, Navarro, V. Salud Pública (pp. 81-102). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

13. Villegas-Vázquez K, Montoya-Arce, B. J. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de población*. 2014; 20:133-167.
14. Gallegos-Carrillo K. García-Peña C. Durán Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del Estado de Salud: una aproximación a los ancianos de México. *Revista Salud Pública* 2006; 40 (5): 792-801.
15. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile. CEPAL 2001.
16. Gresham GE, Philips TF, Labi MLC. ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. *Arch Phys Med Rehab* 1980; 61: 355-358.
17. Soberanes Fernández S, Pedraza Avilés AG, Moreno Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14(4):161-72.
18. Wade DT. Pathology, impairment, disability, handicap: a useful model. In: *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press, 1992.
19. Barron-Tirado T. Sánchez-Hernández A. Méndez-González G. Factores que influyen en el maltrato al Adulto mayor. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 2002;5:21-24.
20. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica*.1997; 71: 127-137.
21. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1997; 32: 297-306.
22. Rodríguez M.D, Gómez C, Guevara de León T, Arribas A, Duarte Y, Ruiz P. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *AMC*. 2018; 22: 204-213.
23. Ramona C. Díaz López. Llerena Álvarez A. Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. *Rev Méd Electrón*. 2010; 32 (4) 1-10.

24. Velásquez Gutiérrez V, Amaya Rey P. Riesgo Familiar Total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. 2012; 28: 308-321.



# CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

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

Nombre del estudio:	Clima social familiar en el adulto mayor acorde a su dependencia física.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Veracruz Ver. a 05 de enero de 2019						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El aumento de la población adulto mayor en nuestras unidades de atención primaria, obliga a conocer el entorno familiar para buscar apoyo en sus enfermedades crónicas, sobre todo aquellos que sufren de dependencia física, por lo que es importante aclarar este panorama y así poder tomar medidas en la familia que mejore la calidad de atención en estos pacientes.</p> <p>El objetivo de este estudio es determinar el clima social familiar en el adulto mayor según dependencia física.</p>						
Procedimientos:	Se aplicará una serie de cuestionarios en un clima de confianza para que el paciente responda a ello y se tenga un diagnóstico importante de su ambiente familiar.						
Posibles riesgos y molestias:	Las molestias son mínimas al incomodarle algunas preguntas, pero no hay riesgo en este estudio, al conocerse que los datos serán confidenciales y únicamente para fines de investigación.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio más importante es conocer su ambiente familiar y poder disponer de apoyo que le será útil a su enfermedad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado se les dará a conocer al final de la aplicación de los cuestionarios y serán canalizados a su Médico Familiar aquellos con resultados adversos.						
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no participa su decisión no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del IMSS. Así mismo tendrá la libertad de retirarse del mismo en el momento en que usted lo decida.						
Privacidad y confidencialidad:	Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Conocer su ambiente familiar y de acuerdo a resultado tener un beneficio para su problema.						

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

Investigador Responsable:

Dra. Tania Korina Flores Rodríguez

Colaboradores:

Dra. Sonia Irma Rojas Carrera

Dr. Jorge Vidal López Cruzado.  
UMF 61 Boca de Río, Veracruz

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Jorge Vidal López Cruzado.

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

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO 1

### Hoja de recolección de datos

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NSS:** \_\_\_\_\_

FOLIO

FECHA

**1. SEXO:** Masculino \_\_\_\_\_  
Femenino \_\_\_\_\_

**2. EDAD** \_\_\_\_\_ años

**3. COMORBILIDAD:** Presente \_\_\_\_\_, Ausente \_\_\_\_\_, cuál ¿ \_\_\_\_\_ ?

**4. Diagnóstico de los que cursan con discapacidad física:** \_\_\_\_\_

### 5. ESCOLARIDAD:

- 1- Primaria \_\_\_\_\_
- 2- Secundaria \_\_\_\_\_
- 3- Bachillerato \_\_\_\_\_
- 4- Licenciatura \_\_\_\_\_
- 5- Posgrado y más \_\_\_\_\_

### 6. ESTADO CIVIL:

- 1. Soltero \_\_\_\_\_
- 2. Casado \_\_\_\_\_
- 3. Divorciado \_\_\_\_\_
- 4. Viudo \_\_\_\_\_

**7.- TIPO DE FAMILIA:** Nuclear \_\_\_\_\_, extensa \_\_\_\_\_, extensa compuesta \_\_\_\_\_, reconstruida \_\_\_\_\_.

**8. Dependencia física:** Si \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_

### 9. Dependencia física según índice de Barthel:

- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

### 10. Puntuación ambiente familiar:

Relaciones (cohesión, expresividad y conflictos): \_\_\_\_\_

Desarrollo (autonomía, recreación, orientación cultural e intelectual, religión y orientación a metas)

Estabilidad (organización y control).

## **ANEXO 2**

### **INDICE DE BARTHEL**

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz. No se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal

5 = independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse, ducharse

0 = dependiente

5 = independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)

15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal. Puede llevar cualquier tipo de muleta

10 = independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda

10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (0 necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno a la semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente o sondeado incapaz de cambiarse la bolsa

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días

Máxima puntuación: 100 puntos (95 si va en silla de ruedas)

<b>Resultado</b>	<b>Grado de dependencia</b>
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

### **ANEXO 3**

#### **Escala de clima social en la familia (FES) DE R.H. MOSS**

**Instrucciones:** A continuación, se presentarán una serie de preguntas las cuales deberás leer cuidadosamente y marcar con una cruz la opción SI o NO según consideres que mejor refleje tu respuesta. Trata de ser lo más sincero y honesto posible y recuerda que para cada pregunta sólo puedes elegir una opción.

Conteste todas las preguntas.

1. ¿En su familia realmente se ayudan unos a otros? SI NO
2. ¿Acostumbran a hablarse de lo que sientes? SI NO
3. ¿Se pelean mucho entre ustedes? SI NO

4. ¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie? SI NO
5. ¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?  
SI NO
6. ¿Hablan de política y problemas del país frecuentemente? SI NO
7. ¿Cuándo tienen tiempo libre, salen de su casa? SI NO
8. ¿Va a la iglesia con frecuencia? SI NO
9. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa? SI NO
10. ¿Se dan órdenes entre ustedes? SI NO
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa? SI NO
12. ¿Pueden entre ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia? SI NO
13. ¿Se enojan entre ustedes frecuentemente? SI NO
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia? SI  
NO
15. ¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida? SI NO
16. ¿Van seguido a conferencias, teatros o conciertos? SI NO
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa? SI NO
18. ¿En su familia acostumbran a rezar? SI NO
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados? SI NO
20. ¿En su familia hay mucha disciplina? SI NO
21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa? SI NO
22. ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta? SI NO
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre  
ustedes? SI NO
24. ¿En su familia cada quien decide lo que hace? SI NO
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene? SI NO
26. ¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes? SI NO

27. ¿Alguno de ustedes está en equipos de futbol, beisbol, etc.? SI NO
28. ¿Hablan entre ustedes sobre el significado religioso de la navidad, semana santa, etc.? SI NO
29. ¿En su casa es fácil encontrara las cosas cuando se necesitan? SI NO
30. ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de sus decisiones? SI NO
31. ¿Se sienten muy unidos en su familia? SI NO
32. ¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros? SI NO
33. ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad? SI NO
34. ¿Pueden salir de su casa cada vez que quieran? SI NO
35. ¿Creen ustedes que se debe luchar ser el mejor en cualquier cosa que hagan? SI NO
36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales? SI NO
37. ¿Van al cine, eventos deportivos o excursión seguida? SI NO
38. ¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno? SI NO
39. ¿En su familia son puntuales? SI NO
40. ¿Las cosas en casa se hacen como se debe? SI NO
41. ¿Son ustedes acomedidos en las cosas que necesitan en casa? SI NO
42. ¿Si sienten ganas de hacer algo de repente, lo hacen? SI NO
43. ¿Seguido se critican unos a otros? SI NO
44. ¿En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste? SI NO
45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión? SI NO
46. ¿Seguido discuten de arte, política, cultura, etc.? SI NO
47. ¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos? SI NO

48. ¿En su familia tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo? SI  
NO
49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones? SI NO
50. ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido?  
SI NO
51. ¿Realmente se apoyan unos a otros? SI NO
52. ¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro miembro se queja? SI NO
53. ¿Se ha golpeado entre ustedes en alguna ocasión? SI NO
54. ¿En su familia, cada quien resuelve sus propios problemas? SI NO
55. ¿Se preocupan por mejorar en el trabajo o por sacar buenas calificaciones en la  
escuela? SI NO
56. ¿Alguien en su familia toca algún instrumento musical? SI NO
57. ¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión? SI NO
58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena  
fe? SI NO
59. ¿Tratan de tener su casa limpia? SI NO
60. ¿En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?  
SI NO
61. ¿Hay mucha unión en su familia? SI NO
62. ¿Los asuntos de dinero y deudas se hablan delante de todos los miembros de la  
familia? SI NO
63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose? SI  
NO
64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás? SI NO
65. ¿En su familia trabajan duro para mejorar y salir adelante? SI NO
66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente? SI NO
67. ¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o  
interés? SI NO
68. ¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo?



SI NO

69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones? SI NO
70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran? SI NO
71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes? SI NO
72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes? SI NO
73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa? SI NO
74. ¿Cuándo a l g ú n m i e m b r o de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás? SI NO
75. ¿En su familia primero es el trabajo y luego la diversión? SI NO
76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión? SI NO
77. ¿Salen ustedes a pasear muy seguido? SI NO
78. ¿La Biblia es un libro muy importante en su casa? SI NO
79. ¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia? SI NO
80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta? SI NO
81. ¿En su familia a cada miembro se le dedica tiempo y de dedicación? SI NO
82. ¿En su familia discuten mucho? SI NO
83. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren? SI NO
84. ¿En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa? SI NO
85. ¿A ustedes les gusta compararse con los demás? SI NO
86. ¿Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc.? SI NO
87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver la T.V. o escuchar la radio? SI NO
88. ¿En su familia creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?  
SI NO
89. ¿Los platos se lavan rápidamente después de comer? SI NO
90. ¿En su familia se respetan las cosas que no están permitidas? SI NO