



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:
CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL HOGAR CON EL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 11
TAPACHULA CHIAPAS**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CARLOS COLÍN DE LA CRUZ**

FEBRERO 2018



BUAP

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:
CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL HOGAR CON EL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 11
TAPACHULA CHIAPAS**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CARLOS COLÍN DE LA CRUZ**

**ASESOR METODOLÓGICO:
Q.F.B. ABRAHAM CUAUHEMOC GÓMEZ CHOEL**

**ASESOR DE CONTENIDO:
DR. GUSTAVO ALONSO CHANG ESPINOSA**

FEBRERO 2018



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:
CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL HOGAR CON EL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 11
TAPACHULA CHIAPAS**

AUTORIZACIONES:


**DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU
COORDINADOR DE EDUCACIÓN DE SALUD**


IMSS
COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS


**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**


IMSS
COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS


**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1**


COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF C/M


**DR. PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 11**


**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF**


IMSS
HEREDANZA E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE ATENCIÓN
MÉDICA UMF 11
TAPACHULA CHIAPAS

ÍNDICE

RESUMEN	5
1.ANTECEDENTES	6
1.1 GENERALES	6
2.JUSTIFICACIÓN.....	27
3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4.PREGUNTA CIENTÍFICA.....	29
5.OBJETIVOS.....	30
6.1 GENERAL.....	30
6.2 ESPECIFICOS.....	30
7.MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
7.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL.....	30
7.3 MARCO MUESTRAL.....	31
7.3.1 UNIVERSO DE TRABAJO.....	31
7.3.2 DETERMINACIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	31
7.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	31
7.3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
7.3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
7.3.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	31
7.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	32
7.5 VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN.....	32
7.6MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
7.7TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO.....	33
7.8ANÁLISIS DE DATOS.....	33
8.LOGÍSTICA.....	34
8.1 RECURSOS HUMANOS.....	34
8.2 RECURSOS MATERIALES.....	34
8.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	34
9.RESULTADOS.....	35
10.DISCUSIÓN.....	43
11. CONCLUSIÓN.....	46
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	48
14. ANEXOS.....	49
14.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
14.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
15.BIBLIOGRAFÍAS.....	52

RESUMEN

Objetivo: Identificar el cumplimiento de las funciones básicas del hogar con el Adulto Mayor que acude a consulta en U.M.F. No. 11 de Tapachula, Chiapas.

Material y métodos: Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, en el que se seleccionaron pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar en la clínica 11 del IMSS Tapachula, Chiapas, del mes de Agosto a Octubre del año 2016. La muestra total fue de 370 adultos mayores, aplicando el instrumento Funciones Familiares en el Adulto Mayor (FFMA), que evalúa cuidado, afecto, socialización, apoyo económico, desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Resultados: Se evaluaron 370 adultos mayores, el sexo masculino representó 53.3%, y el femenino 46.7%, la edad promedio fue de 79 años, 41.89% fueron viudos, 48.1% no tenía estudios, 41.08% tenían trabajo ocasional, el cuidado, afecto, socialización, apoyo económico, desarrollo y ejercicio de la sexualidad fue alto en el sexo masculino en comparación del sexo femenino, y estadísticamente significativo ($p=0.001$).

Conclusión: No existe una cultura para el envejecimiento que pueda orientar a la población en general y en especial a la familia, la cual debe orientarse respecto a los cambios propios de este, ya que muchos de los problemas nacen de la ignorancia de no saber que es envejecer.

El médico familiar debe estar preparado para analizar a sus pacientes contribuyendo en su educación, profundizando en las relaciones del adulto mayor con el resto de la familia y detectar los aspectos más vulnerables para convertirla en una verdadera fuente de bienestar.

1. ANTECEDENTES

1.1 GENERALES

La vejez de la población en México

El proceso de envejecimiento es una situación fisiológica en la cual los tejidos van disminuyendo su capacidad de regeneración, con la consecuente disminución de actividades físicas y deterioro fisiológico en el organismo. La población en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en el 2025, actualmente en México se calcula que el grupo de adultos mayores a representa el 13% de la población, pero ascenderá a 16% en el 2025. En consecuencia habrá mayor demanda de consultas médicas que conllevan mayores comorbilidades, y a su vez, con una mayor esperanza de vida.¹

Una valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidisciplinario y multidimensional, que necesita de cuidado para generar mejoras en los ancianos frágiles, mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y los resultados funcionales, la calidad de vida, así como la disminución de la estancia hospitalaria.²

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), esta capacidad declina gradualmente con los años y por enfermedades crónico degenerativas, acentuándose principalmente en los mayores de 65 años, presentándose hasta en el 5% de ellos, y en los mayores de 80 años, éste deterioro aumenta hasta en un 50% de los casos. ²

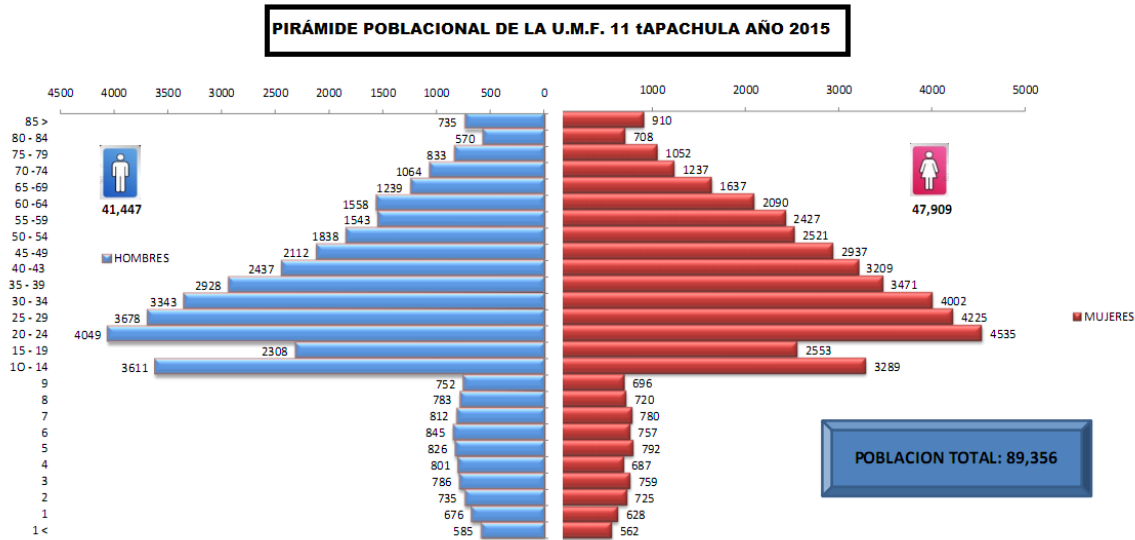
La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su identificación permite el reconocimiento de ésta patología. Las AVD se refieren a las actividades hechas por el sujeto en su domicilio. Zavala-González Ma. et al, determinaron en su estudio que el 39.4 % de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria. ²

En México, Gutiérrez Robledo determinó que el 10 % de los adultos entre 60 y 64 años dependía para realizar las AVD y un 77 % de los mayores de 90 años. ^{2,3}

Se han asociado enfermedades crónicas degenerativas que interfieren en sus actividades, como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Depresión, Artropatías, EPOC, Cardiopatía Isquémica, EVC, y otras como los accidentes, caídas recurrentes, fracturas e insomnio.³

La evaluación de la capacidad funcional es indispensable en las citas médicas, para que los pacientes se sientan en confianza y comenten los problemas que presentan en su hogar. Los pacientes hospitalizados generan mayores costos, tanto para los familiares como a los hospitales, pero se incrementan drásticamente cuando el adulto mayor es totalmente dependiente de un cuidador. ³

La prevalencia aproximada de dependencia parcial es de 47%, mientras que el 17% tiene una dependencia total. Cada vez las actividades de la vida diaria, son más complejas y requieren de mayor finesa, por lo que el compromiso de la familiar para apoyar a los pacientes es sumamente importante, debido a que son la única fuente de apoyo para ellos. Conforme avanza la edad en los pacientes, se van volviendo más difíciles de realizar las actividades de la vida diaria.⁴



Pirámide poblacional de la Unidad de Medicina Familiar Número 11-Fuente: IMSS-Tapachula.

La familia

Se define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y de afinidad.

El concepto de familia, se define según la OMS como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El Consenso Canadiense la define como el grupo compuesto por el marido, una esposa, con o sin hijos que viven bajo el mismo techo.

En este grupo de personas, se es responsable de guiar a las generaciones descendientes, así como el apoyo recíproco, por lo que cada relación intrafamiliar, dependerá del tipo de familia, puede ser nuclear (Padres e hijos), extensa (nuclear más abuelos), monoparental (Padre o madre con el hijo) y la neofamilia (personas que se unen por vínculo afectivo o conveniencia y que comparten un mismo espacio físico u hogar).⁵

La estructura familiar se organiza de cierta manera, mientras que las funciones de cada integrante y sus roles, va a depender del lugar que ocupen en la familia y de su apoyo hacia ella, mientras que el rol de cada uno de los miembros puede ir cambiando en forma constante.⁶

Según el desarrollo familiar, este se puede clasificar en primitiva, que comprende una organización trivial, tradicional que es el núcleo familiar donde el padre contribuye en la manutención y la moderna en la que todos contribuyen y comparten obligaciones y derechos. Por su integración se clasifica en tres tipos; La integrada contempla el apoyo de conyugues que viven juntos y funcionan adecuadamente; La semi-integrada en que no se cumplen todos los roles y la desintegrada, donde hace falta alguno de los conyugues ya sea por abandono, divorcio o separación. Y por su demografía las familias pueden ser urbanas, suburbanas y rurales.^{5,6}

Ciclos vitales

Cada familia cumple un ciclo, Geyman refiere que la familia cursa por cinco fases, las cuales contempla la fase del matrimonio que inicia la relación formal con una pareja ya sea por el medio legal o eclesiástico, además de la llegada del primer hijo, la fase de expansión que es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, ya sea con más hijos, la fase de dispersión que generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos, la fase de independencia, etapa en que los hijos de mayor edad (principalmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen y culmina con la fase de retiro y muerte en la que se presenta el desempleo, la jubilación, la viudez, el abandono y/o la muerte.^{6,16}

Roles familiares

Los miembros de la familia están ligados por una serie de lazos que los une como familia y conformen una relación reticular. Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, ya que de manera biológica, la familia se perpetua, situación que se cumple en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas y ligadas económicamente para la provisión de sus necesidades materiales. Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la durante la vida de los individuos manifestadas en el núcleo familiar.

En el año 1928, Burgués sugirió que la familia odia ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro la familia una posición definida, por un determinado número de papeles, como los de marido, esposa, madre, padres, hijos, ya que adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específica. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con sus funciones que tienen que cumplirse en su núcleo, y a su vez tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte. De este modo la familia asigna dentro de sí los diferentes papeles que están estrechamente relacionados con su estilo de vida.

Un papel familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que está involucrada otra persona u objetos. Es un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia, y describe ciertas conductas esperadas, permitidas o prohibidas de la persona en ese papel. Implica que las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar, pueden ser múltiples o simultáneas, así como funcionales y disfuncionales. La multiplicidad de papeles

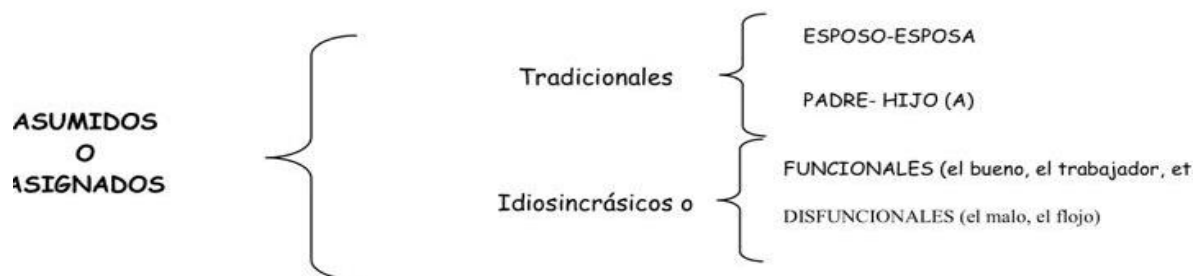
atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

- ❖ Aceptados: Si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.
- ❖ Flexibles: De tal forma que se pueden llevar acabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.
- ❖ Complementarios: Donde los papeles tradicionales siempre significan los pares, no pueden desempeñar el papel de esposa sin marido, ni el de padre sin hijos, etc.

Además, deben resultar satisfactorios e intercambiables en las situaciones en que se requiera, debido a que los papeles disfuncionales resultan ambiguos, matizados de rivalidad y competencia, rígidos no complementarios y en ocasiones invertidos, por ello, estas situaciones reflejan patología individual y familiar.

En la familia se presentan diferentes tipos de roles, ya sea como padre, hijo, hermano, etc., estos miembros de la familia están ligados por una serie de lazos que se clasifican en formales e informales. Los roles formales, son aquellos que están determinados por el orden de nacimiento en la familia o por la relación con los hermanos, padres o cónyuges, mientras que los informales están en relación a determinado estilo o forma de conducta que la persona haya desarrollado por sí misma al interior de la familia.^{6,7,16}

CLASIFICACION DE LOS PAPELES FAMILIARES:



La familia como sistema

La familia como sistema es derivado de diferentes modelos, que tienen como objetivo superar la descripción superficial del funcionamiento familiar, por lo que las regularidades de la misma se deben analizar, evaluar o promover para tener mayor acercamiento al marco real y comprensivo de la convivencia familiar. ⁷

La familia opera a través de pautas tradicionales, las cuales se repiten constantemente, de modo que el sistema está organizado y jerarquizado desde que se nace, adquiriendo responsabilidades nuevas, sin tomar parecer a los receptores, de este modo, el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, con el fin de conservar tendencias y preferencias de como interactuar con la familia. Toda desviación de estos objetivos altera el sistema. ^{7,8}

Los requerimientos de lealtad a la familia, hacen que no haya cambios internos y sí se presentan afecciones externas, se podrá encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo, adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando. La familia se divide en subsistemas, como son el de tipo conyugal (esposo-esposa), fraternal o filial (hermanos), parental (padre-hijo). ⁸

El sistema familiar para que esté en equilibrio, debe delimitar lo apropiado y lo no apropiado, tanto en conductas como en el trato entre los integrantes que conforman un núcleo familiar. ⁹

Dinámica familiar

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) en el cual se le atribuye una función primordial, pero con constante cambio

y crecimiento del grupo familiar, estas fuerzas operan de manera positiva o negativa, pero son determinantes para llevar un buen o mal funcionamiento.¹⁰

En la familia de tipo funcional se mezclan los sentimientos, comportamientos y expectativas de cada uno de sus miembros, lo que permite que alcancen un adecuado desarrollo, tanto como individuo, como participante en la familia, permitiendo que los demás aprendan y se apoyen entre sí.^{10,11}

Por lo que el adecuado o mal funcionamiento familiar, es crucial para que se conserven y promuevan formas para mantener un buen estado de salud, se prevengan enfermedades crónico degenerativas de los integrantes, si todos cumplen con sus funciones, denominándose así una familia funcional o disfuncional (normal o patológica).¹¹

Adulto Mayor y la importancia de éste en la familia

Para la mayoría de los Adultos Mayores, la familia es la instancia donde se encuentran quienes pueden brindar y recibir ayuda, siendo una fuente de apoyo afectivo necesario para asumir las pérdidas que conlleva el hecho de envejecer. Por ello, es de gran importancia que la familia identifique los puntos débiles en donde se encuentra de apoyo para el adulto mayor en cuanto a las funciones básicas para reforzarlas y tener una adecuada red de apoyo.¹²

Los adultos mayores brindan de experiencia, conocimiento a los hijos, nietos y demás generaciones prospectivas, por lo que su actividad, presencia y consejería en la familia son fundamentales y determinante en el continuo crecimiento, y enriquecimiento de costumbres e identidad cultural en la familia. Las personas que lo rodean suelen escucharlo, aunque en la actualidad la mayoría de los integrantes de la familia adquieren comportamiento de indiferencia, desaprovechando una fuente enriquecida de conocimiento adquirido a través de los años, mediante trabajo constante, dedicación y experiencia.¹²

Programas sociales para Adultos Mayores

El programa de apoyo para Adultos Mayores de Oportunidades ha otorgado de manera bimestral un apoyo monetario mensual de \$295, por adulto mayor, para familias beneficiarias que se encuentren viviendo en localidades de más de 20,000 habitantes, únicamente se brinda este beneficio aquellos pacientes que acuden a citas médicas semestrales, para brindarles apoyo con los recursos de los trabajadores de México. ^{9,12}

Los depósitos para estos adultos mayores se entregan en efectivo o mediante depósitos en cuentas bancarias, con un padrón activo de 80 mil beneficiarios en todo el país hasta el momento.⁹

Es importante el soporte social debido a que es sumamente difícil satisfacer las necesidades del resto de los familiares, quienes difieren en la mejor forma para cuidar a los adultos mayores, originando roces intrafamiliares, afectando las relaciones entre los miembros de la familia. Cuidar a una persona con discapacidad o una enfermedad crónica, implica ver la vida de una manera desde otro punto de vista diferente, ya que se modifican las funciones a las que se estaban acostumbrados los cuidadores, modificando su estilo de vida al tomar nuevas decisiones con limitadas opciones y alternativas, que hacen difícil asumir nuevas responsabilidades, tareas y acciones de cuidado físico, psicológico, social y religioso para atender las cambiantes necesidades del de la persona a cuidar.^{12,13}

Cuando se requiere de cuidados con mayor complejidad, tiempo y dedicación, se está frente a cuidados extraordinarios, que implican una mayor responsabilidad y gasto de energía, muchas veces sobrepasando los límites de lo considerado.^{6,13}

El cuidado puede durar meses o años, exigiendo gran esfuerzo físico, que muchas veces suelen ser desagradables y provocar interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad al asumir

responsabilidades en forma voluntaria o porque no existe otra alternativa que la mayoría de las veces, no genera algún tipo de remuneración económica.¹³

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente es la esposa o una hija, quienes asumen el rol de cuidador de manera informal y/o voluntario, lo que constituye a una persona sujeta a presiones y condiciones de su entorno cultural, económico, social y político en un momento dado, ya que se encargan de brindar el apoyo social, funcional, económico, material, afectivo y de asistencia en diversas formas.^{5,13}

Los cuidadores pueden experimentar una amplia gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de autoestima y satisfacción del trabajo realizado, ya que están dependiendo de las circunstancias individuales en las que se asume el rol de cuidador, esto puede significar un cambio brusco para el que no está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.^{5,6,13}

Muchas veces la persona que otorga los cuidados también es de edad avanzada, porque mayoritariamente se trata del cónyuge que puede tener discapacidades que limiten el tipo de ayuda a proporcionar. Actualmente las familias son pequeñas por lo que hay menos personas con quién compartir el cuidado, la participación de las mujeres en el trabajo hace que dispongan de menos tiempo para otorgar asistencia, la mayor cantidad de divorcios también ha debilitado los lazos familiares y puede disminuir la ayuda disponible cuando un padre se vuelve discapacitado y también los hijos de padres divorciados, pueden tener menos recursos para comprometerse con el cuidado de sus padres ancianos.^{6,13}

La dependencia del cuidado familiar o del cónyuge intensifica los problemas en el interior de la familia, o abruma los recursos fisiológicos del cuidador. El Consejo Europeo define la dependencia como un estado en el que se encuentran las

personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, teniendo la necesidad de asistencia o ayuda. ¹³

Se considera una situación específica de discapacidad, cuando se presenta una limitación severa de la persona para realizar cualquier actividad y la necesidad de recibir ayuda personal o técnica para poder interactuar con el medio ambiente, por lo que la relación discapacidad y dependencia constituye una situación compleja de salud. ¹³

La tarea difícil de cuidar a muchas personas, se ve exacerbada, sí el cuidador se encuentra en pobreza y déficit de conocimientos acerca de los cuidados que se deben hacer, las redes de apoyos sociales y familiares adquieren especial importancia, pero muchas veces son solo algunos los que quieren disponer de su tiempo, para realizar el cuidado. ^{7, 13}

Mejorar la calidad de cuidado en una persona postrada o aliviar a la familia cuidadora, disminuye la carga del cuidador e impide la institucionalización. La carga del cuidador es definida como la expectativa subjetiva del mismo a las demandas de atención, de un modo multidimensional, las características objetivas y subjetivas predisponen a estos pacientes a presentar déficit de atención por parte de la familia. La presencia de cambios en el cuidador es el primer paso, para modificar todo el estilo de vida, al que estaba acostumbrado. ^{8,13}

Los factores emocionales, físicos, de finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, predicen el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, problemas económicos y sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidador. ^{9,13}

El cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de

otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome de Sobre Carga del Cuidador, que es aquella en que se presenta cansancio crónico. Las redes de apoyo familiar, amistades o recursos de la sociedad, en algunas ocasiones no son suficientes para impedir este síndrome.

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud y su bienestar sintiéndose incapaz de afrontar esta responsabilidad, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador.^{7,13}

La presencia de ansiedad y depresión son de las principales patologías a padecer, por lo que el tratamiento adecuado y a tiempo, impedirá que el cuidador esté mucho más afectado que el mismo adulto mayor. La situación empeora si los adultos mayores a lo que debe cuidar tienen problemas conductuales, tal como agresividad y la conducta errante, e impredecible, ya que puede postergarse esta presentación en el adulto. Los cuidados también pueden llegar a tener efectos positivos asociados a su labor de cuidador, ya que se aumenta la autoestima, la satisfacción personal y el sentirse útil, ya que gracias a ellos, los pacientes pueden llegar a cumplir sus actividades de la vida diaria, así como metas o sueños. Y para el paciente el sentirse querido por su relación con el hecho de estar siendo cuidado de forma adecuada.¹³

La intensidad y costo de las cargas como cuidador sugieren una responsabilidad compartida, que es la familia.¹⁴ El apoyo social para el sector geriátrico influye en el bienestar, estabilidad emocional, atención y protección de los mismos, lo que permitirá que la sociedad tenga mayor interés en el apoyo de los adultos mayores y de sus actividades.¹⁴

Por lo que se debe tener la percepción de salud y bienestar psicológico como parte fundamental para el bienestar y no simplemente la ausencia de enfermedades. La

dimensión emocional tiene una relación directa con la salud, tanto en sus objetivos (morbilidad) como subjetivos (percepción de salud), en una relación equitativa. ¹⁴

Un estudio realizado por Valvaldi et al., refieren que los adultos mayores hombres presentaron mayor bienestar psicológico que las mujeres, tanto a nivel global como en la mayoría de sus dimensiones. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que refieren que las mujeres se encuentran en una desventaja, influido por tener mayor vulnerabilidad hormonal y social. Por lo que se fomenta que las mujeres participen en talleres o cursos de cómo evitar alteraciones psicológicas, que les pueda generar tanto la familia, como la sociedad que la rodea. ¹⁴

Adulto mayor en la sociedad

El adulto mayor en la sociedad, es el que ha contribuido a ella durante muchos años, y ha figurado como padre de familia, trabajador, maestro, tutor de gente a su cargo, así como demás actividades que han contribuido al desarrollo social, por lo que su papel es fundamental. ¹⁵

La sociedad es de vital importancia para el desenvolvimiento de este sector poblacional, ya que permite el continuo aprendizaje, como la enseñanza a la población a base de experiencias que han superado, junto con múltiples adversidades, por lo que educar a la población más joven, es importante para no repetir errores que se pueden evitar, simplemente con escucharlos. ¹⁵

Los cambios en la personalidad, las alteraciones cognitivas y un estado de salud afectado, en los adultos mayores ha originado que el papel que juegan en la sociedad esté decayendo, debido a su incapacidad de comunicar todas sus experiencias o conocimiento hacia futuras generaciones. ¹⁵

La población adulta mayor está creciendo continuamente, adaptándose a nuevas formas de vivir, por lo que su capacidad productiva laboral de fuerza disminuye, con

lo que ciertas actividades que requieren alto esfuerzo físico o detalles finos van desapareciendo.¹⁶

Cambios fisiológicos, afectivos y sociales en el Adulto Mayor

Los cambios en la funcionalidad geriátrica incluyen su capacidad para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana, como es la alimentación, la continencia fecal o urinaria, transferencia de un lugar a otro, uso del sanitario, poder cambiarse de ropa y bañarse, así como actividades que ameritan usar instrumentales, como la cocina, realizar las compras, labores domésticas (limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales).¹⁷

Muchas veces los adultos mayores pasan un tiempo con cierta incapacidad funcional, hasta que se complican debido a múltiples patologías, hay una mayor incidencia en las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor, a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional, datos que no van acorde al número de enfermedades que padezcan, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónico. Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros.¹⁸

Los cambios afectivos en el adulto mayor tienden hacia la depresión, cuando es integrante de una familia disfuncional, la salud física y mental se ven afectadas totalmente. Estos síntomas hacen que los adultos mayores disminuyan su rendimiento social, aumenten su cansancio, que a pesar de realizar un esfuerzo mínimo este es suficiente para que la energía se vea afectada.¹⁸

Los cambios ocasionados por un estado depresivo, se ve reflejado con pérdida del apetito o peso, modificación de los patrones del sueño y de la actividad psicomotora, sentimientos de infravaloración o culpa, ocasionan que la capacidad cognitiva se vea reducida, dificultando pensar, concentrarse o tomar decisiones, teniendo continuamente pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio.^{13,18}

Los episodios depresivos del adulto mayor, pueden pasar desapercibidos, con el empeoramiento del sujeto, tanto físicamente como mentalmente. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, sí no es que estos llegan a ser incesantes, hasta ocasionar atentados contra su vida. Algunos de estos adultos tratan de mantener una apariencia normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante, pero que, si no es apoyada por la familia, esta mejoría no se va a dar.¹⁸

Los factores que contribuyen a la depresión en los adultos mayores, entre los que se encuentran los biológicos (accidentes cerebrovasculares y estrés crónico, etc.) y los psicosociales (disponibilidad de redes sociales de apoyo).¹⁸

Las redes sociales de apoyo se constituyen por todas aquellas relaciones significativas que una persona ha establecido a lo largo de su vida, específicamente con su pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo. El envejecimiento ocasiona que los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad se acentúen, pero que si se busca una red social, esta puede sacar adelante al paciente, ya que se le brinda ayuda, cuidado y consejo por personas que buscan apoyar sin obtener remuneración económica.^{13,17,18}

Los adultos mayores que carecen de soporte socio familiar presentan más depresión y alteraciones cognitivas, empeoramiento del estado de salud. Este sector poblacional se acobia en las prácticas religiosas (oración, meditación o estudio de la Biblia) lo cual ayuda, con el trabajo continuo. Las personas que no

buscaron apoyo de algún tipo incluyendo el religioso, han reportado que tienen una repercusión negativa, ya que no confían en alguien que los pueda ayudar a superar la depresión, originando que su estado de salud y baja calidad de vida continúen presentándose. ¹⁹

El ambiente familiar, es el mejor medio para evitar la depresión, pero si en familia existen más personas con síntomas depresivos, esto tendrá continuidad. ¹⁹

Los cambios fisiológicos, se ven reflejados en el aumento de las patologías, así como los síndromes de los adultos mayores, como es el síndrome de fragilidad que es un síndrome clínico biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor, ante situaciones estresantes, como consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas. ^{19,20}

La incontinencia urinaria es una de las comorbilidades más frecuentes en los adultos mayores, lo que se suma a la incapacidad para satisfacer todas las necesidades básicas, por lo que la familia es el principal apoyo para mantener una adecuada funcionalidad. ²⁰

La hipertensión arterial representa la patología más frecuente en los adultos mayores, que en sí afecta a todo el organismo, pero es más la afección cuando se presentan las crisis hipertensivas, afectando al sistema nervioso central, ojos y riñones principalmente, deterioro cognitivo y pérdida de funcionalidad. ²⁰

El síndrome de caídas es de las condiciones que más se asocian con la dependencia física, debido a que el estar deambulando sin familiar, el riesgo de caída es incrementado súbitamente, pero que ha ocasionado múltiples comorbilidades, como fracturas de cadera, de huesos largos, de muñeca por lo que es primordial estar con apoyo mecánico, ya sea con bastón o andadera pero lo ideal es el apoyo familiar o cuidador. ^{12,20}

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Funciones de la familia con el adulto mayor

Las funciones básicas y universales de la familia contemplan el aspecto biológico, cultural y social. El objetivo de la familia es alcanzar la satisfacción personal, social, satisfacer la sexualidad, la economía, la unidad cooperativa que permitirá mayor supervivencia, cuidado y educativo.²¹

La familia es la institución firme de la sociedad, por lo que tiene que cumplir con todas sus funciones, de lo contrario se afectará toda la estructura de la misma, reflejando alteraciones en el comportamiento humano. Los miembros de la familia deben cumplir con sus necesidades, para realizar las funciones que les corresponden totalmente, las 5 funciones básicas son:

- Socialización: que corresponde a la promoción del desarrollo biopsicosocial de su persona, apoyado por la familia, mediante la réplica de valores individuales y modelos conductuales propios de cada integrante de la misma, mejorando el desarrollo de actividades sociales, de relaciones interpersonales, además del desarrollo individual de la personalidad, sin olvidar la transmisión de sus tradiciones y su cultura social, para ser seres capaces de tener una actuación completa ante la sociedad. En la que se transforma a los individuos dependientes a seres independientes, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelven, estimulando el continuo aprendizaje, iniciativa y realización creativa. La familia contribuye a la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias.²¹

- **Afecto:** Esto implica cubrir las necesidades sentimentales de tipo afectivas hacia todos los miembros de la familia, que incluye proporcionar amor, cariño, ternura, preocupación, de cada integrante de la familia, a la que es capaz de brindar los primeros y las últimas emociones, interacciones de sentimientos que propicia la cohesión del grupo familiar para el adecuado desarrollo psicológico del adulto mayor. Hay que tener en cuenta de que afecto y cuidado no pueden separarse, ya que se dan de manera conjunta y que una afecta a la otra en la misma forma en que se involucran. El objetivo de la transacción dentro de la familia, está en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, mediante las relaciones familiares. ²¹
- **Cuidado:** es la protección o asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades, ya sea de tipo material, social, financiera y de salud dentro de la familia, que se manifiesta en proveer a los integrantes alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional. ²¹
- **Estatus y nivel socioeconómico:** Es el medio en el que se permite la participación, transmisión de las características sociales, por parte de la familia, para tener una determinada posición ante la sociedad, influyen los factores económicos, educacionales y ocupacionales. ^{21,22}
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad:** Es la función vital que influye sobre la conducta de los individuos en las relaciones humanas, mediante los procesos fisiológicos, psicológicos para la supervivencia. Por lo que la función familiar en esta área debe permitir la libertad, pero con disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad y relaciones de compañía. ^{22,23}

La familia asume un gran papel en el que se asegura la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas, debido a que no es suficiente satisfacer

necesidades biológicas, los desarrollos completos del individuo tienen necesidades de tipo intelectuales, afectivas, de alimentos, de seguridad y de sexualidad. ²³

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individualización a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de los integrantes de la familia con un sentido positivo de la libertad. ^{23,25}

Las funciones están estrechamente relacionadas, son independientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad. Estas funciones tienen dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- La protección psicosocial de sus miembros (interno).
- La acomodación y transmisión de una cultura (externo).

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación. ²⁵

El sentimiento de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individualización se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares y diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extra familiares. ^{24,25, 26}

Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente, por lo que en la familia se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia. ²⁶

Las retroalimentaciones pueden ser negativas o positivas, las negativas anulan o atenúan el impulso al cambio, favoreciendo la homeostasis, mientras las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar, favoreciendo el crecimiento y la transformación (morfogénesis).²⁶

Sea cual sea el tipo de familia que se considere, toda modalidad o tipo de familia comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con lo que la familia hace, es decir, con las funciones que desempeña.²⁶

La función de la sexualidad está acompañada en la especie humana del surgimiento de algún tipo de afecto, que se constituye a partir de la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales necesarios en toda la vida de los integrantes.

26

El afecto que se crea hacia cada miembro, permite la transmisión y recreación de la cultura, así como la relación con la sociedad.²⁶

Desde esta perspectiva, la familia mantiene y proyecta la vida humana y se constituye en una especie de intérprete de requerimientos y aportes de las personas hacia la sociedad, a la vez que de la sociedad a ellas. El aprender a servir solidariamente, con racionalidad y eficacia, son factores claves de aprendizaje de la vida que comienza en familia.²⁷

Por otra parte, la forma cómo se realice este ejercicio de intermediación entre la persona y la sociedad está estrechamente relacionado con dinámicas y realidades históricas, así como también por las etapas del ciclo familiar, los cambios o condicionantes internos y externos que afectan al núcleo (muerte de algún miembro, enfermedades crónicas, cesantía, etc.), todo lo cual implica que la expresión concreta de las funciones específicas que desempeña la familia a través de las

cuales posibilita la intermediación puedan mostrar cierta adaptabilidad y flexibilidad en el tiempo.^{28,29}

De hecho, la historia señala que en la evolución hacia el modelo de familia nuclear se han desplazado muchas de las funciones que desempeñaba la familia tradicional hacia otros sistemas o instituciones, sin que por ello la familia haya dejado de desempeñar las básicas, como núcleo primario, la familia debe desempeñar ciertas funciones básicas que le son propias, las cuales pueden variar según el tiempo.³⁰

2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, la población mexicana ha experimentado grandes cambios sociales, económicos, demográficos, políticos y culturales. La población adulta mayor en México en el año 2000 fue del 13%, se calcula que para el año 2025 este sector poblacional llegará hasta el 16%. En centro américa se tienen 42 millones de adultos mayores, para el año 2025 se calcula llegará hasta los 100 millones. Otros estudios reportan que del año 2006 al 2050, será de la siguiente manera: de 60 a 64 años pasarán de 8 millones 340 mil a 36 millones 960 mil, de 65 a 69 años será de 5 millones 730 mil a 28 millones 580 mil y mayores de 70 años y más pasarán de 3 millones 690 mil a 19 millones 890 mil. Los datos comentados anteriormente generan, mayor carga social y económica para las familias, los servicios de salud y los programas sociales gubernamentales que los apoyan, además de que la población económicamente activa disminuirá, teniendo menores ingresos.

Esto suscitará un déficit de médicos, principalmente los especializados en atender los padecimientos de los adultos mayores en los servicios de primer, segundo y tercer nivel, por lo que se necesita capacitar a todo el personal que se encarga de su cuidado. La creación de unidades especializadas para el cuidado de ellos, como son las unidades de gerontología, son pieza clave para el control de las múltiples comorbilidades. La familia es el respaldo y apoyo de los adultos mayores, el rol que desempeñe cada integrante hacia él, ya sea en casa, en unidades de recreación y en estancias hospitalarias, serán lo único que le generen bienestar. Cuando el adulto mayor no es capaz de cuidar de sí mismo, la alternativa principal es también la familia, aunque, desde luego la familia es la mejor alternativa, pero de igual forma, también puede ser un lugar de desdicha y sufrimiento donde se gesten conflictos, desinterés y abandono.

Conocer el cumplimiento de afecto, cuidado, apoyo financiero, nivel de socialización y desarrollo de ejercicio sexual en el adulto mayor son indispensables para determinar el nivel de atención que les brinda la familia, y mediante éste análisis se

puede crear o dar a conocer redes de apoyo enfocadas al adulto mayor, programas de concientización que involucren ahorro económico para la vejez, prevención y retraso en el deterioro cognitivo, así como de prevención de accidentes y enfermedades, así como las complicaciones que pudieran presentarse en ellos, incluyendo apoyo psicológico y creación de grupos que de actividades ocupacionales y recreación para ésta población.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población adulta mayor adscrita a la Unidad de Medicina Familiar Número 11, corresponde a 9,985 pacientes de ambos géneros. Actualmente los principales problemas de salud que atañen a los pacientes mayores de 65 años, corresponden a enfermedades crónico degenerativas, mientras que para la detección y registro de trastornos psicológicos y alteraciones en la dinámica familiar que atañen a éste grupo etario no se tienen medidas.

Es por esto que se necesita de una atención enfocada al paciente geriátrico dentro de la unidad de medicina familiar y otorgar con enfoque dirigido y delimitado de atención a este grupo de pacientes, tomando en cuenta que sus principales afecciones son enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones psicológicas y déficit de atención por parte de la familia.

El descuido del adulto mayor es el inicio de complicaciones y comorbilidades y la falta de cumplimiento de las funciones familiares, así como de la sociedad hacia ellos, está ocasionando su deterioro clínico, psicológico y económico.

Por ello es necesario atender a los adultos mayores, por especialistas en enfermedades clínicas y psicológicas, siendo de suma importancia el apoyo y participación de la familia, mediante el cumplimiento de los roles que les corresponde y llevar a cabo las funciones familiares.

4. PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cuál es el cumplimiento de las funciones básicas del hogar con el adulto mayor que acude a consulta externa de la UMF N° 11 Tapachula Chiapas?

5. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Determinar cumplimiento de las funciones básicas del hogar con el adulto mayor que acude a consulta externa de la UMF N° 11 Tapachula Chiapas.

6.2 ESPECIFICOS.

- ❖ Determinar si se cumple la función básica de cuidado en el adulto mayor.
- ❖ Conocer las funciones de afecto familiar con el adulto mayor.
- ❖ Identificar las funciones de socialización que cumple la familia con el adulto mayor.
- ❖ Identificar el apoyo económico que recibe de sus familiares el adulto mayor.
- ❖ Identificar el desarrollo y ejercicio de la sexualidad que la familia brinda al adulto mayor.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio transversal y prospectivo.

7.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 11, Tapachula, Chiapas, durante el periodo comprendido de julio a octubre del 2016.

7.3 MARCO MUESTRAL

7.3.1 UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos mayores de 65 años con una muestra estudiada de 370 personas de un total de 9,985 adscritas a la UMF No.11 de Tapachula Chiapas.

7.3.2 DETERMINACIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

El total de la muestra son 370 pacientes adultos mayores, resultado de la fórmula obtenida mediante el método probabilístico.

7.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes mayores de 65 años de edad.
- ❖ Ambos géneros.
- ❖ Acudieron a control por consulta externa.
- ❖ Aquellos quienes aceptaron participar en el estudio conociendo su naturaleza y así lo indiquen llenando su correspondiente consentimiento informado.

7.3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Adulto mayor con cualquier patología que provoque deterioro cognitivo identificado en la entrevista y observación del mismo.
- ❖ Pacientes que no deseen participar en la investigación.

7.3.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Encuesta contestada parcialmente.
- ❖ Pacientes que decida salir del estudio.
- ❖ Perdida de seguridad social.
- ❖ Defunción del paciente.

7.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Determinístico.

7.5 VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDICIÓN
Edad	Duración de seres vivos, cosas y entidades abstractas	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Continua	Años
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Exploración física al ingreso	Cualitativo	Dicotómica	Hombre Mujer
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Interrogatorio directo o indirecto.	Cualitativo	Politómica	1.Casado 2.Unión libre 3.Soltero 4.Divorciado 5. Viudo
Escolaridad	Período de tiempo que asiste una persona a la escuela para estudiar y aprender.	Interrogatorio directo o indirecto.	Cualitativo	Politómica	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Técnico 5.Licenciatura 6.Postgrado 7.Sin estudios
Ocupación	Oficio o profesión que realiza una persona independientemente del sector en el que pueda ser empleado.	Interrogatorio directo o indirecto.	Cualitativo	Politómica	1.Hogar 2.Jubilado 3.Pensionado 4.Trabajo ocasional
Apoyo económico	Persona o institución que proporciona material, alimento o dinero para una persona o asociación.	Mediante la Escala de Funciones Familiares en el Adulto Mayor, según el puntaje	Cualitativo	Politómica	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Algunas veces 4.Mayoría de las veces 5.Siempre
Socialización	Proceso por el cual los seres humanos aprenden e interiorizan las normas y los valores de la sociedad o cultura.	Mediante la Escala de Funciones Familiares en el Adulto Mayor, según el puntaje.	Cualitativo	Politómica	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Algunas veces 4.Mayoría de las veces 5.Siempre
Cuidado	Prestar atención o interés a una persona, objeto o acción.	Mediante la Escala de Funciones Familiares en el Adulto Mayor, según el puntaje.	Cualitativo	Politómica	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Algunas veces 4.Mayoría de las veces 5.Siempre
Afecto	Aprecio de una persona o familia, hacia una persona u cosa.	Mediante la Escala de Funciones Familiares en el Adulto Mayor, según el puntaje.	Cualitativo	Politómica	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Algunas veces 4.Mayoría de las veces 5.Siempre
Desarrollo y ejercicio de la sexualidad	Actividades cognitivo-conductuales que realizan los integrantes de las familias de los adultos mayores para el desarrollo de la sexualidad de ellos.	Mediante la Escala de Funciones Familiares en el Adulto Mayor, según el puntaje.	Cualitativo	Politómica	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Algunas veces 4.Mayoría de las veces 5.Siempre

7.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y hayan aceptado participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, se procedió a la aplicación de las escalas de investigación.

7.7 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

Se les explicó a los pacientes, familiares o tutores del paciente sobre el estudio.

Se les entregó un consentimiento informado para quien acepte participar en el estudio, firmando el paciente y el familiar o testigo.

Se aplicaron los cuestionarios y se evaluaron las escalas.

Se hizo la recopilación de la información, así como el vaciado en la base de datos, para posteriormente hacer la interpretación.

Se presentaron los datos a los médicos asesores y la publicación de los mismos.

7.8 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados en el software SPSS v.24, realizando estadística descriptiva y correlacional. Se hicieron tablas de contingencia, aplicando la prueba estadística χ^2 , para obtener la significancia estadística, la cual se consideró si era inferior a 0.05. Los resultados se expresaron en gráficas, cuadros, datos en número de pacientes y porcentajes.

8. LOGÍSTICA

8.1 RECURSOS HUMANOS

- ❖ Investigador principal: Dr. Carlos Colín de la Cruz.

8.2 RECURSOS MATERIALES

- ❖ Material bibliográfico recopilado.
- ❖ Hojas de recolección de datos.
- ❖ Papelería, computadora, impresora, paquete para análisis estadístico.
- ❖ Paquetería Office y software SPSS versión 24.

8.3 RECURSOS FINANCIEROS

- ❖ Recursos del investigador principal y asociados.
- ❖ Recursos de la Unidad Médica Familiar Número 11, Tapachula, Chiapas.

9. RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio “Cumplimiento de las funciones básicas en el hogar con el adulto mayor, que acude a consulta externa de la UMF 11, Tapachula Chiapas”, obteniendo un total de 370 pacientes, durante el periodo de julio a octubre de 2016, los cuales cumplieron estrictamente los criterios de selección.

Se identificaron las funciones básicas en el hogar, que realizan los adultos mayores, con el cuestionario de las funciones familiares en el adulto mayor.

La edad de los pacientes fue en promedio 79 años de edad, con una mínima de 55 años y máxima de 98 años. (Gráfico 1).

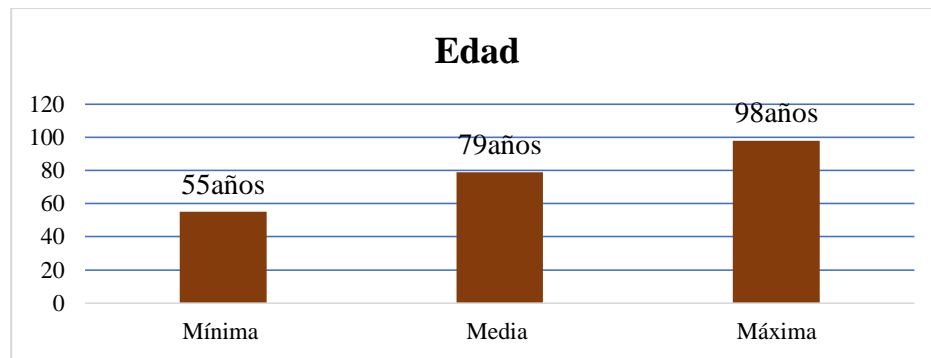


Gráfico 1. Edad de la población.

El género de los pacientes fue femenino en el 33%(122) y masculino en el 67% (248). (Gráfico 2).

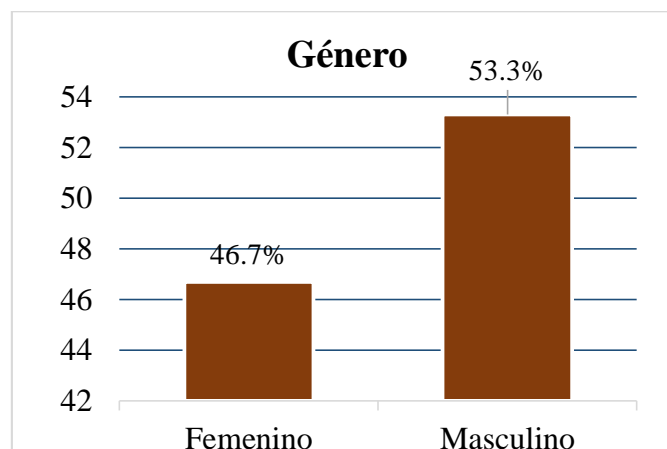


Gráfico 2. Género.

En torno al estado civil de los pacientes seleccionados, el 13.51%(50) eran solteros, 10.27% (38) estaban en unión libre, 13.24%(49) eran casados, 21.09%(78) eran divorciados y 41.89%(155) viudos. (Gráfico 3).

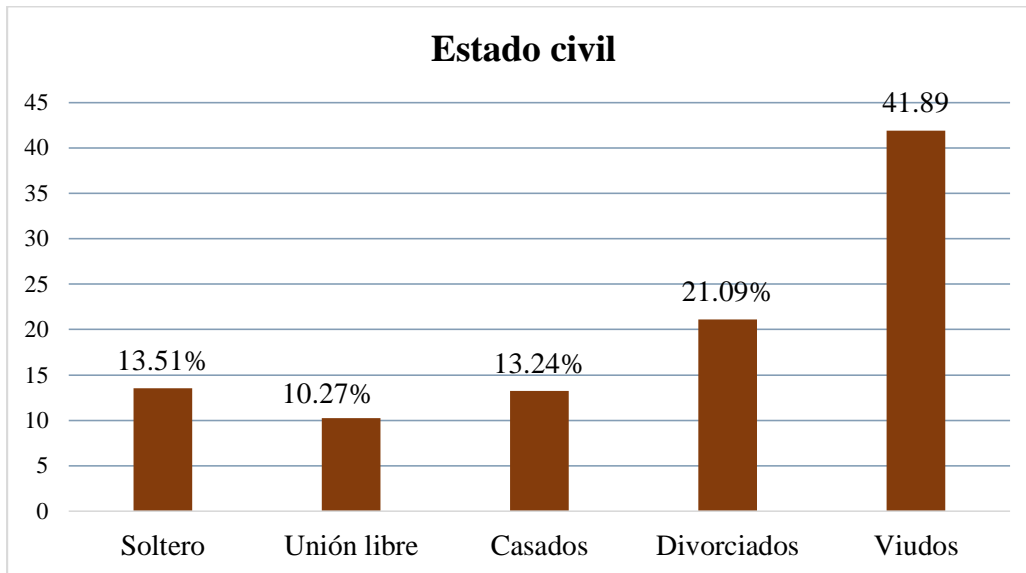


Gráfico 3. Estado civil.

La escolaridad de los pacientes evaluados, 48.10%(178) sin estudios, en el 17.02%(63) tuvo primaria, en el 9.45% (35) secundaria, del 5.67% (21) preparatoria, en el 13.78% (51) técnico, en el 4.86%(18) licenciatura y en el 1.05(4) posgrado (Gráfico 4).

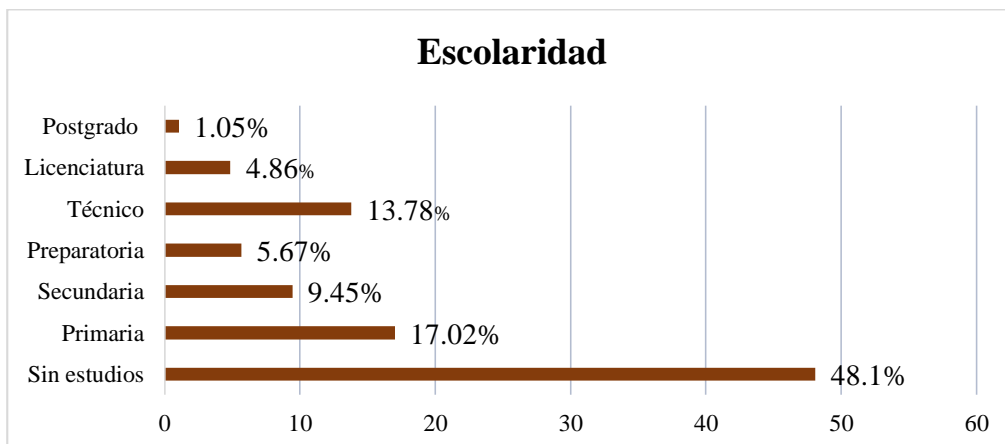


Gráfico 4. Escolaridad.

La ocupación de los adultos mayores fue en el 27.57% (102) amas de casa, en el 12.97%(48) fueron jubilados, en el 18.38(68) pensionados y en el 41.08% (152) tenían trabajo de manera ocasional (Gráfico 5)

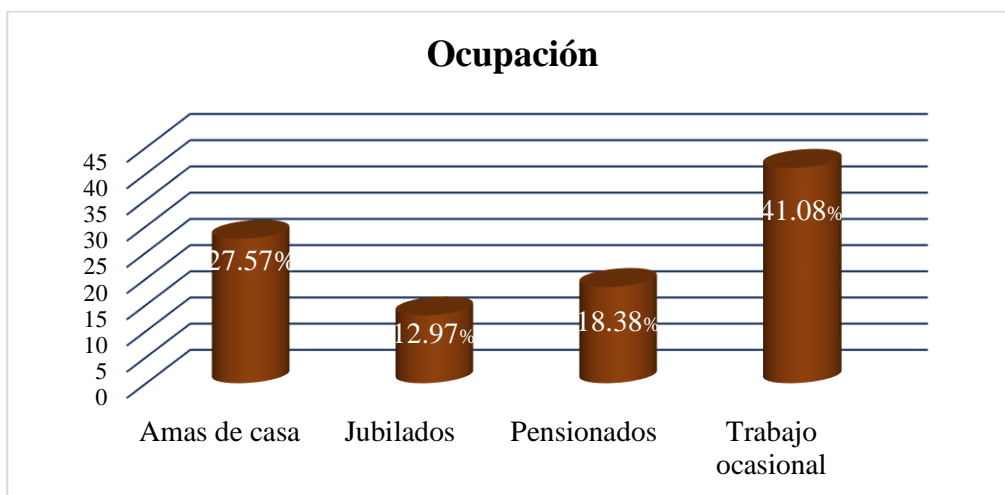


Gráfico 5. Ocupación.

Se aplicó el instrumento “Evaluación de las Funciones Familiares en Adultos Mayores”, el cual contempla 30 ítems que conforman 5 áreas 1) Cuidado 2) Afecto 3) Socialización, 4) Apoyo económico 5) Apoyo y orientación al desarrollo y ejercicio de la sexualidad. Se mide con una escala likert que contempla cinco opciones de respuesta 1. Nunca 2. Pocas veces 3. Casi Siempre 4. La mayoría de las veces. 5. Siempre. Al interrogar a los pacientes si alguien de su familia le cuida en casa, respondieron en el 14.86%(55) que nunca, en el 20.27%(75) que pocas veces, el 17.57% (65) que algunas veces, en el 21.08% (78) la mayoría de veces y en el 26.22%(97) que siempre. (Gráfico 6)

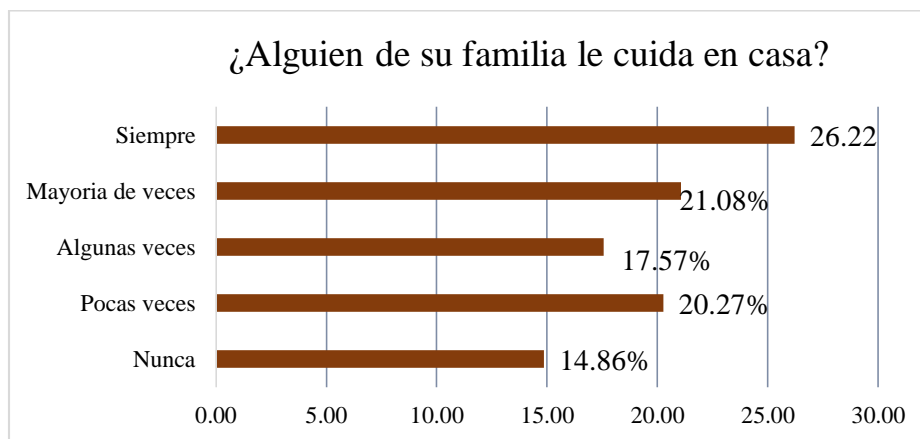


Gráfico 6. Le cuidan en casa.

Los pacientes que respondieron que sí algún miembro de su familia lo acompaña a la consulta con el médico el 10.81%(40) que nunca, en el 7.3%(27) que pocas veces, el 23.51% (87) que algunas veces, en el 27.30% (101) la mayoría de veces y en el 31.08%(115) que siempre. (Gráfico 7).

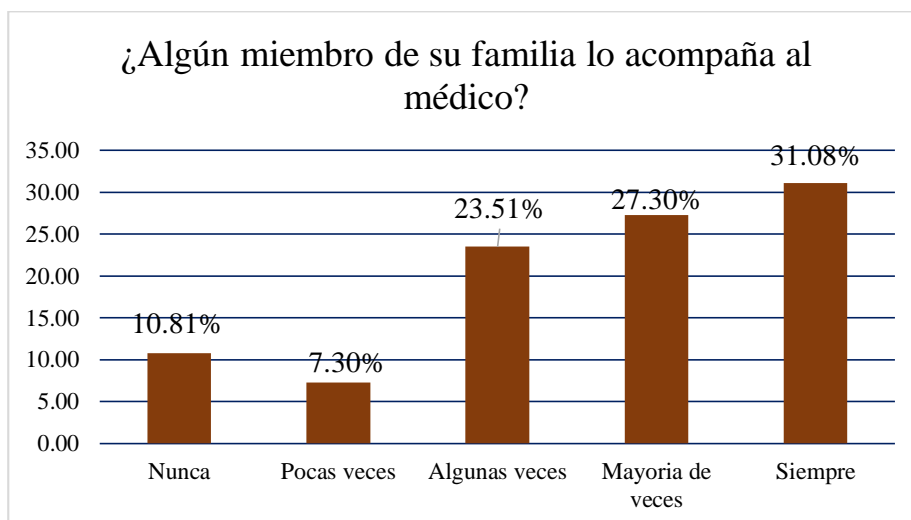


Gráfico 7. Lo acompañan al médico.

Los pacientes que respondieron que sí algún miembro de su familia cuida de su estado de ánimo el 21.62%(80) que nunca, en el 10.81%(40) que pocas veces, el 14.59% (54) que algunas veces, en el 8.11% (30) la mayoría de veces y en el 17.84%(665) que siempre. (Gráfico 8)

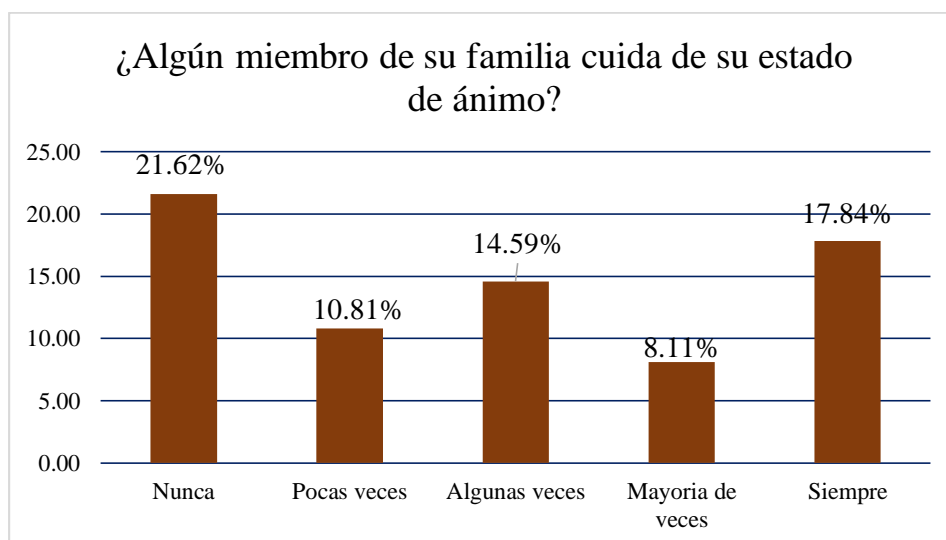


Gráfico 8. Cuidan su estado de ánimo.

Los pacientes que respondieron que sí algún miembro de su familia le ayuda económicamente, el 31.08%(115) que nunca, en el 24.59%(91) que pocas veces, el 17.84% (66) que algunas veces, en el 13.51% (50) la mayoría de veces y en el 12.97%(48) que siempre. (Gráfico 9)

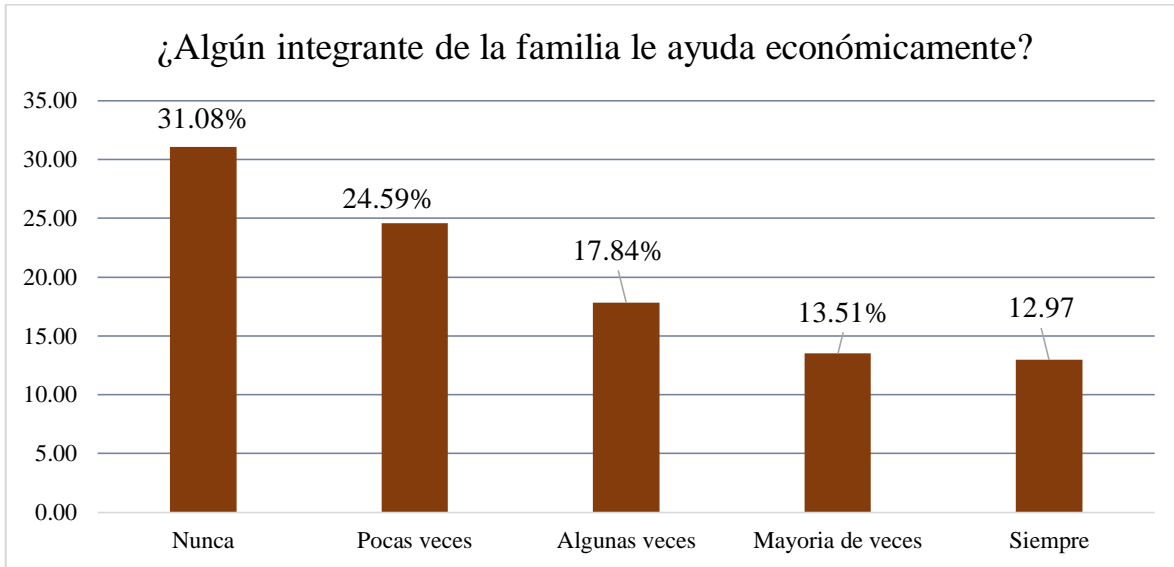


Gráfico 9. Apoyo económico.

Los pacientes que respondieron que sí algún integrante de la familia le comenta la importancia de continuar con su vida sexual en esta etapa de su vida, en el 44.32%(164) dijo que nunca, en el 33.24%(123) que pocas veces, el 21.62% (80) que algunas veces, en el 0.54% (2) la mayoría de veces y en el 0.27%(1) que siempre. (Gráfico 10)

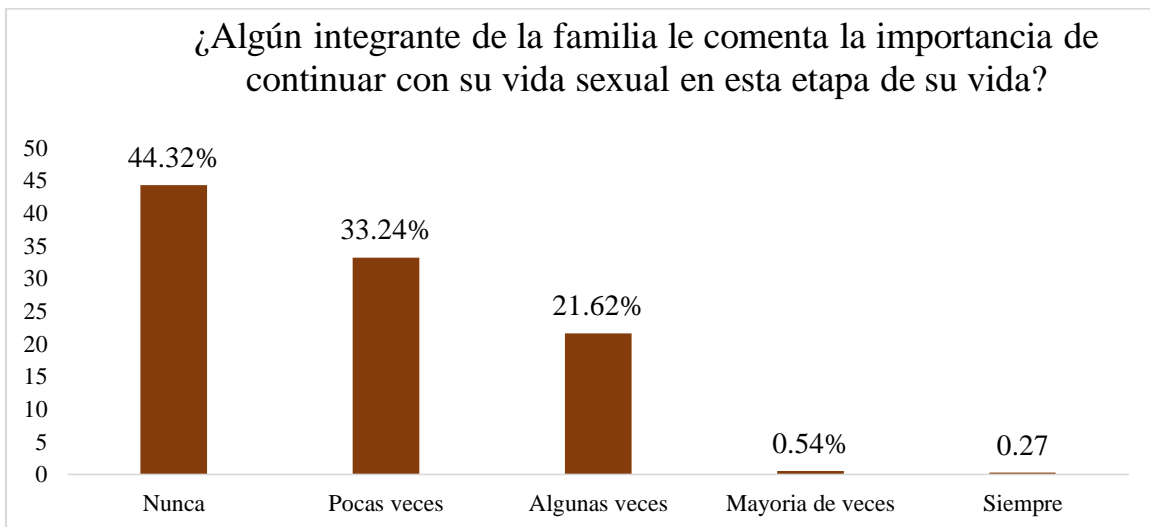


Gráfico 10. Integrante de la familia festeja con el adulto mayor.

Para definir los niveles de cada área del cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares (FFAM) se calculó y se obtuvieron los siguientes resultados: (Ver tabla 1).

Calificación	Cuidado		Apoyo económico		Socialización		Afecto		Desarrollo y ejercicio de la sexualidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	63	17	65	17.7	60	16.1	82	22.2	345	93.3
Medio	244	66	243	65.6	234	63.3	212	57.2	0	0
Alto	63	17	62	16.7	76	20.6	76	20.6	25	6.7

Tabla 1. Cumplimiento de las funciones básicas de la familia hacia el adulto mayor.

En la aplicación del cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares se identificó que el sexo masculino tuvo mayor cuidado por parte de la familia en el 25% (62), mientras que el sexo femenino tuvo el menor cuidado, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.001$) al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada. (Tabla 2)

		Cuidado			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Masculino	25	161	62	248
		10.1%	64.9%	25.0%	100.0%
Sexo	Femenino	38	83	1	122
		31.1%	68.0%	.8%	100.0%
Total		63	244	62	370
		17.0%	65.9%	17.0%	100.0%

Tabla 2. Tabla de contingencia en el cuidado de la familia hacia el adulto mayor.

En la evaluación de los adultos mayores, se hizo aplicación del cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares en el que se identificó el apoyo económico por parte de la familia, recibiendo mayor apoyo en el sexo masculino en el 24.6% (61), mientras que el sexo femenino tuvo menor apoyo, teniendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$) al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada. (Tabla 3)

		Apoyo económico			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Masculino	27	160	61	248
		10.9%	64.5%	24.6%	100.0%
Sexo	Femenino	38	83	1	122
		31.1%	68.0%	.8%	100.0%
Total		65	243	62	370
		17.6%	65.7%	16.8%	100.0%

Tabla 3. Tabla de contingencia en el apoyo económico de la familia hacia el adulto mayor.

Durante la evaluación a los adultos mayores, con el cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares se identificó que la socialización por parte de la familia, fue alta en el sexo masculino en el 30.2% (75), mientras que el sexo femenino tuvo menor apoyo, teniendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$) al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada. (Tabla 4)

		Socialización			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Masculino	23	150	75	248
		9.3%	60.5%	30.2%	100.0%
Sexo	Femenino	37	84	1	122
		30.3%	68.9%	.8%	100.0%
Total		60	234	76	370
		16.2%	63.2%	20.5%	100.0%

Tabla 4. Tabla de contingencia en la socialización de la familia hacia el adulto mayor.

En los resultados del cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares se identificó que el afecto por parte de la familia, fue alto en el sexo masculino con el 25% (62), mientras que el sexo femenino tuvo menor apoyo, teniendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$) al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada. (Tabla 5)

		Afecto			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Masculino	25	161	62	248
		10.1%	64.9%	25.0%	100.0%
	Femenino	38	83	1	122
		31.1%	68.0%	.8%	100.0%
Total		63	244	63	370
		22.2%	57.3%	20.5%	100.0%

Tabla 5. Tabla de contingencia en el afecto de la familia hacia el adulto mayor.

En los resultados del cuestionario para Adultos Mayores de Funciones Familiares se identificó que el desarrollo y ejercicio de la sexualidad por parte de la familia, fue alto en el sexo masculino con el 9.7% (24), mientras que el sexo femenino tuvo menor apoyo, teniendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$) al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada. (Tabla 6)

		Desarrollo y ejercicio de la sexualidad		Total
		Bajo	Medio	
Sexo	Masculino	224	24	248
		90.3%	9.7%	100.0%
	Femenino	121	1	122
		99.2%	.8%	100.0%
Total		345	25	370
		93.2%	6.8%	100.0%

Tabla 6. Tabla de contingencia en el desarrollo y ejercicio de la sexualidad de la familia hacia el adulto mayor.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a esta investigación se logró corroborar que en la actualidad existe una gran población de Adultos Mayores, de los cuales las edades oscilan entre 55 a 98 años de edad, con lo que se ve más claramente el predominio de la gente mayor. Es importante destacar que de los pacientes entrevistados para este estudio son del género femenino en el 46.7% y en el 53.3% son del género masculino, se tiene mayor gente viuda (41.89%), los porcentajes de unión libre, soltero y divorciado son bajos pero no dejan de ser importantes, además esta situación se explica debido al incremento en la frecuencia de enfermedades crónico degenerativas y a mayor esperanza de vida, como lo refiere el INEGI en al año 2005, en su investigación de las familias mexicanas.

En esta etapa de la vida es cierto que la mayoría sufrirá la pérdida de la pareja, y por lo tanto deben valerse por sí mismos. Algunos aún se encuentran en la etapa de duelo, y no cuentan con apoyo familiar. Esto coincide con diversos autores y la CONAPO-DIF en la que mencionan que hay un importante número de adultos mayores viudos, personas que viven solas y sin embargo su familia no es consciente de las necesidades que estos tienen.

La escolaridad predomino estar sin estudios en el 48.1%, en segundo lugar la primaria con el 17.02%, seguido de la secundaria que tuvo un 9.45%, la preparatoria, nivel técnico, licenciatura, posgrado presentaron un porcentaje más bajo, esto es similar a lo obtenido en la investigación de Apolinar ML y cols., en la que refiere que en la juventud no aspiraban a un nivel de educación más alto, ya sea porque desde pequeños se tuvo la necesidad de trabajar por situaciones monetarias; no obstante sus padres o hermanos mayores les enseñaban a leer, escribir, sumar, restar para poder integrarse a un ámbito laboral y tener un mejor trabajo que beneficiara a la familia de origen.

En el ámbito de ocupación nuestra población en estudio se dedica al trabajo ocasional en el 41.08%, seguido de ser ama de casa en el 27.57%, esta última ocupación principalmente mujeres, respaldado por la investigación de Canales AL y cols., en la que su principal ocupación es asistir las labores del hogar, como la alimentación, teniendo que ir al mercado, al médico solas, ser cuidadoras primarias de sus parejas en caso de tenerlas o de los hijos.

En torno al cuidado que recibieron los pacientes, se observó que un 66% de los Adultos Mayores percibe un nivel de cuidado medio, mientras que un 17% para nivel de cuidado alto y bajo. Estos en gran parte son respaldados por el estudio de Bazo Royo MT y cols., en la que se incrementa el abandono por parte de los hijos o nietos. No sienten apoyo emocional ni seguridad física, mucho menos sienten que su familia se interese por lo que coma o vista, que son cuatro determinantes importantes para esta función que es clave en la vida familiar.

En el área del afecto, el 57.2% percibe un nivel medio de afecto, mientras que un 22.2% nivel bajo y un 20.6% nivel alto, esto es más factible que suceda debido al aislamiento y soledad, que van presentando los adultos mayores, como lo refiere Martín LB, en el que se necesita apoyo por parte de sus hijos o nietos y no que el paciente sienta que los buscan por interés. Se les debe dar palabras de cariño, besos o abrazos.

La socialización de los adultos mayores se va reduciendo continuamente, como lo obtenido en esta investigación, al tener un estado de socialización medio en el 63.3%, nivel alto de 20.6% y nivel bajo en el 16.1%. Nieto Munuera J y cols., refiere esta continua pérdida de amistades, debido a las dificultades para desplazarse, la distancia y la defunción de los seres queridos o amigos contemporáneos, por lo que conviven en la mayor parte del tiempo con la familia.

La familia es la principal fuente de ingresos económicos, resultado de este estudio, detecto un nivel medio de apoyo, como del 65.6%, un nivel alto en el 16.7% y un

nivel bajo en el 17.7%, en ocasiones el apoyo recibido por instituciones gubernamentales es lo que permite que se mantengan en adecuados status u otros con jubilaciones tienen ingresos, como en la juventud, esto es muy común, como lo reporta la investigación de Martínez Gómez C y cols.

Desde el área del desarrollo y ejercicio de la sexualidad se obtuvo un nivel bajo del 93.3%, este resultado se ha repetido en múltiples investigaciones, como la de Morley y cols., en la que refiere se presentan tabús por parte de la sociedad, además de que aquejan disfuncionalidad sexual a mayor edad, pero esto no significa que tengan deseos sexuales, en la familia no se habla de este tema, debido a que refieren es una situación penosa.

Espinoza GM y cols., refieren que la existencia de los miembros de la familia, no satisface las necesidades afectivas del adulto mayor, por lo que hace falta desarrollar confianza, seguridad y autoestima en los adultos mayores.

11. CONCLUSIÓN

En este estudio se obtuvo que nosotros como médicos familiares, debemos insistir en el cuidado, prevención y apoyo a los adultos mayores, ya sean de la Unidad de Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas, como en otras, por lo que hace falta desarrollar la atención y cariño de los familiares hacia el adulto mayor, ya que el envejecimiento afecta a todo el mundo.

Edades muy avanzadas, ocasiona que los amigos o familiares vayan falleciendo, haciendo más pobre la vida social de los adultos mayores, además de que no es capaz de cuidar por sí mismo.

Todas las áreas de funcionalidad evaluadas detectan un nivel medio, por lo que ellos no sienten que su familia los apoye como se esperaría, reportando mayor descuido y deficiencias en el desenvolvimiento personal.

En ocasiones sufren de violencia los adultos mayores, de tipo psicológica, física y emocional, y todo a partir del núcleo familiar, que se van sumando y afectando anímicamente el estado emocional y económico.

No existe una cultura para el envejecimiento que pueda orientar a la población en general y en especial a la familia, la cual debe orientarse respecto a los cambios propios de este, ya que muchos de los problemas nacen de la ignorancia de no saber que es envejecer, cuáles son sus necesidades, cuidados, como brindarles afecto, ayudarlos a socializar, apoyarlos económicamente y orientarlos acerca del desarrollo y ejercicio de la sexualidad a esta edad, recordando que ellos piensan, sienten y aprenden de nosotros, y viceversa.

El médico familiar debería estar sensibilizado para poder analizar la situación de sus pacientes y poder contribuir a la educación, profundizar en el estudio de las

relaciones entre adulto mayor y la familia para detectar los aspectos más vulnerables y convertir a la familia en una verdadera fuente de bienestar.

Es importante que los médicos familiares hagan énfasis en el impacto que tiene el cumplimiento de las funciones familiares en el adulto mayor, pues con el hecho de cumplir estas, los adultos mayores presentaran menor sensación de soledad, angustia, temor que viven en esta etapa de la vida.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
		JUNIO				
BUSQUEDA DE LITERATURA	X	X				
AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ LOCAL			X	X		
PRUEBA DE CAMPO				X	X	X
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN						X
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS						X
PRESENTACIÓN Y DIFUSIÓN EN EL FORO DE INVESTIGACIÓN						X

14. ANEXOS

14.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	“Cumplimiento de las Funciones básicas con el hogar con el adulto mayor que acude a consulta externa de la UMF N° 11 Tapachula Chiapas.”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tapachula, Chiapas.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El déficit funcional de la familia, ha contribuido a la falta de calidad de vida de los adultos mayores, por lo que se quiere identificar las funciones familiares que cumple la familia para poder hacer frente a los problemas principales que están aquejando a los pacientes.
Procedimientos:	Aplicación de encuestas a pacientes adultos mayores en la U.M.F. 11 Tapachula.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, al identificar los factores que están afectando la
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Terminando el estudio con el investigador responsable.
Participación o retiro:	Cuando el paciente lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Dr. Carlos Colín de la Cruz
Beneficios al término del estudio:	Reforzar la funcionalidad de la familia para con el adulto mayor.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Carlos Colín de la Cruz
Colaboradores:	
<hr/> Nombre y firma del sujeto	<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr/> Testigo 1	<hr/> Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> 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	

14.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluación de las Funciones Familiares en Adultos Mayores (FFAM)									
1. Edad									
2. Sexo									
3. Estado civil		Soltero							
		Unión libre							
		Casado							
		Divorciado							
		Viudo							
4. Escolaridad		Sin estudios							
		Primaria							
		Secundaria							
		Preparatoria							
		Técnico							
		Licenciatura							
		Postgrado							
11. Ocupación		Ama de casa							
		Jubilado (a)							
		Pensionado (a)							
		Trabajo ocasional							
Significado de la numeración									
1	Nunca	2	Pocas veces	3	Algunas veces	4	La mayoría de veces	5	Siempre
Preguntas				Respuestas			Comentarios		
12. ¿Alguien de su familia le cuida en casa?				1 2 3 4 5					
13. ¿Algún miembro de su familia lo acompaña al médico?				1 2 3 4 5					
14. ¿Algún miembro de su familia cuida su estado de ánimo (si se siente triste, contento (a) , enojado (a) etc) ?				1 2 3 4 5					
15. ¿Algún miembro de su familia le ayuda para que usted se encuentre limpio?				1 2 3 4 5					
16. ¿Su familia se preocupa por lo que debe de comer, y está pendiente de su alimentación?				1 2 3 4 5					
17. ¿Algún integrante de la familia le ayuda económicamente?				1 2 3 4 5					
18. ¿Recibe dinero de algún integrante de la familia al mes para gastos propios?				1 2 3 4 5					
19. ¿Algún integrante de la familia le apoya económicamente para comprar medicamentos?				1 2 3 4 5					
20. ¿Algún integrante de la familia procura brindarle apoyo económico para sus alimentos?				1 2 3 4 5					
21. ¿Algún integrante de la familia procura brindarle apoyo económico para ropa, zapatos?				1 2 3 4 5					

22. ¿Algún integrante de la familia sale con usted a paseos?	1	2	3	4	5	
23. ¿Platica usted con algún integrante de la familia?	1	2	3	4	5	
24. ¿Su familia lo apoya en realizar algún deporte o actividad recreativa?	1	2	3	4	5	
25. ¿Qué tan frecuentemente sale con sus amigos?	1	2	3	4	5	
26. ¿Realiza actividades con su familia?	1	2	3	4	5	
27. ¿Algún integrante de la familia le brindan abrazos y/ o besos?	1	2	3	4	5	
28. ¿Algún integrante de su familia le dicen palabras de cariño, amor o comprensión?	1	2	3	4	5	
29. ¿Algún integrante de la familia pasa tiempo con usted?	1	2	3	4	5	
30. ¿Algún integrante de la familia festeja con usted algún tipo de evento como (día de las madres, cumpleaños, día del abuelo etc.)?	1	2	3	4	5	
31. ¿Algún integrante de la familia le ayuda a realizar actividades que ya no puede hacer?	1	2	3	4	5	
32. ¿Algún integrante de la familia le comenta la importancia de continuar con su vida sexual en esta etapa de su vida?	1	2	3	4	5	
33. ¿Algún integrante de la familia le menciona como debe de ser su sexualidad en esta etapa de su vida?	1	2	3	4	5	
34. ¿Algún integrante de la familia ha platicado con usted de cómo mantener actividades que le den placer sensual o sexual con su pareja?	1	2	3	4	5	
35. ¿Algún integrante de su familia le ha sugerido como disfrutar su sexualidad en caso de que usted no cuente con su pareja?	1	2	3	4	5	
36. ¿Algún integrante de la familia le comenta que busque una nueva pareja en caso de que esta haya fallecido?	1	2	3	4	5	

15. BIBLIOGRAFIAS

1. McPartland KJ, Pomposelli JJ. Iatrogenic biliary injuries: classification, identification, and management. *Surg Clin North Am.* 2008;88:13-29.
2. Dolan JP, Diggs BS, Sheppard BC, Hunter JG. Ten-year trend in the national volume of bile duct injuries requiring operative repair. *Surg Endosc.* 2005;19:967-975.
3. Hall JG, Pappas TN. Current management of biliary strictures. *J Gastrointest Surg.* 2004;8:1098-1119.
4. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg.* 1995;180:101.
5. Pekolj J, Alvarez FA, Palavecino M, et al. Intraoperative management and repair of bile duct injuries sustained during 10,123 laparoscopic cholecystectomies in a high-volume referral center. *J Am Coll Surg.* 2013;216:894-905.
6. Branum G, Schmitt C, Baillie J, et al. Management of major biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg.* 1993;217:532-543.
7. Massarweh NN, Flum DR. Role of intraoperative cholangiography in avoiding bile duct injury. *J Am Coll Surg.* 2007;204:656-672.
8. Katabi N, Pillarisetty VG, DeMatteo R, Klimstra DS. Choledochal cysts: a clinicopathologic study of 36 cases with emphasis on the morphologic and the immunohistochemical features of premalignant and malignant alterations. *Hum Pathol.* 2014;45:2107-2119.
9. Ladocsi LT, Benitez LD, Filippone DR, Nance FC. Intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy: a review of 734 consecutive cases. *Am Surg.* 1997;63:150161.
10. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, et al. Biliary tract complications of laparoscopic cholecystectomy are detected more frequently with routine intraoperative cholangiography. *Surg Endosc.* 1995;9:1076-1089.
11. Fletcher DR, Hobbs MS, Tan P, et al. Complications of cholecystectomy: risks of the laparoscopic approach and protective effects of operative cholangiography: a population-based study. *Ann Surg.* 1999;229:449-458.

12. Sheffield KM, Riall TS, Han Y, et al. Association between cholecystectomy with vs without intraoperative cholangiography and risk of common duct injury. *JAMA*. 2013;310:812-820.
13. Pitt HA, Sherman S, Johnson MS, et al. Improved outcomes of bile duct injuries in the 21st century. *Ann Surg*. 2013;258:490-505.
14. Strasberg SM. Biliary injury in laparoscopic surgery: part 2. Changing the culture of cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 2005;201:604-618.
15. Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Factors that influence the results of treatment. *Arch Surg* 1995;130:1123-1132.
16. Baker, MS, Lillemoe, KD. Benign biliary strictures. In: *Current surgical therapy*, 9th ed, Cameron, JL (Ed), Mosby, St. Louis. 2008. p 420.
17. Oddsdottir, M, Hunter, JG. Gallbladder and the extrahepatic biliary system. In: *Schwartz's principles of surgery*, 8th ed, Brunicaardi, FC, et al (Eds), McGraw-Hill, New York 2005. p 1212.
18. Jabłońska B, Lampe P, Olakowski M, et al. Hepaticojejunostomy vs. end-to-end biliary reconstructions in the treatment of iatrogenic bile duct injuries. *J Gastrointest Surg* 2009;13:1084-1109.
19. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 2005;241:786-815.
20. Walsh RM, Henderson JM, Vogt DP, Brown N. Long-term outcome of biliary reconstruction for bile duct injuries from laparoscopic cholecystectomies. *Surgery* 2007;142:450-466.
21. Melton GB, Lillemoe KD, Cameron JL, et al. Major bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: effect of surgical repair on quality of life. *Ann Surg* 2002; 235:888-912.
22. Mirza DF, Narsimhan KL, Ferras Neto BH, Mayer AD, McMaster P, Buckels JA. Bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy: referral pattern and management. *Br J Surg*.1997;84:786–790.
23. Lillemoe KD, Melton GB, Cameron JL, et al. Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s. *Ann Surg* 2000; 232:430-445.

24. Flum DR, Cheadle A, Prael C, Dellinger EP, Chan L. Bile duct injury during cholecystectomy and survival in medicare beneficiaries. *JAMA*. 2003;290:2168–2173.
25. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, et al. Impaired quality of life 5 years after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective analysis. *Ann Surg*. 2001;234:750–757.
26. Qiang H, Han HY, Feng S, Chen W, Yuan Guo H, Sanyuan H. Analysis of Risk Factors for Postoperative Complication of Repair of Bile Duct Injury After Laparoscopic Cholecystectomy. *Dig Dis Sci* 2014;59:3085–3091.
27. Strasberg SM. Avoidance of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2002; 9:543–547.
28. Pérez-Torres E, García-Guerrero VA, Bernal-Sahagún F, Abdo-Francis JM, Murguía-Domínguez D. Tratamiento de las lesiones quirúrgicas de las vías biliares. *Cir Ciruj* 2000; 68: 189-193.
29. Pérez Morales A, Morales Guzmán M, Huerta Jiménez M, Röesch Dietlen F. Resultados del tratamiento quirúrgico de la iatrogenia de las vías biliares. Experiencia de 25 años. *Cirujano General*.2005;27(1):52-56.
30. López Fabila DA, García Flores A, Díaz Téllez J, Zamora-Valdés D, Nachón García FJ. Derivación bilioentérica en un centro académico de referencia estatal en México. *Cirujano*. 2015;37(4):82-90.
31. Jiménez Chavarría E. Seguimiento y parámetros de éxito a largo plazo en las derivaciones biliodigestivas. *Cirujano General*. 2012;34(S1): S14-S16.
32. Mercado MA, Urencio Marcué JM, Franssen Cánovas B, Ramírez Del Val F, Elnecavé Olaíz A. El índice de masa corporal como factor de riesgo para complicaciones posteriores a una deprivación biliodigestiva por lesión benigna de la vía biliar. 2010;32(3):149-154.
33. Ramírez Sotomayor J, Adorno C, Rodríguez Vera R. Experiencia en el manejo de lesiones quirúrgicas de vía biliar. *Cir Parag*. 2016;40(1):8-12.
34. Concepción Quiñones L, Gutiérrez-Ayala D, Anaya-González JL. Morbilidad y mortalidad de las derivaciones biliodigestivas. *RevSocPeruMedInterna*. 2014;27(2):68-74.

35. Apolinar ML. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1ª edición. Editores de textos Mexicanos, México, 2008, pp:35-73, 221-243.
36. Bazo Royo MT. Sociedad y vejez: La familia y el trabajo. En: Fernández Ballesteros R. Gerontología Social.-- Madrid: Ed. Pirámides, 2000.
37. Canales AI. La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento. Estudios Demográficos y Urbanos, 2001(48).
38. Consejo Nacional de Población-Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia (CONAPO-DIF). La población en la tercera edad en México, 1950-1990. Serie Sociodemográfica del envejecimiento en México. México 2006.
39. Espinosa GM. Funcionamiento Familiar: Funcionalidad/Disfuncionalidad. Disponible en www.Acatlan.unam.mx/investigación/Vasconcelos/catedra/educsolución/actividades/comenta.-4html.
40. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Familias y Población. En INEGI. Las Familias Mexicanas. México. INEGI 2005.
41. J. Nieto-Munuera. Psicología para las Ciencias de la Salud: Estudio ante el Comportamiento Humano. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2004;82-89.
42. Martín LB. El adulto mayor en la familia. Rev Psicología y Psicopedagogía 2000; Jul 24; (1):345-9.
43. Martínez Gómez C. La familia. En: Salud Familiar. La Habana: Revista Científico Técnica; 2003, Ago; (6) 24-28.