



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43 VILLAHERMOSA, TABASCO



TITULO:

**“CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE DE LA TERCERA
EDAD DE LA UMF 20”**

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

PRESENTA:

ALEJANDRA PRIEGO CANCHE

VILLAHERMOSA, TABASCO.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL
PACIENTE DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF No. 20”**

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

PRESENTA:

ALEJANDRA PRIEGO CANCHE

ALEJANDRA PRIEGO CANCHE

AUTORIZACIONES

DR. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN ADSCRIPCION:
UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 43



DRA. CLEOPATRA AVALOS DIAZ

ASESOR METODOLOGICA DE LA TESIS
ADSCRIPCION: UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO 38

DRA. PATRICIA GONZALEZ POZOS

MEDICO FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVETIGACION MÉDICA
ADSCRIPCION: UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 43



IMSS

Delegacion Tabasco

Coordinacion de Planeacion
Institucional

DRA. MARTHA OFELIA RAMIREZ RAMIREZ
COORDINADORA AUXILIAR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
VILLAHERMOSA, TABASCO

VILLAHERMOSA TABASCO, 2014

**“APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL
PACIENTE DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF No. 20”**

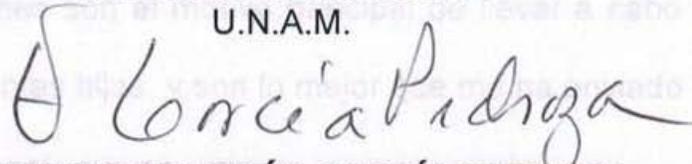
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
ALEJANDRA PRIEGO CANCHE

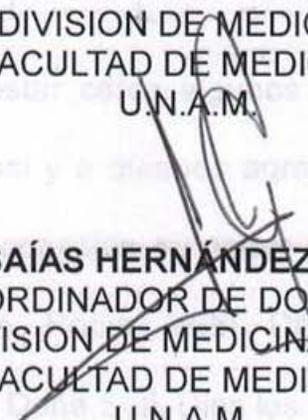
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por darme la oportunidad de existir en este espacio de la vida,..”Está mi alma apegada a ti; tu diestra me ha sostenido...” Sal 63.8.

A MI ESPOSO:

Javier, a ti mi inseparable compañero por tu paciencia, tolerancia, apoyo y por todo el amor que me demuestras en esta trayectoria de la vida.

A MIS HIJAS DANA PAULETTE Y ANNIE VALERIA:

Quienes son el motivo principal de llevar a cabo este esfuerzo, porque han sido excelentes hijas, y son lo mejor que me ha enviado Dios.

A MIS SERES QUERIDOS:

Que, sin estar cerca algunos de ellos, son parte de mi éxito profesional, personal, espiritual y a quienes agradeceré siempre sus palabras de aliento, sus enseñanzas, sus consejos, su apoyo fiel en cada momento de mi vida: Mamá, Papá, Quique, Laura, Rocío, Rubí, Dr. Rusvelt Vázquez Ordaz, Dra. Cleopatra Avalos, Tere, Tete, Doña Sofi, Dios les bendiga en sus vidas.

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AIVD: Actividades Instrumentales para la Vida Diaria.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado.

MOS: Cuestionario de estudios de desenlaces médicos de Apoyo Social.

UMF. Unidad Médica Familiar

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

GLOSARIO

CALIDAD DE VIDA: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes

APOYO SOCIAL: Es el soporte económico, material y emocional de las personas mayores y su incidencia en la calidad de vida de un grupo social.

ADULTO MAYOR: Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de formas distintas personas de la tercera edad.

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR: Unidad médica de primer contacto con la población donde se proporciona atención médica familiar y preventiva.

**“APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL
PACIENTE DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF No. 20”**

RESUMEN

TITULO: APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE LA TERCERA EDAD EN LA UMF 20 DE FRONTERA CENTLA TABASCO.

Alejandra Priego Canche-R3MF, María Lilia Ascencio Barreda-Asesor del tema, Cleopatra Avalos Díaz-Asesor metodológico, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

ANTECEDENTES:

En la actualidad la pobreza urbana en México relacionan las condiciones de vida y vivencia del envejecimiento. La Calidad de vida se define en términos de la satisfacción de necesidades en las esferas física psicológica, social, de actividades, material y estructural. Donde las redes de apoyo social (formales y/o informales) influyen en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores. En estudios realizados a nivel internacional reportan que la calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales y como su ausencia o presencia puede transformarse en riesgo o una oportunidad para la calidad de vida.

OBJETIVO: Determinar cómo influye el apoyo social en la calidad de vida de los usuarios de la tercera edad en la UMF-20 de Frontera Centla, Tabasco.

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio descriptivo de diseño transversal, se conforma por 100 personas de la tercera edad de (60 a 90 años) usuarias de la Unidad de Medicina Familiar no. 20 del IMSS en la ciudad de Frontera Centla Tabasco. Se les aplicará un cuestionario individual, (cuestionario MOS) que contendrán preguntas relacionadas con sus datos generales y su calidad de vida, como son tamaño de la red social, apoyo social funcional (emocional/informativo), interacción social positiva y apoyo afectivo.

Actualmente en el estado de Tabasco no se conocen estudios sobre cómo influye el apoyo social en la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad, es por esto que este estudio sería el primero que nos permita conocer la calidad de vida en relación a la disponibilidad del apoyo social.

RESULTADOS: En los resultados las encuestas muestran que la mayor población de acuerdo a la edad es de 60 a 70 años de edad el 52% masculino y 63% femenina, el mayor porcentaje fueron los casados con 36.5% y los ingresos de 1000 a 2000 mensuales en un 34.2%, en cuanto a la escolaridad lo ocupó con un 36.6% la primaria, referente a la apreciación del apoyo social encontramos que los amigos íntimos de 1 a 10 ocuparon el 85.35 y los familiares cercanos el 75.6% de 1 a 10. De acuerdo a las dimensiones del apoyo social en el adulto mayor encontramos que el valor emocional/informacional tuvo un valor medio de 89, el instrumental de 92, la interacción social positiva de 100 y el apoyo afectivo el 88.

CONCLUSIONES: Los resultados nos muestran que el índice global del apoyo social es más de 57 puntos en todas las dimensiones lo que nos muestra que nuestros adultos mayores de la Unidad Médica No. 20 cuentan con apoyo emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectiva. Lo que lleva a tener una calidad de vida de manera adecuada

PALABRAS CLAVES: Calidad de Vida, Apoyo Social, Adulto Mayor.

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT IN THE QUALITY OF LIFE OF USERS OF THE ELDERLY IN THE BORDER UMF 20 CENTLA, TABASCO.

BACKGROUND: Present day urban poverty in Mexico relate the lives and experience of aging. Quality of life is defined in terms of meeting needs in the psychological, social and physical areas, activities, and structural materials. Where social support networks (formal and / or informal) influence on increasing the quality of life of older people. In international studies report that quality of life is directly related to interpersonal relationships and how their absence or presence can become an opportunity for risk or quality of life.

OBJECTIVE: Determine how social support influences on the quality of life of older users in the FMU-20 Centla Frontera, Tabasco.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive cross-sectional study design, it is made up of 100 senior age (60-90 years) users of Unity Family Medicine no. 20 of the IMSS in the town of Frontera Centla Tabasco. They shall be an individual questionnaire (the MOS) will contain questions related to general data and their quality of life, such as social network size, functional social support (emotional / informational), positive social interaction and emotional support.

Currently in the state of Tabasco are no studies on how social support influences on the quality of life of elderly patients are known, which is why this study would be the first to let us know the quality of life in relation to the availability of social support.

RESULTS: The results show that surveys the population according to age is 60 to 70 years 52% male and 63% female, the highest percentage were married with 36.5% and revenues from 1000 to 2000 monthly by 34.2% in terms of schooling I occupy a 36.6% primary, concerning the appraisal of social support found that close friends of 1-10 occupied 85.35% and 75.6% kin 1 to 10 according to the dimensions of social support in the elderly found that emotional / informational value had a mean value of 89, the 92 instrumental, positive social interaction of 100% and 88% emotional support.

CONCLUSIONS: The results show that the overall rate of social support is more than 57 points in all areas which show us that our seniors Medical Unit No. 20 have emotional / informational, instrumental support, positive social interaction and affective.

KEY WORDS: Quality of Life, Social Support, Elderly.

INDICE

I.-INTRODUCCION	1
II.-MARCO TEORICO	
• ADULTO MAYOR	2
• CALIDAD DE VIDA	3
• FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	4
• FACTOR “ APOYO SOCIAL”	11
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
IV.-JUSTIFICACION	15
V.-OBJETIVOS	16
VI.-HIPOTESIS	17
VII.-METODOLOGIA	18
• TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	17
• CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
• VARIABLES DE ESTUDIO	19
• PROCESAMIENTO DE DATOS	21
• ANALISIS ESTADISTICO	22
VIII.-ASPECTOS ETICOS	23
IX.-RESULTADOS	26
X.-DISCUSION	32
XI.-CONCLUSION	35
XII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
XIII.-ANEXOS	40
• ESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS	41
• CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
• CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
• DICTAMEN PROTOCOLO AUTORIZADO	46
• GRAFICOS	47

I.- INTRODUCCIÓN

En México existe un escaso número de estudios sobre la calidad de vida de los ancianos, por esta razón, es necesario contar con instrumentos validados, confiables y fáciles de aplicar en la práctica del médico familiar. Es imprescindible valorar la presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y la funcionalidad de las familias. Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónicas degenerativas. En la vejez frecuentemente existe algún grado de discapacidad principalmente del área motora, situación de puede generar dificultades para que se realice el apoyo familiar y se genere consecuentemente el abandono del anciano. Otros factores suelen ser el pertenecer al género femenino o la presencia de depresión en los ancianos.

El consejo nacional de población (CONAPO) y el instituto nacional de las personas adultas mayores (INAPAM) señalan que actualmente viven en el país 8.8 millones de personas de 60 años o más, y que para el 2030, dicho sector crecerá a 20.7 millones de ancianos. Por este motivo es importante encaminar los estudios de investigación hacia los trastornos propios de la vejez, ya que en muy poco tiempo será un problema de salud pública.

II.-MARCO TEORICO

- **ADULTO MAYOR**

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma distinta persona de la tercera edad. Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país, según la OMS. En México hay un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El 80% de dicho aumento comenzara a partir de 2020. Información censal señala que en 2010 el monto de personas de 60 años y más es de 10.1 millones lo que representa 9% de la población total. ⁽¹⁾

En nuestro país, la pirámide de la población sintetiza mejor el proceso de envejecimiento demográfico, en 2010 la base es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor: en el primer grupo (niños menores de 15 años), la participación porcentual pasa de 38.3 a 29%, en tanto que la de jóvenes (15 a 29 años) disminuye de 29.4 a 26.4 por ciento; por su parte, el porcentaje de la población de 30 a 59 años aumenta de 25.5 a 34.4%, mientras que la de 60 años y más pasa de 6.2 a 9 por ciento. La proporción de esta última población continuará aumentando durante toda la primera mitad del siglo XXI hasta alcanzar 27.7% de la población total en 2050. ⁽²⁾ Las naciones Unidas consideran al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo, es decir que en México se considera anciana a una persona a partir de los 60 años.

La sociedad actual se enfoca únicamente a resaltar el aspecto de “deterioro” que se da en la vejez, y se hace a un lado que existen facultades que alcanzan el máximo esplendor, la sabiduría, la sencillez, la tolerancia, la capacidad de escucha, el gozo de los placeres dela vida, y sobre todo que disfruten la compañía.⁽⁴⁾ La necesidad de que los ancianos sean beneficiados con políticas sociales, creadas para su atención integral, problemática que el mundo particularmente México está enfrentando y que podría recrudecerse en las próximas décadas.⁽²⁶⁾ Se requiere para ello de la participación conjunta de los

viejos con sus familia, el personal de los centros que brindan atención, las universidades, así como las instituciones gubernamentales y sociales, la población en general para dar respuestas satisfactorias a las necesidades de la tercera edad.

- **CALIDAD DE VIDA**

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad. Las variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. La calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud.⁽⁵⁾

El soporte social, es una variable considerada como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. ⁽⁶⁾ Es preciso preocuparse en el caso de los adultos mayores por la garantía universal de los derechos: salud, vivienda, alimentación, recreación, cuidado, participación. ⁽²²⁾

La familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar; en este caso, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa ⁽²⁰⁾. Es indispensable que los médicos del primer nivel de atención estén capacitados para reconocer los factores de riesgo asociados a esta patología (edad, escolaridad, actividad actual, etc.), realizando el diagnóstico oportuno en etapas tempranas y logrando así dar un tratamiento eficaz, además de la capacitación de los familiares o de las propias redes de apoyo del paciente. ⁽⁷⁾

- **FACTORES DE CALIDAD DE VIDA**

PERSONALIDAD

La personalidad y el envejecimiento se interrelacionan de diversas formas. La personalidad de un individuo es una clave a la hora de determinar las reacciones al envejecimiento. Las pérdidas personales y la necesidad de adaptarse son aspectos inherentes a esta etapa. ⁽¹⁸⁾ Una persona hará frente a las pérdidas, crisis y los muchos cambios que acompañan a la edad avanzada tan bien como lo hiciera durante las etapas evolutivas anteriores, aunque algunas características de la personalidad pueden cambiar a lo largo del envejecimiento, se ha demostrado que sus rasgos principales se mantiene relativamente estables con el tiempo.

En este grupo de población, las respuestas de conducta se hacen más obvias y exageradas. Como el tiempo de reacción, el aprendizaje y la percepción se hacen más lentos, muchos ancianos se vuelven introvertidos y conservadores.

LONGEVIDAD

El sistema inmunológico es un excelente marcador del estado de salud del individuo y un indicador de longevidad. Este sistema inmunológico se modifica al envejecer de forma que unas funciones disminuyen, pero otras, se activan peligrosamente, cambios que se conoce como “inmunosenescencia”. Estudios biomédicos realizados en poblaciones centenarias han mostrado que esos parámetros inmunitarios se mantienen como en los adultos. La causa del deterioro inmunológico al envejecer es el estrés oxidativo e inflamatorio. Cuando factores ambientales y hábitos de vida (adecuada nutrición, realización apropiada de ejercicio físico y mental o control del estrés emocional o la ansiedad) disminuyen el estrés oxidativo, el individuo alcanza mayor longevidad. ⁽¹⁶⁾

Para hacer del envejecimiento una experiencia positiva para el común de la gente, una vida más larga debiera ofrecer oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. ⁽¹⁵⁾ La Organización Mundial de la Salud utiliza el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso que habría de conducirnos a este objetivo. A través del ciclo vital deberían de optimizarse las

oportunidades de bienestar físico, social, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. ⁽⁸⁾

ENFERMEDADES CRONICODEGERATIVAS

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en los adultos mayores aumentarán en el futuro, por lo que los costos de atención a la salud se incrementarán. ⁽²¹⁾ Debido a que este tipo de padecimientos son de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, se asocian a periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o la calidad de la misma. ⁽¹¹⁾

Entre las principales enfermedades crónicas que afectan a la población de 60 a 64 años están la diabetes mellitus no insulino dependientes (mil 799 de cada 100 mil personas de ese grupo de edad) y la hipertensión arterial (2 mil 212 personas), que a pesar de descender después de los 65 años, siguen siendo causa de morbilidad en la población adulta mayor. ⁽¹⁾

Las afecciones crónicas, la gingivitis y las enfermedades periodontales, condiciones frecuentes en los adultos mayores que se relacionan con otros padecimientos como diabetes mellitus e infecciones respiratorias, por lo que es importante poner a disposición de esta población, servicios de atención bucal y facilitar la promoción de conductas de autocuidado para disminuir problemas de masticación, dolor o pérdida de piezas dentales.

En el año 2000, las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año un total de 129,455 defunciones, lo que representa 48.6% del total nacional. Las tasas de mortalidad por estas causas durante 2006 alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes para

diabetes mellitus, 717.2 enfermedades isquémicas del corazón, 372.7 para enfermedades cerebrovasculares, 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 179.7 enfermedades hipertensivas. ⁽¹⁾

La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles significativamente altos a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional, son mayores. En la medida en que avanza el proceso del envejecimiento poblacional, la proporción de individuos en los grupos etarios de mayor riesgo, se incrementa, por lo que es previsible que la prevalencia de la discapacidad, tenga el mismo comportamiento. ⁽²²⁾

De acuerdo al consejo nacional de población (CONAPO), en el 2007 el número de adultos mayores estimado era de 8, 476,136 de los cuales, 54.3% son mujeres y 45.7% son hombres; un 45.6% de los adultos mayores cuentan con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social. Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga evolución, por lo tanto requieren de atención y tratamientos continuos. Según García y González en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante 2010, cuatro de cada 10 consultas se otorgan a los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus, la segunda causa de consulta entre las enfermedades crónicas.

DISFUNCION FAMILIAR

Si bien es cierto que los programas públicos tienden a brindar el apoyo asistencial a fin de que los adultos mayores mejoren su nivel de vida, también es cierto, que el bienestar físico y emocional se debe proveer por los miembros de la familia. ^(21,26) Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar. ⁽¹³⁾ La familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia

alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores, los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. ⁽²³⁾

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.⁽²¹⁾ Debido a que el perfil de salud de los Adulto mayores muestra una tendencia a padecer enfermedades crónico- degenerativas, aunado a problemas de dependencia física propios de esa etapa de la vida, situación que requiere de mayor atención por parte de los familiares caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento. Los Adultos mayores frecuentemente se ven afectados por artritis, arteriosclerosis, problemas cardiovasculares, tumores malignos, eventos cerebro vasculares, demencia senil, hipertensión arterial y diabetes mellitus, condiciones que favorecen la pérdida de la capacidad física y la autonomía.⁽²⁴⁾ El deterioro de la capacidad física es el efecto más desfavorable asociado al envejecimiento; éste se proyecta en la necesidad de atención y cuidado que precisan los adultos mayores para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); alimentación, higiene, vestido, eliminación y movimiento.^(13,17)

Cuando se conjugan variables que favorecen la marginación social tales como el sexo femenino, el estado civil no unido, y el bajo nivel socioeconómico (escolaridad baja y ausencia de ingresos económicos fijos), el núcleo familiar tiende a ser percibido como disfuncional por el adulto mayor.⁽¹⁴⁾

FACTORES DE ESTRÉS

El estrés es un proceso complejo, en el cual el individuo responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales, o

una combinación de éstas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes.

Los estresores pueden ser eventos vitales, como por ejemplo, la muerte del cónyuge, la jubilación, el casamiento o la muerte de un hijo, divorcio, entre otros, o pequeños incidentes de la vida diaria. Se entiende por evento vital cualquier circunstancia o experiencia en la vida de una persona y/o familia, que genera un estrés o tensión y un cambio. La inadaptación origina cambios en la salud, aparición de enfermedades o agravamiento de las existentes. Precisamente el periodo del envejecimiento es un proceso irreversible de pérdidas paulatinas y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social. ⁽¹⁵⁾

Sobre el estrés en la vejez existen ideas opuestas y también acerca del estado emocional en esta etapa vital. Por un lado, se piensa que las personas mayores son pacíficas, reflexivas y satisfechas; por otro, se supone que la vejez es el momento en que se es más vulnerable, más sujeto al estrés y a la depresión.

En los viejos disminuye la capacidad de respuesta al estrés y aumenta la presión arterial. Parece natural que en la vejez las personas se tengan que sentir infelices y sin control, porque es el momento de la vida en que los refuerzos se tambalean y las pérdidas (o los hechos negativos) son más que las ganancias. Además, los golpes que se sufren en la vejez parecen especialmente desconcertantes porque son irreversibles, sin que exista realmente la posibilidad de cambiarlos.

FACTOR SOCIOECONÓMICO

Los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. ^(19,20)

Se aprecia que las mujeres de edad tienen una tendencia mayor que los hombres a cohabitar con personas de su misma generación en arreglos no convencionales y en hogares multigeneracionales, donde su aporte al ingreso total es reducido. En

los hogares multigeneracionales, donde el adulto mayor aporta de manera más significativa a la economía familiar, se concentran más hombres que mujeres. Algunos estudios sobre estrategias familiares de adaptación en tiempos de crisis, indican que a la hora de redistribuir los escasos recursos entre los miembros del hogar, las personas mayores se encuentran en el último lugar de la lista de prioridades, privilegiando a niños y niñas. Ciertamente, esta priorización interrelaciona factores culturales, sociales y económicos.

Es posible que la mayoría de las personas mayores que viven en hogares multigeneracionales pobres y con altos grados de dependencia económica de otros miembros de la familia sean mujeres. Como no aportan ingresos, es probable que las funciones de crianza de los más jóvenes del hogar, así como el trabajo doméstico, recaigan sobre ellas. ⁽¹⁶⁾

Hay adultos mayores que aún se insertan en el mercado laboral por una decisión voluntaria asociada con el deseo de seguir realizándose como persona, en tanto que otros, están sujetos a la necesidad de un ingreso suficiente, ya sea por falta de prestaciones sociales o porque los montos en las jubilaciones y pensiones son reducidas.⁽²³⁾ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), durante el segundo trimestre de 2012 la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 34.9% y su comportamiento por edad y sexo indica que disminuye conforme avanza la edad y su nivel es mayor entre los hombres. Para muchos adultos mayores, sobre todo cuando se encuentran en una etapa de vejez muy avanzada, pero en otros, genera un contexto de prejuicios que desemboca en una discriminación laboral, tanto para conservar un empleo como para encontrarlo. Un aspecto particular en el perfil laboral de los adultos mayores es que muchos de ellos no se ocupan en trabajos calificados; en el país. Habría que señalar que el conjunto de todas las instituciones de seguridad social en nuestro país protege principalmente a la población asalariada en el sector formal y, por consiguiente, olvida a la que trabaja en el campo, el sector informal, la subempleada y la desempleada; por lo que la proporción de personas de 60 años y más que tienen una pensión es muy reducida. Las pensiones se dan por

invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada y los planes protegen a los dependientes económicos del trabajador en caso de que muera. ⁽¹⁾

FACTOR DE ADICCIÓN

Considerando el aumento en la esperanza de vida y teniendo en cuenta que los adultos mayores y/o ancianos, si bien pueden estar sujetos a los mismos trastornos que otros grupos de edad, se enfrentan además a otro tipo de problemas específicos y comunes a ellos.^(14,15) Dichos problemas están en relación con las múltiples pérdidas que acontecen en este periodo de la vida: Pérdidas de contactos sociales y familiares, pérdida de trabajo, Pérdidas económicas ocasionadas por la jubilación, deterioro psicológico y físico, Decremento en el status cultural y social. Existen factores de riesgo que contribuyen a la aparición de dependencias o conductas adictivas en los adultos mayores: Alteraciones funcionales, trastornos físicos, psicopatologías, Inadecuada utilización del tiempo libre, Soledad, aislamiento, desesperanza; tendencia a la depresión (grupos de mayor riesgo a mayor edad), dependencia afectiva, baja autoestima, acceso indiscriminado a fármacos. Problemas económicos, conflictos familiares, desinserción familiar, ausencia de integración del individuo a la familia (vínculo afectivo débil), falta de educación para el envejecimiento (cultural), Inadecuados canales de comunicación, muerte de la pareja, pérdida de amigos y/o parientes. Lazos comunitarios débiles. Falta de redes de apoyo social, Automedicación Facilidad de consecución de medicamentos prescripción médica no responsable.
(22)

Elementos o condiciones que contribuyen a disminuir el riesgo de que una persona consuma drogas: comprenden todas aquellas situaciones relacionadas con la madurez, la seguridad, la capacidad de ser autónomos e independientes, poseer actitudes favorables hacia la salud, modelos de hábitos de vida sanos, establecimiento de relaciones y vínculo sociales.⁽¹⁾ En el adulto mayor se han de considerar factores de protección teniendo en cuenta que puede estar sujeto a problemas específicos relacionados con su etapa vital. Estas condiciones sugieren una labor individual con el adulto, desde una

perspectiva de promoción de la salud, tratamiento rehabilitación del consumo de drogas o de otras conductas adictivas.⁽¹⁹⁾

La prevención se dirige a disminuir la vulnerabilidad que podría presentar el anciano, así como su entorno inmediato, promoviendo factores protectores personales, familiares y sociales que fortalezcan el autocuidado y las habilidades sociales específicas en el adulto mayor.⁽¹⁷⁾

- **FACTOR “APOYO SOCIAL”**

El cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto. A través del análisis factorial, los autores del instrumento reportaron una matriz correlacional con ítems superpuestos entre las escalas Apoyo afectivo y Apoyo informacional, lo que condujo a la combinación de los ítems en un factor denominado apoyo emocional/informacional. El análisis factorial confirmatorio produjo resultados similares. Los componentes principales soportaron los 19 ítems para las 4 subescalas: apoyo emocional/informacional ($k = 8$, $\alpha .96$), apoyo instrumental ($k = 4$, $\alpha .92$), interacción positiva ($k = 3$, $\alpha .94$), apoyo afectivo ($k = 3$, $\alpha .91$) (Sherbourne y Stewart, 1991). Una de las investigaciones sobre la validación de la prueba MOS fue realizada en España por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios. Se realizó el análisis unifactorial y se compararon las medias de las dimensiones del

cuestionario con otras variables, tal como tamaño de la red social, sexo y edad. Del análisis factorial extrajeron 3 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento, interacción social positiva, la incluyeron dentro de la dimensión de apoyo emocional/informacional. En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo y edad, se concluyó que cuanto mayor es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe. Por otra parte, los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. Además, en el estudio la edad no aportó diferencias respecto a la percepción del tipo de apoyo social que recibían. Por último, la investigación determinó que el cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento válido para medir gran parte de la multidimensionalidad del constructo.

Un segundo estudio fue realizado en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes. En el estudio se implementó el análisis factorial exploratorio para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, y se determinó que la totalidad de los ítems presentaban una distribución en tres factores. El primer factor fue denominado como consejo y confianza, el cual incluía el apoyo informacional/emocional y la interacción social positiva. El segundo factor fue el apoyo afectivo y el tercer factor fue el apoyo instrumental, tal cual como la versión original. El estudio consideró que el cuestionario MOS era un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social y que tenía aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social. La validación en Portugal fue realizada por Alonso, Montes, Menéndez y Graça (2007), con una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas de un centro de salud rural.

El alfa de Crombach pretest estuvo entre .87 y .967, y posttest entre .862 y .972. Se realizó análisis exploratorio y confirmatorio, validando el modelo de los cuatro componentes. En la investigación se concluyó que el cuestionario MOS versión Portuguesa contaba con buenas propiedades psicométricas para medir y evaluar

los aspectos multidimensionales del apoyo social en población portuguesa. En China, se realizó la validación del instrumento por Yu, Lee y Woo (2004) con 110 pacientes. El análisis factorial confirmatorio demostró que los cuatro factores del MOS miden los aspectos funcionales del apoyo social percibido. El alfa de Cronbach de las subescalas estuvo entre 0.93 y 0.96. A las dos semanas se realizó un test-retest del MOS para medir la confiabilidad, el cual reportó un coeficiente de correlación intraclases de 0.84. El estudio concluyó que el MOS es psicométrica y multidimensionalmente sólido en la medición y evaluación de los aspectos funcionales del apoyo social percibido en población China con enfermedad crónica.

Los antecedentes investigativos sobre la validación del instrumento en otros países soportan y afianzan la calidad del instrumento con buenas propiedades psicométricas y estructurales. Sin embargo, los estudios en gran medida han analizado la prueba en población enferma. Dado que existen pocos instrumentos validados en Colombia para medir el apoyo social, disponer de un instrumento como la prueba MOS adaptada y validada para Colombia en población normal se consideró de gran relevancia. Una validación en población normal de un rango de regiones, edades, y nivel educativos podía favorecer su uso en diferentes líneas de investigación, y no solo la aplicada a la psicología de la salud, si no la psicología social y comunitaria, la psicología educativa y del desarrollo, entre otras. Los investigadores requieren de instrumentos validados para Colombia sobre el apoyo social percibido, dado que las únicas condiciones que limitan al individuo y lo hacen vulnerable no son exclusivas a las referentes a las enfermedades, mucho más en países como Colombia donde por ejemplo las condiciones económicas, el desempleo, la violencia y la desintegración familiar afectan la población y la llevan a evaluar su red de apoyo social y a recurrir a ésta para sobrepasar condiciones de crisis o para adaptarse a las condiciones de la vida. ⁽²⁷⁾

II- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El envejecimiento de la población no se refiere simplemente al aumento cada vez mayor de la proporción de personas de mayor edad dentro de la estructura de la población en general, sino también a la esperanza de vida que va en aumento a medida que pasan los años significa aumento de personas dependientes, pues, necesitan apoyo económico; social y familiar. Se ha demostrado que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente en el estado de salud y que puede dar aparición de síntomas orgánicos, psíquicos y sobre todo psicosociales.

Pérez B. P. et al (2009) refieren que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. Gómez G. V. et al (2011) estudiaron las relaciones sociales y envejecimiento saludable y como su ausencia o presencia puede transformarse en un riesgo o en una oportunidad para la calidad de vida. Pelcastre B. E. et al (2011) estudiaron el apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México para describir y analizar las características principales de los apoyos sociales, formales e informales, de los adultos mayores que viven en la pobreza urbana relacionándolos con las condiciones de vida y vivencia del envejecimiento. Se ha observado que la atención del adulto mayor en las familias queda relegada a un segundo plano, se da poca atención a sus dolencias, alimentación, higiene personal y socialización; se percibe que en estas condiciones no tienen con quien compartir sus inquietudes viviendo aislados de su ambiente familiar y social, aunque aún puedan participar en diversas actividades familiares y de la comunidad.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Influye el apoyo social en la calidad de vida de los usuarios de la tercera edad en la UMF No. 20 de Frontera, Centla Tabasco?

III.-JUSTIFICACION

La vejez se ha configurado en muy poco tiempo como una etapa que la mayor parte de los individuos atravesara, no estamos hablando de pequeños porcentajes de población, sino de grandes grupos poblacionales capaces de atraer la atención colectiva y que en los próximos 50 años será la mayor parte de la población mundial. Conocer pues la calidad de vida en adultos mayores en el presente creará que en el futuro tengamos una visión multidimensional del apoyo social, detectando situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y su entorno.⁽²⁴⁾

Estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas de la tercera edad. Por tanto, este estudio se implementará en la UMF 20 del IMSS en la ciudad de Frontera Centla Tabasco para describir la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad ya que no existe ningún estudio realizado que lo muestre, para que en base a los hallazgos se pueda contribuir a la conformación de políticas que mejoren la calidad de vida, de este grupo de la población.

Es importante que la comunidad de Centla conozca cual es la calidad de vida de sus familiares ya que esto permitirá que la población mejore el apoyo social a las personas de la tercera edad. Este estudio permitirá al IMSS conocer si cuenta con apoyo social como calidad de vida de sus derechohabientes y con esto poder implementar programas que permitan mejorar el apoyo social de estos pacientes, lo que contribuiría directamente a la mejora de la salud de estos pacientes.

V.-OBJETIVOS

5.1. Objetivo General.

- Determinar el apoyo social en la calidad de vida de la tercera edad en la UMF-20 de Frontera Centla, Tabasco.

5.2. Objetivos Específicos.

- Identificar la población de estudio de acuerdo a su nivel socioeconómico
- Analizar la apreciación del apoyo social.
- Determinar el nivel de apoyo emocional, Instrumental, interacción social y afectivo.

VI.-HIPÓTESIS

La falta de apoyo de la familia, de la sociedad, están relacionados con la baja calidad de vida de los usuarios de la tercera edad en la UMF- 20 en Frontera, Centla, Tabasco.

VII.-METODOLOGIA

- TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio transversal, descriptivo, analítico y observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO: Usuarios con edad de 60 a 90 años afiliados a la unidad de medicina familiar no. 20 del IMSS de la ciudad de Frontera, Centla, Tabasco.

LUGAR: Este estudio se realizará dentro de las instalaciones de la clínica de medicina familiar no. 20 del IMSS en Frontera, Centla, Tabasco. Y aplicado a los usuarios que acudan a consulta de medicina familiar, de atención médica continua, al servicio de medicina preventiva y a quienes acudan a los servicios de la oficina administrativa de la clínica.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se aplicarán encuestas a una muestra utilizando la fórmula para la población finita para determinar a los derechohabientes que acudan a consulta de medicina familiar, de atención médica continua, al servicio de medicina preventiva y a quienes acudan a los servicios de la oficina administrativa de la clínica y que accedan a contestar el cuestionario MOS, adscritos a la unidad de medicina familiar número 20 con edades entre 60 y 90 años.

$$n = [N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q] / [d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q]$$

Dónde:

N = total de la población (621)

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ (2)

p = proporción esperada (0.10)

q = 1 – p (0.90)

d = precisión (0.01)

$$621 \times (1.96)^2 \times 0.10 \times 0.90 / (621 - 1) \times 0.01 + 3.8416 \times .10 \times .90$$

$$621 \times 3.92 \times .10 \times .90 / 621 \times 0.01 + 3.8416 \times .10 \times .90$$

$$219.08 / .90 = 243.4$$

Se realizó una muestra de 240 derechohabientes mayores de 60 años de edad. Tomando en cuenta el número de derechohabiente que no quisieran participar en el estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a).- Criterios de Inclusión: todos los usuarios de entre 60 a 90 años de edad, ambos sexos, derechohabientes a la UMF-20 de la ciudad de Frontera Centla Tabasco y que acepten bajo consentimiento informado participar en el estudio y los jubilados y pensionados que reciban los servicios en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Frontera Centla Tabasco.

b).- Criterios Exclusión: los usuarios a que pierdan vigencia de afiliación a los servicios en el periodo comprendido del estudio.

b).- Criterios Eliminación: los usuarios con enfermedades psiquiátricas y que por alguna alteración mental no pueda contestar la entrevista.

- **VARIABLES DE ESTUDIO**
- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Niveles de calidad de vida en base al apoyo social.	Dependiente	La percepción de un individuo de su situación de vida con respecto a la disponibilidad de apoyo social.	Apoyo social Nulo Inferior a 19 Escaso Inferior a 57 puntos Aceptable 57 a 95 puntos	Nominal	Dimensiones de Apoyo social del cuestionario MOS

Apoyo Emocional/Informativo	Independiente	La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.	Apoyo Emocional/Informativo Escaso Inferior a 24 puntos Aceptable 25 a 40 puntos	Nominal	Dimensiones de Apoyo emocional/Informativo del cuestionario MOS
Apoyo Instrumental	Independiente	La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.	Apoyo Instrumental Escaso Inferior a 12 puntos Aceptable 12 a 20 puntos	Nominal	Dimensiones de Apoyo emocional/Informativo del cuestionario MOS de Sherbourne y cols.
La interacción social positiva	Independiente	La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.	La interacción social positiva Escaso Inferior a 12 puntos Aceptable 12 a 20 puntos	Nominal	Dimensiones de Apoyo emocional/Informativo del cuestionario MOS de Sherbourne y cols.
Apoyo Afectivo	Independiente	Las expresiones de amor y de afecto.	Apoyo Afectivo Escaso Inferior a 9 puntos Aceptable 9 a 15 puntos	Nominal	Dimensiones de Apoyo emocional/Informativo del cuestionario MOS de Sherbourne y cols.
Edad	Independiente	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Igual o mayores de 60 años	Númerica	Encuesta
Sexo	Independiente	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en seres humanos.	Masculino Femenino	Nominal	Encuesta

Estado Civil	Independiente	Es el conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia.	Casado Viudo Divorciado	Nominal	Encuesta
Nivel de escolaridad	Independiente	Nivel máximo de estudios terminados que tiene una persona.	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Posgrado	Ordinal	Encuesta
Ingresos mensuales	Independiente	Percepción económica recibida durante un mes.	Menor de \$1000 \$1000-\$2000 \$2000-\$3000 \$3000-\$4000 \$4000-\$5000 Más de \$5000	Ordinal	Encuesta
¿Con quién vive?	Independiente	Persona (s) con quien comparte su domicilio actual.	Solo Hijo (a) Pareja Familia Amigo	Nominal	Encuesta

- **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se aplicara el cuestionario de apoyo social (MOS) que consta de 20 ítems, la primera pregunta forma parte del tamaño de la red social, los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19). Apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12, 15) interacción social positiva (preguntas 7,11, y 18) apoyo afectivo (pregunta 6, 10 y 20), se incluirán preguntas de datos generales como: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, ingresos mensuales, si viven solos o acompañados, variables escogidas en la literatura consultada. En un periodo comprendido del marzo a junio 2013.

Paso no. 1.

Se invita a participar en el estudio al usuario.

Paso no. 2.

Se firma la hoja de consentimiento informado.

Paso no. 3.

Se entrega el cuestionario (MOS) para recolección de datos y se solicita el apoyo del acompañante para contestar el cuestionario.

Paso no.4

Se recoge el cuestionario (MOS) contestado al 100%.

- **ANALISIS ESTADISTICOS**

Se reunirán los datos obtenidos mediante las encuestas y se procesarán los datos mediante el software estadístico S.P.S.S versión 15, para poder realizar gráficas y tablas descriptivas y realizar un comparativo entre la edad del usuario, sexo, estado civil, ingreso económico y la relación de las subescalas emocional, instrumental, afectivo y de interacción social y así poder determinar la calidad de vida de los usuarios de la tercera edad en la UMF 20 en Frontera, Centla, Tabasco.

VII.- ASPECTOS ETICOS

Este estudio se realizará bajo la participación de los usuarios acentuándolo en el formato de consentimiento informado plasmado en la normativa institucional IMSS y según lo marca la Ley General de Salud en materia de experimentación de seres humanos (declaración de Helsinki.). Para garantizar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, se consideró lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo a los artículos 96 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 el cual dicta lo siguiente:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el

funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito;

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;

IV. Protocolo de investigación, y

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Se entregará formato de consentimiento informado del cual se hará saber al familiar y/o paciente en estudio para la autorización de su participación en el estudio.

VIII.- RESULTADOS

Resultados de la población de estudio de acuerdo a su nivel socioeconómico

En el estudio realizado se trabajó con una población de 240 derechohabientes de los cuales se encontró en los pacientes de la tercera edad de la Unidad Médica Familiar no. 20, que en su mayoría se encuentra entre los 60 a 70 años de edad con un 52% para el sexo masculino y 63% del sexo femenino, seguidos de pacientes de 71 a 80 años de edad con un 44% en el sexo masculino y 25% del sexo femenino y los menores rangos de 81 a 90 años de edad el 4% en el sexo masculino y el 6% le correspondió al sexo femenino en un rango de mayor e 90 años de edad.

En el caso de su estado civil se determinó en el rango 61 a 70 años son casados el 36.5%, mientras que el 15% son viudos, el 4.9% divorciados y el 2.4% solteros. Para el caso de los derechohabientes con edades de 71 a 80 años de edad, los casados representan el 24.3%, el 9.7% viudos y el 2.4% divorciados, en la edad de 81 a 90 años el 2.4% casados y mayores de 90 años viudos en un 2.4%.

En la variable de ingresos mensuales las personas con edades de 61 a 70 años, el 34.2% lo representan quienes tienen ingresos de \$1000 a \$2000 pesos, el 17.1% de \$3000 a \$4000, mientras que el 4.9% menos de 1000 pesos, solo el 2.4% tienen ingresos mensuales de \$5000. En el presente estudio nadie rebaso ingresos superiores a los 5000 pesos. Para los derechohabientes en el rango de entre edades de 71 a 80 años, el mayor porcentaje fue de 19.5 de \$1000 a \$2000 pesos, el 98% los que perciben menos de 1000 pesos, el 4.9% de \$3000 a \$4000 y el 2.4% mayores de 5000 pesos, entre la edad de 81 a 90 años solo encontramos que el 2.4% percibe entre \$1000 a \$2000 pesos y mayores de 90 años de edad el 2.4% fue en menores de mil pesos.

En el caso estudios educativos los de 61 a 70 años están representados con el 36.6% quienes poseen certificados de primaria, y solo el 2.4% preparatoria. En el rango de 71 a 80 años de edad se encontró solo el 24.4% cuentan con primaria comparados con el 12.2% sin estudios.

En el análisis de la convivencia familiar del adulto mayor se encontró que entre la edad de 61 a 70 años el 22% corresponde a 52 derechohabientes que conviven con su hijo el 17.1% (41) conviven con su pareja, el 9.8% (24) conviven con la familiar y solo el 7.3% se encuentra solo al igual que en la edad de 71 a 80 años de edad el 4.9% esta solo lo que corresponde a 12 derechohabientes, y con menor porcentaje en un 2.4% los que conviven en la familia, el 12.2% con los hijos y en mayor porcentaje el 19.5% con la pareja; en la edad de 81 a 90 años entramos a 6 derechohabientes que corresponde al 2.4% y mayores de 90 años en un 2.4% con 6derechohabientes convive con la familiar.

APRECIACIÓN DEL APOYO SOCIAL

De acuerdo al Cuestionario M.O.S se realizó el conteo de la puntuación de cada una de las preguntas para ver la apreciación del apoyo social en el adulto mayor. Los resultados nos muestran que los niveles de interacción social son el apoyo emocional/Informacional este se refiere a la posibilidad de asesoramiento, consejo, información; el instrumental se refiere a la posibilidad de ayuda doméstica; la interacción social positiva es la posibilidad de contar con las personas para comunicarse y la afectiva en sus grupos de apoyo demostrar cariño, amor y empatía. ^(31,32).

Cabe mencionar que el cuestionario MOS está constituido por 20 ítems el primero dimensiona el número de amigos Íntimos y familiares cercanos que tienen los entrevistados, los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

En base a lo anterior los resultados obtenidos se muestran en la gráfica no. 1, donde el mayor porcentaje de los familiares cercanos es el 75.6% lo que corresponde a 181 personas en el rango de 1 a 10; seguida de los que no contaron con ningún familiar cercano correspondió al 14.6% (n=35 personas), el 7.4% (n=18 personas) mayor de 30 familiares y por último el 2.4% lo que corresponde a 6 personas en el rango de 11 a 30 familiares cercanos.

En el caso de derechohabientes con a los amigos íntimos o muy cercanos, el mayor porcentaje de los adultos mayores corresponde en el rango de 1 a 10 un total de 204 personas con un porcentaje de 85.3%; y en igual porcentaje de los que no presentaron amigos íntimos, del rango de 11 a 30 y en los rangos mayores de 30 personas fueron de un 4.9% lo que corresponde a 12 amigos íntimos ver grafica no 1).

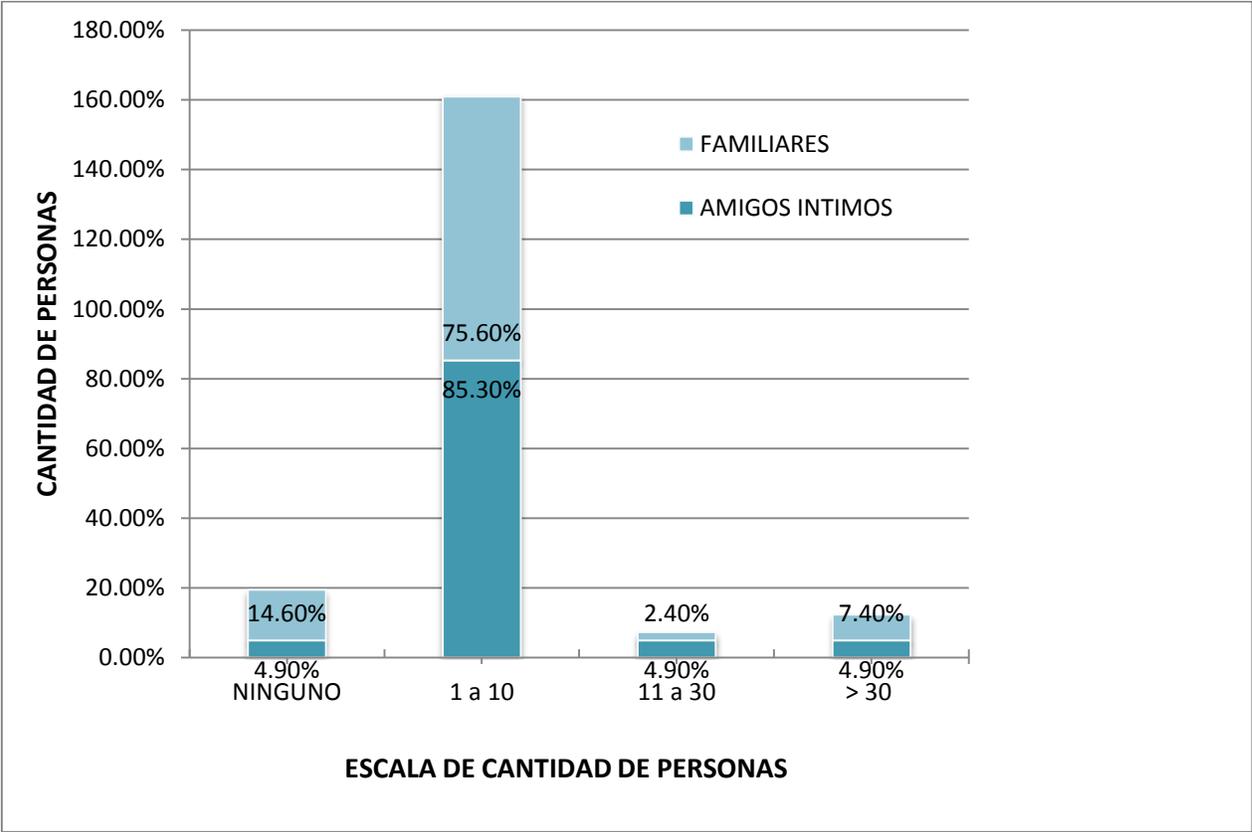


Grafico 1. Dimensionan los amigos íntimos y familiares cercanos de los derechohabientes de la UMF no 20, Frontera Tabasco.

Apoyo emocional, instrumental, interacción social y afectivo

Para la interpretación de los resultados en el índice global de Apoyo Social del cuestionario MOS el cual se obtuvo sumando los 19 ítems, en donde el apoyo social en este caso fue un índice superior a 57 puntos donde hay en el adulto mayor de la UMF 20 de frontera, tabasco apoyo emocional, instrumental, interacción social y apoyo afectivo.

Por lo anterior el valor emocional/informacional el cual se refiere al asesoramiento, consejo e información se encontró con un máximo de 108 y un Mínimo de 12 y un medio de 89. Lo que corresponde al instrumental con una cantidad máxima de 100, mínimo de 90 y medio de 92, en cuanto a la interacción social positiva con un máximo de 106 mínimo de 86 y medio de 100. Y el apoyo afectivo con un máximo de 240, mínimo de 18 y medio de 88. El apoyo emocional/informacional es la expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información, las cuales se obtienen en el cuestionario de MOS con las preguntas número 3-4-8-9-13-16-17 y 19. (obsérvese datos tabala1).

Tabla 1.- Dimensión de apoyo emocional

FRECUENCIA	EMOCIONAL										
	3	4	8	9	13	16	17	19	Máximo	Mínimo	Medio
NUNCA	29	17	23	41	29	29	53	29	41	17	29
POCAS VECES	41	17	36	41	47	53	41	21	53	17	41
ALGUNAS VECES	29	36	47	47	29	29	29	6	47	29	32.5
LA MAYORIA DE LAS VECES	48	36	29	35	41	35	35	24	48	29	35.5
SIEMPRE	93	134	105	76	94	94	82	28	134	76	94
TOTAL	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240

Fuente: Información obtenida del cuestionario MOS.

Los cuales nos dan los siguientes resultados. Donde el mayor porcentaje es siempre con el puntaje máximo de 134, mínimo de 76 y medio de 94, seguida de pocas veces con 53 en máximo, 17 mínimo y 41 medio, en la mayoría de las veces con 35.5 en medio con un puntaje de 48 máximo y 29 en mínimo, con un

32.5 en medio fue el de algunas veces con máximo de 47 y mínimo de 29 y nunca con un puntaje de 41 en máximo, 17 en mínimo y 29 en medio. Mostrados en la Tabla no. 1.

El apoyo Instrumental es la provisión de ayuda material, las cuales se obtienen en el cuestionario de MOS con las preguntas número 2-5-12 y 15. Los cuales nos dan los siguientes resultados. Donde el mayor porcentaje es siempre con el puntaje máximo de 94, mínimo de 94 y medio de 76, seguida de pocas veces con 47 en máximo, 59 mínimo y 41 medio, en la mayoría de las veces con 41 en medio con un puntaje de 47 máximo y 29 en mínimo, con un 32.5 en medio fue el de algunas veces con máximo de 47 y mínimo de 35 y nunca con un puntaje de 35 en máximo, 29 en mínimo y 29 en medio. Mostrados en la tabla no. 2.

Tabla 2.- Dimensión de apoyo Instrumental

FRECUENCIA	INSTRUMENTAL						
	2	5	12	15	Máximo	Mínimo	Medio
NUNCA	29	35	29	29	35	29	29
POCAS VECES	41	59	47	53	59	41	47
ALGUNAS VECES	29	35	29	29	35	29	29
LA MAYORIA DE LAS VECES	47	35	41	35	47	35	41
SIEMPRE	94	76	94	94	94	76	94
TOTAL:	240	240	240	240			

Fuente: Información obtenida de los resultados de la encuesta aplicada.

El apoyo interacción social positiva es la disponibilidad de personas con las cuáles pueden salir, divertirse o distraerse, las cuales se obtienen en el cuestionario de MOS con las preguntas número 7-11-14 y 18. Los cuales nos dan los siguientes resultados. Donde el mayor porcentaje es siempre con el puntaje máximo de 82, mínimo de 93 y medio de 75, seguida de algunas veces con 47 en máximo, 47 mínimo y 41 medio, en la mayoría de las veces con 36 en medio con un puntaje de 47 máximo y 11 en mínimo, con un 41 en medio fue el de pocas veces y nunca, en pocas veces con máximo de 59 y mínimo de 36 y nunca con un puntaje de 41 en máximo, 23 en mínimo. (Ver tabla no. 3).

Tabla 3.- Dimensión de Interacción social positiva.

FRECUENCIA	INTERACCION SOCIAL POSITIVA						
	7	11	14	18	Máximo	Mínimo	Medio
NUNCA	23	41	41	36	41	23	41
POCAS VECES	36	41	59	51	59	36	41
ALGUNAS VECES	41	47	47	29	47	41	47
LA MAYORIA DE LAS VECES	47	36	11	36	47	11	36
SIEMPRE	93	75	82	88	93	75	82
TOTAL:	240	240	240	240			

Fuente: Información obtenida de los resultados de la encuesta aplicada.

En la dimensión del apoyo afectivo se refiere a las expresiones de amor y de afecto con las preguntas número 6-10 y 20 lo que nos muestra en los resultados que en la media la que tiene un puntaje mayor fue la de siempre con 88 seguida de nunca con 29, pocas veces 10.5, la mayoría de las veces con 10.2 y por ultimo algunas veces con 9.6. (Ver tabla 3).

Tabla 3.- Dimensión Afectiva.

FRECUENCIA	AFECTIVA					
	6	10	20	Máximo	Mínimo	Media
NUNCA	23	41	29	41	18	29
POCAS VECES	18	20.5	26.5	26.5	9.6	20.5
ALGUNAS VECES	13.6	9.6	9.6	13.6	9.6	9.6
LA MAYORIA DE LAS VECES	11.75	10.25	9	11.75	9	10.25
SIEMPRE	18.6	17.6	18.6	18.6	17.6	88
	240	240	240	240	63.8	157.35

Fuente: Información obtenida de los resultados de la encuesta aplicada.

IX.- DISCUSIÓN

Durante la vejez es importante que las personas adultas mayores (sean autovalentes o dependientes) cuenten con redes sociales de calidad, las cuales faciliten el apoyo social necesario para contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo etario; entre las redes sociales se identifica la familia y las amistades que se caracterizan por ser relaciones primarias que proveen apoyo informal; también las organizaciones comunales e instituciones públicas y privadas forman parte de las redes sociales, las cuales brindan apoyo formal a la población adulta mayor. ⁽³³⁾

Desde Pinazo (2006), el apoyo social hacia las personas adultas mayores se mide tanto por la cantidad de redes sociales como por la calidad de las mismas. En este sentido, asocia la palabra cantidad con mayor número de redes a lo interno de la familia y de la comunidad y relaciona la palabra calidad con el grado de apoyo afectivo (cariño, solidaridad, amor), informacional (asesoría de información, de programas, entre otros) e instrumental (compañía, cuidado, necesidades asistencialistas) con que cuente este grupo etario. ^(34, 35)

El papel que la familia cumple en el apoyo social que reciben los adultos mayores. Según datos de la SABE, en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando los mayores requieren de apoyo acceden ya sea a la pareja o a los hijos. Según estos mismos datos, los amigos o vecinos, en general, representan una fuente secundaria de apoyo, a quienes se recurre en busca de determinadas necesidades esto destaca la información encontrada en nuestra investigación donde la convivencia que tienen nuestros adultos mayores es del 34.2% los que conviven con sus hijos lo que corresponde a 88 derechohabientes, seguidas del 39% que conviven con la pareja con 94 derechohabientes; el 14.6% (n=36) convive con la familia y solo el 12.2% en menor porcentaje viven solos en un número de 29 derechohabientes del total de 240 derechohabientes encuestados. ⁽³⁵⁾

Para cada uno de los cuatro indicadores propuestos de apoyo social (disponibilidad de apoyo, apoyo: económico, apoyo instrumental, y apoyo emocional) el tamaño de la red resultó ser un factor significativo. La tendencia general indica que redes de apoyo más grandes se asocian con la existencia de intercambios recíprocos y con una composición de la red que incluye a familiares y amigos. En este sentido, Rowe y Khan han argumentado que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo, mayor es su eficacia. En contraparte, Antonucci y Jackson comentan que una red reducida puede generar una presión excesiva sobre las personas que proporcionan el apoyo. Este datos nos muestra que la investigación mostrada en la tabla no.6 donde la mayoría de los derechohabientes cuentan de 1 a 10 familiares cercanos y amigos íntimos en un 85.3% de los cuales son personas con las que se encuentran a gusto y pueden hablar de todo lo que se les ocurre y en un porcentaje muy bajo los que no cuentan con amigos íntimos y familiares como el 4.9% coincidiendo con la investigación realizada de Salinas A. y cols. (35, 36 y 37)

Hupcey y Castro afirman que el apoyo social es un concepto multidimensional, lo que lo convierte en un fenómeno complejo, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con las relaciones sociales y la influencia de estas en la salud de las personas, sobre todo en la disminución del estrés ^{38, 39, 40}. El estudio mostrado en las cuatro dimensiones nos demuestra que el de las dimensiones estudiadas los adultos mayores de la unidad médica familiar número 20, se encuentra con más peso la interacción social positiva lo que Fernández A.R. y Cols. en el estudio el Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor refiere como interacción social positiva entre el apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social; según la hipótesis de este efecto directo, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos psicológicos. Seguida de la dimensión instrumental con 92 como media donde la dimensión del apoyo tangible, material o instrumental es la prestación de ayuda material directa o servicios, el uso de las relaciones sociales como un medio para conseguir objetivos y metas. La dimensión del apoyo informativo o estratégico es el consejo

o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas y el apoyo emocional el cual se refiere al aumento de la autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás; el área afectiva engloba el compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias; disponibilidad de alguien con quien hablar, dominio de las emociones, sentimientos de ser querido, de pertenencia sentimientos de ser valorado, elogios y expresiones de respeto y el área expresiva. Que incluye el uso de las relaciones sociales, como un fin en sí misma y es un medio a través del cual la persona satisface las necesidades emocionales lo que coloca a la dimensión emocional/informacional con una media de 89 y por último nuestra población ejerce la dimensión afectiva con una media de 88 donde el plano afectivo corresponde de acuerdo a estos investigadores corresponde a parte del apoyo emocional. (40, 41)

De acuerdo a los resultados encontrados en “La calidad de Vida del Adulto mayor de Ana Luisa González-Celis Rangel concluyen que las dimensiones que conforman la “calidad de vida” se configuran de una manera específica y particular, dependiendo de las necesidades de la persona; es decir, entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor. Por lo que las dimensiones que se muestran en el cuestionario MOS nos da a conocer que los 4 aspectos básicos que se mantienen en los derechohabientes hacen que la calidad de vida de estos pacientes sea favorable para su entorno social.

X.- CONCLUSION

Se concluye que la edad que más influye en nuestros resultados es de 60 a 70 años de edad con un 52% del sexo masculino y 63% del sexo femenino. Con un 36.5% de los adultos mayores casados con ingresos mensuales de 1000 a 2000 pesos en un 34.2% con predominio de escolaridad primaria en un 36.6% cabe mencionar que la población estudiada es rural.

La apreciación del apoyo social ocuparon un 83.3% en la cantidad de 1 a 10 personas como amigos íntimos y familiares cercanos en un 76.6% lo que nos hace reflexionar que influye para que los adultos mayores cuenten con apoyo social en sus 4 dimensiones.

De acuerdo a las dimensiones del apoyo social en el adulto mayor encontramos que el de mayor valor fue la disponibilidad de las personas con las cuales poder salir, divertirse o distraerse (interacción social positiva) con una media de 100, seguida de la instrumental la cual se refiere a la provisión de ayuda material que pueda recibir los adultos mayores con una media de 92, seguida de la emocional/informacional tuvo un valor medio de 89 la cual nos da a conocer la expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información que el adulto mayor requiere y por último el apoyo afectivo con una media de 88 donde se encuentra con menor peso las expresiones de amor y de afecto; las cuales no afectan de manera general en el apoyo social del adulto mayor de la Unidad Médica Familiar No. 20.

Mostrando así que uno de los pilares fundamentales del Adulto mayor es la gente que lo rodea y que intervienen en esas redes de apoyo que fortalecen la calidad de vida del adulto mayor brindando una información adecuada y oportuna para las generaciones futuras.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castellanos, C. M.A., Becerril, G. Cervantes, R. G, A., Salgado D. R. y Escobar C. (2011). *Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez)*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 54(2):33-34. México, DF.
2. Hernández A, E., González P. A., Moreno C. C. (2008). *Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México*. Revista Archivos en Medicina Familiar. 9 (4): 127-132. México, DF.
3. Lozano C. A. (2008). *Introducción a la gerontología*. Revista Facultad de Medicina UNAM. 51 (2): 63-64. México, DF.
4. Ruiz C. F, Hernández O. ML. (2009). *Abandono del adulto Mayor como manifestación de violencia intrafamiliar*. Archivos en Medicina Familiar. 11(4): 147-148. México, DF.
5. Becerra M. D. (2007). *El adulto mayor y su estancia en asilo*, Rev. De enfermería del IMSS. 15, (1): 33-37.
6. Peña P. B, Terán T. M, Moreno A. F, Bazán C. M.(2009). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en clínica de Medica Familiar ISSSTE*. Revista de especialidades medico quirúrgicas. 14(2): 53-61.
7. Guadarrama R. M, Ortiz Zaragoza M. C, Moreno C. Pedraza A. A. (2010). *Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida*. Revista de especialidades medico quirúrgicas. 15 (2): 72-79.
8. Lozano C. A. (2010). *El movimiento, el tiempo y la vejez*, Revista Facultad de Medicina UNAM. 53(2): 87-89.
9. Programa de acción específico 2007-2012. (2013). *Envejecimiento. Secretaria de salud*.11-29.México, D.F.
10. Vargas D. E., Velázquez P. C., Galicia R. L., Villarreal R. E., Martínez G. L., (2011). *Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor*. Revista de Enfermería IMSS. 19 (2): 63-69.
11. Bazo M. T.(2011). *Envejecimiento Poblacional y el reto de la dependencia*. Envejecimiento. Secretaria de salud. 17-29.

12. Gutiérrez Robledo L. M. (2014). *México y la revolución de la longevidad*. Instituto de Geriatria. Recuperado el 10 de noviembre de 2014 de, www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/1.pdf
13. Berezaluze-Falcón G, Palacios O. N, (2007). *Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco*. Revista Horizonte Sanitario. 6(3):16-23.
14. Rodríguez E. *Validación argentina del cuestionario MOS de Apoyo social percibido*. (2014). Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad: 155-168. Buenos Aires, Argentina.
15. Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, Instituto de Geriatria, Instituto de Personas de adultos mayores. *10 hábitos efectivos para la salud del Adulto Mayor*. 2009:1-79.
16. González Celis R. A.L., (2014). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado el 5 de febrero de 2014, de www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf.
17. Sánchez González, D. (2009). *Contexto ambiental y experiencia de envejecer, el caso de Granada*. Papeles de población. 15(60):175-213.
18. Acosta Quiroz, C; González C. R., A.L. (2009). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales*. Psicología y salud. 19 (2): 289-294.
19. Hernández Zamora, Z.E., Ehrenzeweig S., Navarro H. A.(2009). *Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores*. Pensamiento Psicológico, 5(12): 13-27.
20. Zavala-González M.A; Domínguez S. G. (2010). *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos*. Psicogeriatría. 2(1): 41-48.
21. García-Madrid G, Landeros O. E, Arriola M. G, Pérez G. A.M. (2007). *Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural*. Revista de Enfermería Instituto. Mexicano Seguro Social. 15 (1): 21-26.
22. Portela Ortiz J.M; Rivera O. M.A. (2008). *Polifarmacia en el anciano*. Particularidades del manejo anestésico en el Geronte. Simposio 2008; 66(6): 524-528.

23. Urrutia Amable y Villarraga G. (2010). *Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 5 de marzo 2010 de www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm
24. Revilla Ahumada L. Luna C. J., Bailon M. E. M.M. (2005). *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención Primaria*. *Medicina de Familia*. 6(1):10-18.
25. Ávila Funes J.A. Melano C. E., Helene P. (2007). *Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores*. *Salud pública de México*. 49(5): 367-375.
26. Álvarez Martínez L.G., Ponce R. E.R., Landgrave I. S, Irigoyen C. A., Buendía S. I.A., Maltrato, A. (2009). *Negligencia de una clínica de Medicina Familiar y un Hospital General de la ciudad de México*. *Archivos en Medicina Familiar*. 11(4): 159-165.
27. Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social*. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150
28. Levi, L., Andersson, L.G. (1980). *La Tensión psicosocial: población, ambiente y calidad de vida*. El manual moderno.
29. Velasco, M.L. y Sinibaldi, J. F.(2001). *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia: Mitos, Historias y Creencias*. México: Editorial Manual Moderno.
30. Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., (2006). *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. En: V. E. Caballo, coord. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Editorial Pirámide, pp. 473-492. Madrid, España.
31. Garmendia M.L., Alvarado M.EL., Montenegro M., Pino P. (2008). *Social support as a protective factor of recurrence after drug addiction treatment*. *Revista Médica*. 136: 169-178. Santiago, Chile.
32. Rodríguez M., Pinzón S., Máiquez A., Herrera J., De Benito M. Cuesta E. (2004). *¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?*. *Medicina de Familia*. 5: 16-26.
33. Gacetilla informativa número. (2013). *Por una vejez digna y activa*. Recuperado el 29 de marzo de 2014, de <http://www.ageco.org/sites/default/files/3.%20El%20apoyo%20social%20para%20y%20con%20las%20personas%20adultas%20mayores.pdf>.

34. Pinazo, S. (2006). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores en Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Madrid, España: Editorial Pearson Prentice Hall, pp. 221-255.
35. Salinas A., Manrique B., Téllez M.M.(2011). *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidad*1. Secretaria de Gobernación. México, DF.
36. Antonucci, T. y Jackson, J. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Edit. Barcelona, Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España.
37. Jwrowe, J.W. y Kahn, R.L. (1997). *Successful aging*. The Gerontologist. 37, Issue 4:433-440.
38. Fernandez A.R., Manrique A., F.G, (2010) Nursing Role In Social Suppor Of Elderly., Revista de Enfermería Global. 19 ISSN-1695-6141. 1-9.
39. Hupcey J, Morse J. (1997). *Can a professional relationship be considered social support? Nursing Outlook*. 45(6):270-276.
40. Castro R, Campero L, Hernández B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública. 31(4):28-33.
41. Pinazo S, Sánchez M. (2005) Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. España: Pearson Prentice Hall;

XII.- ANEXOS

● CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO M.O.S PARA INVESTIGAR APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos y familiares

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

Este Test, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informativo:

La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental:

La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva:

La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 -11 -14 - 18

4.- Apoyo Afectivo:

Las expresiones de amor y de afecto.

Preguntas: 6 - 10 - 20

VALORES	MAXIMO	MINIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social	20	4	12
Afectivo	15	3	09
Indice Global	95	19	57

El **índice global de Apoyo Social** se obtiene sumando los 19 ítems.

El **Apoyo Social es Escaso** cuando el Índice es inferior a 57 puntos.

Habrà **Falta de Apoyo Emocional** cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrà **Falta de Apoyo Instrumental** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Interacción Social** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Apoyo Afectivo** cuando la puntuación sea menor a 9.

● **CONSENTIMIENTO INFORMADO**



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD EN LA UMF 20”						
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA						
Lugar y fecha:	UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 20						
Número de registro:	EN PROCESO						
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La vejez se ha configurado en muy poco tiempo como una etapa que la mayor parte de los individuos atravesara, no estamos hablando de pequeños porcentajes de población, sino de grandes grupos poblacionales capaces de atraer la atención colectiva y que en los próximos 50 años será la mayor parte de la población mundial.</p> <p>Estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas de la tercera edad. por tanto, este estudio se implemento en la UMF 20 del IMSS en la cd de Frontera para estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de intervenciones biomédicas o psicoterapéuticas y mejorarlas.</p>						
Procedimientos:	Se entrevistara a los pacientes de la Tercera edad en la UMF 20						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna en caso de ya no querer contestar el cuestionario lo podrá hacer,						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Como integrarse a la sociedad, institucional, familia e individuo de acuerdo a su calidad de vida.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al terminar la encuesta, se les darán los resultados en caso de tener algún problema en su estilo de vida se le ofrecerá ayuda profesional.						
Participación o retiro:	participación						
Privacidad y confidencialidad:	Totalmente						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Estudio integral del paciente						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA.ALEJANDRA PRIEGO CANCHE						
Colaboradores:	DRA. CLEOPATRA AVALOS DIAZ						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>_____ Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>_____ Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
--	--

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

- **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
Actividades	AÑO 2012											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Pregunta de investigación.												
Marco teórico.												
Planteamiento del problema.												
Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño.												
Material y métodos.												
Planteamiento del análisis estadístico.												
Bibliografía y anexos.												
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS.												
Realización de modificaciones.												
Terminar modificaciones y reenvío al CLIS												

Actividades	AÑO 2013											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Autorización del protocolo por el CLIS.												
Protocolo autorizado por el CLIS.												
Aplicación de encuestas.												
Organización y análisis de los resultados.												
Presentación de la información organizada.												
Elaboración del reporte de investigación.												
Actividades	AÑO 2014											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Redacción del primer borrador del reporte.												
Entrega del primer borrador del reporte.												
Redacción del segundo borrador del reporte.												
Entrega del segundo borrador del reporte.												
Entrega del reporte de investigación.												
Presentación de la investigación.												

• **DICTAMEN PROTOCOLO AUTORIZADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2701
H GRAL ZONA NUM 2, TABASCO

FECHA 10/01/2013

MTRA. CLEOPATRA AVALOS DIAZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF 20"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2701-1

ATENTAMENTE

DR. ALEJANDRO ARTEAGA ARGUELLES

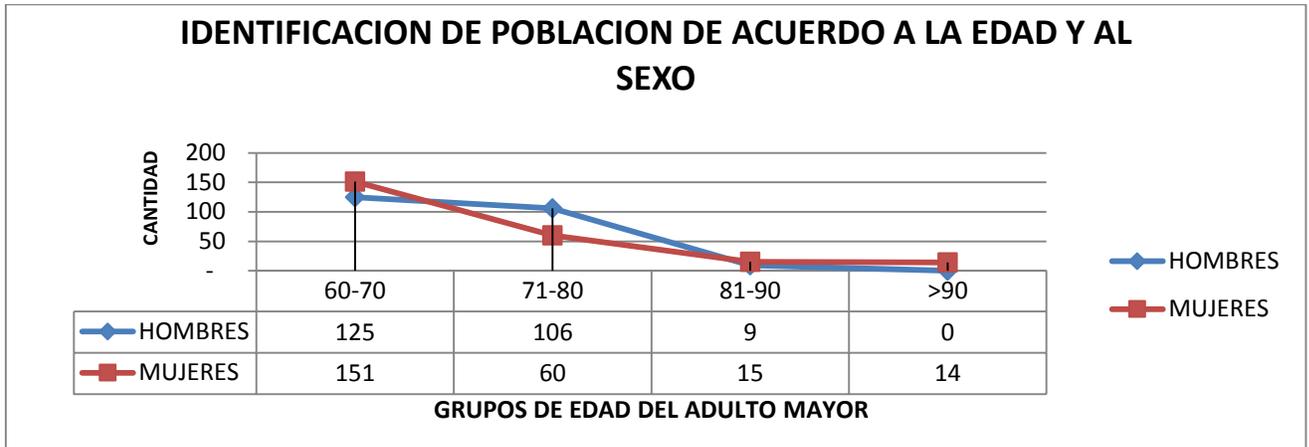
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2701

IMSS

SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS

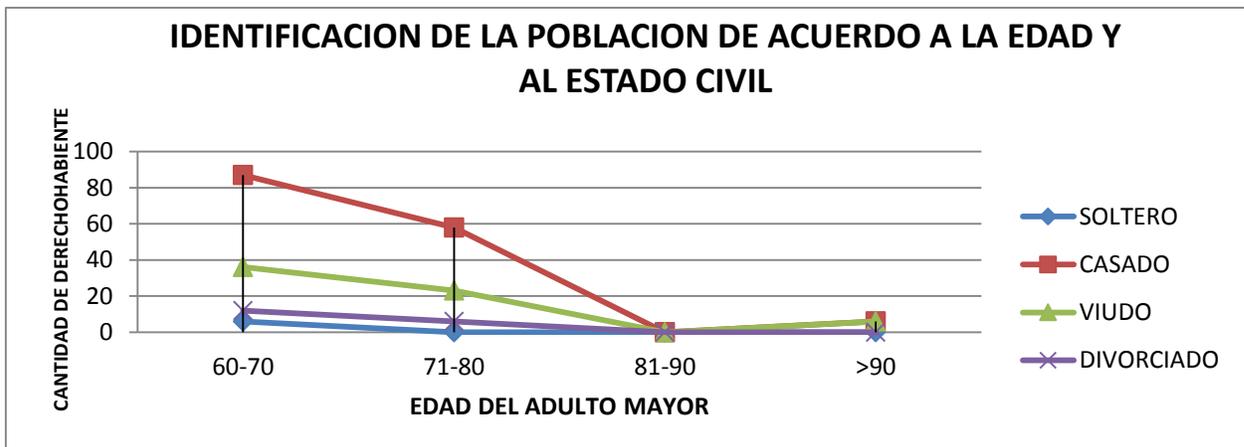
• GRÁFICOS

GRÁFICO 1.



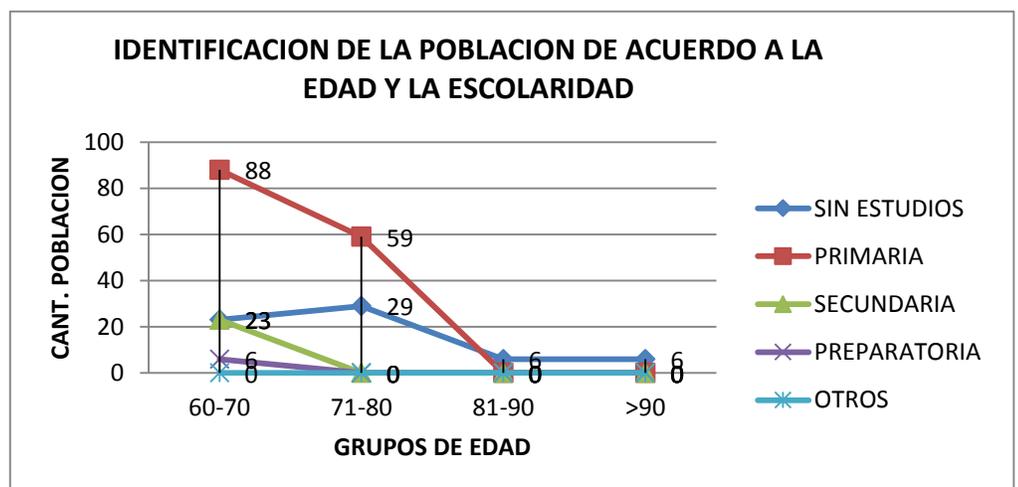
FUENTE: INFORMACION OBTENIDA EN LAS ENCUESTAS PERIODO 2011-2013

GRÁFICO 2.



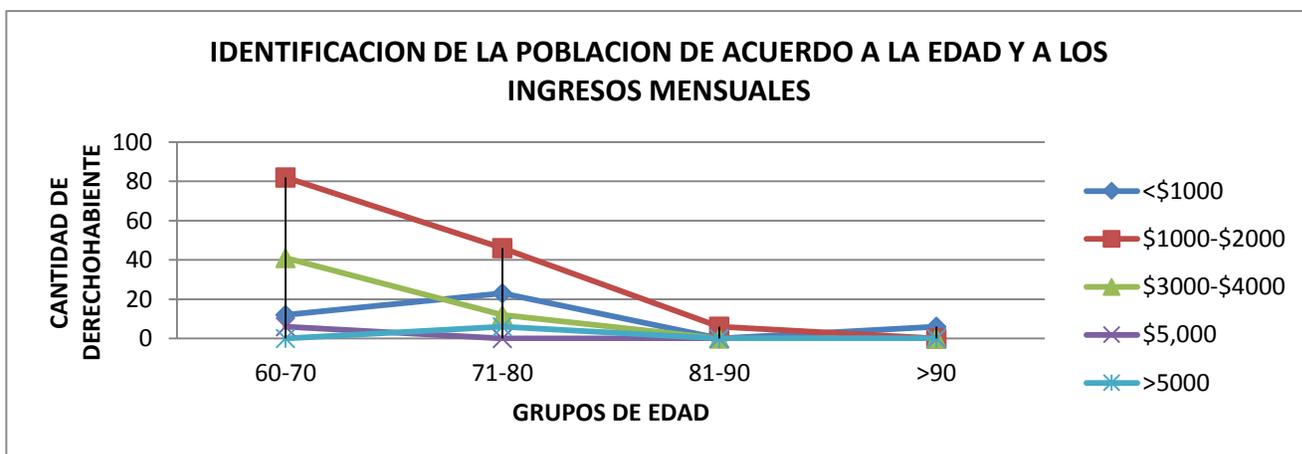
FUENTE: INFORMACION OBTENIDA EN LAS ENCUESTAS PERIODO 2011-2013

GRÁFICO 3.



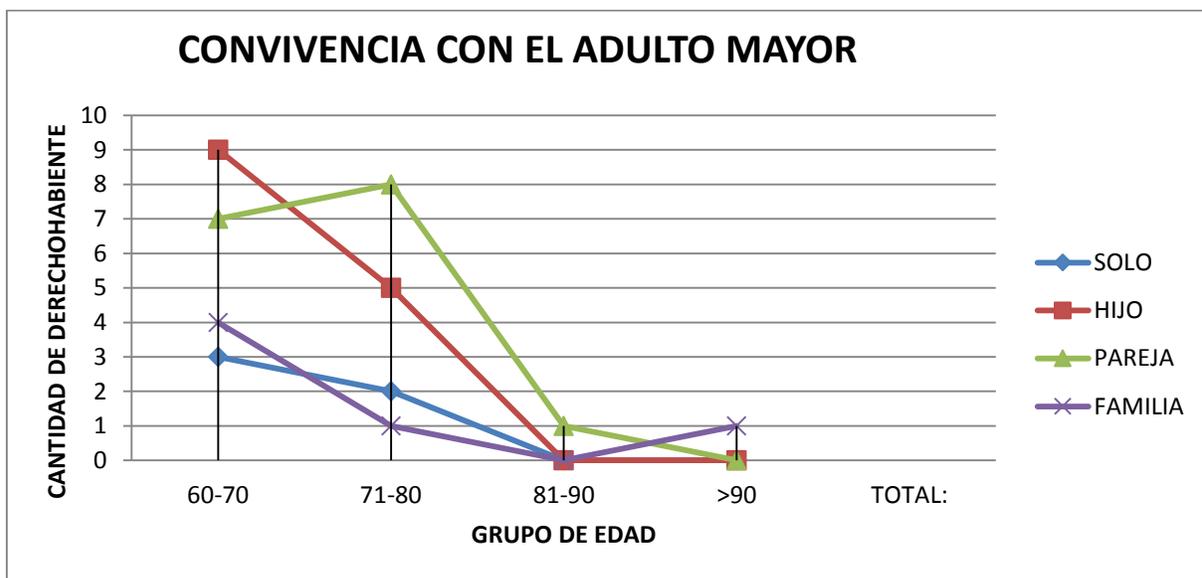
FUENTE: INFORMACION OBTENIDA EN LAS ENCUESTAS PERIODO 2011-2013

GRÁFICO 4.



FUENTE: INFORMACION OBTENIDA EN LAS ENCUESTAS PERIODO 2011-2013

GRÁFICO 5.



FUENTE: INFORMACION OBTENIDA EN LAS ENCUESTAS PERIODO 2011-2013