

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ACTUAL EN  
ADULTOS MAYORES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD  
POR COVID-19”**

**POR**

**DRA. KAREN ESTEFANÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**FEBRERO 2024**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ACTUAL EN  
ADULTOS MAYORES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD  
POR COVID-19**

**Aprobación de la Tesis:**



---

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Dr. Director de Tesis



---

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

---

Dr. Jefe del Servicio de Medicina Familiar



---

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA**

Dedicada a todos aquellos a los que les apasiona la Medicina Familiar, que el presente estudio pueda aportar un granito de arena en el inmenso mar del saber.

## **AGRADECIMENTOS**

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| Capítulo I. Resumen.....                 | 7  |
| Capítulo II. Marco teórico .....         | 9  |
| Capítulo III. Objetivos .....            | 15 |
| Capítulo IV. Material y métodos .....    | 16 |
| Capítulo V. Resultados.....              | 32 |
| Capítulo VI. Discusión .....             | 40 |
| Capítulo VII. Conclusión .....           | 46 |
| Capítulo VIII. Referencias .....         | 47 |
| Capítulo IX. Resumen autobiográfico..... | 52 |

## LISTA DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.....  | 32 |
| Tabla 2. Vacunación en los pacientes.....  | 33 |
| Tabla 3. Gravedad de la enfermedad de los pacientes.....   | 34 |
| Tabla 4. Tipología familiar de los pacientes.....  | 35 |
| Tabla 5. Cohesión y adaptabilidad identificada en los pacientes de acuerdo con el modelo de Olson..... | 36 |
| Tabla 6. Asociación de la severidad de la enfermedad con la flexibilidad de la familia. ....           | 38 |
| Tabla 7. Asociación de la severidad de la enfermedad con la cohesión de la familia. ....               | 39 |

## Capítulo I. Resumen

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 generó un significativo impacto en la salud general y la dinámica familiar, especialmente en adultos mayores. Las restricciones sociales implementadas para contener la infección llevaron a un distanciamiento prolongado de este grupo, afectando las relaciones sociales. Los adultos mayores se vieron obligados a adaptarse a estas condiciones, mientras las familias modificaban su dinámica para proteger a los seres queridos vulnerables. Este ajuste pudo tener consecuencias biopsicosociales significativas, incluyendo procesos maladaptativos post-COVID y otras implicaciones asociadas a la atención de la enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores con antecedente de COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, de tipo encuesta. Se incluyeron adultos mayores de 60 años con antecedentes de COVID-19. El estudio recopiló datos sociodemográficos y clínicos de pacientes con antecedentes de COVID-19, incluyendo vacunación, fecha de infección, confirmación por prueba de laboratorio y gravedad de la enfermedad. Se utilizó el cuestionario FACES III para evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar. La información se registró en una base de datos en Excel 2020 para análisis estadístico posterior. El estudio define enfermedad grave como ingreso a la UCI o requerimiento de ventilación mecánica.

**Resultados:** Se analizaron a un total de 120 pacientes en el estudio, con una media de edad de 69.9 años, de los cuales 56 (46.7%) fueron hombres y 64 (53.3%) mujeres. La mayoría de los adultos mayores incluidos en el estudio tenían

antecedentes de COVID-19 con enfermedad leve (80%). La tipología familiar predominante en el grupo de adultos mayores fue la extensa, con variaciones entre ascendente, descendente y compuesta, siendo cada una de ellas aproximadamente un tercio del total. Según la escala FACES III, los tipos de familia más comúnmente identificados fueron estructuradamente relacionada (20%), rígidamente relacionada (15%) y estructuradamente aglutinada (11.7%). Se observó una relación entre la gravedad de la enfermedad y la flexibilidad de la familia. Aquellas familias con un miembro que experimentó una enfermedad más grave mostraron una flexibilidad más dirigida hacia los extremos (caótico o rígido). No se encontró una asociación significativa entre la gravedad de la enfermedad y la cohesión familiar. No se identificaron asociaciones significativas con otras características de gravedad, como el ingreso a la UCI.

**Conclusión:** Nuestro estudio revela que la gravedad de la enfermedad en adultos mayores con antecedentes de COVID-19 se asocia con la flexibilidad de la familia, mostrando extremos (caótico o rígido). No se encontraron asociaciones significativas entre la gravedad de la enfermedad y la cohesión familiar. Estos resultados tienen implicaciones importantes para comprender y abordar las dinámicas familiares en situaciones de salud crítica.



## Capítulo II. Marco teórico

### 1. Marco teórico

Las familias tienen un papel muy importante en el desarrollo, prevención, adaptación y mejora de los problemas de salud de los miembros de la familia. Desempeñan un papel en el mantenimiento y la mejora de la salud de los mismos (1).

Las trayectorias marcadas por acontecimientos negativos repercuten en la dinámica de las familias y en el desarrollo y maduración de sus miembros, repercutiendo así incluso en la etapa adulta de la vida. En el proceso de socialización, algunos constructos de las relaciones familiares, como las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, se utilizan para analizar sus funcionalidades. La cohesión familiar se define como una variación entre la separación y la conexión de los miembros de la familia o los vínculos afectivos que sus miembros tienen entre sí, mientras que la adaptabilidad se refiere a la capacidad de la familia de ser flexible a los cambios, por la variación en la estructura de poder y las reglas de relación, en lugar de nuevos obstáculos o eventos estresantes que ocurren dentro de ellos. La funcionalidad familiar, representa la condición de crecimiento físico, psicológico y maduración de todos los miembros de la familia. La disfuncionalidad familiar puede disminuir la calidad de vida de los ancianos y, en última instancia, aumentar las tasas de morbilidad y mortalidad. La cohesión y adaptabilidad familiar es una manera en la que podemos medir la funcionalidad familiar (2).

Durante la emergencia de la pandemia de COVID-19, millones de familias se vieron obligadas a cambiar drásticamente su vida y rutinas diarias. Durante un período prolongado, muchas familias practicaron el distanciamiento físico aislándose en casa y restringiendo movimientos e interacciones fuera de casa. Se impusieron medidas de restricción progresivas, obligando a las familias a encerrarse para controlar la propagación del virus. Las actividades grupales, las reuniones sociales y las actividades al aire libre estaban fuertemente limitadas o prohibidas. Se exigió cerrar cualquier tipo de negocio no esencial y, cuando fue posible, se alentó encarecidamente a trabajar de forma remota desde casa. Además, se cerraron escuelas y servicios educativos. Estas medidas drásticas fueron cruciales para contener la pandemia y evitar que el sistema de salud se viera desbordado. Aún así dentro de la interacción familiar también hubo un aumento significativo en las relaciones estrechas con los miembros de la familia.

El COVID-19 ha cambiado mucho las actividades diarias de las familias con personas mayores, el cuidado y apoyo que reciben, y su capacidad para mantenerse en contacto con el mundo exterior y social (3). Los trabajadores de la salud han aconsejado a los adultos mayores que pasen el mayor tiempo dentro de casa (4). El limitado contacto físico con familiares, amigos y compañeros así como su trabajo diario es y ha sido una preocupación para las personas mayores (5). La ansiedad, el miedo a la enfermedad y la muerte los han perseguido (6).

Generalmente, los adultos mayores enfrentan problemas de debilidades, limitaciones y discapacidades por lo que su calidad de vida disminuye (7).

Alrededor de un tercio de las familias con adulto mayores han informado sentirse muy o extremadamente ansiosos por situaciones derivadas del confinamiento por el COVID-19 (8). Para un gran número de familias, las preocupaciones relacionadas con la pandemia como preocupaciones financieras, tristeza por el aislamiento social, preocupaciones por el bienestar de los niños o de los adultos mayores afectaron significativamente su funcionalidad familiar.

Sin embargo, la restricción social durante la pandemia podría tener un mayor impacto en la funcionalidad familiar percibida por la persona mayor.

El estudio de Rahmadhani et al. también señaló que la pandemia de COVID-19 en Indonesia generó una relación significativa entre la función familiar, el apoyo social y la calidad de vida de los ancianos (9).

La pandemia de COVID-19 es una “tormenta perfecta de factores estresantes” (10) para las familias que experimentaron una sensación generalizada de pérdida, como la muerte de seres queridos, la privación del contacto social y físico con otras personas importantes, la falta de planes de vida y rituales, y carencia de estabilidad financiera (10,11). Hay expectativas de reacciones psicológicas agudas a largo plazo a estos factores estresantes pandémicos, incluidos los trastornos de estrés postraumático, los trastornos emocionales y los trastornos depresivos (12).

Esta situación plantea un gran desafío para la resiliencia psicológica (13), lo que anima a los investigadores a explorar cómo ayudar a las familias a hacer frente a los factores estresantes relacionados con la pandemia.

El número de casos positivos y muertes por contagio de COVID-19 estuvo aumentando exponencialmente (14). Este virus ha causado infecciones y muertes más graves en adultos mayores que en adultos o niños (15). La mayoría de las

muerter ocurrieron en pacientes de 80 años o más (16). La OMS y los CDC informaron que en la edad avanzada joven (50-59 años), la tasa de mortalidad fue de casi el 2%, mientras que para la edad de 60-69 años alcanzó el 4% y siguió aumentando hasta el 8-15% en la edad superior a 70 años (17). La mayoría de las muerter ocurrieron entre pacientes de 80 años o más (21.9%) (18).

La investigación hasta el momento se ha centrado principalmente en las consecuencias individuales de la pandemia, pero existe poca evidencia sobre cómo las familias con adultos mayores experimentaron la vida diaria durante esta emergencia sanitaria (19), así como sus implicaciones a largo plazo, por lo que es la causa de nuestro estudio.

Para evaluar el funcionamiento familiar en cuanto a cohesión y adaptabilidad se puede aplicar la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III), creadas por Olson et al (20) y validadas en México por Rosas et al con un alfa de Cronbach de 0.70 (21). La escala de evaluación FACES III es un cuestionario autoaplicable que propone evaluar el funcionamiento y riesgo familiar mediante la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar. Para cada dimensión, existen diez preguntas que tienen un valor atribuido del 1 al 5; siendo 1 “casi nunca” hasta 5, “casi siempre”. La puntuación oscila entre 10 y 50 para cada dominio (20,21)

## **2. Justificación**

El cumplimiento de las funciones familiares esperadas en este ciclo son importantes para la calidad de vida de los adultos mayores para que puedan vivir con normalidad, dentro del ámbito social y económico.

El bienestar de los ancianos está frecuentemente asociada a las funciones familiares y al apoyo social de los cónyuges, familiares y comunidad.

Es por este motivo, siendo el médico familiar el especialista en la identificación, estudio y manejo de los procesos que involucran a la familia, de tal motivo que puedan llevarse a cabo intervenciones que permitan una mejor readaptación de la familia, que se cumplan los roles de cada miembro, y que se reestablezca la cohesión y adaptabilidad para la funcionalidad familiar. Con este estudio, se busca identificar el tipo de funcionalidad familiar en el adulto mayor, para conocer el estado del problema en nuestra población, que nos permita una mejor toma de decisiones clínicas

### **3. Planteamiento del problema**

La pandemia de COVID-19 fue un importante disruptor de la salud general y la funcionalidad familiar en todo el mundo. El grupo etario al que corresponden los adultos mayores fue uno de los que más presentó impacto sobre los demás grupos, debido a la alta morbilidad y mortalidad que presentaban asociado a la infección; en muchas comunidades, se llevaron a cabo la implementación de restricciones sociales con la finalidad de contener el esparcimiento de la infección, lo cual modificó la funcionalidad de las relaciones sociales como las conocíamos. Específicamente, el grupo de los adultos mayores presentó un mayor distanciamiento de acuerdo con las medidas gubernamentales, ya que incluso cuando se empezaron a levantar algunas restricciones, los gobiernos eran reacios en permitir que dichas actividades se generalizaran a ciertos grupos, como niños, embarazadas, y en este caso, adultos mayores. Debido a ello, es esperado que los adultos mayores hayan tenido que adaptarse a la situación, mientras que las familias llevaban a cabo estrategias que modificaban la funcionalidad familiar que presentaban anteriormente, con la finalidad de salvaguardar la salud de sus seres queridos vulnerables. Esto pudo tener un impacto enorme biopsicosocial sobre las personas. Incluso, es posible que los adultos mayores que presentaron enfermedad por COVID-19 hayan alcanzado a sufrir procesos maladaptativos a consecuencia de su enfermedad, el síndrome post-COVID u otras implicaciones asociadas con la atención.

## Capítulo III. Objetivos

### Objetivo primario

- Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores con antecedente de COVID-19.

### Objetivos secundarios

1. Describir las características sociodemográficas y la tipología familiar de los pacientes adultos mayores por medio de una encuesta.
2. Reportar el tipo de funcionalidad familiar (por cohesión y adaptabilidad) que presentan los pacientes con antecedente de enfermedad por COVID-19 por medio de un cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar.
3. Reportar el tipo de funcionalidad familiar (por cohesión y adaptabilidad) que presentan los pacientes con antecedente de enfermedad grave por COVID-19 (requerimiento de ingreso a UCI, ventilación mecánica según el dato retrospectivo) por medio de un cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar.
4. Determinar la prevalencia de disfuncionalidad familiar en pacientes con antecedente de COVID-19 que acudan a la consulta 1 del Hospital Universitario por medio de un cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar.

## **Capítulo IV. Material y métodos**

### **Duración y lugar donde se realizó el estudio**

- Consulta 1 del Departamento de Medicina Familiar, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” durante el periodo de Enero 2024 a Febrero 2024.

### **Diseño.**

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

- Transversal
- Observacional
- De tipo encuesta

### **Grupo de estudio**

#### **Criterios de inclusión**

- Adultos con edad igual o mayor de 60 años con expedientes clínicos activos
- Tener el idioma español como idioma nativo
- Pacientes con antecedente de COVID-19
- Acudir al Departamento de Medicina Familiar a la consulta 1 durante el periodo de estudio.
- Haber aceptado el consentimiento informado verbal.



### Criterios de exclusión

- Trastorno neurocognitivo, discapacidad cognitiva o intelectual.
- Incapacidad para contestar la encuesta.
- Discapacidad visual o auditiva.
- Haber negado el consentimiento informado verbal.
- Encuestas incompletas o mal llenadas

### Tamaño de la muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita. Debido a que existe una ausencia de estudios que hayan evaluado la funcionalidad familiar por cohesión y adaptabilidad en adultos mayores con COVID-19, y dado que muchos de los estudios existentes son de investigación cualitativa), bajo la premisa de una prevalencia estimada del 50% de disfuncionalidad familiar en adultos mayores con antecedente de haber tenido COVID-19, un poder del 97.5%, un nivel de significancia a dos colas del 5% y una precisión del 8%, en nuestro estudio se requirieron al menos 97 adultos mayores.

|                |      |                |  |    |          |
|----------------|------|----------------|--|----|----------|
|                |      | al<br>cuadrado |  |    |          |
| valor Z        | 1.96 | 3.8416         |  |    |          |
| valor p        | 0.08 |                |  | n= | 113.0967 |
| valor q        | 0.92 |                |  |    |          |
| valor $\delta$ | 0.05 | 0.0025         |  |    |          |

**N**= Tamaño de la muestra que se requiere = 120

**p**= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio = 0.8

**q**= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) = 0.2

**δ**= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar = 0.05

**Z $\alpha$** = distancia de la media del valor de significación propuesto = 1.96

n=115

### **Descripción general del estudio**

Se realizó el reclutamiento en la Consulta 1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Se invitaron a los adultos con edad igual o mayor a 60 años que cumplan los criterios de inclusión a participar en el estudio. Se les aplicó un proceso de consentimiento informado verbal para que puedan conocer los beneficios del estudio, así como sus riesgos, y en qué consiste el estudio.

Se documentó el tipo de familia que tiene el paciente de acuerdo con el Consenso Mexicano de Medicina Familiar 2005 (20):

- a. Por parentesco (con parentesco): nuclear simple, extensa, monoparental, monoparental extendida, nuclear numerosa, reconstruida, no parental, extensa compuesta.
- b. Por presencia física en el hogar: núcleo integrado, no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.
- c. Por medios de subsistencia: servicios, comercio, industrial, agrícola.

- d. Por índice simplificado de pobreza familiar: pobreza familiar alta, pobreza familiar baja, sin evidencia de pobreza familiar.
- e. Por demografía: urbana, rural.
- f. Por desarrollo: moderna, tradicional.

Se les pidió que contesten la encuesta de forma individual, o con apoyo del médico a cargo del paciente.

El paciente tuvo la oportunidad de realizar preguntas para aclarar los ítems que incluye el cuestionario, con la vigilancia de que no se influya directamente sobre la respuesta de las preguntas. El médico se aseguró que todas las preguntas se encuentren bien contestadas y llenadas.

Se documentaron las características sociodemográficos de los pacientes. Se documentó si el paciente cuenta con vacunación, la fecha de infección, si esta fue confirmada por alguna prueba de laboratorio, la gravedad de la enfermedad, si el paciente requirió hospitalización, ingreso a la unidad de cuidados intensivos u oxígeno suplementario, o simplemente manejo ambulatorio. De ser posible, se buscó recabar la información del expediente clínico, y se buscó también corroborar la información si el paciente viene acompañado con algún familiar. Se consideró en nuestro estudio enfermedad grave por COVID-19 siempre que haya habido antecedente de ingreso a la UCI o requerimiento de ventilación mecánica (como criterios de severidad certera, ya que el uso de oxígeno suplementario puede

emplearse en el hogar en pacientes con enfermedad moderada). Otros criterios de gravedad que pudieron incluirse del expediente en caso de contar con el dato se operacionalizan en la definición operacional dentro del cuadro de variables del estudio, más adelante.

Se documentó la información recabada en un legajo y en una base de datos Microsoft Excel 2020, para ser luego procesados por un paquete estadístico.

El cuestionario FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) es un instrumento para la evaluación de las familias, con fines terapéuticos fundamentalmente, y dentro del marco del modelo circunflejo, en donde las familias con niveles medios de cohesión y adaptabilidad son las más ajustadas. Este cuestionario tiene buenos índices de confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.82 y 0.79 para cohesión y adaptabilidad, respectivamente, además de una buena validez de constructo, evaluada por bondad de índices de ajuste obtenidos de modelos probados (21).

## VARIABLES DEL ESTUDIO

| Variable                      | Definición conceptual   | Definición operacional   | Escala de medición   | Instrumento, escala o cuestionario de medición |
|-------------------------------|---|--|----------------------|--|
| <b>Enfermedad de COVID-19</b> | La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China). | <p>Cualquier paciente con prueba positiva de COVID-19 por PCR o antígenos que sea ingresado por COVID-19 en nuestro hospital.</p> <p>Para el diagnóstico clínico de COVID-19, se considera:<br/>           Criterios clínicos:<br/>           Aparición súbita de fiebre Y tos;<br/>           o. Aparición súbita de TRES O MÁS signos o síntomas de la lista siguiente:<br/>           fiebre, tos, debilidad general/fatiga, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado</p> | Categoría dicotómica | Sí/no  |

|             |   |  |                         |                         |
|-------------|---|--|-------------------------|-------------------------|
|             |   | nasal,<br>disnea,<br>anorexia/náuseas/vómitos<br>, diarrea,<br>estado<br>mental<br>alterado.<br><br>Se<br>considerarán<br>estos<br>criterios y la<br>prueba de<br>laboratorio<br>positiva para<br>ser<br>considerado<br>como<br>ingreso por<br>Covid-19. |                         |                         |
| <b>Edad</b> | Tiempo que ha<br>vivido una<br>persona  | Edad<br>cronológica<br>de la<br>paciente al<br>momento del<br>parto  | Continua                | Años                    |
| <b>Sexo</b> | Corresponde al<br>sexo con el que<br>se nació,<br>determinado por<br>cromosomas,<br>genitales,<br>hormonas y<br>gónadas   | Sexo<br>biológico del<br>paciente  | Categoría<br>dicotómica | Femenino /<br>Masculino |
| <b>Peso</b> | Lo que<br>normalmente<br>llamamos peso,<br>como por ejemplo<br>cuando nos<br>pesamos en una<br>balanza y vemos<br>cuántos kilos<br>pesa nuestro<br>cuerpo, estamos<br>hablando de | Peso en kg<br>del paciente   | Continua                | Kg                      |

|                                  |   |  |                    |   |
|----------------------------------|---|--|--------------------|---|
|                                  | masa, no de peso.   |  |                    |   |
| <b>Vacunación</b>                | Una vacuna es una preparación destinada a generar inmunidad adquirida contra una enfermedad, mediante la estimulación de la producción de anticuerpos.  | Haber tenido al antecedente de recibir al menos una vacuna contra SARS-CoV-2   | Nominal dicotómica | Si/no   |
| <b>Vacuna recibida</b>           |   | Tipo de vacuna que recibió en caso de recibirla  | Nominal            | Pfizer<br>Moderna<br>Johnson<br>CanSino<br>Sinovac<br>Sputnik V<br>Covaxin<br>AstraZeneca |
| <b>Esquema completo</b>          | Contar con 2 vacunas más el refuerzo de vacunación  | Haber recibido el esquema completo para la vacuna competente   | Nominal dicotómica | Si/no   |
| <b>Gravedad de la enfermedad</b> | La gravedad de los síntomas de COVID-19 puede variar de muy leve a grave. Algunas personas pueden tener solo unos pocos síntomas y otras quizás no tengan ninguno. En algunas personas quizás los síntomas empeoren, como mayor falta de aire y neumonía, aproximadamente una semana después de comenzar. | Gravedad de los síntomas (de la neumonía o enfermedad) al ingreso hospitalario Leve ante la presencia de varios signos y síntomas de COVID-19 (fiebre, fatiga, mialgia, tos, cefalea, odinofagia, rinorrea, estornudos), o digestivos (náusea, | Ordinal            | Leve<br>Moderado<br>Severo<br>Crítico   |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>vómito, dolor abdominal, diarrea) sin disnea o anormalidad es por imagen torácica. Moderado ante presencia de neumonía sin hipoxemia obvia (<math>SpO_2 \geq 94\%</math> al aire ambiente al nivel del mar) o lesiones en la tomografía computarizada (TC) de tórax. Severo en pacientes con frecuencia respiratoria <math>&gt; 30</math> respiraciones por minuto; neumonía con hipoxemia (<math>SpO_2 &lt; 94\%</math>) al aire ambiente a nivel del mar; un índice de presión parcial de oxígeno arterial y fracción de oxígeno</p> |  |  |
|--|--|---|--|--|



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>inspirada (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) &lt; 300 mm Hg o infiltrados pulmonares &gt;50%.<br/>Crítico cuando hay síndrome de dificultad respiratoria aguda, que puede tener choque, encefalopatía, lesión miocárdica, falla cardíaca, alteraciones de la coagulación, lesión renal aguda y/o múltiple daño a órgano.</p> <p>Para fines de nuestro estudio, se considerará COVID-19 grave si requirió ingreso a la UCI o requirió ventilación mecánica como criterios de severidad certera.</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

|                                     |  |  |                       |  |
|-------------------------------------|--|--|-----------------------|--|
| <b>Ingreso a la UCI</b>             | Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas.  | Requerimiento de ingreso a la UCI  | Categórica dicotómica | Si/no                                      |
| <b>Razón de admisión a la UCI</b>   |  | Causa por la que se interna a paciente en UCI                                  | Categórica            | Quirúrgica<br>No quirúrgica<br>Especificar |
| <b>Ventilación mecánica (VM)</b>    | La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico de soporte vital, que ha contribuido decisivamente en mejorar la sobrevida de los pacientes en estado crítico, sobre todo aquellos que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA). | Requerimiento de VMI o VMNI en los pacientes durante estancia en UCI           | Categórica            | Si/no, invasiva o no invasiva              |
| <b>Uso de oxígeno suplementario</b> | La terapia de oxígeno suplementario utiliza un tanque o máquina para proporcionar oxígeno adicional. Esto ayuda a que el oxígeno llegue a los pulmones y al corazón del paciente, así como a otras partes del cuerpo.                        | Documentar si el paciente requirió oxigenación suplementaria durante su manejo | Categórica dicotómica | Si/no                                      |
| <b>Comorbilidades</b>               | Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en  | Enfermedad es que padezca el paciente como antecedente                         | Categórica            | Especificar cuál                           |

|                           |   |   |            |   |
|---------------------------|---|---|------------|---|
|                           | general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible                                  |   |            |   |
| <b>Tipología familiar</b> | La tipología familiar se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia. | Determinación de tipología familiar de acuerdo con el Consenso Mexicano de Medicina Familiar 2005 (22). | Categorica | Por parentesco (con parentesco): nuclear simple, extensa, monoparental, monoparental extendida, nuclear numerosa, reconstruida, no parental, extensa compuesta.<br>Por presencia física en el hogar: núcleo integrado, no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.<br>Por medios de subsistencia: servicios, comercio, industrial, agrícola.<br>Por índice simplificado de pobreza familiar: pobreza familiar alta, pobreza familiar baja, sin evidencia de pobreza familiar. |

|   |  |   |                    |   |
|---|--|---|--------------------|---|
|   |  |   |                    | Por demografía:<br>urbana, rural<br>Por desarrollo:<br>moderna,<br>tradicional. |
| <b>Funcionalidad familiar medida por cohesión y adaptabilidad</b> | La funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que permite la satisfacción de cada uno de sus integrantes, impide la aparición de conductas de riesgo y a la vez facilita el desarrollo integral de los miembros del grupo familiar. | Funcionalidad familiar de acuerdo con FACES III | Categórica ordinal | Categorías:   |

### **Instrumento de recolección de datos**

Se realizara una encuesta con :

- I.- Datos sociodemográficos
- II.- Datos sobre Covid 19
- III.- Cuestionario de Funcionalidad familiar FACES III

## **Plan de análisis**

En la estadística descriptiva se reportaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media/mediana; desviación estándar/rango intercuartil), previa valoración de la distribución de las variables por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Se compararon entre grupos, las variables categóricas por medio de las pruebas de chi cuadrada y test exacto de Fisher, mientras que las variables continuas por medio de las pruebas t de Student o Mann-Whitney.

Se consideró un valor de  $P < 0.05$  y un intervalo de confianza al 95% como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

## **Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad de los datos**

Se aplicó un consentimiento informado verbal a los pacientes para la participación en el estudio donde se les explicó el objetivo de este estudio y se realizará la evaluación corresponde en el trabajo.

Para mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación, los datos obtenidos serán documentados y resguardados para acceso únicamente por el equipo de investigación de este trabajo. Se documentaron los datos por medio de iniciales de los pacientes y un folio único asignado. El participante tuvo derecho en cualquier momento de rechazar participar o retirar su consentimiento para la participación, sin que haya penalización alguna ni modificación en su manejo rutinario.

Los procedimientos propuestos estuvieron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

### **Proceso de obtención de consentimiento informado verbal.**

Durante la consulta al paciente se le invitó al paciente a participar en este estudio de investigación.

Se le comentó que el estudio consiste en el llenado de una encuesta para determinar su funcionalidad familiar autopercibida por cohesión y adaptabilidad, y que se documentará otra información relacionada con su demografía, comorbilidades, características y evolución de su enfermedad y tipología familiar.

Se le comentó que no hay algún beneficio directo por su participación en este estudio y que tendrá una duración aproximada de 10 minutos para la aplicación y llenado del instrumento, más el tiempo que tome la consulta, de donde se aprovechó para la obtención del resto de las variables del expediente clínico y a través del interrogatorio dirigido, mismo que fue documentado también en el expediente.

Se le informaron sus derechos, los mecanismos de confidencialidad y privacidad de los datos que se obtuvieron, y su rol como sujeto de investigación.

## Capítulo V. Resultados

Se analizaron a un total de 120 pacientes en el estudio, con una media de edad de 69.9 años, de los cuales 56 (46.7%) fueron hombres y 64 (53.3%) mujeres. Las características demográficas se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

| <b>Variable</b>       |             |
|-----------------------|-------------|
| Edad (años)           | 69.9 ± 6    |
| Sexo                  |             |
| Masculino             | 56 (46.7%)  |
| Femenino              | 64 (53.3%)  |
| Peso (kg)             | 70.6 ± 10.8 |
| Comorbilidades        | -           |
| Diabetes mellitus     | 57 (47.5%)  |
| Hipertensión arterial | 50 (41.7%)  |
| Obesidad              | 5 (4.2%)    |
| Cancer                | 0 (0%)      |
| EPOC                  | 1 (0.8%)    |
| Asma                  | 0 (0%)      |
| Otra                  | 0 (0%)      |
| Ninguna               | 7 (5.8%)    |



Casi la totalidad de los pacientes tuvo antecedente de vacunación (99.2%), siendo Pfizer (55%) y Astra Zeneca (39.2%) los tipos de vacunas más empleados. El 86.7% de los pacientes contaban con esquema completo (tabla 2).

Tabla 2. Vacunación en los pacientes.

| <b>Variable</b>  |             |
|------------------|-------------|
| Vacunación       | 119 (99.2%) |
| Vacuna recibida  |             |
| Aztra Zeneca     | 47 (39.2%)  |
| Pfizer           | 66 (55%)    |
| Sinovac          | 1 (0.8%)    |
| CanSino          | 2 (1.7%)    |
| Moderna          | 2 (1.7%)    |
| Sputnik V        | 0 (0%)      |
| Covaxin          | 0 (0%)      |
| Johnson          | 1 (0.8%)    |
| Esquema completo | 104 (86.7%) |

Se documentó enfermedad leve en 80% moderada en 20%. Un total de 7 (5.8%) pacientes requirieron ingreso la UCI (5.8%). Se requirió de oxígeno suplementario en 37 (30.8%) (tabla 3).

Tabla 3. Gravedad de la enfermedad de los pacientes.

| <b>Variable</b>              |             |
|------------------------------|-------------|
| Gravedad de la enfermedad    | -           |
| Leve                         | 96 (80%)    |
| Moderado                     | 24 (20%)    |
| Severo                       | 0 (0%)      |
| Crítico                      | 0 (0%)      |
| Ingreso a la UCI             | 7 (5.8%)    |
| Razón de admisión            | -           |
| Quirúrgica                   | 0 (0%)      |
| No quirúrgica                | 1 (0.8%)    |
| Otra                         | 12 (10%)    |
| No aplica                    | 107 (89.2%) |
| Ventilación mecánica         | -           |
| Si                           | 6 (5%)      |
| No                           | 103 (85.8%) |
| Invasiva                     | 2 (1.7%)    |
| No invasiva                  | 9 (7.5%)    |
| Uso de oxígeno suplementario | 37 (30.8%)  |

Casi todos los pacientes pertenecían a familias con tipología familiar extensa, siendo las más comunes la extensa ascendente (33.3%), la extensa compuesta (30.8%) y la extensa descendente (28.3%) (tabla 4).

Tabla 4. Tipología familiar de los pacientes.

| <b>Variable</b>        |            |
|------------------------|------------|
| Tipología familiar     | -          |
| Nuclear simple         | 0 (0%)     |
| Extensa                | 6 (5%)     |
| Monoparental           | 0 (0%)     |
| Monoparental extendida | 0 (0%)     |
| Nuclear Numerosa       | 1 (0.8%)   |
| Reconstruida           | 0 (0%)     |
| No parental            | 0 (0%)     |
| Extensa Compuesta      | 37 (30.8%) |
| Nucleo integrado       | 1 (0.8%)   |
| Nucleo no integrado    | 0 (0%)     |
| Extensa ascendente     | 40 (33.3%) |
| Extensa desendente     | 34 (28.3%) |
| Extensa colateral      | 1 (0.8%)   |

Según la funcionalidad familiar por cohesión y adaptabilidad, los tipos más identificados fueron estructuradamente relacionada en 24 (20%), rígidamente relacionada en 18 (15%) y estructuradamente aglutinada en 14 (11.7%) (tabla 5).

Tabla 5. Cohesión y adaptabilidad identificada en los pacientes de acuerdo con el modelo de Olson.

|              |              |            |                 |             |            |
|--------------|--------------|------------|-----------------|-------------|------------|
| Flexibilidad | Caótica      | 4 (3.3%)   | 1 (0.8%)        | 10 (8.3%)   | 2 (1.7%)   |
|              | Flexible     | 1 (0.8%)   | 6 (5%)          | 11 (9.2%)   | 4 (3.3%)   |
|              | Estructurada | 2 (1.7%)   | 5 (4.2%)        | 24 (20%)    | 14 (11.7%) |
|              | Rígida       | 6 (5%)     | 11 (9.2%)       | 18 (15%)    | 1 (0.8%)   |
|              |              | Disgregada | Semirelacionada | Relacionada | Aglutinada |
|              |              | Cohesión   |                 |             |            |

Encontramos que la flexibilidad de la familia se asoció significativamente con la gravedad de la enfermedad, siendo que las familias con enfermedad leve se encontraban más frecuentemente en familias con funcionalidad flexible o estructurada (hacia el centro) mientras que las enfermedad moderada fue más frecuente en familias con funcionalidad caótica o rígida (hacia los extremos).

Sin embargo, debido a la baja incidencia de ingreso a UCI y otros desenlaces de los pacientes, no encontramos asociación significativa (tabla 6).

Por su parte, no encontramos asociación de estas variables con la cohesión de la familia (tabla 7).

Tabla 6. Asociación de la severidad de la enfermedad con la flexibilidad de la familia.

| <b>Variable</b>              | <b>Caótica</b> | <b>Flexible</b> | <b>Estructurada</b> | <b>Rígida</b> | <b>P</b> |
|------------------------------|----------------|-----------------|---------------------|---------------|----------|
| Gravedad de la enfermedad    | -              |                 |                     |               | 0.019    |
| Leve                         | 13 (76.5%)     | 19 (86.4%)      | 41 (91.1%)          | 23 (63.9%)    |          |
| Moderado                     | 4 (23.5%)      | 3 (13.6%)       | 4 (8.9%)            | 13 (36.1%)    |          |
| Ingreso a la UCI             | 2 (11.8%)      | 1 (4.5%)        | 1 (2.2%)            | 3 (8.3%)      | 0.452    |
| Razón de admisión            | -              |                 |                     |               | 0.664    |
| No quirúrgica                | 0 (0%)         | 0 (0%)          | 1 (2.2%)            | 0 (0%)        |          |
| Otra                         | 2 (11.8%)      | 3 (13.6%)       | 2 (4.4%)            | 5 (13.9%)     |          |
| Ventilación mecánica         | 15 (88.2%)     | 19 (86.4%)      | 42 (93.3%)          | 31 (85.1%)    | 0.625    |
| Si                           | 2 (11.8%)      | 1 (4.5%)        | 1 (2.2%)            | 2 (5.6%)      |          |
| No                           | 13 (76.5%)     | 19 (86.4%)      | 42 (93.3%)          | 29 (80.6%)    |          |
| Invasiva                     | 0 (0%)         | 1 (4.5%)        | 0 (0%)              | 1 (2.8%)      |          |
| No invasiva                  | 2 (11.8%)      | 1 (4.5%)        | 2 (4.4%)            | 4 (11.1%)     |          |
| Uso de oxígeno suplementario | 5 (29.45)      | 6 (27.3%)       | 11 (24.4%)          | 15 (41.7%)    | 0.393    |
| Comorbilidades               |                | 13              |                     |               | 0.129    |
| Diabetes mellitus            | 8 (47.1%)      | 5 (59.1%)       | 19 (42.2%)          | 17 (47.2%)    |          |
| Hipertensión arterial        | 8 (47.1%)      | 4 (18.2%)       | 22 (48.9%)          | 16 (44.4%)    |          |
| Obesidad                     | 0 (0%)         | 3 (13.6%)       | 0 (0%)              | 2 (5.6%)      |          |
| EPOC                         | 0 (0%)         | 0 (0%)          | 0 (0%)              | 1 (2.8%)      |          |
| Ninguna                      | 1 (5.9%)       | 2 (9.1%)        | 4 (8.9%)            | 0 (0%)        |          |

Tabla 7. Asociación de la severidad de la enfermedad con la cohesión de la familia.

| <b>Variable</b>              | <b>Disgregada</b> | <b>Semirelacionada</b> | <b>Relacionada</b> | <b>Agglutinada</b> | <b>P</b> |
|------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------|--------------------|----------|
| Gravedad de la enfermedad    | -                 |                        |                    |                    | 0.831    |
| Leve                         | 10 (76.9%)        | 17 (73.9%)             | 52 (82.5%)         | 17 (81%)           |          |
| Moderado                     | 3 (23.1%)         | 6 (26.1%)              | 11 (17.5%)         | 4 (19%)            |          |
| Ingreso a la UCI             | 1 (7.7%)          | 1 (4.3%)               | 4 (6.3%)           | 1 (4.8%)           | 0.969    |
| Razón de admisión            | -                 |                        |                    |                    | 0.262    |
| No quirúrgica                | 0 (0%)            | 0 (0%)                 | 0 (0%)             | 1 (4.8%)           |          |
| Otra                         | 1 (7.7%)          | 4 (17.4%)              | 4 (6.3%)           | 3 (14.3%)          |          |
| No aplica                    | 12 (92.3%)        | 19 (82.6%)             | 59 (93.7%)         | 17 (81%)           |          |
| Ventilación mecánica         | -                 |                        |                    |                    | 0.438    |
| Si                           | 0 (0%)            | 2 (8.7%)               | 3 (4.8%)           | 1 (4.8%)           |          |
| No                           | 10 (76.9%)        | 19 (82.6%)             | 57 (90.5%)         | 17 (81%)           |          |
| Invasiva                     | 1 (7.7%)          | 0 (0%)                 | 0 (0%)             | 1 (4.8%)           |          |
| No invasiva                  | 2 (15.4%)         | 2 (8.7%)               | 3 (4.8%)           | 2 (9.5%)           |          |
| Uso de oxígeno suplementario | 3 (23.1%)         | 11 (47.8%)             | 15 (23.8%)         | 8 (38.1%)          | 0.141    |
| Comorbilidades               | -                 |                        |                    |                    | 0.605    |
| Diabetes mellitus            | 6 (46.2%)         | 11 (47.8%)             | 33 (52.4%)         | 7 (33.3%)          |          |
| Hipertensión arterial        | 7 (53.8%)         | 8 (34.8%)              | 24 (38.1%)         | 11 (52.4%)         |          |
| Obesidad                     | 0 (0%)            | 2 (8.7%)               | 2 (3.2%)           | 1 (4.8%)           |          |
| EPOC                         | 0 (0%)            | 1 (4.3%)               | 0 (0%)             | 0 (0%)             |          |
| Ninguna                      | 0 (0%)            | 1 (4.3%)               | 4 (6.3%)           | 2 (9.5%)           |          |

## Capítulo VI. Discusión

La pandemia mundial de la enfermedad COVID-19 comenzó inicialmente como un brote de enfermedad por coronavirus que surgió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. A lo largo de la historia, las epidemias o las pandemias han generado consecuencias a largo plazo en la salud mental y la calidad de vida (calidad de vida) (23). Los datos de estudios epidemiológicos mostraron que la edad está asociada con la gravedad clínica y la mortalidad relacionada con la infección de COVID-19 (24,25).

La familia es la unidad social básica de las personas mayores, y la función familiar que contiene necesidades físicas gratificantes, por ejemplo, comida, refugio y sexo, y la necesidad de sentirse aceptado y amado, está asociada con la calidad de vida de las personas mayores. La relación entre los miembros de la familia, que generalmente se considera la principal fuente de comodidad emocional, tiene un gran impacto en la calidad de vida porque los miembros de la familia viven juntos durante mucho tiempo, especialmente en la relación entre padres e hijos y en el matrimonio. Las comodidades emocionales de la familia aumentan el bienestar psicológico y físico. La estrecha relación entre las personas mayores y sus hijos adultos influye en la calidad de vida de las personas mayores, ya que tienen menos probabilidades de estar deprimidas o solas, tienen una moral más alta y una mayor satisfacción con la vida (26). Además, mejorar el confort emocional de la familia es importante para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, que dependen de la relación entre los miembros de la familia porque la relación estrecha entre los



niños y los padres mayores influye no sólo en las necesidades económicas y de salud de los padres, sino también en las necesidades económicas y de salud de los padres. el cuidado a largo plazo de los padres ancianos (27,28).

Nosotros llevamos a cabo un estudio con la finalidad de evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores con antecedente de COVID-19, a fin de tener un acercamiento de la funcionalidad familiar. Incluimos a un total de 120 pacientes, con una media de 69.9 años, 53.3% mujeres. De estos pacientes, la mayoría tuvo antecedente de enfermedad leve (80%), mientras que 20% tuvo enfermedad moderada. Además, un total de 30.8% requirieron oxígeno suplementario y en 5.8% requirió ingreso a la UCI para manejo médico.

Después de evaluar la tipología familiar, en general el tipo de familia predominante en este grupo etario fue la extensa, encontrándose presente en diferentes variaciones entre ascendente, descendente y compuesta un alrededor de un tercio cada una.

Además, de acuerdo con la escala FACES III, se encontró que los tipos de familia más frecuentemente identificados en la población de adultos mayores estudiada fue la estructuradamente relacionada (20%), rígidamente relacionada (15%) y estructuradamente aglutinada (11.7%), pero en general, las familias se encontraron dispersas en los 16 cuadrantes del modelo de Olsen acerca de la funcionalidad familiar.

En nuestro estudio, pudimos identificar que la gravedad de la enfermedad tuvo relación con la flexibilidad de la familia, siendo aquellas familias en las que el familiar tuvo enfermedad más grave, quienes tuvieron una flexibilidad más dirigida hacia los extremos (caótico o rígido), mientras que la enfermedad más leve pudo presentarse más hacia el centro (en familias con funcionabilidad flexible o estructurada). Sin embargo, no encontramos alguna asociación con la cohesión de la familia. Tampoco encontramos asociación con otras características de gravedad, como ingreso a la UCI, debido a que la proporción de pacientes fue baja.

Mientras tanto, los cambios en los valores económicos, políticos y sociales durante la pandemia tienen un gran impacto en la familia y en su apoyo, lo que se refleja especialmente entre los miembros vulnerables de la familia, como las personas mayores (29). Se ha visto que durante la pandemia de COVID-19, el apoyo familiar se asoció significativamente con una buena calidad de vida de las personas mayores. Puede que esto sea una de las razones por las cuales vemos familias extensas con frecuencia en esta población de pacientes, al menos en nuestro estudio. Igualmente, puede ser que el haber tenido una familia con una funcionalidad flexible no muy extrema dentro del modelo de Olsen, ya permitido que el paciente hubiese presentado menor gravedad de la enfermedad, siendo una red de apoyo adecuada. La atención de aislamiento prolongado durante la infección por COVID-19 puede imponer una angustia psicológica prolongada al reducir el apoyo familiar en los pacientes de edad avanzada. También está respaldado por otro

estudio que afirmó que las personas mayores con un buen apoyo familiar mostraban un nivel de estrés más bajo que sin un buen apoyo familiar (25).

La funcionalidad familiar representa la condición de crecimiento y maduración física, psicológica de todos los miembros de la familia (30). La funcionalidad de una familia tiene un gran impacto en la persona mayor. Un estudio de Elias et al. mencionó una asociación significativa entre ancianos que vivían solos y una pobre funcionalidad familiar. Y, sin embargo, la restricción social durante la pandemia podría tener un mayor impacto en la funcionalidad familiar percibida por las personas mayores (31). Un estudio anterior de Fernandes et al. sugirió que durante la pandemia, alrededor del 20% de las personas percibían a su familia como una disfunción de moderada a grave (32). El estudio de Rahmadhani et al. también señaló que la pandemia de COVID-19 en Indonesia trajo una relación significativa entre la función familiar, el apoyo social y la calidad de vida de las personas mayores (33).

Las familias tienen un papel muy importante en el desarrollo, prevención, adaptación y mejora de los problemas de salud de los miembros de la familia. Las familias desempeñan un papel en el mantenimiento y la mejora de la salud de cada miembro de la familia (34). Además, las familias también desempeñan un papel en la superación de los problemas de salud de los miembros de la familia. La falta de función familiar puede disminuir la calidad de vida de las personas mayores y, en última instancia, aumentar las tasas de morbilidad y mortalidad.

La calidad de vida de las personas mayores está influenciada por algunos factores que hacen que las personas mayores sigan siendo útiles en la vejez, como la capacidad de adaptarse, aceptar todos los cambios y contratiempos experimentados, así como el aprecio y el buen trato por parte de los familiares. Otro estudio reveló que el 70% de las personas mayores experimentan una disminución en la calidad de vida, especialmente sentimientos de soledad y falta de atención por parte de los familiares (35). Sin embargo, la baja calidad de vida de las personas mayores a menudo se asocia con funciones familiares y apoyo social de los cónyuges, los familiares y la comunidad.

Este es uno de los pocos estudios que han intentado valorar la funcionalidad familiar en el adulto mayor posterior a haber presentado antecedente de COVID-19 durante la pandemia. La mayoría de los estudios se enfocaron a valorar familias nucleares, y su impacto sobre los adultos jóvenes y adultos, mientras que los estudios que involucraban adultos mayores mostraban con mayor frecuencia datos acerca del impacto biológico (es decir, morbilidad), en lugar de psicosocial, en el adulto mayor, o medían otras características como síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés), en lugar de englobar a la familia como un todo.

Una de las limitaciones del estudio fue la falta de inclusión de pacientes con mayor severidad de la enfermedad. Es posible que, debido al momento de la realización del estudio, fue difícil documentar información acerca de este tipo de pacientes dada la alta morbilidad que tuvo la pandemia sobre esta población, y es posible que ya no se encuentren muchos sobrevivientes de los estragos de la pandemia con

dichas características, o que sean pacientes que no conforman el grueso de la consulta de medicina familiar dentro de nuestra institución.

## **Capítulo VII. Conclusión**

Nuestro estudio revela que la gravedad de la enfermedad en adultos mayores con antecedentes de COVID-19 se asocia con la flexibilidad de la familia, mostrando extremos (caótico o rígido).

La tipología familiar del adulto mayor con antecedente de haber padecido COVID-19 de nuestro estudio es predominante es extensa, con variaciones.

No se encontraron asociaciones significativas entre la gravedad de la enfermedad y la cohesión familiar. Estos resultados tienen implicaciones importantes para comprender y abordar las dinámicas familiares en situaciones de salud crítica.

## Capítulo VIII. Referencias

1. Rahmadhani W, Suyanto J, Soe TK, Mutoharoh S. The Relationship Between Husband Support and Behavior of Pregnant Teenagers to Face Pregnancy During the Covid-19 Pandemic in Gombong, Kebumen, Indonesia. *Disease Prevention and Public Health Journal* 2021;15(2).
2. Del Valle, Guillermo Francisco (2006). Uso de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
3. Faraji J, Metz GAS. Aging, Social Distancing, and COVID-19 Risk: Who is more Vulnerable and Why?. *Aging Dis.* 2021;12(7):1624-1643.
4. Duru S. COVID-19 in elderly patients. *Eurasian J Pulmonol* 2020;22:S76-81.
5. Pedrosa AL, Bitencourt L, Fróes ACF, et al. Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol.* 2020;11:566212.
6. Kurniasih R, Nurjanah S. Relationship Between Family Support with Anxiety of Death Among Elderly. *Jurnal Keperawatan Jiwa. JKJ.* 2020;8(4):391-400.
7. Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2020;215(1):87-93.
8. Statistics Canada. Canadian perspectives survey series 1: Impacts of COVID-19. 2020. Disponible desde:

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/dail-quotidien/200408/dq200408c-eng.pdf?stQdNFbXIA>

9. Wardani NPS, Dewi FIR. GAMBARAN KUALITAS KEHIDUPAN LANSIA DI GIANYAR BALI. *Jurnal Muara Ilmu Sosial Humaniora dan Seni* 2020; 4(2):383
10. Walsh F. Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family Process* 2020; 59(3): 898– 911.
11. Fraenkel P, Cho WL. Reaching up, down, in, and around: Couple and family coping during the Coronavirus pandemic. *Family Process* 2020; 59(3): 847– 864.
12. Mucci F, Mucci N, Diolaiuti F. Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry* 2020; 17(2): 63– 64.
13. Wang C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environment Research Public Health* 2020; 17(5): 1729.
14. World Health Organization. WHO Timeline COVID-19. WHO. 2020. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
15. Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter MH. COVID-19 and the Elderly: Who Cares?. *Front Public Health*. 2020;8:151.
16. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs*. 2021;42(5):1222-1229.



17. Lee CJ, Hsu Y. Promoting the Quality of Life of Elderly during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6813.
18. Susilowati IH, Nakatani H, Nugraha S, et al. COVID-19 handling report for pre-case, case (pre-hospital and hospital), and post-case phases in the elderly as vulnerable populations in 6 Asia Pacific countries. *Glob Health Med*. 2020;2(6):350-359.
19. Günther-Bel C, Vilaregut A, Carratala E, Torras-Garat S, Pérez-Testor C. A mixed-method study of individual, couple, and parental functioning during the state-regulated COVID-19 lockdown in Spain. *Family Process*. 2020. 59(3);1060– 1079.
20. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families* New York: The Harworth Press; 1989.
21. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. [Construct validity of FACES III questionnaire in Spanish (México)]. *Atencion Primaria*. 2002;30(10):624-630.
22. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. Organismo Internacional. *Conceptos básicos para el estudio de familias*. *Arch Med Fam* 2005; 7(1):15-19.
23. Salameh P, Hajj A, Badro DA, Selwan CA, Aoun R, and Sacre H. Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspective from a Developing Country. *Psychiatry Research*. 2020; 294: 1-12.
24. Remuzzi A and Remuzzi G. Health Policy COVID-19 and Italy: What Next? *The Lancet*. 2020; 395(10231): 1225–1228.

25. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MS, Fernandes-Pires J, and Márquez-González M. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness with Psychological Distress during the Lock-Down Period of COVID-19. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2021; 76(2): 10–16.
26. Vahia IV, Jeste DV, and Charles FR. Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *Journal of the American Medical Association*. 2020; 324(22): 2253–2254.
27. Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, and Pan S. Depression and Resilience Mediates the Effect of Family Function on Quality of Life of the Elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 71: 34–42.
28. Ali S and Malik JA. Consistency of Prediction Across Generation: Explaining Quality of Life by Family Functioning and Health-Promoting Behaviors. *Quality of Life Research*. 2015; 24(9): 2105–2112.
29. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi Terkini Perkembangan Coronavirus Disease (COVID19) 25 November 2021. (Online) 2021. <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/situasi-terkini-perkembangan-coronavirus-disease-covid-19-25-november-2021/view>
30. Wu CST, Wong HT, Yu KF, et al. Parenting Approaches, Family Functionality, and Internet Addiction among Hong Kong Adolescents. *BMC Pediatrics*. 2016; 16: 1–10.

31. Elias HC and Marzola TS. Relation between Family Functionality and the Household Arrangements of the Elderly. *BMC Pediatrics*. 2018; 21(5): 562–569.
32. Fernandes CS, Magalhães B, Silva S, and Edra B. Perception of Family Functionality during Social Confinement by Coronavirus Disease 2019. *Journal of Nursing Health*. 2020; 10: 1–14.
33. Rahmadhani W, Herniyatun, and Chamroen P. Family Functions, Social Support and Quality of Life among Elderly during Pandemic COVID-19: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Health Sciences*. 2022; 6(4): 1540–1550.
34. Rahmadhani W, Suyanto J, Soe TK, Mutoharoh S. The Relationship Between Husband Support and Behavior of Pregnant Teenagers to Face Pregnancy During the Covid-19 Pandemic in Gombong, Kebumen, Indonesia. *Disease Prevention and Public Health Journal* 2021;15(2).
35. Toprak M. The relationship between psychological factors and quality of life in elderly population of Van, eastern Turkey. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2019.

## Capítulo IX. Resumen autobiográfico

Soy Karen Estefanía Sánchez Rodríguez, naci en la ciudad de Monterrey en septiembre de 1992, dentro de una familia nuclear simple.

Desde pequeña me intereso el poder ayudar y cuidar a las personas mas vulnerables.

Conforme fui creciendo y estudiando en las diferentes etapas de mi vida, me llamo la atención el área de las ciencias biologicas y las humanidades.

Por lo que decidi estudiar en la Facultad de Medicina UANL. La carrera de Médico Cirujano Partero. Una vez concluida y al realizar mi servicio social dentro de una población del municipio de Allende Nuevo León, pude percatarme de mi interes hacia el área de consulta sobre todo dentro del manejo integral donde podria ver ya atender a cualquier miembro de la familia según mis capacidades, pero tambien podia adentrarme en su sistema familiar, notar sus áreas de oportunidad y a la vez darme cuenta de como todo un sistema familiar se ve afectado por la salud de un miembro del sistema.

Por lo que decidi realizar la especialidad de Medicina Familiar dento del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Dentro de mis 3 años de entrenamiento como médico familiar puedo decir que creci mucho personal y profesionalmente, puede ver y trabajar en mis áreas de oportunidad y sobretodo continuo con el empeño para poder ver e integrar a la familia como la célula mas importante de la sociedad, sobre la cual recaen cosas muy importantes para cada uno de sus miembros.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ**

Subdirector de Estudios de Posgrado del

Hospital Universitario de la U.A.N.L.

Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Cohesión y adaptabilidad familiar actual en adultos mayores con antecedentes en enfermedad por COVID-19" cuyo autor es la Dra. Karen Estefanía Sánchez Rodríguez del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 22% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.

**ATENTAMENTE.**

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 23 de febrero de 2020



**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERO**  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.  
**MEDICINA FAMILIAR**

# Cohesión y adaptabilidad familiar actual en adultos mayores con antecedente de enfermedad por COVID-19

## INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | <a href="http://www.medigraphic.com">www.medigraphic.com</a><br>Fuente de Internet   | 1% |
| 2 | <a href="http://www.medicina.uanl.mx">www.medicina.uanl.mx</a><br>Fuente de Internet | 1% |
| 3 | <a href="http://www.who.int">www.who.int</a><br>Fuente de Internet                   | 1% |
| 4 | <a href="http://revistamedica.com">revistamedica.com</a><br>Fuente de Internet       | 1% |
| 5 | <a href="http://search.bvsalud.org">search.bvsalud.org</a><br>Fuente de Internet     | 1% |
| 6 | <a href="http://ijarm.com">ijarm.com</a><br>Fuente de Internet                       | 1% |
| 7 | <a href="http://ru.dgb.unam.mx">ru.dgb.unam.mx</a><br>Fuente de Internet             | 1% |
| 8 | Submitted to Universidad Autónoma de Aguascalientes<br>Trabajo del estudiante        | 1% |



MEDICINA FAMILIAR 1%