



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 52
CUAUTITLAN IZCALLI, ESTADO DE MÉXICO.**

TITULO

**NIVEL DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

AURELIA ESQUIVEL BERNABE



CUAUTITLAN IZCALLI, ESTADO DE MEXICO

2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**NIVEL DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

AURELIA ESQUIVEL BERNABE

AUTORIZACIONES:

DRA. MARTHA PATRICIA MARTINEZ RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52

DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

ASESOR DE TESIS

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE

DRA. MARIA EUGENIA FIGUEROA SUÁREZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UMF 52.

DRA. LUCILA ALICIA RODRIGUEZ JUÁREZ

DIRECTOR MEDICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52

DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE

CUAUTITLAN IZCALLI, ESTADO DE MÉXICO AÑO 2014

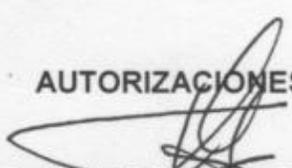
**NIVEL DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

AURELIA ESQUIVEL BERNABE

AUTORIZACIONES


DR. FRANCISCO JAVIER PULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISION
DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a DIOS, por la oportunidad que me brinda al darme vida, voluntad y decisiones firmes.

A mis excelentes PADRES Epigmenio Esquivel Ocampo y Agustina Bernabé Hilario.

A mi amado esposo Ramiro De Jesús Caballero por su apoyo y comprensión para lograr este objetivo, a mis hermosos hijos, Gabriela, Edson Ramiro e Ingrid De Jesús Esquivel, por apoyarme cada uno con su granito de arena.

A mis profesores y amigos, que con su alto desempeño educativo me condujeron a realizar esta investigación, en especial a mi asesor de este trabajo. La Dra. Alma Luisa Lagunes Espinosa.

Al Dr. Jairo Enóc Cruz Toledo, a la Dra. María Eugenia Suárez Figueroa, a la Dra. Martha Patricia Martínez Ramírez, al Dr. Juan Manuel Torres Porras.

A mi querido Papá Emiliano Bernabé Hilario y a mi suegra María del Carmen Caballero Pérez y a mi querido Tío Ramón Esquivel Ocampo.

**NIVEL DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

INDICE GENERAL

	PAGINAS
1. INTRODUCCION	8
2.-ANTECEDENTES	9
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4.-JUSTIFICACIÓN	15
5.-OBJETIVOS	16
6.-METODOLOGÍA	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	
7.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	20
8.-INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)	21
9.-FACTIBILIDAD Y CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
10.-RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS	25
11.-RESULTADOS	26
12.-DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
13.- CONCLUSIONES	30
14.-TABLAS	31
15.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
16.- ANEXOS	37

1.- INTRODUCCION

RESUMEN

Objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de dependencia familiar y social del adulto mayor derechohabiente de la UMF No. 52, de Cuautitlán izcallí. Su importancia radica al considerar la dependencia y el deterioro cognitivo del adulto mayor. Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en adultos de 65 y mas años, ambos sexos.

Material y métodos: Los instrumentos aplicados para la recolección de los datos correspondieron a: una encuesta de caracterización sociodemografica, el test Minimental state Examination de Folstein (MMSE) para valorar el estado cognitivo y el Índice de Barthel para valorar la dependencia.

Resultados: El rango de edad fue de 65 a 90 años con una media de 77.5 años, ambos sexos, de los cuales 111 fueron mujeres. El estado civil fue casados 115 (57.5%). La escolaridad fue el nivel básico (primaria) 115 (57.5%). En relación a las enfermedades crónicas prevaleció la hipertensión arterial (39.5%). Los resultados del (MMSE) muestran deterioro cognitivo (26%). En el índice de Barthel prevaleció la independencia (58%), dependencia leve (38%), dependencia moderada (1.5%), dependencia grave (1%), y dependencia total (1.5%).

Conclusiones: debido al envejecimiento cronológico y la presencia de pluripatología, es necesario prevenir y detectar en forma precoz los problemas de salud que presentan los adultos mayores, con la finalidad de disminuir la probabilidad de dependencia.

Palabras clave: Dependencia, deterioro cognitivo, Adulto Mayor.

2.- ANTECEDENTES.

El concepto de edad funcional, que en las distintas edades, resulta de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, se constituye como el reflejo más fiel de la integridad del individuo¹. La adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona sufre varios cambios, que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar, que influye en su funcionamiento.² La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.³

La mayor longevidad de la población, implica no solo la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, sino además, una mayor prevalencia de discapacidad, limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en la vida diaria de los adultos mayores.⁴

Existen diferentes formas de clasificar a un individuo como adulto mayor, como es sabido a medida que el ser humano envejece, pierde vitalidad por el deterioro progresivo de sus funciones fisiológicas, aun en ausencia de enfermedad.

Desarrollándose así factores modulares del envejecimiento tales como: cambios fisiológicos, establecidos por el tiempo que son de carácter universal afectando de manera distinta a cada individuo, procesos patológicos previos, que dependiendo de su magnitud y secuelas condicionan el proceso de envejecer, las condiciones socio ambientales, están relacionadas con los estilos de vida los cuales pueden actuar como factores protectores o de riesgo para el adulto mayor.¹

Se considera de esta manera al envejecimiento poblacional, como uno de los más importantes en términos demográficos, como fenómeno social; trae transformaciones personales, sobre condiciones físicas, de la dependencia económica y funcional, así como la modificación de roles dentro de la familia.^{5, 19.}

Se asocia a la pérdida del aspecto físico, por lo tanto los adultos mayores temen a la llegada de ésta etapa de desarrollo, que los lleva incluso al aislamiento social, el adulto mayor experimenta transformaciones que pueden llevarlo a perder la autonomía que se traduce a depender de los demás y deriva de un impacto familiar y social.²

Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados, donde alcanza el 12 a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo.⁶

Las proyecciones de población de Naciones Unidas, para el año 2050 asignan a España, el segundo lugar en el mundo, con un 35.0% de personas de 65 y más años; más de 13 millones, por detrás de Japón 36.5% y por delante de Italia 34.4%, Eslovenia 34.0% y Grecia 33.2%, los países con mayor población adulta mayor. Las cifras dispares sobre la prevalencia de personas con discapacidad y dependencia en España varían entre el 20 y el 35%, las personas mayores dependientes concentran un 17% del total de ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas, esto en personas mayores de 65 años.⁷

En cuanto a las estadísticas y proyecciones de la población mayor de 60 años en el Estado de México, para el año 2000 según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) establecían una población de 737.968 adultos mayores, para el año 2010 se pensó que la población ascendería a 1. 210. 321 habitantes y para el 2030 se proyecta una población de 3.335.008 ciudadanos en esta etapa. En general se calcula que el índice de dependencia de las personas adultos mayores en el país es de 12.4% y de estas el 23.10% vive en un núcleo familiar.⁸

El envejecimiento es un proceso natural, pero son las características en que vive la sociedad, las que condicionan la calidad de vida. Por lo tanto el envejecer no solo es un proceso biológico, sino también es un proceso social, existen personas que por su condición física y social entran en un estado de vulnerabilidad. Por lo que el gobierno debe hacer frente a esta situación, a través de la acción coordinada de nuestras instituciones, para poder brindar apoyo integral para que los adultos mayores cuenten con nuevas oportunidades que les brinden una mejor calidad y expectativa de vida.⁶ Una expectativa de vida alta suele acompañarse de deterioro funcional, y, consecuentemente, de discapacidad y dependencia.⁹ El estado funcional es el resultado de la interacción de

elementos biológicos, psicológicos y sociales, que constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. En la edad mayor, cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad.³

En el proceso de envejecimiento se debilita la función física y cognoscitiva o sensorial, y esto puede conducir al deterioro de las capacidades funcionales. La dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. Usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria (AVD): caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, así como usar el sanitario. Esta dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD. Dentro de las que se encuentran: enfermedades crónicas, depresión, problemas de salud mental, presencia de dolor, enfermedades respiratorias, deterioro cognitivo, déficit auditivo, déficit visual y ceguera, que condicionan a perder la independencia de los adultos mayores. Además de las enfermedades, las caídas, también propician dependencia funcional en los adultos mayores.¹⁰

Las características de las enfermedades de los ancianos son: pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional desde las más leves hasta las más graves, especialmente en las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional, un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial o el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida.¹¹

Fragilidad, es la declinación funcional debido a la disminución de su reserva fisiológica, con alto riesgo de evolucionar hacia la discapacidad o la dependencia. La Organización Panamericana de la Salud define como adultos mayores frágiles a, aquellos que padecen los llamados gigantes de la geriatría o las cinco I: inestabilidad, inmovilidad, incontinencia, deterioro intelectual y la iatrogenia.¹²

Los ancianos frágiles presentan comorbilidad, deterioro funcional, mental y socio familiar. Tienen mayor riesgo de presentar complicaciones debida a los tratamientos. Por

lo tanto a mayor envejecimiento crece también la incapacidad funcional y cognitiva, además el deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano trae consigo cambios en la posición y función que desempeñan en la sociedad y específicamente hacia su familia, causando además, alteraciones de la personalidad, la fragilidad puede llevar al maltrato de la persona adulto mayor presentando consecuencias graves tales como: baja autoestima, depresión, insomnio, alteraciones emocionales y aumento de la mortalidad, dentro de esta situación socio familiar están: las dificultades económicas, hacinamiento y las relaciones sociales en sí.¹³ Existen términos para identificar la disminución de la capacidad funcional del adulto mayor y por ende el aumento de su dependencia al medio.¹²

Al realizar la evaluación integral del adulto mayor es posible identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que con frecuencia provocan alteraciones que llevan al adulto mayor a la incapacidad como: deterioro cognitivo/demencia, trastornos de ánimo/depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad/postrado en cama, inestabilidad/caídas, incontinencia urinaria, privación sensorial (vista y audición), malnutrición iatrogenia/fármacos y sociales/sistemas de apoyo.¹⁴

Un aspecto importante en la población mayor de 65 años, es la disminución de la capacidad física conforme avanza la edad, esto puede prevenirse realizando actividad física, que deberá ser adaptada de acuerdo a las posibilidades del individuo, realizándose en forma adecuada para que sean exitosas. Siendo necesario evaluar y analizar la actividad física a realizar y la condición física del anciano, como bien se sabe, el anciano debido a su estilo de vida es sedentario, por ello presenta limitación para realizar actividades normales de la vida diaria. De tal manera, una disminución en la actividad física en estas personas podría provocar al paso del tiempo de ser independientes a un estado de discapacidad, que ameritará la asistencia para realizar las actividades cotidianas, por lo que prevenir la dependencia evitará el deterioro de la calidad de vida y la dependencia de la población mayor de 65 años.¹⁵

La valoración integral del adulto mayor, por el médico familiar, permite descubrir problemas tratables no diagnosticados, identificar molestias específicas, ubicarlos en un lugar donde favorezca su recuperación y reinserción a la sociedad o simplemente

mantenerlo tan activo como sea posible, previniendo, diagnosticando y tratando oportunamente sus enfermedades crónicas, que puedan llegar a limitar sus funciones, con la finalidad de que no signifiquen una carga para la familia.¹⁶

Para el desarrollo humano óptimo, la familia es de gran importancia, como sistema social, enfrenta nuevos retos y experimenta cambios que frecuentemente alteran la salud familiar y que recaen sobre los miembros más vulnerables del sistema familiar, que son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social, que son los adultos mayores.¹⁷

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro y que hacen que éste funcione bien o mal como unidad.

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica, esto puede ser de gran utilidad para el médico familiar.²⁰

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que le permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y que, además, le infunden el sentimiento de que no está aislado y de que cuenta con el apoyo de los demás.²¹

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto mayor o con experiencia acumulada como también se le ha llamado, debería de planear su vejez, pero en ocasiones no es posible por causas diversas, desde económicas, laborales, la presencia de enfermedades y accidentes que repercuten en su forma de vida y le impiden lograr una vejez exitosa, con repercusión en el individuo, la familia y la sociedad.

La última etapa del ciclo vital del individuo es la etapa de jubilación, retiro y muerte (nido vacío). El evento de la edad se acompaña de patologías o enfermedades que causan limitación, presentando cambios que implican modificaciones y adaptación a una nueva situación y estilo de vida.

La presencia de la adultez mayor, se ha visto incrementada, principalmente mujeres que se encuentran solas, algunas(os) se encuentran en el núcleo familiar de algún hijo(a) u otros familiares.

Es entonces cuando el apoyo de la familia es indispensable para paliar la gran necesidad de apoyo que demande el adulto mayor que se encuentra con la presencia de enfermedad crónica degenerativa quien requiere de redes de apoyo familiar, social y económico.

El incremento en la esperanza de vida, significa no solo más años, es necesario también proporcionar a este grupo etario que se incrementa rápidamente, los servicios que requiere sin perder de vista sus características particulares, por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de dependencia familiar y social del adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 52?

4.- JUSTIFICACION

La esperanza de vida en México ha aumentado, junto con ella el incremento de adultos mayores, la aparición de enfermedades crónicas y aumento del nivel de dependencia de pacientes de este grupo de edad.

El envejecimiento es un proceso inevitable, la aparición de las enfermedades muy seguramente se podrán disminuir o prolongar al iniciar medidas preventivas, mejorando la forma de vida de los pacientes, con esto se tratara de disminuir el grado de dependencia de los adultos mayores, disminuir las discapacidades asociadas a enfermedades crónicas ,con la idea de conservarlos lo más sanos, autónomos e independientes posible, disminuir la necesidad de asistencia sanitaria y social, lo que se traduce a mejor calidad de vida.

Mantener un estilo de vida saludable: alimentación y nutrición, actividad física, evitar hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo), realizar controles periódicos de salud, fomentar la actividad cognitiva, atender las emociones y la participación en la sociedad. Esto permitirá la disminución de costos para el paciente, la familia y las instituciones de salud, sin embargo; el proceso de envejecimiento aun en ausencia de enfermedades y/o complicaciones traerá consigo dependencia familiar y social en algún momento de la vida, por lo que es importante que los pacientes y sus familiares estén informados y utilicen en forma optima las redes de apoyo familiar y social.

En el caso del adulto mayor, enfermo o no, es particularmente importante que la asistencia sea multidisciplinar, debiendo contar con la participación de los servicios sociales y servicios médicos.

5.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de dependencia familiar y social en el adulto mayor derechohabiente de la UMF No. 52.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.-Identificar el papel de daño a la salud, como causa de dependencia en el Adulto Mayor.
- 2.-Determinar el nivel de dependencia social de Adultos Mayores derechohabientes de la UMF 52
- 3.-identificar el papel de la familia en el cuidado del Adulto Mayor, (cuidador primario)

6.- METODOLOGÍA

El presente estudio se llevó a cabo entre el mes de octubre, noviembre y diciembre del 2012, en la unidad de medicina familiar número 52 perteneciente al IMSS, en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, que corresponde a un primer nivel de atención, y se encuentra ubicada en Av. Nevado de Toluca s/n, pertenece a la delegación 15 Oriente del Estado de México.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, se estudiaron adultos mayores de ambos sexos de 65 y más años, que cumplieron con los criterios de selección y que aceptaron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado, se solicitó información sobre datos sociodemográficos. A los pacientes derechohabientes de los diversos consultorios en la unidad de medicina familiar No.52, ambos turnos. Posteriormente se realizó una evaluación sobre autonomía física psicológica y social con la finalidad de detectar la presencia de dependencia funcional y familiar. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron: El Test minimal State Examination y el índice de Barthel.

El test minimal state examination (MMSE) de Folstein. Diseñado por Folstein y McHung en 1975. Se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas, Consta de 6 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. Fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El

instrumento lleva sólo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio se trata de una sencilla escala estructurada que no requiere más de 5 a 10 minutos para su administración sus Ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Validado y utilizado desde su creación en 1975. Se modificó y validó en Chile, en 1999. Con una especificidad de 82 por ciento y una sensibilidad de 87 por ciento.

El Índice de Barthel, diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel publicado en 1965. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; se les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. Grado de dependencia según puntuación de la escala. Independiente: 100 (95 en silla de ruedas). Dependiente leve: mayor o igual a 60. Dependiente moderado: 40-55. Dependiente grave: 20-35 Dependiente total: 0-20.

Con los resultados obtenidos se procedió al vaciado de la información en el formato de Excell, para posteriormente realizar el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Las variables cualitativas se presentaron en medias, medianas, desviación estándar, distribución de frecuencias. Aceptando un error estándar de 0.05 con intervalo de confianza del 95% para estimación de dependencia en el adulto mayor.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudió a 200 adultos mayores de 65 años, ambos sexos, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple, que acudieron a la consulta por diversas razones, derechohabientes a la unidad de medicina familiar número 52, del IMSS.

$$n = \frac{N \times Z^2 \alpha \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \alpha \times p \times q}$$

Donde:

n = Al total de la población

$Z^2 \alpha = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{16.446 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 \times (16,446 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = \frac{3,001.0002}{14.9829} = 200$$

7.- CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSION

Adultos mayores, hombres y mujeres de 65 y más años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 52.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Adultos mayores que no acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION

Adultos mayores de quienes no concluyan sus encuestas.

8.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

EDAD 65 Y MÁS AÑOS.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es aquél individuo mayor de 65 años capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

DEFINICIÓN OPERATIVA: individuo hombre ó mujer de 65 y mas años, derechohabiente de la UMF no. 52

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

UNIDADES DE MEDICIÓN: años

ESCOLARIDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Nivel de instrucción alcanzado por un alumno en una institución docente.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Es el nivel de escolaridad máximo alcanzado por el participante.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

UNIDADES DE MEDICIÓN: analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura.

ESTADO CIVIL.

DEFINICION CONCEPTUAL: Estado jurídico que adopta una persona con respecto a otra, sin parentesco formando una institución familiar y adquiriendo obligaciones y derechos.

DEFINICION OPERATIVA: estado civil del individuo.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICION: nominal

UNIDADES DE MEDICION: soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo.

OCUPACION.

DEFINICION CONCEPTUAL: acción y efecto de ocupar, empleo, oficio.

DEFINICION OPERATIVA: actividad a la que se dedica el individuo actualmente.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICION: nominal

UNIDADES DE MEDICION: Hogar, trabajador activo, pensionado, jubilado, desempleado.

REDES DE APOYO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Conjunto de recursos con las que cuenta el adulto mayor para satisfacción de las necesidades de la vida diaria.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Apoyo que el adulto mayor recibe de otros.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

UNIDADES DE MEDICIÓN: Familia, amigos, asociaciones, instituciones.

MORBILIDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: conjuntos de enfermedades que padece un individuo.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Enfermedades que padece el adulto mayor en la actualidad

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

UNIDADES DE MEDICIÓN: Diabetes, hipertensión, enfermedades articulares, neuropatías, cardiopatías, neoplasias, otras.

VARIABLES DEPENDIENTES:

DEPENDENCIA FAMILIAR.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica, o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal.

DEFINICIÓN OPERATIVA: imposibilidad para realizar actividades de la vida diaria

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

UNIDADES DE MEDICIÓN: Grave, moderado, leve, independiente.

DEPENDENCIA ECONÓMICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Subsistir gracias a los aportes económicos de otra persona.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Dependencia económica de otros

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

UNIDADES DE MEDICIÓN: Independiente, familiar, asociaciones, gubernamental.

DEPENDENCIA SOCIAL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: estado en el que el individuo requiere de apoyos de instituciones públicas ó privadas.

DEFINICIÓN OPERATIVA: estado en el que el individuo requiere de apoyos de instituciones públicas ó privadas

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

UNIDADES DE MEDICIÓN: Independiente, familiar, asociaciones, gubernamental.

9.- FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la Unidad de Medicina Familiar No. 52 se cuenta con una población adulta Mayor de 65 y mas años, por lo que la muestra se reunió; se solicito autorización por escrito del Adulto Mayor, mediante un consentimiento informado, manteniéndose estrictamente la confidencialidad de los datos individuales, respetando en todo momento retirarse del mismo si así lo hubiese considerado.

Se mantuvo estricto apego a la Ley General De Salud en sus apartados correspondientes, así como a la normatividad nacional e internacional en materia de investigación en seres vivos.

10.- RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS

El estudio fue realizado por una médica general alumna del curso de especialización para médicos generales del Instituto Mexicano del Seguro Social. se obtuvo la autorización escrita de derechohabientes de ambos sexos de 65 y más años, adscritos en los diferentes consultorios de la unidad de medicina familiar número 52.

En un primer momento se les aplicó una co-evaluación para contestar el Índice de Barthel y El test minimal state examination (MMSE) de Folstein. La información obtenida se procesó de forma total en una base de datos de Excell.

En dicha actividad se utilizaron materiales como equipo de cómputo portátil, papelería y lápices, financiados por el investigador responsable del estudio.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados se presentaran en tablas de salida y reportara, en promedios.

11.- RESULTADOS

En los meses de Agosto a Diciembre del 2012 se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en la Unidad de medicina Familiar No.52 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de identificar el nivel de dependencia familiar y social del adulto mayor. Los pacientes fueron seleccionados en las salas de espera de la unidad de medicina familiar. La muestra fue compuesta por 200 adultos de 65 y más años. El rango de edad fue de 65 a 90 años con una media de 77.5 años, ambos sexos, de los cuales 111 fueron mujeres.

Se aplicó una cédula para conocer los datos sociodemográficos de los participantes. El estado civil predominante fue casados 115 (57.5%). La escolaridad predominante fue el nivel básico (primaria) 115 (57.5%). Las actividades del hogar fueron la ocupación predominante, 82 (41%). 164(82%) adultos mayores son propietarios de la casa que habitan, TABLA 1. 183 (91.5%) no están inscritos en asociación de jubilados. En el desarrollo de las actividades de la vida diaria 87 (43.5%) reciben apoyo en primer término de parte de sus hijas principalmente en las labores domésticas. El total de pacientes que realizan actividad física es de 88 (44%).TABLA 2.

En relación a las enfermedades crónicas: la hipertensión arterial como única patología ocupó el primer lugar en 79 pacientes (39.5%), el tiempo promedio de evolución de estas enfermedades predominó de más de 5 años en 155 (77.5%) TABLA 3.

Se aplicó el test minimal state examination (MMSE) de Folstein con el fin de identificar el estado cognitivo del paciente. Los resultados del (MMSE) muestran deterioro cognitivo en 52 (26%) pacientes. Principalmente en las áreas de cálculo y memoria, asociado además a plruripatología TABLA 4

Mediante la escala de BARTHEL, se identificó el grado de dependencia. Del total de pacientes que presentaron algún grado de dependencia, 76 (38%) presentaron dependencia leve, 3(1.5%) dependencia moderada, 2(1%) dependencia grave y 3(1.5%) presentaron dependencia total (secundario a enfermedad cerebrovascular). La actividad básica de la vida diaria más afectada, según el índice de Barthel, fue el subir y bajar escaleras, seguido de la continencia urinaria y la incapacidad para trasladarse entre la silla y la cama. TABLA 5.

12.- DISCUSIÓN

La adultez mayor trae consigo numerosos cambios, entre ellos la pérdida de algunas capacidades y, por ende de su autonomía funcional. El rango de edad fue de 65 a 90 años, predominando 70 y más años, con un porcentaje de 59%, situación que se correlaciona con los resultados encontrados por Lara R. et al)⁽¹⁾.

En relación a las características demográficas, el género siguió el mismo patrón posible de encontrar en la gran mayoría de las publicaciones relacionadas con las personas mayores, existiendo predominio de mujeres como lo señala el ENSANUT (2012).⁽¹⁸⁾ Al respecto surge en la actualidad el concepto de “feminización del envejecimiento”, fenómeno que responde a la mayor cantidad de mujeres respecto al de hombres en casi todos los países del mundo (Salgado y Wong 2007)^(1, 13, 19). Estos mismos autores señalan que el hecho de que existan más mujeres, y que estas vivan por más tiempo, aumenta la probabilidad de desarrollar discapacidades, pues estas van en directa relación con el aumento de la edad.

Al analizar los factores sociales, más de la mitad de participantes se encontraba casado, situación protectora, a diferencia de lo encontrado por (Lara R. et al)⁽¹⁾, que en su estudio reportó que más de la mitad de la población estudiada se encontraba sin pareja, siendo esta una situación riesgosa.

Respecto a la escolaridad, la mayoría sabía leer y escribir, concentrándose su nivel de instrucción en la categoría de primaria completa (57.5%), similar a lo encontrado por Lara R. et al⁽¹⁾, situación que puede repercutir en la salud de las personas mayores, al influir directamente en la capacidad del individuo para su autocuidado.

La mayoría de las mujeres dependen de su esposo (59.5%), siendo esta una situación riesgosa por la desprotección que presentará a la muerte del cónyuge, dependiendo en lo económico de alguien más.

Las características de las enfermedades en el adulto mayor son: pluripatología, cronicidad y manifestación atípica y deterioro funcional. Desde la perspectiva de las enfermedades crónicas, estas son la principal causa de muerte en los adultos mayores, siendo considerado en la actualidad un problema de salud pública. En este estudio, en relación a las enfermedades crónicas se observa hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad articular en un 69.5 %, de los cuales un 39.5 % presentaron hipertensión arterial como única patología. Este resultado

es similar al encontrado por Barrantes M. et al y Soberanes S. et al ^(11,3). El grupo estudiado es predominantemente independiente, y en segundo término se encontró una dependencia leve. A diferencia de los resultados encontrados por Lara R. et al, ⁽¹⁾ que reportan adultos mayores con dependencia moderada, grave y total.

En cuanto al estado cognitivo (MMSE), la cuarta parte de la población estudiada presentó algún grado de deterioro cognitivo. Siendo más frecuente en la población que cursa con pluripatología ⁽¹⁴⁾. Esta situación puede poner en mayor riesgo de deterioro cognitivo a los pacientes que presentan 2 ó más enfermedades crónicas, principalmente en los pacientes con largo tiempo de padecerlas.

En cuanto a la realización de las actividades de la vida diaria Lara R. et al ⁽¹⁾, reportan que su grupo estudiado es predominantemente independiente, y en segundo término se encontró una dependencia leve. A diferencia de los resultados obtenidos en este estudio en donde existieron adultos mayores con dependencia leve, moderada, grave y total.

La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad: la contención y el acompañamiento de la familia en los problemas de salud, especialmente los crónicos y degenerativos han demostrado mejorar los resultados y la calidad de vida; en contraposición, la falta de este recurso se asocia a peores indicadores de salud, como así lo demuestra el aumento de la morbimortalidad en personas sin familia.

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de observar y seguir el paso de la familia a lo largo de su ciclo vital, permitiéndole actuar anticipadamente sobre los problemas propios de cada etapa, estimulando cambios conductuales para su adaptación.

13.- CONCLUSIONES.

Es necesario prevenir y detectar precozmente los distintos problemas que presentan los adultos mayores, y debe facilitarse el acceso a la atención de salud, debido a que se encuentran en riesgo social, a través de redes sociales de apoyo. Así mismo se deben elaborar guías de manejo para las enfermedades prevalentes en los adultos mayores, con el fin de unificar criterios y mejorar la calidad de atención, encaminados a impulsar los comportamientos que disminuyan la probabilidad de la dependencia entre los adultos mayores, además de fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel de atención.

14.- TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD	FRECUENCIA	%
------	------------	---

Femenino	65-69 años	48	43.2%
	70 y mas años	63	56.8%
masculino	65-69 años	34	38.2%
	70 y mas años	55	61.8%
ESTADO CIVIL			%
femenino	Soltero	10	9%
	Casado	50	45%
	Unión libre		
	Divorciado	3	2.7%
	Viudo	6	5.4%
		42	37.8%
masculino	Soltero	1	1.1%
	Casado	65	73%
	Unión libre		
	Divorciado	2	2.2%
	Viudo	4	4.5%
		17	19.1%
ESCOLARIDAD			
femenino	Sabe leer	13	11.7%
	Primaria	75	67.6%
	Secundaria	15	13.5%
	Preparatoria	5	4.5%
	Licenciatura	3	2.7%
masculino	Sabe leer	7	7.9%
	Primaria	40	44.9%
	Secundaria	26	29.2%
	Preparatoria	11	12.4%
	Licenciatura	5	5.6%
OCUPACIÓN			
femenino	Hogar	82	73.9%
	Trabajador activo	4	3.6%
	Pensionado	20	18%
	Jubilado	4	3.6%
	Desempleado	1	9%
masculino	Hogar	5	5.6%
	Trabajador activo	12	13.5%
	Pensionado	57	64%
	Jubilado	6	6.7%
	Desempleado	9	10.1%
CASA			
femenino	Propia	84	75.7%
	Prestada	23	20.7%
	Rentada	4	3.6%
masculino	Propia	80	89.9%
	Prestada	7	7.9%
	Rentada	2	2.2%

FUENTE: resultados obtenidos de la encuesta sociodemográfica realizada a 200 adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 52.

TABLA 2.- DEPENDENCIA

DEPENDENCIA ECONÓMICA	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Independiente	36	32.4%	75	84.3 %
Hija	8	7.2%	12	13.55%
Esposo	66	59.5%	2	2.2%
asociaciones	1	.9%		
INSCRITOS EN ASOCIACIONES				
no están inscritos	99	89.2%	84	94.4%
si están inscritos	12	10.8%	5	5.6%
REALIZAN EJERCICIO				
No	58	52.3%	29	32.6%
menos de 20 minutos	11	9.9%	14	15.7%
más de 20 minutos	42	37.8%	46	51.7%
APOYO PARA REALIZAR ACIVIDADES DE LA VIDA DIARIA				
ESPOSO	4	3.6%	49	55.1%
HIJA	64	57.7%	23	25.8%
NADIE	43	38.7%	17	19.1%

FUENTE: resultados obtenidos de la encuesta sociodemográfica realizada a 200 adultos mayores en la UMF No. 52

TABLA 3.- FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Diabetes	10	9%	14	15.7%
Hipertensión Arterial	47	42.3%	32	36%
Enfermedad Articular	11	9.9%	14	15.7%
Epoc	3	2.7%	6	6.7%
Enfermedad Cardíaca	-	0%	3	3.4%
Diabetes, Hipertensión Arterial, Epoc y mas.	40	36%	20	22.5%
TIEMPO DE EVOLUCIÓN				
Menos de 3 años	7	6.3%	14	15.7%
3-5 años	11	9.9%	13	14.6%
Más de 5 años	93	83.8%	62	69.7%

FUENTE: Resultados obtenidos de la encuesta sociodemográfica realizada a 200 adultos mayores de la UMF No. 52.

TABLA 4.- ESCALAS DE EVALUACIÓN

MMSE DE FOLSTEIN				
	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Sin deterioro cognitivo	79	71.2%	69	75.5%
con deterioro cognitivo	32	28.5%	20	22.5%

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del escala de MMSE de Folstein a 200 adultos mayores en la UMF No. 52

TABLA 5

INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND				
	FEMENINO	%	MASCULINO	%
independiente	59	53.2%	57	64%
Dependiente leve	46	41.4%	30	33.7%
Dependiente moderado	2	1.8%	1	1.1%
Dependiente grave	2	1.8%	-	-
Dependiente total	2	1.8%	1	1.1%

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del índice de Barthel a 200 adultos mayores en la UMF No. 52

I5.- BIBLIOGRAFÍA

1.-Lara R, Mardones M. Perfil socio demográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillan. Theorra.2009; 18 (2):81-

- 2.-Duran D, Orbegoz L, Uribe A, Linde J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Universitas Psychologica,2008 Enero-Abril;7(1): 263-70.89.
- 3.- Soberanes S, González -Aviles Pedraza A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev de Esp Med-Qx 2009 Octubre- Diciembre; 14(4): 161-71.
- 4.-Olivares P. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de estudios y desarrollo superintendencia de salud. Marzo 2008
- 5.-Giraldo N, Fernández A, De la Rosa J. Dependencia Económica y social en adultos mayores de 60 años en la ciudad de Armenia, Quindío. Rev. Inv. Univ, quindio (18):108-121 Armenia- Colombia 2008.
- 6.- Varela -Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Gálvez- Cano M, Méndez- Silva F, Funcionalidad en el Adulto Mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered 2005 16(3): p 165-6.
- 7.- Baztán J, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
- 8.-Ley del Adulto Mayor del Estado de México, aprobada: 09de Julio 2008, promulgada: 06 de Agosto 2008, publicada: 06 de Agosto del 2008, vigente a partir del día siguiente de su publicación en el periodo oficial " gaceta del gobierno".
- 9.- Casas Á, Martínez N, Alonso F. Deterioro Cognitivo y riesgo de caída en el anciano. Rev- española de Geriatria y Gerontología 2011; 46(6):311-318.
- 10.- Manrique B, Moreno K, Salinas A, Tellez M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Méx 2011; 53:26-33.
- 11.- Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica de México 2007 49(4).
- 12.-Alonso P, Sansó F., Diaz Canel A. et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana. Salud Publica Marzo 2007; 33 (9).
- 13.- Montenegro L, Salazar C, De la puente C. et al. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Méd Per, 2009; 26,(3): 169-74.
- 14.-Cortés A, Villarreal R, Galicia R. et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. Med Chile 2011; 139: 725-731
- 15.- Baldini M, Bernal A, Jiménez R. et al. Valoración de la condición física funcional en ancianos. Revista Digital- Buenos Aires-año 11- No. 103- Diciembre DE 2008.

- 16.-Goicochea E, Chian A. Estado de salud de los adultos mayores en el servicio 15 de la cartera de atención primaria del hospital I Albrecht – Essalud. Noviembre 2006 a Julio 2007. Rev Salud, 2 (1), 2008.
- 17.- García G, Landeros E, Arriola G.et al. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev enferm IMSS 2007; 15 (1): 21-26.
- 18.- Gutierrez JP. et al, Encuesta Nacional de La Salud 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto nacional de salud Pública(MX) 2012.
- 19.-Salgado- de Snyder N, Wong R. Género y Pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Rev Salud Pública de México, 49, 2007 .p.p 515-521.
20. Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev. Med IMSS 1983; 21(4):325-363.
21. Saucedo García JM, Foncerrada MM. La exploración de la Familia. Aspectos médicos psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS 1981; 19(2):155-163.

16.- ANEXOS
ANEXO 1

Este es un instructivo diseñado para conocer el nivel de dependencia de las personas de 65 y más años. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere. Elija una sola opción marcando con una cruz X, en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

NOMBRE _____ SEXO _____

INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total

20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 2

Este cuestionario está diseñado para conocer los datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores. Le agradecemos que lea cuidadosamente y marque con una cruz X, la respuesta que considere.

DATOS DEMOGRAFICOS

FECHA _____ FOLIO _____
NOMBRE _____ NSS _____
EDAD _____ SEXO _____ No. CONSULTORIO _____
DOMICILIO _____ TELEFONO _____

1.- ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero b) Casado c) Unión Libre d) Divorciado e) Viudo

2.- ¿Cuál es su escolaridad?

- a) No sabe leer b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura

3.- ¿Cuál es su ocupación?

- a) Hogar b) Trabajador activo c) Pensionado d) Jubilado e) Desempleado

4.- ¿De quién es la casa donde Usted vive?

- a) Propia b) Prestada c) Rentada

5.- ¿De quién depende económicamente?

- a) Independiente b) Familiar c) Asociaciones d) gubernamental

6.- ¿Se encuentra en alguna asociación de jubilados y pensionados?

- a) Sí b) No

7.- ¿Qué enfermedades padece?

- a) Diabetes b) Presión alta c) Enfermedad de los huesos d) Enfermedad del pulmón e) enfermedad del corazón
f) Cáncer g) Otras.

8.- ¿Cuánto tiempo lleva con la enfermedad ó las enfermedades que padece?

- a) Menos de 3 años b) 3 a 5 años c) Más de 5 años.

9.- ¿Quién lo apoya para realizar sus actividades diarias?

- a) Familia b) Amigos c) asociaciones d) Instituciones.

10.- ¿Realiza Usted algún tipo de ejercicio y cuanto tiempo?

- a) No b) Menos de 20 minutos c) más de 20 minutos.

ANEXO 3

Esta es una evaluación diseñada para conocer el estado cognitivo de las personas, le agradecemos lea cuidadosamente y conteste lo que se le solicita.

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO 1

1. **Por favor, dígame la fecha de hoy.**

Mes _____
Día mes _____
Año _____
Día semana _____
Total: _____

2. **Ahora le voy a nombrar tres objetos.** Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Árbol _____
Mesa _____
Avión _____
Total: _____
Número de repeticiones: _____

3. **Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9**

Respuesta _____
Paciente _____
Respuesta _____
Correcta _____
Total: _____

4. **Le voy a dar un papel.** Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

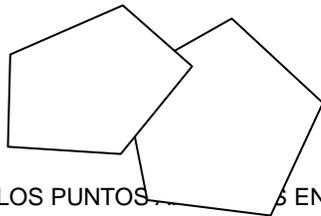
Toma papel _____
Dobla _____
Coloca _____
Total: _____

5. **Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.**

Árbol _____
Mesa _____
Avión _____
Total: _____

6. **Por favor copie este dibujo:**

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.
Correcto: _____



SUME LOS PUNTOS _____ EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6

SUMA TOTAL: _____

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer. 9 7 5 3 1

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

ANEXO 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **NIVEL DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Registrado ante el Comité Local de investigación en Salud 1401 Certificada con el número. _____

El objeto del estudio es: Conocer el nivel de dependencia familiar y social del adulto mayor de la UMF No. 52 del IMSS y así poder brindar un servicio de mayor calidad al derechohabiente.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: no existe riesgo que comprometa mi salud, inconvenientes y molestias; beneficios: brindarnos un servicio con mayor calidad de acuerdo a nuestras necesidades.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder preguntas y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi trabajo (en su caso).

Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo-

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL
INVESTIGADOR RESPONSABLE.

TESTIGO

TESTIGO

En caso de duda comunicar con la DRA: AURELIA ESQUIVEL BERNABÉ TURNO VESPERTINO.

