



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación

**“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

Alumno:

Ana Cecilia Robledo Mendivil

Residente de tercer año de Medicina Familiar

Asesor:

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico Especialista en Medicina Familiar

Tijuana, Baja California

Agosto de 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Viernes, 15 de julio de 2022

Dr. VERDIN BRAVO CATALINA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de Investigación con título "RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27" 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**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-112

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE TIJUANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Minuta de examen profesional para obtener el grado
Especialista en Medicina Familiar

Reunidos en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, Baja California el día 03 de Agosto del 2023, los siguientes Médicos como representantes del Jurado:

Presidente: VANESSA ISELA BERMÚDEZ VILLALPANDO

Secretario: CATALINA VERDIN BRAVO

Sinodal: JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO

Participaron en la réplica del examen profesional para obtener el grado de la Especialidad de Medicina Familiar

Relación de funcionalidad familiar y calidad de vida
en el adulto mayor de la Unidad de Medicina
Familiar Número 27

Después de deliberar los señores del Jurado acordaron:

Aprobando por Unanimitad

Al alumno:

Ana Cecilia Robledo Mendivil

Vanessa Bermúdez Villalpando
Presidente

Catalina Verdín Bravo
Secretario
Ana Cecilia Robledo Mendivil
Alumno

Juan José Camacho Romo
Sinodal

Tijuana, Baja California a 03 de agosto de 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**, elaborada por la Dra. Ana Cecilia Robledo Mendivil, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, reading "Vanessa Isela Bermúdez Villalpando", is written over a horizontal line.

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California a 03 de agosto de 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**, elaborada por la Dra. Ana Cecilia Robledo Mendivil, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Catalina Verdin Bravo

Sinodal de Tesis

C.c.p. Archivo

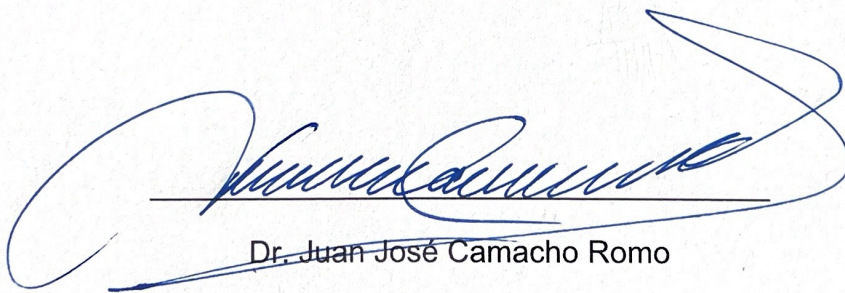
Tijuana, Baja California a 03 de agosto de 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**, elaborada por la Dra. Ana Cecilia Robledo Mendivil, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo

Sinodal de Tesis

C.c.p. Archivo

ÍNDICE

I. TÍTULO	8
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES	9
III. RESUMEN	10
IV. MARCO TEÓRICO	12
ANTECEDENTES	16
V. JUSTIFICACIÓN	19
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
VIII. HIPÓTESIS DE TRABAJO	24
IX. MATERIAL Y MÉTODOS	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	26
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	27
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
X. ASPECTOS ÉTICOS	34
XI. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	36
XII. BIOSEGURIDAD	37
XIII. RESULTADOS	38
XIV. DISCUSIÓN	45
XV. CONCLUSIÓN	48
XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	50
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
XVIII. ANEXOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

I. Título

“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”.

II. Identificación de los autores

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Ana Cecilia Robledo Mendivil

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 27

Matricula: 97023460

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Baja California.

Teléfono celular: (665) 110 85 52

Correo electrónico: anaceciliarm@hotmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 27

Matricula: 98021687

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Baja California.

Teléfono: (664) 301 43 53

Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com

III. Resumen

Título. “RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”.

INVESTIGADORES. Robledo-Mendivil AC, Verdin-Bravo C.

INTRODUCCIÓN. La calidad de vida es un estado de bienestar biopsicosocial que se encuentra relacionado con un nivel de satisfacción general. La familia es un pilar fundamental para el desarrollo humano, por lo que su funcionalidad está relacionada con el estado de salud o enfermedad de los individuos. Cuando existen carencias funcionales o falta de redes de apoyo, suele existir un efecto negativo de las enfermedades y su adquisición llega a ser más fuerte, dejando vulnerable al adulto mayor e interfiriendo en su calidad de vida, la cual guarda relación con los cuidados de salud, cumplimiento de las necesidades y las percepciones entorno a su estado psicológico y personal. La disfunción familiar puede estar manifestada por medio de los síntomas en sus integrantes. Es importante conocer el estado de funcionalidad familiar del adulto mayor para conocer su impacto en la calidad de vida.

OBJETIVO PRINCIPAL. Determinar la relación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio transversal, prospectivo y correlacional. Previa autorización por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación, se procedió con la identificación de pacientes y llenado de consentimiento informado. Los participantes de 60 años o más contestaron dos cuestionarios: Apgar familiar para el funcionamiento familiar y SF-36 para la calidad de vida. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 26, utilizando la prueba Tau C de Kendall para la correlación de las variables. Se utilizó un intervalo de confianza del 95% y una p menor a 0.05.

RESULTADOS. 90 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, sin embargo 8 fueron eliminados por información incompleta; de los 82 restantes, 71% (n=58) presentó una familia funcional, el

22% (n=18) una moderada disfunción familiar y solamente el 7% (n=6) de los participantes presentó una familia altamente disfuncional. En cuanto a la calidad de vida, 84% (n=69) mostró una alta calidad de vida, mientras que el 16% (n=13) restante, una calidad de vida baja. Se encontró un resultado estadísticamente significativo al analizar la correlación del sexo con la calidad de vida, con un valor de $p=0.009$ con correlación de Spearman de -0.288 ($p=0.009$).

CONCLUSIONES. No existe una relación significativamente positiva entre las variables estudiadas. A pesar de que la funcionalidad familiar puede intervenir en la calidad de vida de una persona, no es el único factor asociado a esta, sin embargo es pertinente incluir la participación de la familia en el proceso de envejecimiento del adulto mayor ya que esta es un pilar fundamental para el desarrollo del ser humano.

PALABRAS CLAVE. Adulto mayor, Funcionalidad familiar, Calidad de vida.

IV. Marco teórico

La calidad de vida es un estado de bienestar biopsicosocial que se encuentra relacionado con un nivel de satisfacción general.¹ La familia es un pilar fundamental para el desarrollo humano, por lo que su funcionalidad está relacionada con el estado de salud de los individuos. Cuando existen carencias funcionales o falta de redes de apoyo, suele existir un efecto negativo de las enfermedades provocando que su adquisición llegue a ser más fuerte, dejando en un estado vulnerable al adulto mayor e interfiriendo con su calidad de vida, la cual guarda relación con los cuidados en la salud, cumplimiento de las necesidades y las percepciones entorno a su estado psicológico y personal.²

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como una definición de personas ancianas. En cuanto a la edad avanzada, se puede clasificar en tres grupos diferentes: tercera edad (60 a 74 años), cuarta edad (75 a 84 años) y longevos (>85 años). Las Naciones Unidas (ONU) propusieron un límite a los 60 años o más para referirse a la población del adulto mayor.³

En México, se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años y se refiere a la etapa que engloba todas las experiencias de la vida y que pasa por la mayoría de las metas, ya sean profesionales, familiares o sociales. Asimismo, la etapa del envejecimiento marca el inicio de una fase donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica.⁴

La salud incluye aspectos definidos por el individuo y su significado refleja la capacidad de los individuos para adaptarse a su entorno y gestionar su bienestar, por lo tanto, una perspectiva holística de la salud que incluya un constructo más objetivo, como el funcionamiento físico y los constructos más subjetivos de bienestar psicológico, bienestar social y envejecimiento exitoso autoevaluado puede proporcionar una descripción de la salud más precisa y una descripción integral sobre la calidad de vida de los adultos mayores.⁵

El envejecimiento es caracterizado por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores extrínsecos (ambientales) e intrínsecos (genéticos) y protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Algunos de estos cambios son manifestados por la pérdida del estado de salud,

condicionando al deterioro funcional, llevando al anciano a circunstancias de discapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual.⁶

La edad cronológica constituye un parámetro determinante sobre el inicio de la vejez, sin embargo, esto no permite determinar la productividad o la capacidad que un adulto mayor pueda tener tanto para sí mismo, como para su familia o la sociedad, por lo que los cambios psicológicos y sociales del adulto mayor son aún más importantes ya que podrían generar actitudes de aislamiento o por el contrario, de proactividad.⁷

A nivel mundial, la progresión del envejecimiento plantea gran cantidad de problemas tanto de origen social como sanitario que dan lugar al desarrollo de intervenciones de promoción de la salud. Distintas organizaciones se han enfocado en el tema del envejecimiento progresivo de la población tratando de realizar intervenciones dirigidas a promover formas de envejecimiento activo y saludable.⁸

La adaptación de los individuos al envejecimiento, se encuentra acompañado de cambios psicosociales y físicos, los cuales están vinculados con el deterioro y enfermedades presentes en el sujeto, lo cual limita el desempeño de sus funciones, afectando su autonomía y derechos.⁹

Debido a lo anterior, es importante tener en cuenta la definición de envejecimiento activo, el cual es un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida del individuo a medida que envejece. El término activo se refiere a la participación activa continua del adulto mayor ya sea como individuo o en grupo en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están involucrados.¹⁰

El envejecimiento activo y sano se compone de diversos componentes: la contribución al bienestar individual, familiar, comunitario y social, la prevención de enfermedades, discapacidades, dependencia y pérdida de habilidades, la participación en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de cada persona, el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional, el derecho a la protección social, la educación y capacitación a lo largo de la vida, el empoderamiento en el envejecimiento activo y por último, el considerar los elementos locales y la diversidad cultural en el concepto de envejecimiento activo.¹¹

La familia se conoce como una estructura organizada que funciona como el primer vínculo para la socialización con el medio, funcionando como un sistema que consta de múltiples subsistemas que corresponden a las relaciones filiales y sanguíneas de sus integrantes. La familia cumple con múltiples funciones que permiten el adecuado desarrollo de sus miembros, ya sea dentro o fuera del hogar. ¹²

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa el individuo. Para determinar el grado de funcionalidad se evalúan los siguientes criterios: la comunicación, la individualidad, la toma de decisiones y la reacción a los eventos críticos. Esta puede verse afectada por las crisis familiares tanto del presente como del pasado. La disfunción se manifiesta por medio de los síntomas en sus integrantes y su evaluación requiere el empleo de instrumentos observacionales o de auto aplicación para conocer el grado de funcionalidad que presenta el núcleo familiar. ¹³

La funcionalidad, la adaptabilidad y la cohesión familiar, permiten una disposición en la conservación de la integridad, con el objetivo de mantener una homeostasis biológica y psicoactiva, generando acciones que permitan optimizar la calidad de vida de las familias, así como del adulto mayor. ¹⁴

Un adecuado funcionamiento familiar incluye la adaptación como punto de partida entre todos los integrantes de la familia, la capacidad para resolver los problemas que se generan como resultado de las demandas del cuidado, la participación requerida de cada uno de ellos, el crecimiento que incluye el aspecto físico y emocional con el logro de los objetivos, el afecto esencial entre los integrantes de la familia y la resolución de problemas que involucra el factor tiempo y los recursos económicos. ¹⁵

Por su parte, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, la cual se elabora dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores y normas en los que vive y se encuentra íntimamente vinculada con sus objetivos y expectativas, relacionándose de modo complejo por la salud física del individuo, su estado psicológico y su nivel de independencia, así como por su relación con los elementos sociales y económicos esenciales del entorno. ¹⁶

Entre los factores que el adulto mayor considera importantes en su calidad de vida, se encuentran las relaciones familiares y el apoyo social, la salud general, el estado funcional, la disponibilidad económica y los factores socioeconómicos, los cuales se relacionan con la capacidad para mantener la autonomía, controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias.¹⁷

Puesto que se reconoce la importancia de la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor, el presente estudio se realizará con el objetivo de determinar la relación entre estos en individuos de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Antecedentes

La población de personas mayores de 65 años ha crecido a un mayor ritmo que el resto de los segmentos poblacionales a nivel global. El informe "Perspectivas de la población mundial 2019", menciona que el 16% de la población mundial tendrá más de 65 años para el año 2050 y para ese mismo año, una de cada cuatro personas que radican en América del Norte y Europa podría tener 65 años o más. En 2018, las personas de 65 o más años superaron en número a los niños menores de cinco años a nivel mundial y se estima que se triplicará el número de personas de 80 años de 143 millones en 2019 a 426 millones en el año 2050, por lo que la pauta de envejecimiento de la población se encuentra aumentando rápidamente en todo el mundo.¹⁸

Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10 al 20% en la proporción de población mayor de 60 años, sin embargo, países como la India, Brasil y China deberán hacerlo en poco más de 20 años. El 30% de la población en Japón, se estima que tiene más de 60 años y para mediados de siglo, muchos países como Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la de Japón.¹⁹

El envejecimiento de la población ha sido rápido en Asia oriental y sudoriental, América Latina y el Caribe. El porcentaje de la población de 65 años o más casi se duplicó del 6% en 1990 al 11% en 2019 en Asia oriental y sudoriental, y del 5% en 1990 al 9% en 2019 en América Latina y el Caribe. Entre 2019 y 2050, se prevé que la proporción de personas mayores se duplique al menos en cuatro regiones: África septentrional y Asia occidental, Asia central y meridional, América Latina y el Caribe y Asia oriental y sudoriental.²⁰

En los países de la región de las Américas, se ha observado un creciente envejecimiento de la población. La esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; 81% de las personas que nacen en esta región vivirán hasta los 60 años y hasta el 42% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad. En 2016, las personas de 80 años y más, representaban un 3% de la población de la región, sin embargo, se calcula que este grupo de población será el que incremente mayormente en su proporción con un pico de crecimiento marcado a partir del 2025. En 2015, se estimó que la esperanza de vida saludable promedio

en la región de las Américas era de 65 años, con un número de años de vida poco saludables que varía de país a país, y que va desde 8.3 años en Guayana hasta 10.9 años en Estados Unidos de América. ²¹

En cuanto a Estados Unidos, la Encuesta de la Comunidad Estadounidense de 2016, estimó que la cantidad de personas de 65 años o más es de 49.2 millones. De ellos, más de la mitad (28.7 millones o el 58%) tenían entre 65 y 74 años. La proporción de la población mayor entre los 75 y los 84 años era alrededor de 14.3 millones o el 39%, más del doble del número y la proporción (6.3 millones o 13%) para los mayores de 85 años. ²²

De acuerdo a la OMS, se estima un promedio de esperanza de vida de 21.5 años para las mujeres y de 20 años para los hombres a los 60 años. En el año 2017 en México, el 10.5% de la población total (12 973 411 habitantes) contaba con 60 o más años y las proyecciones demográficas indican que para el año 2050, el 27.7% de la población (33.7 millones) se integrará a este grupo de adulto mayor. ²³ Según información de la Encuesta Intercensal 2015, en México se encontraban 12.4 millones de personas de más de 60 años, lo que representa el 10.4% de la población total. La mayor parte de la población mayor de 60 años (88.1%) forma parte de un hogar familiar. ²⁴

De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en el 2018 se reportó que en México residen 15.4 millones adultos mayores, cifra que representa el 12.3% de la población total. El 47.9% de estos individuos vive en hogares nucleares, 39.8% residen en hogares ampliados y 11.4% conforman hogares unipersonales. ²⁵

En México, la Ciudad de México se considera la más envejecida, donde las personas en edades avanzadas representan el 13% de la población total de México, seguida por un conjunto de estados con proporciones mayores a 10%, como son Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango. No obstante, se estima que las ciudades del país progresarán en este proceso en los próximos años. ²⁶

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, en el censo realizado en 2020 se reportaron un total de 379,302 individuos de la edad de 60 o más años en Baja California. ²⁷

Se estima que para el año 2017, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), el municipio de Tijuana, Baja California, alcanzó un total de 1 millón 773 mil 558 habitantes, del cual, el 50.1% es representado por mujeres (888 mil 909) y el 49.9% por hombres (884 mil 649). De estos, los sujetos que tienen 60 años o más representan un total de 136,585 hombres y mujeres distribuidos de la siguiente manera: 63,459 hombres, 73,126 mujeres. ²⁸

Un estudio publicado en 2022 realizado en Brasil, donde evalúa la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor, determinó que la mayoría de los ancianos pertenecían a un sistema funcional (n=419; 60.5%), seguido de disfunción leve (n=211; 30.4%) y disfunción severa (n= 62; 9%), destacando además que vivir con familiares es deseado por el adulto mayor ya que creen que recibirán apoyo, cuidado y atención cuando se necesite, mostrando que el funcionamiento familiar es un predictor consistente y positivo de la calidad de vida de los ancianos. ²⁹

Se realizó un estudio en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México en el año 2018 en el cual se evalúa la funcionalidad familiar a través de la escala de Apgar Familiar, encontrándose que el 81% de los casos (n=112) se encuentran bajo un ambiente funcional, el 9% (n=13) en una disfunción moderada y el 20% (n=14) en una familia severamente disfuncional. ³⁰

De acuerdo a un estudio publicado en 2016 en Tabasco, México, se identificaron familias funcionales en el 51% de la población; 35% en disfunción moderada y el 14% en disfunción grave. En otra investigación en Morelia, México, el 9.3% de los adultos mayores vivían en familias funcionales; 12.3% en familias ligeramente disfuncionales; 22.7% en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% en familias altamente disfuncionales. ³¹

V. Justificación

En México, el adulto mayor, el cual incluye a las personas de 60 años o más, es expuesto en múltiples ocasiones a un mayor grado de vulnerabilidad, debido a que muchas veces no se cuenta con la existencia de una red familiar que sea funcional de manera que los apoye en esta etapa de su vida, donde su salud y sus condiciones económicas pueden llegar a ser precarias.

El censo reportado en México en el año 2020 reporta que este grupo etario representa el 12% del total de la población, es decir, 15 millones de personas. El 45.9% de las mujeres vive en casa con familiares y el 50.1% de hombres de este grupo vive con su pareja e hijos, pudiéndose deducir que la mayoría de adultos mayores viven junto a otros familiares, lo cual puede tener un impacto importante dentro de su salud emocional y física, principalmente en sujetos que requieren de cuidados o apoyo emocional.³²

El envejecimiento se trata de una de las principales problemáticas sociales debido a que este grupo etario se enfrenta a diversos cambios funcionales que en muchas ocasiones lo condiciona a situaciones de abandono por parte de su núcleo familiar debido a la falta de apoyo y desentendimiento, provocando cambios en su dinámica familiar y afectando sus relaciones. La familia constituye la base de la sociedad y el entorno de desarrollo de sus miembros y para el adulto mayor, la familia representa la posibilidad de permanecer en un grupo y cuando esto se ve afectado, puede causar un gran impacto negativo en el mismo.

La toma de decisiones que se realizan del entorno familiar, tomando en cuenta la participación de todos sus integrantes, incluyendo al adulto mayor, permiten que su autonomía sea respetada con el objetivo de lograr un envejecimiento activo.

Un adecuado funcionamiento familiar está en relación de que los integrantes logren una correcta adaptación ante las diversas situaciones a las que se enfrentan y la capacidad que estos poseen para resolver los problemas que se generan como resultado de las demandas de las transiciones propias del envejecimiento, el crecimiento que involucra el aspecto emocional y físico con el logro de los objetivos, el afecto entre los integrantes y por último, la resolución de problemas que involucra recursos económicos y el factor tiempo; cuando

alguno de estos se encuentra alterado, se crean conflictos, convirtiendo al adulto mayor un objetivo frágil.

El deterioro en la funcionalidad familiar impacta en la calidad de vida de la persona y esta última puede verse afectada por la dependencia del adulto mayor hacia su prójimo y su autonomía quebrantada ocasionando un estado de vulnerabilidad.

El presente estudio se enfoca en conocer el estado de salud en este grupo etario con enfoque a la relación con su familia y su calidad de vida, logrando relacionar la calidad de vida del adulto mayor con la estrecha conexión que se produce con la familia, que permite mejorar el sentimiento de bienestar y autovalencia en estos individuos.

La detección de problemas en la calidad de vida de los adultos mayores, es sumamente importante debido a que una mejor calidad de vida se asocia a una menor presencia de complicaciones. La percepción de calidad de vida en el adulto mayor aunado a la transición demográfica consiste en un gran reto del envejecimiento poblacional, pues se da la creciente probabilidad de saturación de sistemas de salud por dependencia y discapacidad funcional en este grupo etario.

La disminución del control en las actividades diarias y en la toma de decisiones a la que se encuentra expuesto el adulto mayor, se relaciona a la disminución de la percepción de la calidad de vida y al aceleramiento del proceso de envejecimiento. Todo esto, aunado a una pobre red de apoyo familiar conlleva a un pobre desarrollo del individuo, siendo de suma importancia detectar este deterioro para poder identificar factores de riesgo relacionados a la mala calidad de vida en el adulto mayor.

La calidad de vida se encuentra conectada de manera íntima con las enfermedades que presenta cada individuo y con la funcionalidad familiar.

Esta investigación tiene el objetivo de determinar la relación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

VI. Planteamiento del problema

El adulto mayor experimenta gran cantidad de cambios biopsicosociales que dependen de su sistema familiar, social y estilo de vida, e influyen directamente en las diversas áreas de funcionamiento y favorecen la pérdida de la autonomía lo cual se traduce en la necesidad de depender de otros, impactando en el aspecto familiar y social.³³

La funcionalidad del adulto mayor merece vital relevancia, ya que es la resultante de la interacción entre los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituyéndose como un reflejo de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento. La disfunción clínica del adulto detectada por la disminución de la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria, reflejándose por la aparición de dependencia, que poco a poco afecta la calidad de vida de los mismos, conlleva dificultad en la comunicación, limitaciones en las necesidades de autocuidado básico, mal apego al tratamiento con medicamentos y aumenta el riesgo de caídas.³⁴

A pesar de que la familia es considerada como el lugar donde se proporciona afecto, seguridad y cuidado a los adultos mayores, es en ocasiones el espacio donde se ven privados socialmente, excluidos e incluso ignorados.³⁵

La relación de la calidad de vida con la salud representa la percepción declarada por el individuo acerca de su salud y sus diferentes dimensiones, entre ellas cuatro principales: salud física, psicológica, social y ambiental. Tratándose entonces, de un concepto multidimensional que ha probado ser un predictor de morbilidad y reingreso a servicios de salud para muchas enfermedades, siendo esto motivo de estudio de gran interés en diferentes contextos socioculturales y geográficos.³⁶

La presente investigación considera como objetivo fundamental determinar la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor adscrito a una Unidad de Medicina Familiar de la Seguridad Social Mexicana. A medida de que el envejecimiento sucede, el ser humano se vuelve vulnerable a experimentar eventos que afecten su calidad de vida por lo que el conocer cómo es el entorno en el que se desarrolla y cómo impacta este en su vida es vital para entender las repercusiones en su cotidianidad.

Ante la situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27?

VII. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27 mediante la aplicación del instrumento Apgar familiar.
- Conocer la calidad de vida del adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27 con el empleo del cuestionario de salud SF-36.
- Describir características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, nivel educativo y estado civil.

VIII. Hipótesis de trabajo

- **Hi.** Existe una relación positiva entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.
- **Ho.** No existe relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.
- **Ha.** Existe una relación negativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

IX. Material y métodos

Diseño y tipo de estudio: Estudio observacional, de alcance correlacional y transversal.

Población de estudio: Pacientes de 60 años o más, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar Número 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio: El estudio fue realizado en el periodo comprendido del 01 de junio de 2022 al 01 de febrero de 2023.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por casos consecutivos.

Fórmula de correlación simple

$$n = 3 + \frac{K}{C^2}$$

En donde:

$$K = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2$$

$$C = 0.5 \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}$$

- r es el coeficiente de correlación esperado (0.5)
- Nivel de significancia 0.05
- Poder del 95%

Despeje de la ecuación

$$n = 3 + \frac{K}{C^2} = 3 + \frac{10.8}{0.55^2} = 3 + \frac{10.8}{0.3025} = 3 + 35.7 = 38.7$$

Tamaño de la muestra: 38.7 + 20% por pérdida de datos = **46.44** pacientes.

Los investigadores consideran conveniente incrementar el tamaño de la muestra a 90 sujetos para incluir en el estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Usuario derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, Tijuana, Baja California de 60 años o más.
2. Paciente que acepte participar en el estudio.
3. Paciente que firme consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

1. Sujetos con familia unipersonal.
2. Personas con algún tipo de discapacidad mental.

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios mal requisitados o incompletos.
2. Consentimientos informados no firmados o incompletos.

Descripción general del estudio

Prevía autorización del estudio por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud y del director de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, se llevó a cabo un estudio observacional, correlacional y transversal, donde se incluyeron 90 participantes que acudieron a la consulta ordinaria de esta Unidad en Tijuana Baja California durante el periodo comprendido del 01 de junio de 2022 al 01 de febrero de 2023, durante el cual el alumno tesista inició con el procedimiento de recolección de datos; se eligió a los sujetos que cumplieran con los criterios de selección dentro del intervalo de tiempo especificado o hasta alcanzar el número definido de participantes. El alumno tesista realizó recorridos por la sala de espera de la Unidad en ambos turnos de atención médica y una vez identificados los sujetos, se les invitó a participar en el estudio de manera voluntaria y anónima y en caso de aceptar, se les solicitó ingresar de forma individual y voluntaria a un consultorio de Medicina Preventiva de la Unidad para propiciar un ambiente agradable, tranquilo y confidencial, donde se otorgó bolígrafo y consentimiento informado y se explicó la finalidad del estudio, así como los beneficios y riesgos de su participación. En caso de aceptar participar en el estudio, el participante firmó el consentimiento informado y posteriormente se realizó la entrevista sobre datos personales y aplicación de cuestionarios, los cuales fueron respondidos por

el participante con la ayuda del alumno tesista en caso de requerirse; en el caso de pacientes analfabetas, el tesista fue el responsable de llenar adecuadamente las encuestas, explicando detalladamente el contenido de cada una, asegurándose de la comprensión del participante. Posterior al llenado del consentimiento informado, lo cual tuvo una duración aproximada de 1-2 minutos, fueron aplicadas dos encuestas, las cuales fueron autoaplicadas por el participante o en caso de analfabetas, se siguió la dinámica anteriormente plasmada; la primera es el Apgar familiar que valora la funcionalidad familiar en relación a la percepción que tiene la persona de su relación con sus familiares a través de la evaluación de la adaptación, compañerismo, crecimiento y afecto entre los miembros de la familia, comprendiendo un total de 5 preguntas, la cual posee un tiempo de aplicación estimado de 1-2 minutos. Por su parte, la calidad de vida del sujeto se evaluó a través del cuestionario SF-36, en el cual se evalúa al individuo con un total de 36 preguntas que valoran aspectos tanto positivos como negativos de la salud. Su periodo de aplicación oscila entre 5 y 10 minutos, por lo que el tiempo total estimado de aplicación de las encuestas con el sujeto participante fue de 7 a 15 minutos. Al finalizar, el alumno tesista se encargó del llenado de la hoja de recolección de datos del paciente. La información de los participantes fue resguardada por el investigador responsable asegurando la confidencialidad de la misma.

Instrumentos de medición

1. Funcionalidad familiar

APGAR FAMILIAR

Instrumento de evaluación familiar, elaborado por el Dr. Gabriel Smilkstein. Proporciona información de los pacientes en relación a la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares. Esta herramienta se puede aplicar a sujetos mayores de 15 años. Consta de 5 reactivos que evalúan adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Realiza la medición del funcionamiento familiar a través de una encuesta de satisfacción del entrevistado con su vida familiar. Es un instrumento válido y fiable, para determinar si la familia

representa un recurso para el paciente o, por el contrario, contribuye a su enfermedad. Puede ser contestado por todo tipo de familias. Entre más integrantes de la familia sean entrevistados, más completa será la visión que se pueda tener acerca del funcionamiento del sistema dentro de la familia, por lo que cada integrante que conteste la encuesta contribuye al total, sin embargo, la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.84.

Los posibles resultados obtenidos son los siguientes:

- Calificación 7-10: sugiere una familia altamente funcional.
- Calificación 4-6: sugiere una familia moderadamente disfuncional.
- Calificación 0-3: sugiere una familia altamente o severamente disfuncional.

2. Calidad de vida

Encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey):

Este cuestionario evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años) a partir de 8 dimensiones (función física, función social, rol físico, rol emocional, salud general, salud mental, vitalidad y dolor corporal) y 36 ítems, midiendo estados positivos y negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Las escalas del SF-36 están ordenadas de manera que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la aplicación del cuestionario se necesita realizar la homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de las puntuaciones que lo requieren, con la finalidad de que todas las puntuaciones persigan el objetivo de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”; la estimación de la suma de las puntuaciones que integran la escala y la transformación lineal de las puntuaciones para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (0 peor salud a 100 mejor salud).

La confiabilidad del cuestionario SF-36 de salud cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach que alcanza hasta el 0.93.

El SF-36 es un instrumento autoaplicado que toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse.

Definiciones de los conceptos:

- Salud mental: existencia estable de sentimientos de angustia y depresión o de felicidad y tranquilidad.
- Rol emocional: problemas con el trabajo y otras actividades diarias a consecuencia de problemas emocionales.
- Función física: extensión de las limitaciones de las personas para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluidas bañarse o ducharse, debido a problemas de salud.
- Rol físico: problemas con el trabajo u otras actividades diarias que se corresponden con su malestar físico.
- Dolor corporal: grado de dolencia que limita las actividades realizadas diariamente.
- Vitalidad: grado de energía con la que cuenta.
- Salud general: percepción del estado de salud.
- Función social: frecuencia con la que los problemas físicos o emocionales interfieren con las actividades sociales.

En cuanto a las respuestas, la evaluación inicial considera variantes del formato Likert (4 a 6 opciones, en algunos casos utilizando de mala a excelente). Otras preguntas admiten respuestas dicotómicas cierto/falso y si/no en las diferentes secciones que componen.

Las puntuaciones obtenidas (0 – 100) tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud respectivamente.

Al finalizar el llenado de ambas encuestas, el tesista recolectará los archivos requisitados, agradecerá su participación y guiará al participante a la salida. Una vez obtenidas las encuestas e instrumentos de medición, el alumno tesista será el responsable del procesamiento de datos y del análisis estadístico de la información resultante, mismos que serán registrados en una hoja electrónica y posteriormente serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS 26. El alumno tesista será el responsable de la interpretación de la información resultante del análisis estadístico mediante la elaboración de gráficas, tablas, conclusiones y recomendaciones de los resultados del proyecto. El Investigador responsable será el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a fin de salvaguardar la confidencialidad. Finalmente, el

alumno tesista realizará la presentación de los resultados ante el equipo de trabajo y autoridades del hospital.

Definición conceptual de las variables

Variable independiente: Funcionalidad familiar.

Variable dependiente: Calidad de vida.

Sexo: Condición biológica que distingue a personas en hombres o mujeres.

Edad: Número de años de vida de una persona medidos a partir de su nacimiento.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Escolaridad: Nivel de preparación que alcanzó una persona en el sistema educativo.

Ocupación: Profesión u oficio que desempeña un individuo.

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que tiene como resultado un gasto energético.

Funcionalidad familiar: Aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar como son: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, la cual elabora dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores y normas en los que vive y está íntimamente vinculado con sus objetivos y sus expectativas.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR Y/O VALOR
Sexo	Condición biológica que distingue a personas en hombres o mujeres.	Condición con la cual se identifica el paciente. Medidas a través de un ítem abierto.	Cualitativa, dicotómica y nominal.	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Número de años de vida de una persona medidos a partir de su nacimiento.	Años cumplidos según el paciente al momento de realizar el estudio.	Cuantitativa, recategorizada a cualitativa ordinal	1. 60 – 70 años 2. 71 – 80 años 3. 81 – 90 años 4. 91 o más años.
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Medida a través de un ítem semicerrado.	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado
Escolaridad	Nivel de preparación que alcanzó una persona en el sistema educativo	Se determinará al preguntar directamente al paciente. Medida en ítem semi cerrado	Cualitativa Ordinal Politómica	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación	Profesión u oficio que desempeña un individuo.	Medida en un ítem semi cerrado.	Cualitativa Nominal	1. Empleado 2. Comerciante 3. Hogar 4. Profesionista

				5. Desempleado 6. Pensionado / jubilado 7. Estudiante
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que tiene como resultado un gasto energético.	Se considerará activo a aquella persona que realice ejercicio mínimo por 30 minutos 5 días a la semana.	Cualitativa Nominal	1. Sedentario 2. Activo
Funcionalidad familiar	Aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar como son: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.	Resultado final obtenido de la aplicación de Apgar Familiar.	Cualitativa Ordinal Politómica	1. Funcional (7 a 10) 2. Disfunción moderada (4 a 6) 3. Altamente disfuncional (0 a 3)

Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, la cual elabora dentro del contexto de la cultura y sistema de valores y normas en los que vive y está íntimamente vinculado con sus objetivos y sus expectativas.	Resultado final obtenido de la aplicación del cuestionario SF-36.	Cualitativa Ordinal Politómica	1. Buena calidad de vida (51-100) 2. Mala calidad de vida (0-50)
------------------------	--	---	--------------------------------	---

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva; para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Para medir la correlación entre las variables de principal interés se utilizará Tau C de Kendall. Se utilizará un intervalo de confianza del 95% y una p menor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.

X. Aspectos éticos

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud 2014, en el artículo 17, apartado I se trata de una investigación con riesgo mínimo, ya que se emplea la recolección de datos mediante pruebas o encuestas de enfoque psicológico que pudieran causar alguna modificación en variables sociales, fisiológicas y psicológicas de los participantes. Se basa además en los artículos 13 y 14 de este reglamento, fomentando el respeto a la dignidad, protección y derechos del sujeto de estudio, así como el artículo 22 conforme al consentimiento informado.

La investigación se encuentra acorde al Título Quinto, Capítulo 1, Artículo 100 de la Ley General de Salud, adaptándose a los principios tanto éticos como científicos que justifican la investigación médica, existiendo seguridad de los sujetos en el estudio sin exponerlos a riesgos o daños, además de contar con consentimiento informado escrito de los sujetos que serán parte del estudio.

Se utilizarán consentimientos informados, mismos que serán firmados voluntariamente por todos los sujetos de estudio de la presente investigación.

La ética de esta investigación se apega a los artículos y principios de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013, a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a la carta de Ottawa, emitida en 1986 para la promoción de la salud.

La Declaración de Helsinki habla sobre las normas internacionales sobre ética de la investigación bioética recogiendo el espíritu del código de Núremberg, la cual cuenta con 37 principios, teniendo a lo largo del tiempo varias revisiones, siendo la última el pasado 19 de octubre del 2013 en Brasil en la 64ª Asamblea General, siendo el propósito principal de esta investigación comprender los efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones de prevención.

Se solicitará autorización del Comité Local de Investigación y Ética, del director de la Unidad Médica Familiar por escrito, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y del Profesor Titular de la Especialidad.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La presente investigación se efectuará bajo previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética Local de Investigación en Salud (CLIEIS), y de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo II).

XI. Recursos, financiamiento y factibilidad

Se cuenta con los recursos humanos:

- Investigador responsable: Dra. Catalina Verdin Bravo. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito en la Unidad de Medicina Familiar Número 27.
- Investigador: Ana Cecilia Robledo Mendivil. Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la Sede Unidad de Medicina Familiar Número 27.
- Pacientes: Adultos de 60 años o más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Se cuenta con los recursos materiales para realización del estudio:

- Área física: infraestructura, inmuebles de propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Formatos de recolección de información: copias de hojas de recolección de datos y copias de cartas de consentimiento informado.
- Papelería: computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS – 26, hojas blancas (1 resma tamaño carta) para copias de las encuestas y consentimientos informados, lápices (Caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

Los recursos financieros fueron provistos por el investigador principal.

Su realización fue factible debido a que se contó con los recursos y materiales necesarios para llevar a cabo el estudio.

XII. Bioseguridad

No cuenta con problemas de bioseguridad.

XIII. Resultados

Para determinar si existe relación entre funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar no. 27, se invitó a 90 pacientes a participar en el estudio, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el mismo; de estos, 8 fueron eliminados por presentar cuestionarios incompletos. Del total de participantes ($n=82$), el 40% ($n=33$) correspondieron a sexo masculino, mientras el 60% ($n=49$) al sexo femenino (fig. 1).

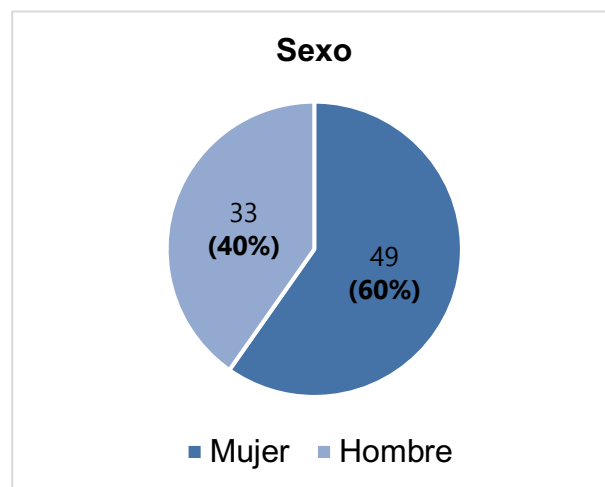


Fig. 1 Gráfico circular sobre el sexo de los participantes.

Respecto a la edad de los pacientes incluidos, el 65% ($n=53$) se encontraron en el rango de edad de 60 a 70 años, 34% ($n=28$) pertenecieron al grupo de 71 a 80 años y solamente 1% ($n=1$) conformaron el grupo de 81 a 90 años (fig. 2).

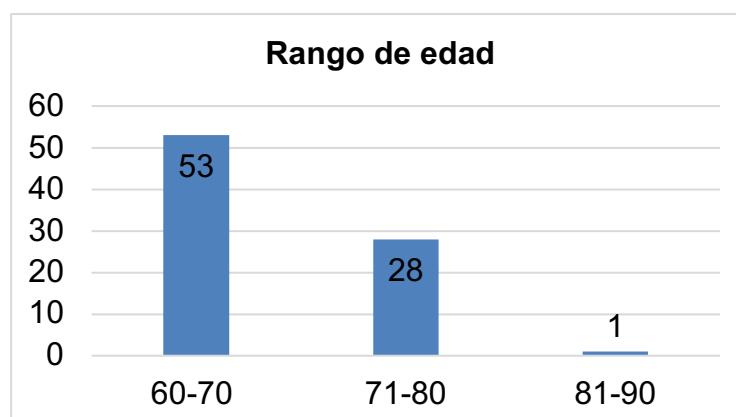


Fig. 2. Gráfico de barras que muestra la frecuencia por rango de edad de los participantes del estudio.

Referente al índice de masa corporal, 9% (n=7) de los participantes contaba con un peso normal, 57% (n=47) presentaba sobrepeso y 34% (n=28) mostraba algún grado de obesidad; 20 de los pacientes presentaba obesidad grado 1, 7 obesidad grado 2 y sólo uno de ellos obesidad grado 3 (fig. 3).

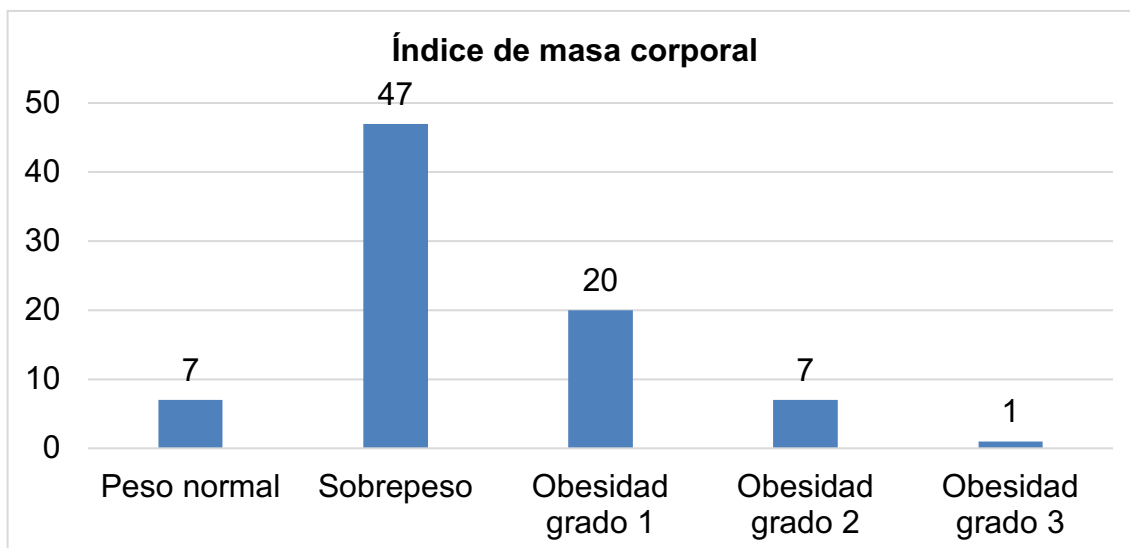


Fig. 3. Gráfico de barras que muestra el estado nutricional según el índice de masa corporal.

Se recopiló información acerca del estado civil de los sujetos estudiados, encontrándose que la mayoría se encontraban casados al momento del estudio, representando el 50% (n=41) de los participantes. El 23% (n=19) eran viudos, 16% (n=13) solteros, 7% (n=6) se encontraban en unión libre y 4% (n=3) divorciados.

En relación con la escolaridad, se encontró que el nivel primaria representaba la mayor parte de los participantes con un 67% (n=55), 12% (n=10) contaba con educación secundaria y el 21% (n=17) obtuvo una educación mayor al nivel básico.

De acuerdo a su ocupación, el 57% (n=47) de los pacientes se encontraba pensionado o jubilado, 23% (n=19) se dedicaba al hogar y 12% (n=10) continuaban laborando, mientras que de los 6 participantes restantes, 4% (n=3) de ellos eran comerciantes, 1 desempleado y únicamente 2 eran profesionistas.

Del total de participantes, 44% (n=36) contaban con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 simultáneamente. El 34% (n=28) presentaba únicamente hipertensión arterial sistémica; 6% (n=5) presentaba otra comorbilidad; 6% (n=5) tenía diabetes mellitus tipo 2 solamente y por último, 10% (n=8) de los participantes no presentaba ninguna comorbilidad (fig. 4).

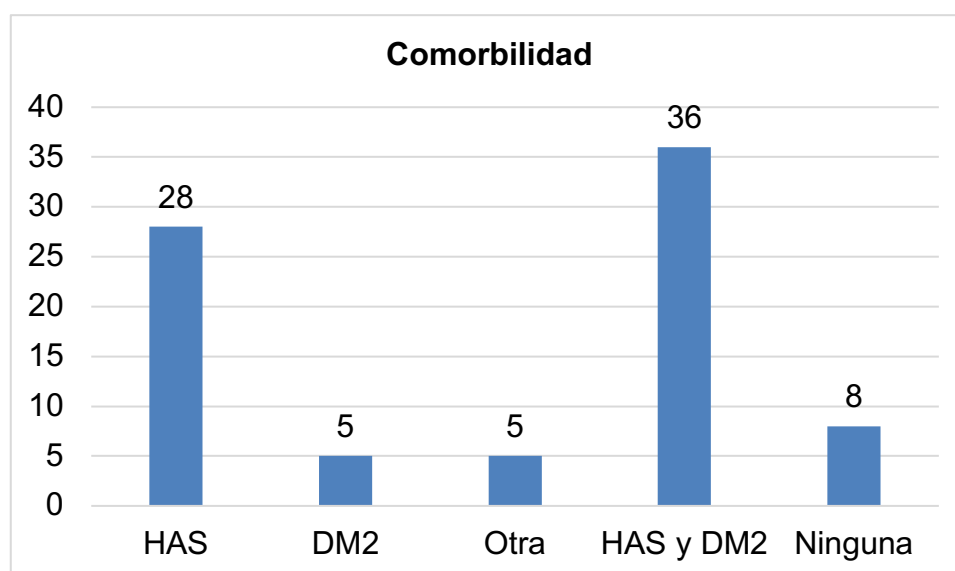


Fig. 4 Gráfico de barras sobre las comorbilidades que presentaban los participantes, encontrándose la mayor prevalencia con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 en conjunto. Otras comorbilidades reportadas fueron artritis reumatoide, dislipidemia, enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, y prediabetes, entre otras.

Por otro lado, en cuanto a la actividad física, encontramos que el 68% (n=56) de los sujetos eran sedentarios, mientras que solamente 32% (n=26) eran personas activas. Las variables y características sociodemográficas de los participantes y sus detalles se encuentran descritas y resumidas en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Rango de edad		
60 – 70 años	53	64.63
71 – 80 años	28	34.4
81 – 90 años	1	1.21
≥ 91 años	0	0

Sexo		
Masculino	49	59.75
Femenino	33	40.24
Estado civil		
Soltero	13	15.85
Casado	41	50
Unión libre	6	7.31
Viudo	19	23.17
Divorciado	3	3.65
Escolaridad		
Analfabeta	0	0
Primaria	55	67.07
Secundaria	10	12.19
Preparatoria	7	8.53
Licenciatura	10	12.19
Posgrado	0	0
Ocupación		
Empleado	10	12.19
Hogar	19	23.17
Profesionista	2	2.43
Comerciante	3	3.65
Desempleado	1	1.21
Pensionado / Jubilado	47	57.31
Actividad Física		
Sedentario	56	68.29
Activo ^a	26	31.70
Comorbilidad (es)		
Hipertensión	28	34.14
Diabetes mellitus tipo 2	5	6.09
Otra	16	19.51
HAS / DM2	37	45.12
Ninguna	8	9.75
Funcionalidad Familiar		
Funcional	58	70.73
Moderada disfunción	18	21.95
Altamente disfuncional	6	7.31
Calidad de Vida		
Alta	69	84.14
Baja	13	15.85
Índice de Masa Corporal		
Bajo peso	0	0
Peso normal	7	8.53
Sobrepeso	47	57.31
Obesidad grado 1	20	24.39
Obesidad grado 2	7	8.53
Obesidad grado 3	1	1.21

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

^a Activo se definió como aquella persona que realice actividad física de cualquier tipo mínimo 30 minutos al día por lo menos 5 días a la semana.

Respecto a las variables de principal interés, se encontró que la mayor parte de los participantes, representados por el 71% (n=58) contaba con una familia funcional, mientras que encontramos una moderada disfunción familiar en el 22% (n=18) de los sujetos. Solamente el 7% (n=6) de los participantes presentaron una familia altamente disfuncional (fig. 5). Enfocándonos en el sexo de los pacientes, del total de mujeres, el 41% (n=20), presentaban algún grado de disfunción familiar, mientras que sólo 12% (n=4) de los hombres presentaban disfunción.

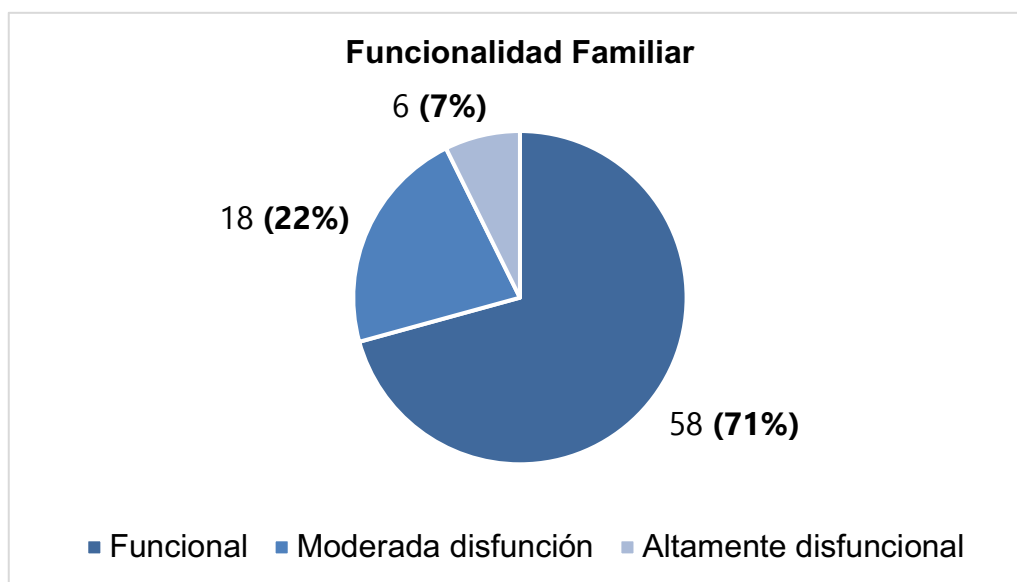


Fig. 5 Gráfico de pastel en el que se observa la prevalencia del grado de funcionalidad familiar de los participantes.

Centrándonos en la calidad de vida de los pacientes, el 84% (n=69) presentaba una alta calidad de vida, mientras que el 16% (n=13) restante, una calidad de vida baja (fig.6). En relación con el sexo, el 76% (n=37) de las mujeres y el 97% (n=32) de los hombres contaban con buena calidad de vida.

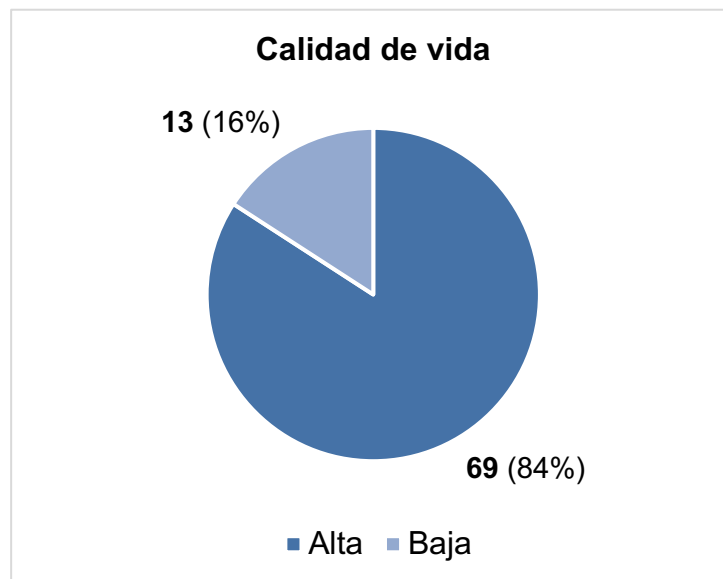


Fig. 6 Gráfico circular sobre la calidad de vida de los participantes.

Con base en los resultados obtenidos respecto a las variables de funcionalidad familiar y calidad de vida, se construyó una tabla cruzada (tabla 2) para realizar las pruebas estadísticas correspondientes.

	Alta calidad de vida	Baja calidad de vida	TOTAL
Familia funcional	48	10	58
Familia moderadamente disfuncional	17	1	18
Familia altamente disfuncional	4	2	6
TOTAL	69	13	82

Tabla 2. Tabla cruzada de las variables principales de estudio. Se observa que de los 58 participantes con familia funcional, 48 de ellos presentaron una alta calidad de vida, mientras que 10 tenían baja calidad de vida. 18 participantes obtuvieron resultado de familia moderadamente disfuncional y de estos solamente uno presentaba baja calidad de vida mientras que el resto resultó con alta calidad de vida. Finalmente, 6 participantes obtuvieron como resultado una familia altamente disfuncional, de los cuales 4 tenían alta calidad de vida y 2 baja calidad de vida.

El análisis fue realizado en el programa estadístico SPSS versión 26, tomando como resultado estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05. Para conocer si la funcionalidad familiar está relacionada con la calidad de vida en el adulto mayor, se llevó a cabo una correlación de Tau C de Kendall, obteniendo una $r(82) = -0.021$, lo cual nos indica que no existe relación entre ambas variables, mostrando no haber correlación significativa $p = 0.781$, con tamaño del efecto ($p = 0.14$) y una potencia estadística de ($1 - \beta = 0.90$).

Como resultados secundarios, se analizó el grado de correlación de la variable dependiente con las variables de sexo y nivel de actividad física. Al ser variables cualitativas dicotómicas, se empleó la prueba estadística chi cuadrada encontrándose un resultado estadísticamente significativo al analizar la correlación del sexo con la calidad de vida, con un valor de $p = 0.009$ con correlación de Spearman de -0.288 ($p = 0.009$).

Tabla 3. Resultados secundarios						
	Calidad de vida					
Variable	Alta	Baja	x ²	Valor de p	Correlación Spearman	Valor de p
Sexo			6.807	0.009	-0.288	0.009
Masculino	32	1				
Femenino	37	12				
Actividad física			0.531	0.466	-0.081	0.472
Sedentario	46	10				
Activo	23	3				

Con base con los resultados obtenidos posterior al empleo de la prueba Tau C de Kendall para las principales variables de estudio, se acepta la hipótesis nula al no existir relación entre las variables, no encontrando un valor de p estadísticamente significativo. Respecto a las prevalencias, se encontró que la mayoría de los participantes mostraba una alta calidad de vida y familias funcionales (84% y 71% respectivamente).

XIV. Discusión

Para determinar la relación que hay entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor, es de vital importancia entender la función que desempeña la familia para el desarrollo humano y en este caso del adulto mayor, quien presenta mayor vulnerabilidad cuando existe una falta de red de apoyo, impactando en su calidad de vida.

El análisis de la funcionalidad familiar de los pacientes permitió evidenciar un porcentaje elevado de familias funcionales en los sujetos estudiados. Similar situación fue la demostrada por Duran-Badillo y colaboradores, al estudiar la funcionalidad familiar en adultos mayores con hipertensión arterial, donde se encontró una familia funcional en el 85,4% y 14,7% con algún grado de disfunción, siendo también parecidos a los encontrados por Rodríguez-Tovar y colaboradores, donde demostraron que el 81% de los casos se encuentran bajo un entorno familiar normofuncional, el 9% en disfunción moderada y el 10% restante en una familia gravemente disfuncional.

Enfocándonos en la calidad de vida de los pacientes, más del 80% presentó una alta calidad de vida y solamente el 16% restante una calidad de vida baja, dato que difiere con los hallazgos encontrados por Flores-Herrera y colaboradores en Tamaulipas, donde la mayor parte de los adultos mayores que participaron puntuaron su calidad de vida como deficiente, sugiriendo que el contexto ambiental y el apoyo emocional familiar y social son puntos elementales para cubrir las necesidades del adulto mayor y con esto mejorar la percepción de calidad de vida del paciente.

Los resultados obtenidos de la medición de la relación entre las variables de interés, demuestran que no existe una relación entre ambas variables, lo cual presenta una discrepancia con el estudio realizado por De Souza-Júnior y colaboradores, el cual evidencia una correlación positiva entre la calidad de vida de los ancianos, mostrando la importancia de la inclusión del núcleo familiar en la vida del adulto mayor.

La falta de relación entre las variables estudiadas se puede deber a que existen otros factores asociados además de la funcionalidad de vida con la calidad de vida en el adulto mayor, como lo es el entorno social, lugar de residencia, el contexto cultural, la religión y el sistema de valores en los que se vive, objetivos, metas e intereses, entre otros, además de ser influenciada por la salud del individuo, no obstante, dichos factores no fueron estudiados en el presente estudio, ya que estos se encuentran más allá del alcance del mismo.

Dentro de las fortalezas del estudio, los instrumentos de evaluación aplicados (Apgar familiar y cuestionario SF-36) se encuentran validados en el idioma español y cuentan con un alfa de Cronbach significativo (mayor a 0.8), lo que a su vez, aumenta la validez de los resultados, sin embargo es importante resaltar que el cuestionario SF-36 es un instrumento extenso, ya que cuenta con 36 reactivos, pudiendo ser un factor negativo para su aplicación en un adulto mayor pudiendo ser tedioso, además de que los pacientes de esta edad en ocasiones presentan problemas en la visión.

A pesar de que la información fue recolectada mediante encuestas autoaplicadas, el estado de orientación de los participantes fue verificada y no se observaron complicaciones debido a comorbilidades o la edad de los pacientes que pudieran interferir en las respuestas; es importante que los resultados se manejen con precaución debido a las limitaciones que se presentan al ser un estudio en el que no se emplea muestreo probabilístico que permita una muestra homogénea. Otra de las limitaciones dentro del estudio, fue que dentro de los criterios de exclusión se encuentran los sujetos con familia unipersonal, quienes es posible que cuenten con una calidad de vida deficiente debido a la falta de red de apoyo familiar, por lo que sería conveniente incluir a individuos con este tipo de familia en futuras investigaciones.

Para resumir lo anterior, si bien la funcionalidad familiar puede llegar a impactar la calidad de vida del adulto mayor, no es el único factor asociado a la misma. Sería conveniente incluir una mayor cantidad de participantes en futuras investigaciones e incluso relacionar la calidad de vida con otras variables que potencialmente causen un impacto negativo para determinar con mayor certeza

las principales causas de mala calidad de vida en el adulto mayor en nuestro entorno.

XV. Conclusión

El envejecimiento es un proceso por el todo ser vivo atraviesa, y al llegar a la etapa de adulto mayor, los cambios en el ser humano se encuentran relacionados con un deterioro tanto físico como mental, lo cual limita el desempeño de sus funciones, afectando incluso su autonomía e independencia. La calidad de vida es un objetivo en la salud que conforme pasa el tiempo, adquiere una mayor importancia y en muchas ocasiones nos sirve como determinante la estimación de salud, principalmente en etapas de edad avanzada, puesto a que generalmente la salud física, mental y social va deteriorando.

Para enfrentar esta problemática, de primera mano es vital reconocer la importancia de la misma para posteriormente implementar estrategias que fomenten la participación activa de la población adulta mayor, para de esta manera preservar su salud, vivienda, cuidado y participación, entre otros, además de promover la importancia del vínculo familiar para una óptima funcionalidad familiar y por ende, mejorar la calidad de vida.

En cuanto a los hallazgos obtenidos, los pacientes que cursaron con una baja calidad de vida o algún grado de disfunción familiar fueron derivados a los servicios de Trabajo Social y Medicina Familiar para valoración, manejo e integración a programas de apoyo y en caso necesario, para su envío oportuno a segundo nivel a los servicios de Psicología o Psiquiatría.

De manera general, los pacientes fueron derivados al servicio de Nutrición para valoración y recibir consejería nutricional acorde a condiciones y comorbilidades presentadas de manera individualizada, además de recomendaciones de realizar de actividad física regular conforme a las capacidades de cada paciente, puesto a que de acuerdo a los resultados obtenidos, la mayor parte de los pacientes eran sedentarios. Asimismo se derivaron al servicio de Medicina Preventiva para valoración y realizar acciones preventivas en caso de no contar con ellas. En cuanto a las personas con enfermedades ya diagnosticadas, se hizo incapié en el adecuado apego al tratamiento y continuar con sus consultas médicas de control.

Es importante incorporar al adulto mayor a programas y/o estrategias educativas para la promoción de salud como Envejecimiento activo (PrevenIMSS) para

fomentar el mismo, instruir al paciente acerca del cuidado de su salud y prevención de enfermedades y evitar complicaciones como la dependencia física, además de ser un grupo de apoyo social.

La realidad es que en México hay pocos estudios que relacionan la funcionalidad familiar con la calidad de vida en el adulto mayor y a pesar de que no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en este grupo de participantes, es importante dejar en claro que la familia es un pilar vital para el desarrollo humano. El profesional de la salud tiene el deber de velar por la salud de todo paciente y es importante la integración de programas de promoción y prevención favorezcan la salud física, psicológica y social del adulto mayor para de esta manera garantizar su calidad de vida y apoyar al desarrollo satisfactorio de esta etapa. Asimismo, es pertinente incluir la participación de la familia al ser su principal fuente de apoyo, ya que en muchas ocasiones el adulto mayor no es capaz de cuidar de su propia salud debido a diversos factores como lo son la dificultad para la retención de información y problemas de memoria, así como problemas de la visión y lectura, entre otros, por lo que en muchas ocasiones se relacionan con el mal apego al tratamiento, provocando un deterioro en su estado de salud de manera precoz y como consecuencia, provocando una disfunción en su calidad de vida a corto, mediano o largo plazo.

Es necesario darle un mayor valor al estado psicológico y mental del adulto mayor, dado a que en muchas ocasiones es algo que se da por sentado y durante la consulta médica es frecuente que se de mayor importancia a las comorbilidades que presentan y en muchas ocasiones no se identifican de manera precoz situaciones alternas que pudieran estar interviniendo con el deterioro de su salud, incluyendo incluso la violencia intrafamiliar y abandono, puesto a que el adulto mayor se vuelve un objetivo frágil debido a la dependencia que suele presentar.

Es conveniente que este estudio sea de base para otras investigaciones, ya que al ser esta la última etapa del ciclo vital, es de suma importancia preservar la esperanza de vida y la calidad de cada adulto mayor en lo mayor posible.

XVI. Cronograma de actividades

Actividad	Jun 2022	Jul 2022	Ago 2022	Sept 2022	Oct 2022	Feb 2023	Ago 2023
Elaboración del protocolo	X	X	X				
Aceptación del protocolo				X			
Recolección de datos				X			
Captura de base de datos					X		
Análisis de resultados						X	
Redacción de discusión y conclusión						X	
Presentación a sinodales							X

XVII. Referencias bibliográficas

1. Mazo-González YI, Mejía-Ruiz LA, Muñoz-Palacio P. Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Poiésis*. 2019; 36: 98-110. [Consultado 2021 Sept 16] Disponible en: <https://doi.org/10.21501/16920945.3192>
2. Velis-Aguirre LM, Pérez-Mato DC, Garay-Arellano G. Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. Sector Durán, Fundación NURTAC. *Rev Publicando*. 2020; 7(23): 3-13. [Consultado 2021 Sept 16] Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2039/pdf_147
3. Naja S, Makhoul MM, Chehab MA. An ageing world of the 21st century: a literature review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2017; 4(12): 4363-4369. [Consultado 2021 Sept 16] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20175306>
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. México: Gobierno de México; 2021 [Consultado 2021 Ago 3] Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
5. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, et al. Population Health Management for Older Adults: Review of Interventions for Promoting Successful Aging Across the Health Continuum. *Gerontol Geriatr Med*. 2016; 2: 1-13. [Consultado 2021 Ago 3] Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2333721416667877>
6. Laguado-Jaimes E, Camargo-Hernández K, Campo-Torregroza E, et al. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017; 28(3): 135-141. [Consultado 2021 Ago 3] Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2333721416667877>
7. Villarreal-Angeles MA, Moncada-Jiménez J, Ochoa-Martínez PY. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos*. 2021; 41: 480-484. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>
8. Rita-Petretto D, Pili R, Gaviano L, et al. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr*

Gerontol. 2016; 51(4): 229-141. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

9. Viteri-Chiriboga E, Terranova-Barrezueta AE, Velis-Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. Rev. Lasallista Investig. 2018; 15(2): 300-314. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>.

10. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento [Internet]. México: Gobierno de México; 2021 [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

11. Foster L, Walker A. Active Ageing across the Life Course: Towards a Comprehensive Approach to Prevention. BioMed Res Int. 2021; 2021; 1-11. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/6650414>

12. Velis-Aguirre L, Pérez-Mato D, Garay-Arellano G. Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. Revista Publicando. 2019; 7(23): 3-13. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2039/pdf_147

13. Huerta-González JL. Medicina Familiar La Familia en el proceso salud-enfermedad. 1era ed. México: Alfil; 2005.

14. Padrón-Quezada FR, Peña-Cordero S, Salazar-Torres K. Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyoctor, 2015. Rev. Latinoam. Hipertens. 2017; 12(3): 79-82. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187001>

15. Salazar-Barajas, M.E., Garza-Sarmiento, E.G., García-Rodríguez, et al. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. Enferm. Univ. 2019; 16(4): 362-373. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>.

16. Martín-Aranda R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev haban cienc méd. 2018; 17 (5): 813-825. [Consultado 2021 Ago 10] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&tlng=es.

17. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 26(2): 83-88. [Consultado 2021 Ago 22] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>
18. Organización de las Naciones Unidas: Perspectivas de la Población Mundial del informe [Internet] 2017 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
19. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
20. United Nations, Department of Economic and Social Affairs [Internet] Nueva York 2019 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+ [Internet] Washington: OPS 2017 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
22. Roberts AW, Ogunwole SU, Blakeslee L, et al. The Population 65 Years and Older in the United States: 2016 [Internet] United States Census Bureau 2018 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2018/acs/ACS-38.pdf>
23. Mendoza-Nuñez VM, Vivaldo-Martínez M, Martínez-Maldonado ML. Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 56 (Supl 1): S110-S119. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181n.pdf>
24. Nequiz-Jasso JM, Munguía-Gómez A, Izquierdo-Barrera EA. Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica Universitaria Reforma. *Rev Enf Neurol.* 2017; 16(3): 167-175. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v16i3.245>

25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de Las personas de edad: datos nacionales [Internet]. México: INEGI; 2019 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
26. Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza LI, Reyna-Avila L, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Univ Salud. 2019; 21(2): 113-118. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144>
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales de 1990 a 2020 [Internet]. México: INEGI; 2020 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b
28. Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado [Internet]. México: COPLADE; 2017 [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones/2017/Mensual/Tijuana%202017.pdf>
29. De Souza-Júnior EV, Viana ER, Pires-Cruz D, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2): 1-8. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
30. Rodríguez-Tovar GL, Medrano-Martínez MR, Castro-García RI, et al. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria. Rev Enferm Neurol. 2019; 17(2): 33-41. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264/294>
31. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016; 23(1): 24-28. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6)

32. Duran-Badillo T, Herrera-Herrera JL, Mireles-Alonso MA, et al. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Cienc. enferm.* 2022; 28: 3. [Consultado 2022 May 2] Disponible en: <https://revistasacademicas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/7385/6726>
33. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* 2016; 13(3): 159-165. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
34. Mora-Quezada JN, Osses-Paredes CF, Rivas-Arenas SM. Funcionalidad del adulto mayor en un Centro de Salud Familiar. *Rev. Cuba Enferm* 2017; 33(1): 18-30. Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432>
35. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Características sociales y familiares asociadas al maltrato del adulto mayor de Pasto, Colombia, 2016. *Rev CES Psico.* 2019; 12(1): 32-42. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.3>
36. Hernández-Huayta Jean, Chávez-Meneses S, Yhuri-Carreazo N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016; 33(4): 680-688. [Consultado 2021 Sept 18] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400010&lng=es&nrm=iso

XVIII. Anexos

Anexo I: Carta de no inconveniencia al director

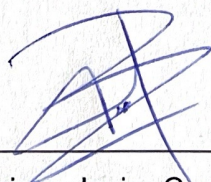
Tijuana, Baja California a 9 de abril del año 2022

Dra. Catalina Verdin Bravo

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”.

Atentamente



Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Anexo II. Consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	"Relación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27".	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Junio-julio del 2022.	
Número de registro institucional:	R-2022-204-112	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación de funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, Tijuana, Baja California.	
Procedimientos:	Una vez firmado el consentimiento informado, se le invitará a pasar a un consultorio de Medicina Preventiva para realizar una entrevista sobre sus datos personales, y se le aplicarán dos cuestionarios, uno para evaluar la funcionalidad familiar mediante Apgar familiar de 5 preguntas y la encuesta SF-36 para valorar calidad de vida con 36 preguntas. Toda la información obtenida será de manera anónima, auto llenada o con asesoría por el investigador en caso necesario, sin límite de tiempo, en donde señalará la respuesta que considere conveniente marcando con una x el cuadro con la opción que se sienta más identificado. Con la finalidad de conocer cómo está su función familiar y cómo percibe su calidad de vida con la finalidad de realizar intervenciones de apoyo en caso de así requerirlo.	
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo, ya que solo se realizarán encuestas.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con base a los resultados obtenidos, el beneficio que usted y su familia recibirá será identificar si existe nivel de disfunción en la familia para poder iniciar medidas para la mejora de las relaciones intrafamiliares y por ende mejorar la calidad de vida, refiriéndolo a los servicios de Trabajo Social y consulta de Medicina Familiar en caso necesario.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se darán a conocer a la dirección médica, médico familiar y trabajo social en caso necesario, con la finalidad de implementar acciones que permitan mejorar su funcionalidad familiar y su calidad de vida.	
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto o con el departamento	
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Los cuestionarios serán resguardados por el investigador principal.	
Declaración de consentimiento:		
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:		
☐	No acepto participar en el estudio.	
☐	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio.	
☐	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio y estudios futuros, conservando los resultados de estos cuestionarios ____ años tras lo cual se destruirán los mismos.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Catalina Verdin Bravo Médico especialista en Medicina Familiar Matricula: 98021687 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27 Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Teléfono: (664) 3014353 Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com	
Colaboradores:	Dra. Ana Cecilia Robledo Mendivil Residente de Medicina Familiar Matricula: 97023460 Área de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27 Teléfono de la Unidad de Atención Médica: 664 629 63 85 y el número de la extensión del servicio: 118 Correo electrónico: ana.robledo@uabc.edu.mx	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 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 III. Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27



Fecha			Folio del participante
DD	MM	AAAA	

“RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”.

NSS: _____	Peso: _____
Edad: _____ Consultorio: _____ Turno: _____	Talla: _____

Sexo 1. Mujer 2. Hombre	Edad 1. 60 – 70 años 2. 71 – 80 años 3. 81 – 90 años 4. 91 o más años
Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	Escolaridad 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación 1. Empleado 2. Hogar 3. Profesionista 4. Comerciante 5. Desempleado 6. Pensionado/Jubilado 7. Estudiante	Actividad física 1. Sedentario 2. Activo*
Comorbilidad 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes mellitus 3. Otra ¿Cuál? _____	

Funcionalidad familiar 1. Familia funcional 2. Moderada disfunción familiar 3. Altamente disfuncional	Calidad de vida 1. Buena calidad de vida 2. Mala calidad de vida
---	---

Anexo IV. Apgar familiar

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR FAMILIAR	
Instrucciones: Este cuestionario cuenta con 5 preguntas: Cada pregunta tiene 3 respuestas posibles. Subraye el número que mejor describa su situación. Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta. En los últimos 6 meses:	
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
2. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
5. ¿Siente que su familia lo quiere?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre

Interpretación de resultados:

Sume los números que corresponden a las respuestas de las preguntas 1 a 5.

La puntuación obtenida en el Apgar familiar caracteriza el grado de funcionalidad familiar de la siguiente manera:

0 a 3 Familia disfuncional

4 a 6 Moderada disfunción familiar

7 a 10 Familia funcional

Anexo V. Cuestionario SF-36

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA SF-36	
Instrucciones: Este cuestionario cuenta con 36 preguntas: Cada pregunta tiene 3 respuestas posibles. Subraye el número que mejor describa su situación. Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta.	
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, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota 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 encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?	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 diez o más cuadras (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 cuadras (de 200 a 900 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 cuadra (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, pero 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 (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?	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 abatido 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. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
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