

## Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados

### *Family functionality and risk of falls in hospitalized older adults*

Luz Dalid Terrazas-Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2937-5378>

María Guadalupe Díaz-Ahuactzi<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0009-0005-4600-8619>

<sup>1</sup> Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro, México.

<sup>2</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar Número 9. Querétaro, México.

\* Autor para la correspondencia (email): [diazlupitta28@gmail.com](mailto:diazlupitta28@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La familia es una importante red de apoyo social para el adulto mayor, dado que en esta etapa se experimentan grandes cambios físicos y sociales. El adulto mayor al ser hospitalizado, además de su enfermedad, enfrenta riesgos como caídas, las cuales generan un daño adicional al paciente, que pueden alterar su recuperación y estancia.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, comparativo, en adultos mayores de 65 años hospitalizados en urgencias de un hospital de segundo nivel. La muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, n=61 sujetos por grupo. Grupo 1: adulto mayor con familia funcional y Grupo 2: adulto mayor con familia disfuncional; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, funcionalidad familiar, riesgo de caída, indicación de familiar a permanencia y contar con familiar acompañante. Con previo consentimiento informado, se aplicó el test APGAR familiar para funcionalidad y la escala Newman para riesgo de caídas. El análisis estadístico descriptivo se realizó con frecuencias, promedios, porcentajes e IC al 95 %; el análisis inferencial con *t* de Student, chi cuadrado y odds ratio.

**Resultados:** La edad promedio fue de 70,90 (IC 95 % 69,4-72,4) y 73,77 (IC 95 % 71,8-75,5) años. En ambos grupos predominaron los hombres y grado de escolaridad primaria. El 70,5 % de

pacientes en Grupo 2 no contó con acompañantes a pesar de que 49,2 % tenía indicado familiar permanente. Existió mayor riesgo de caídas en el grupo de familia disfuncional con 50,8 % y 27,9 % para el grupo de familia funcional ( $p=0,030$ ).

**Conclusiones:** Un factor protector de los adultos mayores con riesgo bajo de caída hospitalaria, es la familia funcional, además de, un familiar acompañante durante su hospitalización.

**DeCS:** ANCIANO; ACCIDENTES POR CAÍDAS; PACIENTES INTERNOS; FAMILIA; CUIDADORES.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The family is an important social support network for the elderly, since great physical and social changes are experienced at this stage. The older adult, when hospitalized in addition to his illness, faces risks such as falls, which generate additional damage to the patient, altering his recovery and stay.

**Objective:** To determine the association between family functionality and risk of falls in hospitalized older adults.

**Methods:** Analytical, comparative, cross-sectional study in adults over 65 years of age hospitalized in the emergency room of a second level hospital. The sample was calculated with the formula for two proportions,  $n=61$  subjects per group. Group 1: elderly with a functional family, group 2: elderly with a dysfunctional family; the sampling was non-probabilistic for convenience. The variables studied were age, sex, schooling, family functionality, risk of falling, indication of a family member for permanence, and having an accompanying family member. With prior informed consent, the family APGAR test for functionality and the Newman scale for risk of falls were applied to the elderly. The descriptive statistical analysis was performed with frequencies, means, percentages and 95 % CI; inferential analysis with student's t test, chi-square, and odds ratio.

**Results:** The average age was 70.90 (95 % CI 69.4-72.4) and 73.77 (95 % CI 71.8-75.5) years. In both groups, men and primary school level predominate. 70.5 % of patients in group 2 do not have an accompanying family member despite the fact that 49.2 % had a permanent family member indicated. There is a higher risk of falls in the dysfunctional family group with 50.8 % and 27.9 % for the functional family group ( $p=0.030$ ).

**Conclusions:** A protective factor for older adults with a low risk of hospital fall is the functional family and also an accompanying family member during their hospitalization.

**DeCS:** AGED; ACCIDENTAL FALLS; INPATIENTS; FAMILY; CAREGIVERS.

---

Recibido: 14/09/2023

<http://revistaamc.sld.cu/>



---

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, a nivel mundial se vive una de las transiciones demográficas más relevantes del siglo XXI, debido al incremento del número de adultos mayores en la pirámide poblacional, por ello, es conocido según el Instituto Nacional de las personas adultas mayores,<sup>(1)</sup> como: "El siglo de la población mayor".

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo,<sup>(2)</sup> se estimó que para el primer semestre de 2022 en México residían 17 958 707 habitantes mayores de 60 años, que corresponde al 14 % del total de la población mexicana. En hombres, estas cifras representan el 13 % y en mujeres el 15 %. Además, se estima que el número de personas en este rango de edad incrementará de manera sostenida en los próximos años, con un aumento de más de dos millones de adultos mayores entre el 2020 y 2024. El adulto mayor ya es vulnerable por sus características físicas. Las enfermedades crónico-degenerativas que suelen padecer, les generan dependencia para realizar algunas actividades, incrementando su susceptibilidad a riesgos ambientales como una caída. Las caídas de los adultos mayores son parte de los grandes síndromes geriátricos,<sup>(1)</sup> que modifican su funcionalidad. En México, las caídas representan el 30 % de las causas de muerte en mayores de 65 años; el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática,<sup>(3)</sup> reportó que el 62 % de estas ocurren en casa, el 26 % en la vía pública y el 12 % se presentan en áreas hospitalarias.

Las caídas son definidas por la Organización Mundial de la Salud,<sup>(4)</sup> como sucesos de índole involuntaria que hacen movilizar el cuerpo de una persona de arriba hacia abajo, contra una superficie por acción de su peso.

Se han descrito factores físicos, psicológicos y económicos como elementos que interfieren en la calidad de vida del anciano y que pueden desencadenar caídas. La tasa anual promedio de caídas es del 15 % al 28 % en personas de 65 a 75 años, de 35 % en mayores de 75 años y 50 % en mayores de 80 años; son la segunda causa de muerte por traumatismos involuntarios a nivel mundial. Una caída hospitalaria al ser inesperada, es un acontecimiento estresante que provoca cambios emocionales y sociales en todo el núcleo familiar. Cuando la dinámica familiar es estable facilita la adaptación ante estos sucesos, cuando se encuentra afectada las redes de apoyo disminuyen, afectando aún más a pacientes vulnerables como los adultos mayores que muchas veces precisan de un familiar acompañante en la hospitalización.<sup>(5,6)</sup>

En algunos países de Latinoamérica se ha observado que la demanda de pacientes o sobrecarga de trabajo para el equipo de salud, propicia la necesidad del apoyo de un familiar, en pacientes de edad avanzada. La participación del familiar cuidador para el confort de las personas mayores de 65 años

es de gran importancia, coadyuvan de manera activa en la satisfacción de necesidades básicas como la higiene, alimentación, el traslado y por ende la seguridad del paciente.<sup>(7)</sup>

En un estudio de metaanálisis realizado por Chu et al.,<sup>(8)</sup> en Denver, buscaron factores de riesgo de caída hospitalaria en adultos mayores, diferentes a los ya conocidos, uno de ellos fue el sistema para pedir ayuda; se destacó que en ocasiones los pacientes prefieren no llamar o molestar a las enfermeras, pues se observan bastante ocupadas. Los hombres son más propensos a estos comportamientos de riesgo, suelen no pedir ayuda para ir al baño o para levantarse de su cama.

Según Viteri et al.,<sup>(9)</sup> la valoración del adulto mayor debe ser global. En el campo de la Medicina Familiar y la Gerontología, es primordial identificar la funcionalidad familiar y su capacidad funcional, a fin de evaluar la forma en que son manejados por el sistema familiar y comunitario los factores de estrés individual y familiar. Tal como señalan Valdez y Álvarez,<sup>(10)</sup> las personas mayores limitadas en su acompañamiento social (en especial de familia directa) presentan mayor deterioro en su disposición frente a la vida, afectado su bienestar general.

En hospitales de segundo nivel, a diario son atendidos en el área de urgencias numerosos pacientes de edad avanzada. Ante este panorama y considerando la importancia que tiene una caída en el impacto de la salud del anciano, el objetivo de estudio fue: Evaluar la funcionalidad familiar del adulto mayor y estudiar su asociación con el riesgo bajo, medio y alto de caída hospitalaria, en el área de urgencias de una institución de seguridad social en México durante el año 2022.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, analítico, comparativo. El universo de estudio se centró en pacientes que acudieron al servicio de Urgencias, atendidos en el área de observación de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron a: adultos mayores de 65 años, sexo indistinto, hospitalizados en área de observación, que aceptaran formar parte del estudio, con la presencia o no de familiar acompañante en el momento de la valoración. Fueron excluidos: los pacientes hospitalizados por caída o antecedente de caídas frecuentes, ya que estos pacientes tienen mayor riesgo de volver a caer; los pacientes con algún grado de deterioro cognitivo se excluyeron para optimizar la interpretación de cuestionarios y adultos mayores que vivieran solos, pues para medir la percepción de su funcionalidad familiar el paciente debía vivir con al menos una persona, consanguíneo o no, que fuera considerado como parte de su familia.

El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula para dos proporciones trabajando con hipótesis de una cola, nivel de confianza del 95 % y margen de error de 5 % ( $p=0.05$ ). Se estudiaron 122 pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el área de observación, se dividieron en dos grupos

(n=61) de acuerdo con la variable de estudio: adulto mayor con funcionalidad familiar (Grupo 1) y adulto mayor con disfuncionalidad familiar (Grupo 2).

Se utilizó la técnica muestral no probabilística por conveniencia, se usó como marco muestral a los pacientes hospitalizados en el área de observación urgencias. Para obtener la muestra, el investigador se presentó de manera diaria en la sala de observación identificando a los posibles participantes para invitarles a formar parte del estudio. Previo consentimiento informado se procedió a la aplicación de instrumentos, dirigidos solo al paciente.

Se estudiaron las variables sociodemográficas, edad, sexo y escolaridad; dentro de las variables clínicas se investigó el riesgo de caída, la funcionalidad familiar, si el paciente tenía la indicación de contar con un familiar a permanencia y si el paciente contaba con familiar acompañante durante la hospitalización.

Se estudió el riesgo de caída hospitalaria con la escala de Newman,<sup>(11)</sup> utilizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social; consta de cinco *ítems* que evaluaron: limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implica riesgos, problemas de idioma o socio-culturales y pacientes sin factores de riesgo evidentes. Clasifica el riesgo de caída en: alto (4-10 puntos), moderado (2-3 puntos) y bajo (0-1 puntos). Tiene un alfa de Cronbach de 0.95.

Para establecer la funcionalidad familiar se aplicó el test APGAR familiar, creado por Gabriel Smilkstein, médico familiar egresado de la Universidad de Washington, en 1978.<sup>(12)</sup> Consta de cinco preguntas que evaluaron las variables: adaptación, participación, crecimiento personal, afecto y recursos. Evalúa la apreciación personal del paciente utilizando una escala tipo Likert. Clasifica la funcionalidad en: familia funcional (7-10 puntos), disfuncionalidad familiar leve (4-6 puntos) y disfuncionalidad familiar grave (0-3 puntos). Está demostrado que si el cuestionario es auto completado o registrado por el entrevistador tiene una elevada validez y fiabilidad, tiene un alfa de Cronbach de 0.86.

Para fines del estudio se llevó a cabo la clasificación de los grupos en: adulto mayor con familia funcional con puntaje de 7-10 y adulto mayor con familia disfuncional con 0-6 puntos. Para el riesgo de caídas se utilizó la clasificación: riesgo alto en pacientes con puntuación de 2-10 y riesgo bajo en pacientes con 0-1 puntos.

Para el análisis estadístico se realizó estadística descriptiva con frecuencias, promedios, porcentajes e intervalos de confianza al 95 % (IC). La estadística inferencial se llevó a cabo aplicando la prueba *t* de Student, chi cuadrado y odds ratio (OR). Se utilizó el programa estadístico SPSS.

Se informó a los participantes los objetivos del estudio, manejando la información con confidencialidad. En el proyecto no fue expuesta la integridad o salud de los participantes, por ello, se consideró una investigación sin riesgo. Se obtuvo autorización por el Comité de Ética e Investigación del

Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro social de Querétaro, México, con el número R-2022-2201-014.

## RESULTADOS

La edad promedio fue de 70,90 años (IC 95 % 69,4-72,4) para el grupo de adultos mayores con familia funcional y de 73,77 años (IC 95 % 71,8-75,5) para los adultos mayores con familia disfuncional ( $p=0.026$ ). En ambos grupos predominaron los hombres con 65,6 % (IC 95 % 53,7-77,5) en el Grupo 1 y el 50,9 % (IC 95 % 38,4-63,4) en el Grupo 2 ( $p=0.099$ ).

En el grado de escolaridad fue más frecuente primaria con 34,4 % (IC 95 % 22,5-46,3) en el Grupo 1 y 26,6 % (IC 95 % 15,2-37,2) en el Grupo 2 ( $p=0.418$ ). La población estudiada es homogénea ya que ninguna de las variables sociodemográficas tiene significancia estadística. En la variable de ameritar familiar permanente, se encontró que el 49,2 % (IC 95 % 36,7-61,7) de los adultos mayores con familia disfuncional ameritaban la presencia de un familiar a permanencia, en contraste con el 29,5 % (IC 95 % 18,1-40,9) de los adultos mayores con familia funcional ( $p=0.026$ ). El 62,3 % (IC 95 % 50,1-74,5) de los pacientes con funcionalidad familiar no tenía familiar acompañante, en comparación con el 70,5 % (IC 95 % 59,1-81,9) ( $p=0.338$ ) de los pacientes con familia disfuncional quienes no contaban con familiar acompañante a pesar de que casi el 50 % lo necesitaba (Tabla 1).

Tabla 1 Factores sociodemográficos y características de la población

Variable	Adulto mayor con familia Funcional n=61				Adulto mayor con familia Disfuncional n=61				p
	IC 95 %				IC 95 %				
	Frec	%	Inf	Sup	Frec	%	Inf	Sup	
<b>Sexo</b>									
Mujer	21	34,4	22,5	46,3	30	49,1	36,6	61,6	0.099
Hombre	40	65,6	53,7	77,5	31	50,9	38,4	63,4	
<b>Escolaridad</b>									
Ninguna	6	9,8	2,3	17,3	10	16,4	7,1	25,7	0.418
Primaria	21	34,4	22,5	46,3	16	26,2	15,2	37,2	
Secundaria	13	21,3	11	31,6	9	14,8	5,9	23,7	
Preparatoria	7	11,5	3,5	19,5	14	22,9	12,4	33,4	
Licenciatura	9	14,8	5,9	23,7	7	11,5	3,5	19,5	
Posgrado	5	8,2	1,3	15,1	5	8,2	1,3	15,1	
<b>Amerita familiar</b>									
Sí	18	29,5	18,1	40,9	30	49,2	36,7	61,7	0.026
No	43	70,5	59,1	81,9	31	50,8	38,3	63,3	
<b>Familiar acompañante</b>									
Sí	23	37,7	25,5	49,9	18	29,5	18,1	40,9	0.338
No	38	62,3	50,1	74,5	43	70,5	59,1	81,9	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia.

De acuerdo al riesgo alto, medio y bajo de caída hospitalaria se encontró estadística significativa. Existe mayor riesgo de caídas en grupo de adultos mayores con familia disfuncional con un 50,8 % (IC 95 % 38,3-63,3) y un 27,9 % (IC 95 % 16,6-39,2) para los adultos mayores con familia funcional. El riesgo medio de caída es de 41 % (IC 95 % 28,7-53,3) en Grupo 1 y 31,1 % (IC 95 % 19,5-42,7) en el Grupo 2. El riesgo bajo de caídas predominó en el grupo de familia funcional con 31,1 % (IC 95 % 19,5-42,7) y 18,1 % (IC 95 % 8,4-27,8) ( $p=0.030$ ) para el grupo de familia disfuncional (Tabla 2).

Tabla 2 Asociación de funcionalidad familiar con el riesgo de caída

Riesgo de caída	Adulto mayor con familia funcional n=61				Adulto mayor con familia disfuncional n=61				p
	IC 95 %				IC 95 %				
	Frec	%	Inf	Sup	Frec	%	Inf	Sup	
Alto	17	27,9	16,6	39,2	31	50,8	38,3	63,3	0.030
Medio	25	41	28,7	53,3	19	31,1	19,5	42,7	
Bajo	19	31,1	19,5	42,7	11	18,1	8,4	27,8	

Fuente: Prueba de percepción de funcionalidad familiar APGAR familiar.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia.

Se demostró que la funcionalidad familiar es un factor asociado a riesgo de caídas con una frecuencia del 68,9 % de riesgo alto en el grupo de familia funcional, en contraste con el 82 % en el grupo de familia disfuncional, se obtuvo un chi cuadrado de 2.82 y una OR de 0.48 (IC 95 % 0,23-0,97), al obtener un intervalo de confianza menor a 1, se consideró a la funcionalidad familiar como factor protector, los resultados fueron estadísticamente significativos (Tabla 3).

Tabla 3 Asociación de funcionalidad familiar con el riesgo alto y bajo de caída hospitalaria

Riesgo de caída	Adulto mayor con familia funcional n=61		Adulto mayor con familia disfuncional n=61		Chi <sup>2</sup>	p	OR	IC 95 %	
	Frec	%	Frec	%				Inf	Sup
	Alto	42	68,9	50				82	2.82
Bajo	19	31,1	11	18					

Fuente: Prueba de percepción de funcionalidad familiar APGAR familiar.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia; OR: Odds Ratio.

Cuando se clasifica a las familias en tres grupos: familia funcional, disfuncionalidad familiar leve y disfuncionalidad familiar grave, se observó que en adultos mayores con disfuncionalidad grave 62,1 % (IC 95 % 44,4-79,8), tuvieron riesgo alto de caída 40,6 % (IC 95 % 23,6-57,6) con disfuncionalidad leve y 27,9 % (IC 95 % 16,6-39,2), teniendo familia funcional ( $p=0.006$ ); es decir, a mayor disfuncionalidad familiar, mayor frecuencia de riesgo alto de caídas; en contraste con el riesgo bajo donde se encontró un 31,1 % (IC 95 % 1,5-42,7) en los pacientes con funcionalidad familiar y 24,1 % (IC 95 %

8,5-39,7) en los pacientes con disfuncionalidad grave donde el riesgo bajo de caída es menor (Tabla 4).

Tabla 4 Asociación de familia funcional, disfuncional leve y disfuncional grave con el riesgo de caída hospitalaria

Riesgo de caída	Adulto mayor con familia funcional n=61			Adulto mayor con disfuncionalidad leve n=32			Adulto mayor con disfuncionalidad grave n=29			p		
	Frec	%	IC 95 %		Frec	%	IC 95 %		Frec		%	IC 95 %
			Inf	Sup			Inf	Sup				
Alto	17	27,9	16,6		13	40,6	23,6		18	62,1	44,4	0.006
Medio	25	41	39,2		15	46,9	57,6		4	13,8	79,8	
Bajo	19	31,1	28,7		4	12,5	29,6		7	24,1	1,2	
			53,3				64,2				26,4	
			19,5				1				8,5	
			42,7				24				39,7	

Fuente: Prueba de percepción de funcionalidad familiar APGAR familiar

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia.

Se observó significancia estadística en la asociación de las variables tener funcionalidad familiar y contar con familiar acompañante durante la hospitalización. Cuando el paciente no cuenta con ninguna de estas dos variables, el riesgo alto de caídas es del 55,8 % (IC 95 % 41,0-70,6), cuando contaron con ambas variables el porcentaje fue de 30,4 % (IC 95 % 20,2-40,5), donde el riesgo alto de caídas disminuyó ( $p=0.023$ ) (Tabla 5).

Tabla 5 Asociación de tener familia funcional y contar con familiar acompañante con el riesgo de caída hospitalaria

Riesgo de caída	Sin familia funcional ni familiar acompañante n=43			Con familia funcional y familiar acompañante n=79			p		
	Frec	%	IC 95 %		Frec	%		IC 95 %	
			Inf	Sup				Inf	Sup
Alto	24	55,8	41		24	30,4	20,3		0.023
Medio	11	25,6	70,6		33	41,8	40,5		
Bajo	8	18,6	12,6		22	27,8	30,9		
			38,6				52,7		
			7				17,9		
			30,2				37,7		

Fuente: Escala de riesgo de caídas Newman del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia.

En la asociación de funcionalidad familiar, disfuncionalidad leve y disfuncionalidad grave con ameritar familiar permanente. Se pudo demostrar que en el grupo de adultos mayores con familia funcional la mayoría de los pacientes no amerita la permanencia de un familiar en un 70,5 % (IC 95 % 59,1-81,9), a diferencia del grupo de adultos mayores con disfuncionalidad familiar grave donde más de la mitad de los pacientes amerita un familiar permanente con el 58,6 % (IC 95 % 40,7-76,5) ( $p=0.030$ ) de acuerdo al criterio médico (Tabla 6).

Tabla 6 Asociación de familia funcional, disfuncional leve y disfuncional grave con la indicación: amerita familiar permanente

Amerita Familiar	Adulto mayor con familia funcional n=61			Adulto mayor con disfuncionalidad leve n=32			Adulto mayor con disfuncionalidad grave n=29			p
	Frec	%	IC 95 % Inf Sup	Frec	%	IC 95 % Inf Sup	Frec	%	IC 95 % Inf Sup	
Sí	18	29,5	18,1	13	40,6	23,6	17	58,6	40,7	0.030
No	43	70,5	40,9	19	59,4	57,6	12	41,4	76,5	
			59,1 81,9			42,4 76,4			23,5 59,3	

Fuente: Prueba de percepción de funcionalidad familiar APGAR familiar.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; Frec: Frecuencia.

## DISCUSIÓN

En la investigación de Turégano et al.,<sup>(13)</sup> en pacientes de edad avanzada se vislumbra el funcionamiento familiar como factor asociado al control de enfermedades crónicas; en estudios sobre caídas del adulto mayor, se mencionan factores intrínsecos del paciente como limitación física, deterioro cognitivo y el consumo de fármacos, junto con los factores extrínsecos o ambientales como las principales causas que incrementan el riesgo de caídas. Sin embargo, poco se ha estudiado sobre adultos mayores hospitalizados y su funcionalidad familiar relacionada con síndromes geriátricos como caídas.<sup>(14)</sup>

En algunos estudios descritos en la literatura como el de Guerrero et al.,<sup>(15)</sup> concluyen que la disfunción familiar y la depresión como enfermedad crónica están asociadas, tanto en pacientes adultos como en personas de edad avanzada. Por el contrario, Pomares et al.,<sup>(16)</sup> reportaron que no existe asociación de funcionalidad familiar en adultos mayores con ansiedad y depresión. Reynoso et al.,<sup>(17)</sup> destacan el apoyo familiar como factor que influye de forma directa con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico de diabetes, las personas que tienen un bajo nivel de apoyo familiar presentan descontrol metabólico, esta asociación es mayor en mujeres.

En el estudio se identificó que los hombres sufren mayor disfuncionalidad familiar que las mujeres, no obstante, también fueron frecuentes en el grupo de familias funcionales. Difiere con los hallazgos de Troncoso y Soto,<sup>(18)</sup> más de la mitad de los adultos mayores presentaron familias funcionales y la mayoría fueron mujeres.

Otro hallazgo importante es, que a mayor disfuncionalidad familiar, menor grado de escolarización. Con lo observado en el grupo de adultos mayores con familia disfuncional donde 22,9 % de pacientes tuvieron escolaridad preparatoria, disminuyó al 11,5 % con grado de licenciatura y fue menor con un 8,2 % de pacientes que tienen estudios de posgrado. Los resultados en cuanto a la escolaridad

reportan que la mayoría de los adultos mayores con familia funcional y con familia disfuncional cuenta con escolaridad primaria, lo cual coincide con otras investigaciones.<sup>(10)</sup>

Se cree que las condiciones físicas en personas de edad avanzada incrementan el riesgo de caídas más que otros factores; sin embargo, Martínez y Rodríguez,<sup>(19)</sup> mencionan que el riesgo de caídas en adultos mayores con sarcopenia es mayor solo cuando se comparan adultos mayores sanos con aquellos que padecen sarcopenia en grado grave. Otro factor físico relacionado con las caídas del adulto mayor es el índice de masa corporal, existe mayor riesgo de caídas en ancianos con IMC normal.<sup>(20)</sup>

Indagar en la percepción que tiene el adulto mayor sobre su funcionalidad familiar se considera una de las fortalezas del estudio. Se observó que a menor funcionalidad familiar, menor solidez en las redes de apoyo. Como se encontró en el grupo de adultos mayores con disfuncionalidad familiar, donde más de la mitad de los pacientes tenían plasmada la indicación médica de familiar permanente y la mayoría de ellos no contaban con la presencia de dicho familiar. Lo que coincide con Rodríguez et al.,<sup>(7)</sup> donde se demostró que la presencia y la participación activa de un familiar del paciente contribuyen de manera favorable en la disminución de riesgo de caída.

Una de las debilidades del estudio fue que no se indagó el motivo de ausencia del familiar al momento de la entrevista, es necesario realizar un estudio mixto para incluir este tipo de variables. A pesar de que la ausencia del familiar podría justificarse al atender sus necesidades fisiológicas como ir al baño, hidratarse o alimentarse, se considera poco prudente que su retorno sea mayor a 30 minutos; la indicación médica de familiar permanente significa no dejar solo al paciente en ningún momento; de ausentarse, es necesario se supla con otro familiar.

En el estudio de Valencia et al.,<sup>(14)</sup> reportan que a mayor edad mayor riesgo de caída; esta incidencia incrementa con la edad y se modifica de acuerdo al estilo de vida. Entre 30-40 % de las personas mayores de 65 años que viven en comunidad se caen por lo menos una vez al año, esto incrementa a casi el 50 % cuando cumplen los 80 años de vida. Las mujeres tienen más riesgo de sufrir caídas, siendo el domicilio el lugar donde ocurren con mayor frecuencia; además se encontró que las mujeres con sobrepeso y las que viven en pareja sufren más caídas.

Los autores consideran importante abrir el campo de investigación. Se pueden incluir otras variables para abordarse en investigaciones posteriores, por ejemplo con un estudio de cohorte, observacional comparativo en donde se lleve a cabo un seguimiento durante toda la hospitalización del paciente, para comparar ambos grupos: pacientes mayores con familia funcional y pacientes mayores con familia disfuncional e indagar cuales son los pacientes que sufren mayor incidencia de caídas de acuerdo al su grado de funcionalidad familiar.

## CONCLUSIONES

Se observó que existe asociación de la familia funcional y riesgo bajo de caídas en adultos mayores hospitalizados. El riesgo alto de caídas en el grupo de adultos mayores con familia disfuncional es mayor que en la familia funcional; el riesgo medio es similar en ambos grupos de estudio; el riesgo bajo predominó en el grupo de familia funcional.

A mayor funcionalidad familiar menor riesgo de caída hospitalaria. Se mostró mayor fuerza de asociación entre las variables de estudio al clasificar el riesgo de caídas en alto y bajo. Un factor protector de los adultos mayores con riesgo bajo de caída hospitalaria es la familia funcional, por ello se considera bastante acertado el hecho de que un familiar se encuentre de manera permanente con el paciente hospitalizado. En el estudio de investigación se observó que el adulto mayor con familia funcional, cuenta con la presencia de por lo menos un familiar, aparte de sus ocupaciones o labores, está presente cuando así lo amerita.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Programa Anual de Trabajo 2021. Secretaria del BIENESTAR [Internet]. México: INAPAM; 2021 [citado 14 Dic 2022]. Disponible en: <http://www.bienestar.gob.mx/work/models/INAPAM/Transparencia/PlanesProInf/PAT2021.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Presentación de resultados. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2020 [citado 14 Dic 2022]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020\\_Principales\\_resultados\\_EUM.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf)
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Comunicado de Prensa Núm. 24/21. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2021 [citado 12 Nov 2021]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 12 Nov 2021]. Caídas. Datos y Cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Pérez PA, Roque PL, Plaín PC. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. 16 de Abril [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2021];59(276):e705. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20276j.pdf>
6. Valdés Cuervo AA, Esquivel Alcocer LA, Artiles Armada K. Funciones y dinámica en la familia. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar [Internet]. México: Editorial Manual Moderno; 2007 [citado 12 Nov 2021]. Disponible en: [https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia\\_y\\_desarrollo\\_intervenciones\\_en\\_terapia\\_rinconmedico.net\\_.pdf](https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia_y_desarrollo_intervenciones_en_terapia_rinconmedico.net_.pdf)  
<http://revistaamc.sld.cu/>

7. Rodríguez MS, Díaz MR, Cervera VM, Tejada MS. Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2021];31(2):71-75. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-71.pdf>
8. Chu RZ. Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. Nursing [Internet]. 2017 [citado 12 Nov 2021];34(6):21-25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538217301796>
9. Viteri CE, Velis AL, Terranova BA, Márquez AK. Funcionalidad familiar y adultos mayores: una mirada desde la intervención comunitaria. Universidad, Ciencia y Tecnología [Internet]. 2019 [citado 12 Nov 2021];4(1):97-105. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/13/15>
10. Valdez HM, Álvarez BC. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horizonte sanitario [Internet]. 2018 [citado 12 Nov 2021];17(2):113-21. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del IMSS [Internet]. México: IMSS; 2008 [citado 28 May 2021]. Disponible en: [http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/residentes/guia\\_metas\\_internacionales.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/residentes/guia_metas_internacionales.pdf)
12. García López R, Avalos GJ. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica descompensada [tesis]. Colima: Universidad de Colima; 2017 [citado 30 Sep 2021]. Disponible en: <http://bvirtual.ucol.mx/consultaxcategoria.php?categoria=3&id=5986>
13. Turégano YM, Núñez VA, Romero VJ, Cinza SS, Velilla ZS, Segura FA, et al. Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. Semergen [Internet]. 2019 [citado 12 Nov 2021];45(8):528-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359319302072>
14. Valencia GA, Rodríguez V, Mora MI. Síndrome caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y prevención [Internet]. 2019 [citado 12 Nov 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Art%C3%ADculo-Ca%C3%ADdas-en-el-adulto-mayor.pdf>
15. Guerrero MD, Salazar D, Constain V, Pérez A, Pineda CC, García PH. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean J Fam Med [Internet]. 2021 [citado 12 Nov 2021];42(2):172-80. Disponible en: <https://www.kjfm.or.kr/upload/pdf/kjfm-19-0166.pdf>
16. Pomares AA, Pomares AJ, Santiesteban AR, Regal CV, Vázquez NM. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. Rev cuban med gen integr [Internet]. 2021 [citado 05 Ene 2022];37(2):e1205. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n2/1561-3038-mgi-37-02-e1205.pdf>  
<http://revistaamc.sld.cu/>

17. Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López JL, Islas-Vega I, Pelcastre-Neri A, et al. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hosp Domic [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2021];4(4):199-207. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/had/v4n4/2530-5115-had-4-04-199.pdf>
18. Troncoso PC, Soto LN. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horizmed [Internet]. 2018 [citado 12 Nov 2021];18(1):23-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n1/a04v18n1.pdf>
19. Martínez Dávila MS, Rodríguez MR. Riesgo de caídas en adultos mayores con sarcopenia [tesis]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina, Especialidad de Geriátrica; 2019 [citado 05 Ene 2023]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/1953/1/RI005016.pdf>
20. Morales Loeza C. Riesgo de caídas en el adulto mayor y su asociación con el índice de masa corporal [tesis]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2021 [citado 20 Abr 2023]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/3419/1/RI006460.pdf>

## **CONFLICTOS DE INTERESES**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Luz Dalid Terrazas-Rodríguez (Conceptualización. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción, revisión y edición).

María Guadalupe Díaz-Ahuactzi (Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Validación. Visualización. Redacción del borrador original).