

MARTHA ELENA MARTINEZ TORRES

COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS NUCLEARES Y EXTENSAS  
DE ADULTOS MAYORES

2023



**Universidad Autónoma de Querétaro**

**Facultad de Medicina**

**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE  
FAMILIAS NUCLEARES Y EXTENSAS DE ADULTOS MAYORES**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Martha Elena Martinez Torres

Dirigido por:

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Co-Director

M.C. E. Patricia Flores Bautista

Querétaro, Qro. a febrero del 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales  
de Información



Comparación de la funcionalidad familiar de familias  
nucleares y extensas de adultos mayores.

**por**

Martha Elena Martínez Torres

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0  
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

**Clave RI:** MEESC-293427



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Medicina Familiar

**COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS  
NUCLEARES Y EXTENSAS DE ADULTOS MAYORES**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Martha Elena Martínez Torres

**Dirigido por:**

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

**Co-dirigido por:**

M.C. E. Patricia Flores Bautista

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Presidente

M.C. E. Patricia Flores Bautista

Secretario

Med. Esp. Rubén del Valle Cortes

Vocal

M.I.M.S.P. Prishila Danae Reyes Chávez

Suplente

Med. Esp. Verónica Campos Hernández

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario febrero 2023.  
México.

## Resumen

**Introducción:** En el área de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Un aspecto importante dentro del estudio de la familia lo constituyen el análisis de la dinámica relacional interna, por la influencia que el funcionamiento familiar tiene en la salud de sus miembros. Cuando la familia pierde su capacidad funcional se produce un daño importante en cada uno de sus miembros y en la familia como grupo sistémico. La proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Para el adulto mayor que se encuentra viviendo la culminación del ciclo resulta importante mantener un adecuado nivel de funcionalidad familiar que le garantice estabilidad en esta última etapa, ya que los adultos mayores son población vulnerable, es imprescindible brindarles una calidad de vida adecuada. **Objetivo:** Comparar la funcionalidad familiar en familias nucleares y extensas de adultos mayores. **Materiales y Métodos:** estudio transversal comparativo, la población de estudio serán los pacientes adultos mayores de 60 años y más, que pertenezcan a familias nucleares y extensas de la UMF N°16 de Querétaro, el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, con un nivel de confianza del 95% y un poder de la prueba de 80%, que corresponde a 66 pacientes para cada grupo para cada grupo, muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** La funcionalidad familiar se encontró en 78.8% en las familias nucleares y 54.5% en las familias extensas; la disfuncionalidad familiar tuvo una prevalencia de 21.2% en las familias nucleares y 45.5% en las familias extensas.  $\chi^2$  8.72 y una P 0.003. **Conclusiones:** se encontró asociación entre la familia nuclear y la funcionalidad familiar. Este resultado destaca que el adulto mayor cuando está en un núcleo pequeño percibe a su familia con funcionalidad familiar.

(**Palabras clave:** Familias, Funcionalidad, Adulto mayor)

## Summary

**Introduction:** In the area of health, it is required that the family be classified in such a way that it allows understanding the sufficient parameters that at a given moment can affect the degree of family functionality or dysfunction. An important aspect within the study of the family is the analysis of the internal relational dynamics, due to the influence that family functioning has on the health of its members. When the family loses its functional capacity, significant damage is caused to each of its members and to the family as a systemic group. The proportion of people over 60 years of age is increasing faster than any other age group in almost all countries. For the older adult who is experiencing the culmination of the cycle, it is important to maintain an adequate level of family functionality that guarantees stability in this last stage, since older adults are a vulnerable population, it is essential to provide them with an adequate quality of life. **Objective:** To compare family functionality in nuclear and extended families of older adults. **Materials and Methods:** comparative cross-sectional study, the study population will be adult patients over 60 years of age and older, who belong to nuclear and extended families of the UMF No. 16 of Querétaro, the sample size was calculated with the formula for two proportions, with a confidence level of 95% and a power of the test of 80%, which corresponds to 66 patients for each group for each group, non-probabilistic convenience sampling. **Results:** Family functionality was found in 78.8% in nuclear families and 54.5% in extended families; family dysfunction had a prevalence of 21.2% in nuclear families and 45.5% in extended families.  $\chi^2$  8.72 and a P 0.003. **Conclusions:** an association was found between the nuclear family and family functionality. This result highlights that the older adult when he is in a small nucleus perceives his family with familiar functionality.

**(Key words:** Families, Functionality, older adult)

## Dedicatorias

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre Martha Torres Sánchez, pues sin ella no lo habría logrado. Su bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Mi mamá siempre me ha dado su amor incondicional, su apoyo en cada una de mis decisiones, y con este trabajo vemos culminada otra etapa más, que a pesar de la distancia, con una llamada o un mensaje me ha dado la motivación para continuar, porque no lo negaré este trabajo ha sido uno de los más complicados de realizar en mi vida profesional, por ello en varios momentos titubeé de mis capacidades y pensé en declinar, abandonado todo, solo porque no me consideraba capaz de terminarlo, pero fue mi madre quien siempre me impulso a mantenerme en el camino a no darme por vencida a buscar una solución a cada obstáculo, que por más difícil o imposible parezca todo tiene una solución.

También comparto este trabajo con mi hermana Ana Patricia Martinez Torres, que es una mujer sensacional, que admiro por sus logros personales y profesionales, por ser un ejemplo que aunque la vida le ha puesto en situaciones difíciles, ha sabido darles la vuelta y salir adelante, junto con mi sobrina Sarah Clementina que es una pequeña de apenas 5 años, que me transmitía alegría en cada videollamada, en los momentos complicados supo hacerme reír y olvidarme de mis problemas, y en las vacaciones compartir mi tiempo con ella, porque es una niña encantadora que transmite una luz inigualable.

Dedico también este trabajo a mi madrina Eneida Torres Sánchez, la mejor maestra de Inglés, ha sido parte fundamental durante toda mi vida, me acompañado y me ha brindado su apoyo de forma tan natural que para mí es como mi segunda mamá.

Dedico este trabajo a mi tía Margarita Torres Sánchez, la mejor maestra de Química, tuve la fortuna de recibir sus enseñanzas en la secundaria que cimentaron bases sólidas y sin duda motivaron mi elección en el campo de las ciencias de la salud.

Dedico este trabajo a mi prima Erika Wilson Torres, es una hermana-amiga que me dado su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, compartiendo las tardes de cine, películas y platicas divertidas donde reímos y por instantes olvidarnos de las preocupaciones académicas.

Dedico esta tesis a mis abuelos Gregorio Torres Ruiz y Dolores Sánchez Sánchez por ser mis guías espirituales en este largo camino, porque son mis dos ángeles que desde el cielo me cuidan, me acompañan siempre, en los momentos difíciles recordaba sus palabras de motivación y eso me daba el impulso de seguir adelante.

La amistad es uno de los regalos más preciados de la vida, por eso hago una dedicatoria especial para mis amigos Polluelos (Horacio y Daniel), Dinochico (Ricardo) y un niño consentido (José Luis), que durante estos 3 años de residencia tuvimos que superar grandes obstáculos que la pandemia COVID 19 nos impuso, pero fueron más los momentos divertidos, mágicos, y maravillosos los que compartimos, particularmente a mi Amix Daniel que día, tras día se preocupaba por mí; y me enseñó a encontrar la magia a mi alrededor, a entender la importancia de la astrología y que todos los elementos hacen una conjunción que lo quiera o no harán efectos en mi entorno, mi Amix Horacio con su personalidad tan entusiasta y vivaz cuando me sentía más triste, podía contar contigo y nos divertimos en innumerables ocasiones, Ricardo mi alma gemela porque compartimos fecha de nacimiento; celebrar juntos nuestros cumpleaños, amo como nos entendimos desde el primer momento, cuando me ayudabas a entrar en razón, esta frase quedará grabada “hay ideas tontas, ideas torpes, ideas mensas, ideas estúpidas y después esa”, antes de tomar una decisión recordaré esa frase. José Luis fuiste mi compañero de guardia por 2 años, pasamos momentos complicados, que finalmente demostraron que si son reales los sentimientos la amistad prevalecerá y brillará por encima de cualquier detalle insignificante.

Le dedico esta tesis a todas las personas que han formado parte de mi historia personal y profesional, que de alguna manera han dejado parte de su esencia en mí, mediante sus enseñanzas, su apoyo y han sido motivo de inspiración para entregar siempre la mejor versión de mí.

Finalmente dedico esta tesis a todos aquellos que no creyeron en mí, a quienes esperaban mi fracaso, a todos los que apostaban que me rendiría a medio camino, aquellos que intentaron obstaculizar mi progreso, se las dedico.

## **Agradecimientos**

A través de estas líneas describo mi agradecimiento por la ayuda que me han dado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo.

Gracias a Dios por bendecir mi vida, por guiarme e iluminar mi camino, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Le doy las gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social, a la Delegación de Querétaro, la Unidad de Medicina Familiar No 16 por recibirme durante estos 3 años, dándome la oportunidad de crecer y desarrollarme profesionalmente como médico.

Quiero agradecer a mi directora Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez y codirectora de tesis Dra. Patricia Flores Bautista por haberme orientado en todos los momentos que necesité.

Le agradezco al Dr. Enrique Villareal Ríos por su apoyo y asesoría, en los instantes de incertidumbre, tener palabras amables y motivantes que me ayudaron en el proceso de culminación de esta tesis.

Gracias a todos los pacientes que aceptaron participar en este estudio, ya que sin su colaboración esto no habría podido realizarse.

También agradezco a la Universidad Autónoma de Querétaro y la Facultad de Medicina, por la oportunidad que ha brindado de poder presentar este trabajo y obtener el grado de especialista en medicina familiar.

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	i
<b>Summary</b>	ii
<b>Dedicatorias</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	v
<b>Índice</b>	vi
<b>Índice de cuadros</b>	viii
<b>Abreviaturas y siglas</b>	ix
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	3
<b>III. Fundamentación teórica</b>	5
III.1 Familia	5
III.2 Tipología Familiar	6
III.2.1 Según su conformación o parentesco	6
III.2.2 En la presencia física y convivencia	7
III.2.3 Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia	7
III.2.4 Clasificación de las familias con base en su nivel económico	8
III.3 Funcionalidad Familiar	8
III.4 Instrumentos que miden funcionalidad familiar	9
III.5 Adulto mayor	11
<b>IV. Hipótesis o supuestos</b>	20
<b>V. Objetivos</b>	21
V.1 General	21
<b>VI. Material y métodos</b>	22
VI.1 Tipo de investigación	22
VI.2 Población o unidad de análisis	22

VI.3 Muestra y tipo de muestra	22
VI. Técnicas e instrumentos	24
VI. Procedimientos	24
<b>VII. Resultados</b>	<b>27</b>
<b>VIII. Discusión</b>	<b>32</b>
<b>IX. Conclusiones</b>	<b>34</b>
<b>X. Propuestas</b>	<b>35</b>
<b>XI. Bibliografía</b>	<b>37</b>
<b>XII. Anexos</b>	<b>41</b>

## Índice de cuadros

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
VII.1	Edad de familias nucleares y extensas	28
VII.2	Características sociodemográficas de familias nucleares y extensas	29
VII.3	frecuencia de hipertensión y diabetes tipo 2 en el adulto mayor de familias nucleares y extensas	30
VII.4	Comparación de la funcionalidad familiar en cada grupo	31

## Abreviaturas y siglas

<b>ENADID</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UMF</b>	Unidad de Medicina Familiar
<b>WHO</b>	World Health Organization

## I. Introducción

En México de acuerdo con la información del portal de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, hay 10,005,379 de adultos mayores de 60 años (INEGI, 2021). Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), casi cuatro de cada diez (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos. (ENADID, 2018).

En el país, 85.4% de las personas de edad que viven solas están afiliadas a una institución de servicios de salud. De éstas, 44.1% está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social, 40% al Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI y 14.8% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ENADID, 2018)

La familia cuenta con diversos aspectos y características tales como la capacidad de transformación y construcción de relaciones internas y externas que le permiten ser una organización dinámica, el cuidado familiar es una práctica universal y forma parte de una de las funciones familiares. (Anzures, 2008)

Desde un punto de vista evolutivo, la funcionalidad familiar condiciona la manera en que la familia va respondiendo a las necesidades de cambio que se van presentando -adaptabilidad-, a la vez que proporciona a cada miembro información sobre su relación con los otros miembros -vinculación-. (Huerta, 2005)

La funcionalidad familiar es, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Existen múltiples teorías y modelos para estudiarla. (Huerta, 2005)

Las relaciones familiares constituyen un pilar esencial mediante el cual se produce la acción reguladora de la salud en la familia, las cuales modulan las condiciones de adversidad y otras crisis que vive la familia. Los problemas de funcionalidad familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, produciendo conductas de riesgo de salud. (Anzures, 2008)

De acuerdo con los datos estadísticos los adultos mayores son un alto porcentaje de consulta de primer nivel, por ello el médico familiar debe conocer las características familiares de esta población.

Para el adulto mayor que se encuentra en la culminación de su ciclo de vida resulta importante mantener un adecuado nivel de funcionalidad familiar que le garantice estabilidad en esta última etapa, ya que los adultos mayores son población vulnerable, es imprescindible brindarles una calidad de vida adecuada.

La atención a la salud de la familia constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en la atención primaria.

En la especialidad de medicina familiar es importante conocer y saber evaluar la dinámica familiar, entre ellos la funcionalidad que se verá afectada, por diversas situaciones.

## II. Antecedentes

Considerando el envejecimiento poblacional en aumento, cada vez será mayor el número de familias con personas adultas que requieran de cuidados y apoyo para el desarrollo normal de su vida; esta necesidad de ayuda los lleva a convivir con hijos y nietos, conformando las familias extensas; los cambios económicos también posibilitan la unión de dos o más generaciones, lo cual se encuentra relacionado al funcionamiento familiar. (Cardona Arango D, 2019)

Desde el punto de vista funcional, se considera a la familia, la instancia en la cual se cumplen las funciones necesarias para el desarrollo psicosocial de los miembros que la conforman. Su importancia se ve aumentada a medida que envejecen los adultos, “condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo” (Viteri Chiriboga E, 2018)

Las relaciones interpersonales y el funcionamiento familiar de los adultos mayores. Se presenta una correspondencia, ya que las familias muy funcionales tienden a presentar mejores vínculos entre personas que los individuos provenientes de familias menos funcionales. (Troncoso Pantoja C, 2018)

La funcionalidad familiar medida a través del APGAR familiar y la percepción de los adultos mayores en cuanto al grado de satisfacción de estos respecto al funcionamiento de su familia mostró que el 39.2% percibían a su familia con buena funcionalidad familiar, el 37.5% con disfunción leve, el 12.5% con disfunción moderada y el 10.8% con disfunción severa. (Coyotl Rodriguez E, 2012)

El diagnóstico de la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar, permiten una orientación en la conservación de la integridad, con el fin de mantener en lo posible una homeostasis biológica y psicoactiva, para generar

acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las familias, así como del adulto mayor. (Anzures, 2008)

La existencia de hipertensión arterial crónica en adultos mayores es un factor de riesgo para desarrollar disfuncionalidad familiar, en el grupo de expuestos: esto confirmado por los valores obtenidos de  $OR = 1,5$ ; valor de  $p < 0,05$  (resultado significativo) y con un Intervalo de Confianza =  $1,092 - 2,235$ . (Padrón Quezada FR, 2017)

Existe una correlación entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, lo anterior significa que aquellas familias con estructura nuclear tienen mejor funcionalidad familiar con 47.8%, mientras que la extensa 26.88% (Saavedra Gonzalez AG, 2016)

El envejecimiento se relaciona con las condiciones propias del proceso de la vida humana, donde el cuerpo marca el paso del tiempo. Esto hace parte de una referencia biológica, factores sociales, emocionales y psicológicos, que acompañan la construcción biográfica, familiar y social del individuo. De esta manera, la familia y el proceso del envejecimiento constituyen dos categorías que son transversales en la trayectoria vital de los sujetos. (Ocampo Chaparro JM, 2009)

El cuidado en el hogar de un adulto mayor ha ido en crecimiento en las últimas décadas, considerando a la familia como el elemento fundamental para llevarlo a cabo, se estima que quien lo proporciona en su gran mayoría son mujeres. (GOBMX, 2022)

La vejez no es una enfermedad, es una condición propia de las etapas de la vida, el envejecimiento es un proceso natural e irremediable por el que atraviesa toda persona con el paso del tiempo. La familia es fundamental para la atención de las personas de la tercera edad.

### **III. Fundamentación teórica**

#### **III.1 Familia**

El hombre es un ser social que con el paso del tiempo ha evolucionado, a través de las épocas y circunstancias que se han presentado y esto ha sido posible, por la integración a los grupos sociales, de los cuales la familia es el primer grupo al que cualquier individuo pertenece. (Huerta, 2005)

Como se describe en la literatura al nombrar a la familia del latín *fames* que significa hambre y *fámulos* sirviente se entendía como un conjunto de esclavos que servían; esto dio paso para concluir que la familia es una institución la cual mantiene una interacción entre sus individuos y que a su vez constituirían una civilización capaz de estructurar y organizar a sus integrantes para cumplir con ciertos objetivos en común y en beneficio de ellos mismos. (Anzures, 2008)

Entendiendo a la familia como la unidad esencial en la cual se determinan las bases para el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad, constituyendo la forma más elemental de organización, en la que 2 o más individuos se asocian para compartir metas y funciones comunes. En el área de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Es necesario conocer las características demográficas, es decir composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman, presencia de otras personas sin parentesco. (Huerta, 2005)

## **III.2 Tipología Familiar**

### **III.2.1. Según su conformación o parentesco**

Se definen los siguientes tipos de familia:

a) Familia nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. (Huerta, 2005)

b) Familia seminuclear (monoparental o uniparental): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida). (Huerta, 2005)

c) Familia consanguínea (asociada, multigeneracional): es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear, y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.) verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. (Huerta, 2005)

En este tipo de familia es importante establecer límites y clarificar las funciones familiares, así como fortalecer la organización jerárquica. Se subdivide en:

- Familia extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.

- Familia semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.

### **III.2.2. En la presencia física y convivencia**

La presencia física en el hogar está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. (Medigraphic, 2005)

- Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar
- Núcleo no integrado: no hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
- Extensa ascendente: hijos casados o en unión libre que viene en casa de alguno de sus padres.
- Extensa descendente: padres que viven en la casa de algunos de los hijos.
- Extensa colateral: núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

### **III.2.3 Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia**

Las familias pueden formar parte de diversos procesos productivos propiciando una clasificación basada en los medios que su origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas (Medigraphic, 2005)

- Agrícola y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

### **III.2.4 Clasificación de las familias con base en su nivel económico**

El nivel económico de las familias influye sobre diversos elementos vinculados con la salud. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan. (Medigraphic, 2005)

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la medición de la Pobreza creado por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) en el clasifica de la siguiente manera. (Hernandez, 2006)

Pobreza familiar nivel 1. Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda y salud. Carencia de recursos para cubrir los gastos de transporte fuera del lugar en que se radica, esparcimiento y turismo.

- Pobreza familiar nivel 2. Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación, esparcimiento y turismo.

- Pobreza familiar nivel 3. Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica, carencia de recursos para cubrir los gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación, energía eléctrica, combustible, comunicaciones, esparcimiento y turismo.

### **III.3. Funcionalidad Familiar**

El funcionamiento familiar es, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de una familia y que confieren identidad propia. Existen múltiples teorías y modelos para estudiarla. (Castellanos, 2014)

La funcionalidad familiar en la historia de la evolución de la familia ha sido clave en el desarrollo de esta, ya que de acuerdo con las características que presenta cada familia se puede llegar a superar los eventos críticos que cada etapa del ciclo vital de familia representa. (Huerta, 2005)

El mal o buen funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. De acuerdo con el cumplimiento eficaz de las funciones familiares o el deficiente desempeño de ellas, se habla de una familia funcional o disfuncional. (Anzures, 2008)

Los eventos críticos que se presentan afectan a los miembros de una familia de forma distinta en momentos diferentes del ciclo; por ello la homeostasis familiar debe ser capaz de funcionar adecuadamente, con ello garantizar el equilibrio que es indispensable para que la familia pueda cumplir eficazmente sus funciones. (Anzures, 2008)

#### **III.4. Instrumentos que miden funcionalidad familiar**

Un aspecto importante dentro del estudio de la familia lo constituyen el análisis de la dinámica relacional interna, por la influencia que el funcionamiento familiar tiene en la salud de sus miembros. La OMS considera que la salud es un hecho que está vinculado al funcionamiento efectivo de la familia, como unidad biosocial en el contexto de una sociedad dada. (Solorzano, 2001)

Es importante señalar que con los cuestionarios no se obtiene una evaluación objetiva de la función familiar, sino que se determina el grado de satisfacción, que percibe el encuestado con respecto a la función de la familia. (Solorzano, 2001)

El genograma es un diagrama para registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos 3 generaciones.

De acuerdo con la teoría de Bowen “los síntomas son resultantes de conflictos no resueltos con la familia de origen y son transmitidos a través de las generaciones” (Solorzano, 2001)

El test de APGAR es un cuestionario autoadministrado, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la función familiar. Su uso es válido y confiable en adultos y niños mayores de 11 años. Consta de 2 partes: la primera consta de 5 ítems que evalúan las cinco diferentes áreas en que los autores dividen la función familiar: 1. Adaptabilidad, 2. Cooperación o participación, 3. Desarrollo, 4. Afectividad, 5. Capacidad resolutoria. (Solorzano, 2001)

La segunda parte consta de siete variables: nombre, parentesco, edad, sexo, relación buena, relación difícil, relación escasa. La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). (Solorzano, 2001)

El APGAR familiar se evaluó en investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83.5

Tiene 5 preguntas con un rango de respuesta: siempre = 4, casi siempre = 3, algunas veces = 2, casi nunca = 1, nunca = 0. La interpretación del resultado es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos, severa 9 puntos o menos. (Solorzano, 2001)

El test de Percepción del funcionamiento familiar FF-SIL, Dolores de la Cuesta Freijomil y colaboradores en 1996 lo elaboraron para determinar las distintas categorías, que a su juicio son las que evalúan el funcionamiento familiar: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. (Solorzano, 2001)

De acuerdo con el resultado de los puntajes en el instrumento de evaluación se clasifica en:

De 70 a 57 puntos. Familias funcionales

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.

El cuestionario de Mos de apoyo social: es un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que fue desarrollado por el MOS (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria en Estados Unidos) para analizar distintas dimensiones de recurso en pacientes con distintas enfermedades. (Solorzano, 2001)

Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social. Consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuado del 1 a 5. (Solorzano, 2001)

La escala de Holmes valora los eventos en la vida del hombre que son causantes de estrés. Señala 43 ítems, siendo el número 1 “muerte del conyuge”, al considerarse capaz de producir mayor estrés en un individuo (100 puntos). (Solorzano, 2001)

### **III.5. Adulto Mayor**

El envejecimiento se caracteriza por una serie cambios a través del tiempo, ocurre de forma natural, gradual, irreversible y completo. Estos cambios se presentan a nivel biológico, psicológico y social, se encuentran determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de las personas. (IAAM, 2020)

Cada persona envejece de manera diferente, en ello influyen sus características innatas, y las que adquiere a través de la experiencia y así como las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. (IAAM, 2020)

Desde la perspectiva biológica el envejecimiento representa la última etapa de la vida donde se llega a cerrar el ciclo de vida individual, se le da un estricto sentido de pérdida o deterioro de varias de las funciones biológicas del ser humano. alcanzar la vejez tiene significados diferentes dependiendo del grupo del que forme parte. Hay que tomar en cuenta la edad desde diferentes perspectivas como: cronológica, física, psicológica, social. (IAAM, 2020)

En México el portal de INEGI, señal que hay 10,005,379 de adultos mayores de 60 años. Los estados con mayor proporción de adultos mayores son: Distrito Federal 11.3%, Oaxaca 10.7%, Veracruz 10.4%, en Querétaro es de 7.5% ocupando el lugar 27 del país. Las entidades de Quintana Roo, Chiapas, Baja California Sur, Aguascalientes, Querétaro y Tabasco, poseen un menor índice de envejecimiento. (INEGI, 2021)

Conforme a los datos del Censo 2010, de cada 4 hogares familiares en México, 1 tiene integrantes de 60 y más años; por entidad federativa hay diferencias significativas. El Distrito Federal tiene la mayor proporción, en 3 de cada 10 hogares cohabitan adultos mayores, le siguen Oaxaca (29.2%) y Veracruz (28.1%). En Querétaro 21.9%. (WHO, 2018)

La edad cronológica: 60 años es la edad que la ONU estableció para considerar que una persona es adulta mayor. la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, por sí misma no nos dice la situación en la persona se encuentra en relación con sus sentimientos, deseos, necesidades y relaciones personales. (Escalona B, 2015)

La edad física: se comprende que los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, de acuerdo con las características propias de cada persona, como son: el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. (Escalona B, 2015)

La edad psicológica: se establece de forma diferente de acuerdo con el entorno al que pertenece la persona que tiene la vejez; en las personas mayores al avanzar la edad experimentan también cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello intervienen múltiples factores como son: la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia. (Escalona B, 2015)

La edad social: la vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social. Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales. (Escalona B, 2015)

En México con el paso del tiempo ha experimentado una profunda transformación demográfica, es decir que la estructura por edades de la población ha cambiado; paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. (INEGI, 2021)

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye

un reto para la sociedad, pues con el aumento de la esperanza de vida, también deben adaptarse diferentes aspectos que influyen en diferentes entornos de los adultos mayores, promoviendo su bienestar en las diferentes esferas que lo constituyen. (INEGI, 2021)

Los avances de la medicina están contribuyendo a aumentar la esperanza y calidad de vida, por lo que la población de adultos mayores crece rápidamente. Esta fase puede abarcar de 30 a 40 años, por lo que el grupo se vuelve heterogéneo, motivo por el cual Neugarten, recomienda dividirlos en 3 grupos. (Escalona B, 2015)

1. ancianos jóvenes (65 a 75): los individuos generalmente jubilados con un estado físico y mental que les permite mantenerse activos y competentes suelen estar integrados a una familia.

2. Ancianos mayores (76 a 85): enfrentan la disminución de su fuerza física que los obliga a una actividad más limitada y con mayor dependencia. Aunque la familia y las relaciones sociales siguen siendo muy importantes, es probable que hayan experimentado pérdidas significativas y tengan un mundo social más reducido.

3. Ancianidad avanzada (>85 años): los problemas de salud ocupan un lugar destacado en la vida diaria. Las limitaciones físicas y mentales imponen una mayor dependencia familiar y/o asistencia en instituciones sanitarias o sociales especiales.

Con el paso de los años el ser humano vive una serie de cambios en distintas esferas que constituyen su ser, la que compete al área médica indica que los principales problemas de salud que afectan a las personas de edad avanzada son las enfermedades no transmisibles, de ellas el grupo que forman las personas

que viven en países de bajos y medianos ingresos soportan una alta morbilidad, independiente del lugar de residencia. (Valdez M, 2018)

Las principales causas de muerte en los adultos mayores son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular y las neumopatías crónicas. En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente el deterioro sensorial, EPOC, trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, demencia y artrosis. (Valdez M, 2018)

La salud en la vejez no es cuestión de azar, aunque algunas variaciones que se observan en la salud de las personas mayores reflejan su herencia genética, la mayor parte se debe a su entorno físico y social puesto que, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud. (Jimenez B, 2016)

Algunas investigaciones sobre salud y envejecimiento señalan la presencia de afectaciones en la salud mental, diversas investigaciones se han enfocado en determinar la presencia de síntomas depresivos, el impacto que tiene en la salud del adulto mayor. (Valdez M, 2018)

Dentro de los cambios psicológicos resaltan las crisis de identidad, angustia, episodios depresivos; así como deterioro de la memoria, concentración y la aparición de psicopatologías como las demencias. Entre las principales afectaciones se encuentran: trastornos afectivos, ansiosos, demencia, psicosis de la vejez y abuso de sustancias; a lo que se suman alteraciones cognitivas, conductuales y problemas de sueño. (Valdez M, 2018)

Al hablar sobre calidad de vida, la OMS la define como: “la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores que tienen relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”. (Jimenez B, 2016)

La calidad de vida en la etapa del envejecimiento está relacionada con la autonomía e independencia de la persona, si un adulto mayor puede realizar una actividad, le ayuda a mantener un sano equilibrio emocional, suelen vivir mejor y más años que las personas aisladas, recluidas, frustradas y deprimidas. (Jimenez B, 2016)

Resulta habitual hablar de la familia en el contexto de calidad de vida del adulto mayor ya que en ella se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones suele ser más intensa que en cualquier otro grupo social al que pertenezca, por ello en el primer nivel de atención, se debe analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor, el contexto familiar que predomina en el adulto mayor lo cual puede ensombrecer la calidad de vida en esta última etapa. (Valdez M, 2018)

El aumento en la esperanza de vida implica se relaciona también con la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, en los adultos mayores estudiar, evaluar y buscar estrategias que mejoren sus condiciones deber ser uno de los principales objetivos de investigaciones en primer nivel de atención. (Saavedra Gonzalez AG, 2016)

El incremento de la edad y las enfermedades crónico degenerativas conllevan un proceso de deterioro y un alto índice de dependencia funcional en el adulto mayor, situación que afecta progresivamente su salud y sus actividades cotidianas, las fracturas secundarias a las caídas constituyen uno de los mayores indicadores de salud en el adulto mayor, pues su frecuencia incrementa la dependencia para realizar actividades cotidianas y psicomotoras; lo anterior se refleja en limitaciones de la movilidad, fragilidad, problemas físicos, mentales, y sociales. (Hernández RM, 2016)

La mayoría de los adultos mayores conforme avanza su edad, desarrolla mecanismos para enfrentar sus propias limitaciones y compensar los cambios sistémicos en todos los órganos de su economía, pues el estado de salud general se afecta gradualmente, poniendo en peligro su vida. Gran parte de ellos necesitará de cuidados a largo plazo en su hogar. (Hernández RM, 2016)

Los padecimientos más frecuentes entre los adultos mayores son la hipertensión arterial (15.3%) y la diabetes mellitus tipo II (12.8%), seguidas de mialgias (5.1%), pérdida visual o auditiva (4.6%), y la enfermedad renal (2%); adicionalmente, se presentaron dos casos (1%) de esclerosis múltiple. (Basto-Abreu A, 2020)

Las entidades patológicas que pueden estar relacionadas con la funcionalidad y la dependencia son la artritis reumatoide, los problemas de columna vertebral, y la fractura de cadera, que representan 0.5% de casos en la población. El alcoholismo, la epilepsia, la gastritis, las hemorroides, el Alzheimer, la hipotensión, los problemas de próstata, y las úlceras gástrica y varicosa, representan, para cada caso, 0.5% de sujetos con esos padecimientos. (Basto-Abreu A, 2020)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera al estilo de vida como “la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por características personales de los individuos”. Entre los dominios que integran al estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con la alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales. (Zenteno MA, 2015)

La adherencia al tratamiento terapéutico comprende el cumplimiento de factores psicológicos y socioambientales como: el apoyo familiar, la organización y

apoyo comunal, el ejercicio físico, el control médico, la higiene y autocuidado, la dieta y la valoración de la condición física, variables cuyo cumplimiento se relacionan con el funcionamiento familiar. (Salud, 2020)

El médico y las personas encargadas del cuidado de la salud de los adultos mayores deben evaluar continuamente el nivel de su capacidad físico-funcional y su estado de salud; ya que la salud de los adultos mayores no debe ser examinada desde el punto de vista de la presencia o ausencia de enfermedad, pues la capacidad de rendimiento físico depende de la eficiencia funcional de los adultos mayores. (Mar-García J, 2017)

Los pacientes frágiles pueden llegar a caer en la llamada cascada de la dependencia. La pérdida funcional se asocia en los adultos mayores con una mayor mortalidad. También son más frecuentes en los pacientes con EPOC grave la depresión, la malnutrición, el deterioro cognitivo o las caídas. (Mar-García J, 2017)

En una revisión sistemática se identificaron 30 estudios que incluyeron adultos mayores con artritis, enfermedades cardiovasculares crónicas, diabetes y/o insuficiencia renal en etapa final. Los resultados de dicho estudio mostraron variables asociadas a las mejores condiciones de salud de los pacientes: 1) énfasis familiar en la independencia y logros personales, 2) la unión familiar y estar al pendiente de los síntomas. En tanto, las críticas, la sobreprotección y distraer las responsabilidades familiares para el manejo de las enfermedades fueron asociados a resultados negativos en la salud del paciente; en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica se utilizaron dos instrumentos: APGAR familiar y el Partners in Health Scale. Los resultados mostraron que existe una correlación positiva entre la percepción de funcionalidad familiar y el automanejo; además el 54% de las familias de los pacientes fueron moderadamente disfuncionales y el 7% gravemente disfuncionales. El automanejo de los pacientes fue regular en el 56% e inadecuado en el 9%. (Ochoa M, 2016)

Habitualmente la cifra de tensión arterial se incrementa con la edad, más la sistólica que la diastólica, así como la presión del pulso, en las personas mayores de 65 años se ha documentado que 40% sufre de hipertensión arterial, y de ese porcentaje el 65 al 70% tienen riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares, fatales o no. (Higuera-Dagovett E, 2015)

La gran variedad de enfermedades crónico-degenerativas que afectan a la población de adultos mayores es extensa, ya que un solo paciente, puede tener más de una enfermedad y lo hace susceptible de más complicaciones que eventualmente repercute en la dinámica familiar, llevando a nuevas crisis y es ahí donde el nivel de funcionalidad familiar llega a determinar el curso de los eventos siguientes. (Ostiguín-Meléndez R, 2016)

En los adultos mayores existe un riesgo latente de perder autonomía y funcionalidad el cual resulta elevado dependiendo de varios factores tanto individuales como ambientales, al perder ciertas funciones el adulto mayor demandará mayor atención y cuidado; lo cual traerá consigo consecuencias en la autopercepción del individuo y su entorno familiar, contar con una familia que tenga adecuada funcionalidad familiar y sea capaz de afrontar y superar crisis, es un aspecto importante que debe ser evaluado. (Ostiguín-Meléndez R, 2016)

#### **IV. Hipótesis**

- Ho: La funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia nuclear es igual o menor a 55% y la funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia extensa es igual o menor a 34%

- Ha: La funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia nuclear es mayor a 55% y la funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia extensa es mayor a 34%

## **V. Objetivos**

- **V.1 Objetivo general**
- Comparar la diferencia de funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia nuclear y la funcionalidad familiar en el adulto mayor que pertenece a familia extensa

## VI. Material y métodos

### VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal analítico comparativo

### VI.2 Población

Adultos mayores adscritos a la UMF N°16, de Querétaro.

### VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, donde  $p_1$  de 55% corresponde al porcentaje de familias nucleares de adultos mayores con funcionalidad familiar y  $p_0$  de 34% que corresponde al porcentaje de familias extensas de adultos mayores con funcionalidad familiar

$$n: \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

En donde:

$Z_{\alpha}$ : Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64 Se utilizó 1.64 porque la hipótesis se planteó de una cola.

$Z_{\beta}$ : Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842 Se utilizó 0.84 porque la hipótesis se planteó de una cola.

$p_1$ : .55

$q_1$ :  $1 - .55 = 0.45$

$p_0$ : 0.34

$q_0$ :  $1 - 0.34 = 0.66$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 [(0.55)(0.45) + (0.34)(0.66)]}{(0.55 - 0.34)^2}$$

$$n = \frac{(2.48)^2 [0.2475 + 0.2244]}{(0.21)^2}$$

$$n = \frac{(2.48)^2 (0.4719)}{0.0441}$$

$$n = \frac{(6.1504 (0.4719))}{0.044}$$

$$n = \frac{2.9024}{0.0441}$$

$$n = 65.81$$

Se redondea a 66 pacientes por grupo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como marco muestral adultos mayores de 60 años que acudieron a la UMF 16 en ambos turnos.

### **VI.3.1 Criterios de selección**

Se incluyó en el estudio a hombres y mujeres de 60 años y más, pertenecientes a familias nucleares y extensas, que aceptaron participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Se excluyó del estudio a paciente con alguna discapacidad (visual, auditiva, o motora) que limitara la comprensión o resolución del instrumento de evaluación.

Se eliminó del estudio a pacientes que decidieron retirarse del estudio y pacientes que no completaron adecuadamente el instrumento de recolección de datos.

### **VI.3.2 Variables estudiadas**

Se estudiaron variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, comorbilidades asociadas y variables con relación a tipo de familia (nuclear o extensa) y la funcionalidad familiar.

#### **VI.4 Técnicas e instrumentos**

Se utilizó una hoja de recolección de datos foliada para su adecuada identificación, que contenía un cuestionario de variables sociodemográficas para conocer las características generales de la población de estudio, así como el instrumento de evaluación para la funcionalidad familiar APGAR y la hoja de consentimiento informado que los pacientes firmaron, aceptando así su participación en el estudio.

#### **VI.5 Procedimientos**

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada. Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, en la sala de espera de los consultorio de medicina familiar, a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se le invitó a participar, se explicó de forma detallada el objetivo del estudio y los beneficios, el paciente que aceptó participar de forma verbal, inmediatamente se dio a firmar el consentimiento informado; posteriormente se acudió a una de las aulas de enseñanza donde se dio a responder la hoja de recolección de datos y el instrumento APGAR en todo momento se acompañó al participante para resolver sus dudas, posterior al término se le dio a conocer su resultado, a los pacientes que se encontró con disfuncionalidad se canalizó al servicio de trabajo social y a su correspondiente consultorio de medicina familiar para atención integral.

##### **VI.5.1 Análisis estadístico**

La información recolectada se organizó en una base de datos, luego de ello se analizó con el programa estadístico SPSS para Windows. Se empleó la estadística descriptiva expresando los resultados mediante frecuencias, porcentajes,

desviación estándar, intervalo de confianza; se utilizó Chi cuadrada para las variables de comparación tipo de familia y funcionalidad familiar.

### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse el protocolo de investigación a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación para garantizar por lo tanto la dignidad y el bienestar de los pacientes sometidos a investigación.

En 1947 se emite el código de Núremberg que consta de diez preceptos para realizar investigaciones médicas en humanos, de los cuales se destaca primordialmente el consentimiento voluntario del paciente que es esencial para ejecutar cualquier tipo de investigación, la persona involucrada debe estar plenamente consciente de su libertad de decidir si toma participación o no en el experimento, y el investigador tiene la responsabilidad de proporcionar toda la información acerca de la clase, duración y propósito de las pruebas, así como ventajas y desventajas y los posibles beneficios para la salud o consecuencias que puedan surgir durante o después de su ejecución.

El consentimiento informado se convirtió en el eje primordial en el desarrollo de la bioética moderna al implementar la necesidad de respetar la libertad de las personas y la autonomía en la toma de decisiones con respecto a su participación en ensayos o experimentos médicos científicos. Así mismo, el investigador no puede ejercer ningún tipo de presión, física o mental, amenaza, promesa o engaño para que el individuo ingrese a la investigación, lo anterior será contemplado en el presente proyecto.

La Declaración de Helsinki es un documento que autorregula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le

ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.

La ley general de salud en materia de investigación para la salud en su artículo 11 enuncia: La Secretaría establecerá, de conformidad con los participantes, las bases de coordinación interinstitucionales e intersectoriales, así como las de carácter técnico de los convenios y tratados internacionales sobre investigación.

El artículo 17 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este proyecto se considera que corresponde a Investigación de riesgo mínimo ya que es un estudio en el que se aplicara un instrumento para medir la percepción de funcionalidad familiar.

El presente estudio respeta cada uno de los principios de la bioética que rigen el proceso de investigación, el paciente que cumplió con los criterios de selección se le invitó a participar, después de escuchar los objetivos, y beneficios de esta investigación, de aceptar se procedió a firma del consentimiento informado, en caso de requerirlo según los resultados de las encuestas se envió a los servicios correspondientes de trabajo social y con su médico familiar. La participación en el estudio no se condicionó la atención medica del paciente, y tampoco se ejerció coerción para la participación en el presente estudio. No hubo remuneración económica al participar en el estudio.

El uso de la información ha sido completamente anónimo y confidencial, donde solo se identificó por medio de un número de folio.

## VII. Resultados

Se evaluaron 132 adultos mayores de ambos sexos adscritos a la UMF 16, de edad cumplida 60 años y más; Se dividieron en 2 grupos, familias nucleares y extensas la edad promedio fue de 72.5 años para el primer grupo, mientras que para el segundo 72.9 Cuadro VII.1

En el grupo de familias nucleares predominó el sexo masculino con un 51.5%, mientras que en el grupo de familias extensas el predominio lo tuvo el sexo femenino con 57.6%, se encontró que en ambos grupos el grado de escolaridad predominante fue la primaria 36.4%. Cuadro VII.2

Respecto al estado civil en el grupo de familias nucleares se encontró 98.5% casados y de las familias extensas predominaron casados 40.9% y viudo 37.9%. Cuadro VII.2

Entre los participantes de este estudio el nivel educativo predominante fue la primaria con 36.4%, seguido de la universidad con 22.7%, en ambos grupos, Cuadro VII.2

En cada grupo de los participantes se identificó la prevalencia de diabetes tipo 2 encontrando 30.3% para el grupo de familias nucleares y 33.3% para el de familias extensas. Cuadro VII.3

La funcionalidad familiar se encontró en 78.8% en las familias nucleares y 54.5% en las familias extensas.  $\chi^2$  8.72 y una P 0.003 la cual resulta significativa Cuadro VII.4

Cuadro VII.1 Edad de familias nucleares y extensas

	Tipo de familia		t	p
	Nuclear	Extensa		
n	66	66		
Edad Promedio	72.5	72.96	0.36	0.714
Desviación estándar	6.49	8.11		

Fuente: adultos mayores adscritos a la UMF 16, IMSS, Querétaro, Agosto 2022

Cuadro VII.2 características sociodemográficas de familias nucleares y extensas

	n	Tipo de familia	
		Nuclear 66	Extensa 66
<b>Sexo</b>			
	Masculino	51.5%	42.4%
	Femenino	48.5%	57.6%
<b>Estado Civil</b>			
	Soltero	0	10.6%
	Casado	98.5%	40.9%
	Unión libre	1.5%	1.5%
	Separado	0	3.0%
	Divorciado	0	6.1%
	Viudo	0	37.9%
<b>Escolaridad</b>			
	No curso nivel educativo	6.1%	15.2%
	Primaria	36.4%	37.4%
	Secundaria	18.2%	15.2%
	Bachillerato	16.7%	10.6%
	Universidad	22.7%	22.7%

Fuente: adultos mayores adscritos a la UMF 16, IMSS, Querétaro, Agosto 2022

Cuadro VII.3 frecuencia de hipertensión y diabetes tipo 2 en el adulto mayor de familias nucleares y extensas

n	Tipo de familia		chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
	Nuclear 66	Extensa 66				Inferior	Superior
<b>Diabetes tipo 2</b>							
Si	30.3%	33.3%	0.14	0.709	1.15	0.55	2.39
No	69.7%	66.7%					
<b>Hipertensión arterial</b>							
Si	40.9%	53.0%	1.94	0.163	1.63	0.81	3.24
No	59.1%	47.0%					

Fuente: adultos mayores adscritos a la UMF 16, IMSS, Querétaro, Agosto 2022

Cuadro VII. 4. Comparación de la funcionalidad familiar en cada grupo

Tipo de familia	Funcionalidad	Disfuncionalidad	chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
						Inferior	Superior
Nuclear n 66	78.8%	54.5%	8.72	0.003	3.09	1.44	6.64
Extensa n 66	21.2%	45.5%					

Fuente: adultos mayores adscritos a la UMF 16, IMSS, Querétaro, Agosto 2022

## VIII. Discusión

Este estudio encontró que la edad promedio de los adultos mayores de familias nucleares fue de 72.5 años para y para familias extensas fue de 72.9 años lo que resulta similar a lo reportado en el estudio de Saavedra donde el promedio de edad fue de 70.2 años. (Saavedra Gonzalez AG, 2016)

En el presente estudio fueron evaluados 132 adultos mayores de los cuales se encontró que 51.5% son masculinos y 48.5% femeninos; similar a lo reportado en estudio de Saavedra que tuvo una población de 220 pacientes con predominio del sexo femenino 52%. (Saavedra Gonzalez AG, 2016)

Los hallazgos en esta investigación indican que la prevalencia en ambos grupos para estado civil fue casado con 98.5% para familias nucleares y 40.9% para familias extensas, lo que tiene semejanza a lo encontrado en un estudio Casado (40 %) Viudo (40 %) Separado (8,3 %) (Troncoso Pantoja C, 2018)

Respecto a la presentación de enfermedades en las familias nucleares 30.3% de los adultos mayores tienen diabetes y 40.9% hipertensión arterial, en las familias extensas 33.3% tienen diabetes y 56% hipertensión arterial; En otro estudio realizado por Padrón en Venezuela se encontró que la existencia de hipertensión arterial crónica en adultos mayores es un factor de riesgo para desarrollar disfuncionalidad familiar, en el grupo de expuestos: por los valores obtenidos de OR = 1,5; valor de  $p < 0,05$  y con un Intervalo de Confianza = 1,092 – 2,235 (Padrón Quezada FR, 2017)

En este estudio se comparó la funcionalidad familiar del adulto mayor que pertenece a familias nuclear y extensas encontrando 78.8% y 21.2% de funcionalidad en cada tipo de familia respectivamente. Mientras que en el estudio de Saavedra A, realizado en Tamaulipas donde se buscaba conocer la relación entre el automanejo y la percepción de la funcionalidad familiar de paciente con

diabetes los resultados fueron 54% de las familias moderadamente disfuncionales y el 7% gravemente disfuncionales. (Ochoa M, 2016)

Respecto a la funcionalidad y la tipología familiar el presente estudio identificó que 78.8 % de los adultos mayores que pertenecen a familias nucleares la perciben con funcionalidad familiar, mientras que los que pertenecen a familias extensas solo el 21.2% percibe a su familia funcional. Esto resulta similar a lo reportado por Cardona D. en su estudio del 2018 donde señaló que la proporción de adultos mayores que conviven con familias funcionales es del 61.2 %. La principal característica asociada a esta funcionalidad y la que aporta más en su predicción fue la felicidad. (Cardona Arango D, 2019)

El adulto mayor es un grupo de población con características socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas; por lo cual complicada la integración de las diferentes variables que pueden influir en como percibe su funcionalidad familiar.

## **IX. Conclusiones**

El presente estudio rechazó la hipótesis nula, al encontrar asociación entre la familia nuclear y la funcionalidad familiar. Se destaca que el adulto mayor que se encuentra en un núcleo pequeño percibe a su familia con funcionalidad familiar.

## **IX. Propuestas**

En base al perfil del médico familiar se propone:

A nivel asistencial: a los pacientes adultos mayores que tengan factores de riesgo (mal apego a tratamiento, persistencia de mal control en sus padecimientos) como médico familiar se debe sospechar que la red familiar puede estar afectada por lo que al inicio de la consulta el médico familiar entregará un cuestionario APGAR a los pacientes adultos mayores que vienen a su control mensual por enfermedades crónicas degenerativas, ya que es un instrumento auto aplicable y de rápida resolución, en caso de detectar disfuncionalidad familiar enviar oportunamente a trabajo social, e integrarlos a programas pertinentes.

A nivel administrativo: el médico familiar tiene la responsabilidad de planificar, organizar, dirigir su consulta de forma que los 15 minutos que dispone sean aprovechados y pueda aplicar el instrumento APGAR a sus pacientes adultos mayores y evaluar la percepción de la funcionalidad familiar que el adulto mayor tiene así poder darla a conocer al equipo de salud; y llevar a cabo acciones conjuntas con los servicios de psicología y trabajo social dentro de la unidad y con las instituciones de 2do nivel para facilitar la vinculación del adulto mayor con los servicios que sean necesarios.

A nivel educativo: en el programa GeriatrIMSS se tiene la misión de otorgar atención integral de alta calidad y calidez a la persona mayor a través de una valoración integral especializada, propiciando elevar la calidad de vida de este grupo de pacientes; por lo que en este grupo se pueden implementar talleres de comunicación asertiva y manejo de emociones que involucren a las familias del adulto mayor y posteriormente repetir la aplicación del APGAR, para conocer si ha mejorado la percepción de la funcionalidad familiar.

Lograr establecer mejores relaciones con sus familias, le proporcionará al adulto mayor una mejor calidad de vida en su última etapa del ciclo vital, así como disminuir las posibles complicaciones de sus padecimientos inherentes a la avanzada edad.

A nivel de investigación: Este estudio puede ser de utilidad para continuar con el estudio del perfil familiar del adulto mayor, ahora tomando en cuenta otras variables como su estado emocional o mental, para así garantizar una mejor calidad de vida en la etapa final del ciclo vital del adulto mayor.

## X. Bibliografía

- Anzures, R. (2008). *Medicina Familiar*. México: Corporativo Intermedica.
- Basto-Abreu A, B.-G. T.-M.-S.-O.-G.-D.-L.-M. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública de México*, 50-59. doi:<https://doi.org/10.21149/10752>
- Cardona Arango D, S. C. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la Promoción a la Salud*, 97-111. doi:10.17151/hpsal.2019.24.1.9
- Castellanos, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 365-377.
- Coyotl Rodriguez E, L. M. (2012). Funcionalidad Familiar: Percepción de los adultos mayores de una comunidad. *PARANINFO DIGITAL. MONOGRAFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD*, 97-112.
- ENADID. (2018). *Principales resultados de la encuesta nacional de la dinamica demografica*. Obtenido de Principales resultados de la encuesta nacional de la dinamica demografica: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-dinamica-demografica-enadid-2018?idiom=es>
- Escalona B, R. A. (2015). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 15-21.
- GOBMX. (26 de 08 de 2022). *Gobierno de México*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/issste/articulos/cuidado-de-los-adultos-mayores>

- Hernández RM, L. D. (2016). Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 9-24.
- Hernandez, E. (2006). Bienestar, pobreza y vulnerabilidad en México: Nuevas Estimaciones. *Economía UNAM*, 14-32.
- Higuera-Dagovett E, R.-G. M. (2015). Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda. *Salud Pública*, 14-19.
- Huerta, J. L. (2005). *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. México: Alfil.
- IAAM. (19 de 08 de 2020). *Instituto para la atención de las personas adultos mayores de la ciudad de México*. Obtenido de Instituto para la atención de las personas adultos mayores de la ciudad de México: <http://www.iaam.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
- INEGI. (2021). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: [https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil\\_socio/adultos/702825056643.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf)
- Jimenez B, B. L. (2016). Dependencia Funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Revistas UNAM. Atención Familiar*, 129-133. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2016.4.57353>
- Mar-García J, P. C.-H.-G. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 155-161.

- Medigraphic. (10 de Septiembre de 2005). *Medigraphic*. Obtenido de Medigraphic:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
- Ocampo Chaparro JM, V. P. (2009). Envejecimiento y Familia. *Revista Asociación Colombiana Gerontología, Geriatria*, 1529-1574.
- Ochoa M, C. M. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes. *Enfermería Universitaria*, 40-46.
- Ostiguín-Meléndez R, B.-E. S. (2016). Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas. *Enfermería Universitaria*, 80-89.
- Padrón Quezada FR, P. C. (2017). Funcionalidad Familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 79-82.
- Saavedra Gonzalez AG, R. T. (2016). Depresión y Funcionalidad Familiar en Adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayatelo, Tamaulipas, México. *ATEN FAM*, 23-28.
- Salud, S. d. (10 de 09 de 2020). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Secretaría de Salud:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>
- Solorzano, M. (2001). *Estudio integral del ser humano y su familia*. Cararas: auto-edición.
- Troncoso Pantoja C, S. L. (2018). Funcionalidad Familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adulto mayor. *Horiz Med*, 23-28.
- Urbán BR, C. J. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 68-71.

- Valdez M, Á. C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 113-121. doi:10.19136/hs.a17n2.1988
- Viteri Chiriboga E, T. B. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *REVISTA LASALLISTA DE INVESTIGACIÓN*, 300-314. doi:10.22507/rli.v15n2a23
- WHO. (20 de Diciembre de 2018). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Zenteno MA, G. G. (2015). Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. *PARANINFO DIGITAL*, 23-31. doi:10.13140/RG.2.1.3247.7040

## XI. Anexos

### X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN QUERETARO  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 16  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE POSTGRADO  
 CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:  
 COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS NUCLEARES Y EXTENSAS DE  
 ADULTOS MAYORES.

#### 1. Instrumento de variables sociodemográficas

Folio:		Edad:	
<b>Estado civil:</b>		<b>Sexo:</b>	
1. soltero	1. Masculino	2. Femenino	
2. casado	<b>Escolaridad:</b>		<b>¿padece alguna enfermedad?</b>
3. unión libre	1. no curso ningún nivel educativo		
4. separado	2. primaria		
5. divorciado	3. secundaria		
6. viudo	4. bachillerato		
	5. universidad		1. diabetes mellitus
			2. hipertensión arterial sistémica
			3. enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
			4. otras Especifique cual.
<b>Tipo de familia</b>			Resultado del test de APGAR.
1. nuclear	2. extensa		1. Funcional
			2. disfuncional

## XI.2 Instrumentos

### TEST DE APGAR

A-Adaptabilidad  
 P-Cooperación o participación  
 G-Desarrollo  
 A-Afectividad  
 R-Capacidad resolutoria

	Nunca 0	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos.					

<b>Interpretación</b>	
Familia Funcional	18 puntos o más
Familia Disfuncional	17 puntos o menos

### XI.3 Carta de consentimiento informado.

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>
<p align="center"><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN:</b></p>	
Nombre del estudio:	COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS NUCLEARES Y EXTENSAS DE ADULTOS MAYORES.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro,
Justificación y objetivo del estudio:	En México existe un número considerable de personas de 60 años y más que corresponde a la población de adultos mayores, que por efectos de la edad, así como descuidos en su alimentación y estilo de vida, desarrollan enfermedades como la diabetes, hipertensión y enfermedades pulmonares, entre otras, que una vez con el diagnóstico requerirán cuidados, tratamiento y vigilancia continua, donde el personal de salud, el paciente y su familia serán los responsables de cumplir, situación que puede afectar la calidad de vida de las personas y la forma en cómo se adapta o funciona su familia, por los ajustes en las diferentes actividades que deben realizar. Por esto el presente estudio tiene como objetivos: - Determinar la funcionalidad familiar de los hogares de familias nucleares de adultos mayores y -Determinar la funcionalidad familiar de los hogares de familias extensas de adultos mayores.
Procedimientos:	Si usted está de acuerdo, su participación en este estudio consiste en contestar una serie de preguntas donde proporcionara datos generales como edad, estado civil, escolaridad y si padece alguna enfermedad, además de un cuestionario que consta de 5 preguntas que muestra cómo percibe la funcionalidad de su familia. El tiempo de aplicación del cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida sentida de tiempo, dificultad para la lectura y comprensión del cuestionario. Puede desencadenar emociones y sentimientos al contestar la encuesta ya que hacen referencia a cómo percibe la funcionalidad de su familia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al terminar de responder el cuestionario usted se le dará a conocer los resultados, en donde se identificará como percibe la funcionalidad de su familia. En caso de que usted y su familia requieran apoyo para mejorar su funcionalidad serán referidos al servicio de trabajo social de la UMF 16 y se le notificara a su Médico Familiar con la sugerencia de envió al servicio de psicología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la encuesta se le explicara sus puntuaciones y cómo percibe la funcionalidad de su familia, si es acompañado por algún familiar y usted autoriza compartir los resultados, también se le explicaran, así como la importancia de dar seguimiento por los servicios de salud en caso de ser necesario.
Participación o retiro:	Usted es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, no tendrá ninguna repercusión en el proceso de atención médica de la UMF
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información proporcionada será de uso confidencial, no se

manejar datos de su identidad, solo se usarán folios y el investigador principal ocupará los datos exclusivamente para fines de investigación.

En caso de colección de material biológico (No aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes No aplica

(si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de que usted obtenga resultados que indiquen disfuncionalidad familiar será referido al servicio de trabajo social de la UMF 16 donde se espera le brinden estrategias que ayuden a mejorar su funcionalidad familiar, también se le notificará a su Médico Familiar con la sugerencia de envío al servicio de psicología.

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

Colaboradores:

Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez  
Especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Adscripción: UMF 10  
Celular: 3310390081  
Correo electrónico:  
dra.elizabethmargain@gmail.com

Dra. Patricia Flores Bautista  
Unidad de Adscripción: UMF  
Familiar N° 16  
Celular: 4421779211  
Correo electrónico:  
patricia.floresb@imss.gob.mx

Dra. Martha Elena Martínez Torres  
Residente de segundo año de  
Medicina Familiar  
Unidad de Adscripción: UMF 16  
Celular: 9221831745  
Correo electrónico:  
karamelito915@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 hr, al teléfono 442 2112327 en el mismo horario o al correo electrónico: [comiteticainvestigacionhgr1gro@gmail.com](mailto:comiteticainvestigacionhgr1gro@gmail.com)

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_

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**

## XI.4 Carta anti-plagio



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



DELEGACIÓN QUERÉTARO  
Unidad De Medicina Familiar N° 16  
Coordinación Clínica de Educación e  
Investigación en Salud

Querétaro, Qro., a 30 de mayo del 2022.

### Carta compromiso anti - plagio

**Dr. Nicolás Camacho Calderón**

Jefe de la División de Investigación y Posgrado

FMUAQ

Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe Martha Elena Martínez Torres alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 293427, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "Comparación de la funcionalidad familiar de familias nucleares y extensas de adultos mayores", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 10% según el programa "plagiarism-checker", disponible en <https://smallseotools.com/plagiarism-checker/>.

Se anexa la evidencia. (anexar al final de este documento capturas de pantalla que muestren los porcentajes)

Dra. Martha Elena Martínez Torres  
Nombre y firma del alumno/a

Atentamente:

Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez  
Nombre y firma del director/a de tesis

Vo. Bo.