



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
RODILES ALVAREZ MARIA GUADALUPE**

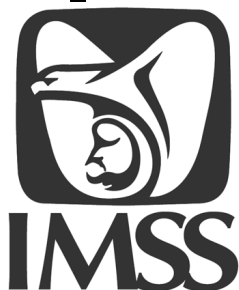
**TUTOR:  
DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ**

**TUTORA:  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**GENERACIÓN:**

**2015-2018**

**CIUDAD DE MEXICO 2018**





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.

***“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”***

**TUTOR:**

---

**DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MEDICO ADSCRITO A LA UMF NO. 20 IMSS.**

***“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”***

**TUTORA:**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

***“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”***

**Vo. Bo.**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

***“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”***

**Vo. Bo.**

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

## AGRADECIMIENTOS

### *A Dios*

Le agradezco por darme la vida, por guiarme a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad, por brindarme una vida de aprendizaje, experiencias y sobre todo mucha felicidad.

### *A mis abuelos*

Quienes fueron mi inspiración para realizar esta tesis, por ser mis primeros cómplices, por siempre tener una sonrisa a mis travesuras. Por siempre confiar en mí y motivarme a seguir mis sueños.

### *A mis padres*

Guillermo y Francisca por enseñarme que con trabajo, amor y constancia puedo conquistar mis sueños. Por su amor incondicional, por ser ambos un ejemplo de vida. Por confiar siempre en mí, y hacer de mí una mejor persona.

### *A mi esposo*

Alejandro, Por estar en los momentos buenos y malos, por tenderme tu mano cuando no puedo más, por darme la fortaleza para perseguir cada meta, por confiar en mí y darme tu amor incondicional. Por hacer mis sueños tuyos, por amarme tal cual soy, Gracias Amor.

### *A mis tutoras*

Por fomentar en mí el ser una médica de excelencia, por sus enseñanzas y por haber sido participes de la transformación a una mejor profesionalista y sobre todo una mejor persona.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>TITULO</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>21</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO</b> .....	<b>23</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>24</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>45</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>52</b>



## RESUMEN

### IMPACTO DEL APOYO SOCIOFAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR.

Rodiles-Álvarez María Guadalupe<sup>1</sup> González-Domínguez Ricardo <sup>2</sup>, Vega-Mendoza Santa <sup>3</sup>

1. Médico residente del tercer año, UMF20 IMSS.
2. Médico Familiar UMF20 IMSS.
3. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, UMF20 IMSS.

**Introducción:** El incremento en la esperanza de vida, lleva a la presentación de un mayor número de limitaciones funcionales en el adulto mayor, y es aquí donde la familia toma importancia, ya que será encargada de brindar apoyo para una mayor adaptación a las mismas. **Objetivo:** Determinar el impacto que tiene el apoyo socio-familiar en la capacidad funcionalidad del adulto mayor. **Materiales y Métodos:** Estudio analítico en 416 adultos mayores de la UMF20, previo consentimiento informado se aplicó encuesta de datos socio demográficas, evaluación de capacidad funcional (índice de Katz y de Lawton Brody), apoyo Sociofamiliar (escala de Gijón). Estadística descriptiva, Ji2(p<0.05). **Resultados:** Pacientes independientes para todas las Actividades Básicas para la Vida Diaria (ABVD): un 93.5% (301) presento apoyo sociofamiliar bueno, apoyo sociofamiliar intermedio 5.9%(19) y deterioro socio-familiar severo 0.6%(2). Pacientes independientes para todas las ABVD menos una cualquiera: 75.3%(61) con apoyo sociofamiliar bueno, 23.5%(19) con apoyo sociofamiliar intermedio. Pacientes independientes para todas las ABDV menos baño y una cualquiera 36.4 %(4) con apoyo sociofamiliar bueno, 63.6%(7) con apoyo sociofamiliar intermedio. Pacientes independientes para todas las ABVD menos baño, vestido y una cualquiera: se encontró 2 pacientes tenía apoyo sociofamiliar intermedio. **Conclusiones:** Una cuarta parte de los adultos mayores presentan limitación de la capacidad funcional para una o más actividades de la vida diaria y entre mayor limitación su apoyo sociofamiliar disminuye, relacionándose con incremento de la edad y menor escolaridad.

**Palabras claves:** Adulto mayor, capacidad funcional, apoyo sociofamiliar.

## SUMMARY

### IMPACT OF SOCIOFAMILY SUPPORT ON THE FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY

Rodiles-Álvarez María Guadalupe<sup>1</sup> González-Domínguez Ricardo <sup>2</sup>, Vega-Mendoza Santa <sup>3</sup>

1. Medical resident of the third year, UMF20 IMSS.
2. Family Doctor UMF20 IMSS.
3. Family Doctor, Teacher in Educational Sciences, UMF20 IMSS.

**Introduction:** The increase in life expectancy, leads to the presentation of a greater number of functional limitations in the elderly, and this is where the family becomes important, as it will be responsible for providing support for greater adaptation to them. **Objective:** To determine the impact of sociofamily support on the functional capacity of the elderly. **Materials and Methods:** Analytical study in 416 older adults of the UMF20, with prior informed consent, sociodemographic data survey, functional capacity assessment (Katz and Lawton Brody index), sociofamily support (Gijón scale). Descriptive statistics, Chi2 (p <0.05). **Results:** Independent patients for all the Basic Activities for Daily Life (ABVD): 93.5% (301) presented good socialfamily support, intermediate sociofamily support 5.9% (19) and severe sociofamily deterioration 0.6% (2). Independent patients for all ABVD, except one: 75.3% (61) with good socialfamily support, 23.5% (19) with intermediate sociofamily support. Independent patients for all ABDV less bath and any other 36.4% (4) with good social and family support, 63.6% (7) with intermediate socio-family support. Independent patients for all ABVD less bath, dress and any one: 2 patients were found to have intermediate sociofamily support. **Conclusions:** A quarter of older adults have limited functional capacity for one or more activities of daily life and the greater the limitation of their social and family support decreases at a greater age and less schooling.

Key words: Older adult, functional capacity, socio-family support.

**“IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DEL ADULTO MAYOR”**

**REGISTRO ANTE SIRELCIS**

**FOLIO: F-2017-3516-55**

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la esperanza de vida en nuestro país, ha incrementado, favoreciendo la transición demográfica, invirtiendo la pirámide poblacional, dándonos por resultado el incremento de la población de pacientes de 60 años o más, sin embargo, esto acarrea que aquellas personas con más supervivencia desarrollen enfermedades crónico degenerativas, que de alguna manera causan un impacto en su funcionalidad ya sea para las actividades básicas y/o instrumentales de su vida diaria, ocasionando algún tipo de dependencia física, económica y/o emocional.

En nuestro país, la CONAPO menciona que la población de adultos mayores se mantendrá en crecimiento constante, se espera que para el año 2050 se cuadruplicarán pasando de 6.7 millones a 36.5 millones, lo que, para los servicios de salud, será un reto constante, ya que, en el primer nivel de atención, la consulta será ocupada en un alto porcentaje por adultos mayores, con o sin comorbilidades, habiendo de implementar nuevas estrategias, de prevención y promoción a la salud.

Actualmente, 30% de las hospitalizaciones y las consultas especializadas (cardiopatías, diabetes, infecciones respiratorias, artritis y artrosis) corresponden a adultos mayores. Las enfermedades de mayor prevalencia en esta etapa de la vida son padecimientos crónicos, irreversibles, que implican cuidados médicos continuos, que exigen la participación del equipo de salud y la familia.

La prevalencia de la discapacidad en adultos mayores se incrementa tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles sustanciales a partir de los 70 años de edad, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional asociado a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria son mayores.

Los retos ante el envejecimiento demográfico es instrumentar medidas y programas preventivos que permitan reducir las tasas de morbilidad y discapacidad, para así incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad y permitir que un mayor número de individuos disfrute su vejez en plenitud de condiciones físicas y mentales

Como parte de la respuesta a las necesidades de salud de los adultos mayores y en congruencia con los niveles de riesgo y complejidad de las patologías geriátricas, se requiere un plan de capacitación y formación de recursos humanos, particularmente en el primer nivel de atención, pues es la estrategia que puede

ayudar a ampliar la cobertura de manera costo-efectiva. El Médico Familiar debe conocer las características de su población adscrita para poder identificar los problemas y las necesidades de aquellos adultos mayores con factores de riesgo, con el fin de evitar un deterioro importante en la funcionalidad del adulto mayor. De ahí la importancia de evaluar la capacidad funcional del adulto mayor para la prevención de algún tipo de discapacidad, así como identificar el apoyo socio familiar con las que cuenta el individuo, ya que nos orientará ante cualquier circunstancia, sobre quien cubrirá necesidades básicas, instrumentales y afectivas del adulto mayor, con el objetivo de limitar el deterioro de la funcionalidad.

A fin de implementar estrategias para fortalecer ampliar o crear nuevas de redes de apoyo mediante el equipo multidisciplinario. Este reconocimiento del área socio familiar nos permitirá promover el envejecimiento sano y activo, asegurando de esa manera el mejoramiento en la calidad de vida y la reducción franca de los factores de riesgo que limiten la incidencia de incapacidad y dependencia al término del ciclo de vida, lo que reflejará directamente una disminución del costo en la atención médica del adulto mayor.

## **MARCO TEÓRICO**

A nivel mundial el envejecimiento en la población es de especial importancia, ya que tiene repercusiones económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, desnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. <sup>1</sup>

Estamos presenciando un proceso de envejecimiento demográfico en el mundo, que si bien para las sociedades latinoamericanas es un fenómeno relativamente reciente, la celeridad de su ocurrencia nos sugiere la necesidad de prever sus consecuencias y alternativas de manejo en cuanto a políticas de salud, gestión de recursos sociales, bienestar y asistencia social, sin contar con el incremento de situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia que conllevan pensar en cuidados a largo plazo e implementación de un sistema de protección social para dar respuesta a situaciones prolongadas de dependencia.<sup>2,3</sup>

El incremento mundial de la población de 60 años y más se ha presentado por diversas razones, principalmente por el aumento en la esperanza de vida y la disminución del índice de natalidad por los programas de control de la fertilidad. Por lo que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional. <sup>4</sup>

### **Transición demográfica y epidemiológica.**

Según la Organización Mundial de la Salud (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. La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. <sup>5</sup>

Según cálculos de las Naciones Unidas (ONU), en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. Ya en 1975, su número había aumentado a 350 millones, las proyecciones demográficas para el año 2025 serán de más de 1, 100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Por lo tanto, en 45 años más, las personas de edad avanzada constituirán el 13,7% de la población mundial. <sup>5</sup>

Según datos de la revisión de 2017 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes. <sup>6</sup>

En México, de acuerdo al Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI), en 2012 el monto de personas de 60 años y más era de 10.9 millones lo que representa el 9.3% de la población total. Así mismo, de acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición de la población 2012 (ENSANUT), en el ámbito nacional, 26.9% de los adultos mayores presentó algún grado de discapacidad. Estas prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad. La discapacidad que presentan los adultos mayores en México es mayor en las mujeres que en los hombres (26.9% frente a 23.8% respectivamente). <sup>7</sup>

Según las proyecciones de Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población de la tercera edad, se mantendrá en continuo crecimiento, aumentando 76.3% de 2000 a 2015, 83 % en los tres lustros siguientes y 63.2% en los últimos dos decenios. Así, el número de los adultos mayores del país más que se cuadruplicarán al pasar de 6.7 millones en 2000 a 36.5 millones en 2050. <sup>8</sup>

En la Ciudad de México, la disminución de la mortalidad, traducida en una mayor esperanza de vida para la población de la entidad, se espera que el grupo de 65 y más años de edad, en los próximos dos decenios, comience a tener mayor peso relativo, en 2020 se prevé que represente el 10.8 por ciento del total y en 2030 el 14.7 por ciento. <sup>9</sup>

## **Envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en el ser humano a consecuencia de la interacción de múltiples factores, entre ellos los propios del individuo y su medio ambiente. Es un conjunto de procesos que contribuye a incrementar progresivamente la presencia de enfermedades crónicas. Por lo tanto, es frecuente encontrar adultos mayores con un envejecimiento habitual o incluso patológico y pocos presentan un envejecimiento óptimo o saludable en los cuales la presencia de enfermedad es mínima o nula. Una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida, ya que no todos los años de vida ganados son de buena salud, por el contrario, pueden ser vividos con discapacidad y necesidad de ayuda. <sup>10</sup>

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud, ya que en las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que genera fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad del trabajo. Los problemas de salud, concretamente las enfermedades crónicas y discapacidades, son los que mayormente desencadenan malestar y dependencia.

Se delimitan cuatro formas de envejecimiento:

- Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; no hay deterioro cognitivo, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros. <sup>11</sup>

Para determinar el tipo de envejecimiento, se debe valorar al adulto mayor de una forma integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del adulto mayor. Deben tenerse suficientes referencias al considerar que el adulto mayor es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, sociedad, equipo de salud) que le rodea. La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social puede ser el único factor que desencadene problemas patológicos o de enfermedad y resultar en un trastorno de orden psicosocial. <sup>12</sup>



## **Envejecimiento y familia.**

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del adulto mayor dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

La familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos.

De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.<sup>13</sup>

Considerando el medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en esta etapa de la vida es la familia. Constituyendo la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada.<sup>14</sup>

El hecho de que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas. Se ha visto que los adultos mayores sin soporte familiar o una red socio familiar adecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen. Por tanto, el contexto social en el que vive el adulto mayor resulta fundamental para su estado de salud y bienestar, por lo que es indispensable considerarlo un factor importante en la evaluación médica.<sup>14</sup>

El bienestar social se relaciona con la capacidad de manejar los problemas de salud y preservar la autonomía, a pesar de la posible existencia de limitaciones funcionales. El proceso pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea, siendo sus principales aspectos las interacciones socio familiares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos. Esta valoración es muy difícil, porque utiliza parámetros subjetivos, como las relaciones interpersonales. Algunos de los instrumentos utilizados en esta valoración son la Escala Sociofamiliar de Gijón, que detecta riesgo social dentro de la problemática establecida en la comunidad; la Socials Resources Scale (OARS), que proporciona información sobre la actividad funcional, las interacciones sociales y de recursos.<sup>14</sup>

Se considera que la mayor parte de la población de adultos mayores vive dentro de una familia y ésta es su principal fuente de apoyo psicosocial. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del adulto mayor y el proceso de su enfermedad, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia.

El grado de dependencia física, mental o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al adulto mayor. Por tanto, el medio ideal para ofrecer la mejor protección al adulto mayor es la familia.<sup>15</sup>

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros. Para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido.

Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos son señaladas por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto. Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel rector en garantizar al anciano los recursos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades, entre ellas la demencia.<sup>15</sup>

## **Funcionalidad.**

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

Este proceso de envejecimiento provoca numerosas alteraciones en la vida del anciano, que afectan a su funcionalidad, movilidad y salud, privándole de una vida autónoma y saludable, y perjudicando su calidad de vida.<sup>16</sup>

El envejecimiento tiene efectos negativos en sus componentes, limitando la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y mantener la calidad de vida, la cual incluye de una manera compleja la salud física de una persona, su estado psicológico, sus sentimientos, sus relaciones sociales y los comportamientos relacionados con su funcionamiento diario.<sup>17</sup>

Por cuestiones como dificultad de expresión, déficit sensorial, desorientación temporoespacial, numerosas enfermedades crónicas asociadas, signos y síntomas de aparición y morfología diferente a otros grupos, la asistencia al adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos. Estas consideraciones permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor, para ello se ha propuesto la valoración geriátrica integral (VGI).<sup>18</sup>

La valoración geriátrica integral se define como “un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado para generar mejorías en los ancianos frágiles, mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y minimizar la hospitalización innecesaria”.<sup>19</sup>

Con el empleo de la valoración geriátrica integral han surgido dos términos: fragilidad y discapacidad, frecuentemente considerados sinónimos, pero con grandes diferencias entre sí. La fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, como consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas. La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria.<sup>20</sup>

Así, adquiere énfasis el estudio de la funcionalidad, ya que existen muchos factores que intervienen y modifican el estado cognitivo y funcional del adulto mayor, entre ellos, las enfermedades que padecen y los medicamentos que requieren.

Se ha informado la asociación entre diversas enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, osteoartritis, hepatopatías, neoplasias y neurológicas) y la declinación cognitiva y funcional.<sup>4</sup>

La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 %.<sup>21</sup>

La alteración de la funcionalidad puede ser un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado. La medida de la situación funcional de un paciente anciano suele ser más útil que un listado de diagnósticos clínicos para planificar un tratamiento, el tipo de cuidado o los servicios sociales adecuados. El deterioro de la capacidad funcional, es asociado a la edad, o a la aparición de una nueva morbilidad, sin embargo, la identificación del decremento de la funcionalidad, en un paciente adulto mayor es incluso un factor predictor de riesgo de mortalidad, de una mayor estancia intrahospitalaria y necesidad de institucionalización.<sup>22</sup>

Algunos de los Instrumentos utilizados para valoración de la funcionalidad en el adulto mayor.

Para la valorar la declinación de la funcionalidad en el adulto mayor se han diseñado varios instrumentos, que evalúan actividades de la vida diaria.<sup>23</sup>

Se divide en tres categorías:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las actividades básicas de la vida diaria, hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las actividades instrumentales de la vida diaria permiten una vida independiente en la comunidad, mientras que las actividades avanzadas de la vida diaria permiten desarrollar un papel social.

Las escalas para evaluar las actividades básicas (índice de Katz) y las instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton) son los instrumentos más confiables para orientarnos respecto a la función.<sup>24</sup>

### **Índice de Katz.**

Actividades básicas de la vida diaria [ABVD]:

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas de un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living.<sup>25</sup>

Valora seis funciones básicas, como son baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación, en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen.

El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad.

Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente, aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas.

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño).<sup>25</sup>

Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse.<sup>25</sup>

El test lo pueden utilizar los médicos, las enfermeras y el personal sanitario entrenado. También se puede utilizar en encuestas telefónicas, es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo. En general es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda.<sup>25</sup>

### **Escala de Lawton Brody**

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Esta escala se recomienda para evaluar al adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por alguna enfermedad crónica o porque se encuentra en periodo de recuperación de inmovilidad. Si el nivel de fragilidad o discapacidad no se evalúa, no se compensa con intervenciones apropiadas ni se vigila regularmente, la persona corre el riesgo de entrar en un proceso que pueda llevarla a un grado acumulativo de discapacidades.<sup>26</sup>

El instrumento incluye actividades como: usar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidar el hogar, lavar ropa, transportarse, tomar medicinas y manejar sus finanzas.

Cada actividad se evalúa con una escala ordinal, que va de menor a mayor dificultad para realizarlas y posteriormente se lleva a una escala numérica que va de 1 a 0.<sup>27</sup>

En México, 10 % de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77 % en el grupo de más de 90 años; en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62 % de dependencia para las ABVD y 75 % de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables.<sup>28</sup>

Esta escala de valoración de las AIVD, ha demostrado una valoración objetiva y breve, permitiendo al evaluador detectar señales tempranas de deterioro en la funcionalidad del adulto mayor.

Sin embargo, se deben considerar aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona, ya que algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización. Además, valorar que en pacientes institucionalizados se tendrán limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. <sup>28</sup>

### **Otras escalas de valoración de la funcionalidad del adulto mayor.** <sup>29</sup>

En la actualidad, se han creado muchas escalas de valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, en este protocolo solo utilizaremos las escalas de Índice de Katz e Índice de Lawton Brody, sin embargo, a continuación, haremos una breve descripción de algunas otras escalas también utilizadas. Tenemos al índice de Barthel también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Fue descrito por Mahoney FI y Barthel DW en 1965, diseñado para medir resultados del tratamiento rehabilitador en pacientes incapacitados por procesos neuromusculares y músculo esqueléticos.

En cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia.

Evalúa 10 áreas de actividades de la vida diaria (AVD) (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina).

Otros ítems utilizados son las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental, (EFCR y EMCR) publicadas 1972, se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y localizar a aquellos que precisaban asistencia geriátrica domiciliaria. Con el tiempo su empleo se ha generalizado en la valoración de pacientes en servicios de geriatría, residencias de ancianos y otro tipo de centros.

Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total).

Ha sido aplicada en muestras de ancianos de la comunidad, en programas de atención domiciliaria, a nivel hospitalario y en residencias y centros de día, permitiendo la valoración continuada y la transmisión de información entre los profesionales. Valora también la respuesta al tratamiento.

La evaluación de la función de los adultos mayores es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio clínico, en el que se basan las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos.

La valoración funcional se convierte en un elemento más para determinar la eficacia y eficiencia de la intervención médica, aunado a otros indicadores de salud como la morbilidad y la mortalidad.

En este sentido, la valoración de la función se muestra como un indicador sensible y relevante para evaluar necesidades y determinar la adjudicación de recursos. Es claro además que programas de concientización de familiares sobre cuidados, nutrición y actividades para mantener tanto las condiciones físicas como mentales, deberían ser prioridad de cualquier institución de los sistemas de salud nacionales para retardar la presentación de problemas de deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.<sup>29</sup>

### **Redes de apoyo social.**

En la actualidad, la realidad de los adultos mayores se encuentra inmersa en la tendencia a valorizar al ser humano por su capacidad de continuar haciendo parte de procesos productivos que prima sobre el valor que encierra en sí mismo. De igual manera, de acuerdo con el estereotipo cultural del mundo occidental, la vejez es sinónimo de pérdida de capacidades, especialmente las relacionadas con el aspecto físico, lo que en un medio donde el culto a la belleza y la valoración a la competencia, la rapidez, la agilidad son aspectos predominantes, hace que los individuos experimenten temor e incluso aversión por esa etapa de la vida, lo que abona el camino al aislamiento social e invisibilidad de las necesidades sociales, económicas y emocionales de los adultos mayores.<sup>30</sup>



Está demostrado que la existencia de redes sociales facilita la integración social de este grupo poblacional y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa. Dentro de sus efectos favorables se encuentra la posibilidad de enfrentar situaciones de tensión que requieren adaptación, como aquellas que son resultantes de los cambios físicos, mentales y de salud que pueden percibir.

Por lo que la definición de redes sociales, son el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Entre las cuales podemos destacar, las redes familiares, los amigos y vecinos, las comunitarias, y las institucionales.<sup>30</sup>

Las redes familiares constituyen el vínculo más cercano al individuo. Pueden ser el cónyuge, los hijos en primera instancia, o los colaterales y ascendentes. Hablando del envejecimiento, nos referimos claramente a las personas que cohabitan con el adulto mayor, y los que no cohabitan, pero siguen presentes de alguna forma ya sea brindando alguna ayuda, ya sea material o de cariño.

Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si se pertenecía a una red se estaba apoyado. Sin que ese apoyo fuera realmente suficiente.

Algunos elementos básicos para el estudio de la temática son el concepto de apoyo social, la identificación de las fuentes de apoyo, tipo de vínculos, disponibilidad y sostenibilidad de las redes, y complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social.<sup>31</sup>

A continuación, nos referiremos a cada una de ellos.

#### a) Apoyos sociales

Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de *transferencias*, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)

Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.

Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.<sup>31</sup>

#### b) Fuentes de apoyo de las personas mayores

Dentro de las fuentes de apoyo, podemos distinguir dos grupos, las fuentes formales y las fuentes informales de apoyo.

El *sistema formal* de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas.

El *sistema informal* está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

Respecto al apoyo informal, en la familia la cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, aunque se da también sin ella, especialmente en cuanto al apoyo material y emocional.

Los apoyos informales de las redes comunitarias distinguen aquellos que provienen de organizaciones que dirigen específicamente su accionar a los mayores de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros.

En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de ayudas instrumentales, materiales o de apoyo emocional. En las segundas, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente siendo parte de sus decisiones.<sup>31</sup>

#### c) Tipo de vínculos: Reciprocidad de los apoyos

Cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe; pero, visto globalmente, se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino en un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminado, entre otras razones porque no es posible establecer un valor preciso de lo intercambiado.<sup>31</sup>

#### d) Disponibilidad y sostenibilidad de las redes y de los apoyos

La disponibilidad de personas que puedan ser parte de las redes de apoyo depende de factores demográficos (baja fecundidad, migración, patrones de formación y disolución de uniones, etc.) y no demográficos (estabilidad en el empleo, nivel de bienestar de otros miembros de la familia, etc.)

No se trata solamente de una mayor disponibilidad como condición para un mayor apoyo. Se trata de que aquellos/as de los/as cuales el sujeto potencialmente dispone como fuente de ayuda estén en disposición o en capacidad de brindarla. Por ejemplo, se ha visto que en contextos más pobres la ayuda familiar está limitada porque los otros miembros de la misma pueden estar también necesitados de ayuda o porque buscan ascender socialmente. Este resultado nos muestra que la no disponibilidad de redes de apoyo puede ser una de las facetas de la pobreza. <sup>31</sup>

#### e) Complementación entre las redes de apoyo formal e informal

Para fines de políticas a favor a las personas mayores es importante considerar la medida en que se integran, complementan o contradicen los apoyos provenientes de las fuentes formales y de las fuentes informales.

Se ha encontrado en estudios en poblaciones pobres de México que cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos, otros) tiende a activarse y, del mismo modo, la red informal de apoyo tiende a desactivarse cuando existen apoyos institucionales.

Sin embargo, en contextos de crisis graves, en las que la situación de los actores que intervienen en estas redes (familiares, amigos y otros) sufre mermas extremas en sus propios recursos, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas dejando a los grupos más vulnerables como es el caso de los mayores. <sup>31</sup>

## Escala de Gijón

Es una escala de valoración inicial socio familiar en el anciano para la detección de riesgo social, puede ser Heteroadministrada.

Evalúa cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. De acuerdo al puntaje obtenido, obtenemos los siguientes resultados:

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social

Es importante señalar que la condición socio familiar, puede cambiar ya sea en beneficio del adulto mayor o en dado caso incrementar su riesgo social, por lo que se considera importante la reevaluación del paciente, sobre todo en aquellos que se sospeche de riesgo social.

Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo.

La fiabilidad Inter observador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).<sup>14</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico-degenerativas causantes de invalidez aunado a la pérdida gradual y progresiva de las capacidades motrices y cognoscitivas conforme avanza la edad, colocan al individuo en una posición de vulnerabilidad al perder su autonomía ocasionando problemas de funcionalidad, ya que se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, requiriendo por lo tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores, por lo que se considera necesario estudiar esta asociación en la población de nuestro medio. Por lo tanto, en este estudio nos preguntamos:

**¿Cuál sera el impacto del apoyo sociofamiliar en la capacidad funcional del adulto mayor de la unidad de medicina familiar no. 20?**

## OBJETIVOS

➤ **Objetivo general:**

- Determinar el impacto del apoyo socio familiar en la capacidad funcional del adulto mayor

➤ **Objetivos específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- Describir las características familiares de los adultos mayores (tipología)
- Identificar el apoyo socio familiar de los adultos mayores.
- Definir la capacidad funcional de los adultos mayores a través de la medición de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Mencionar las principales causas de dependencia funcional de los adultos mayores.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

➤ **Hipótesis nula.**

- A mayor limitación en la capacidad funcional del adulto mayor no disminuye el apoyo socio familiar.

➤ **Hipótesis alterna.**

- A mayor limitación en la capacidad funcional del adulto mayor disminuye el apoyo socio familiar.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Lugar del estudio:** UMF 20 Vallejo. Calzada Vallejo número 675 Colonia Magdalena de las Salinas Delegación Gustavo A Madero CP 07660 Ciudad de México.

**Población:** Adultos mayores adscritos a la Unidad de medicina familiar No 20 que acudieron a solicitar atención médica.

**Periodo del estudio:** Diciembre 2017 a Enero 2018.

**Diseño:** Transversal analítico

### **Criterios de selección:**

➤ Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores adscritos a la UMF 20.
- Adultos mayores que bajo consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio.

➤ Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que cursaron con deterioro neurológico que impidiera responder el cuestionario.

➤ Criterios de Eliminación:

- Adultos mayores que dejaron cuestionarios incompletos



## Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula;

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96.

e = Límite aceptable de error muestra que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Con una población de adultos mayores aproximadamente de 3515, con un riesgo aceptable del 5 % y una frecuencia esperada del 50% con un nivel de confianza del 95 % se obtuvo un tamaño de la muestra de n=347 más el 20 % de pérdida esperada se obtuvo n= 416.

Se realizó un muestreo no probabilístico por consultorio de la Unidad de Medicina Familiar No 20 Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social, considerando 31 consultorios de turno matutino y 31 consultorios de turno vespertino, se entrevistó un promedio de 7 pacientes por cada consultorio.

## **Variables de estudio**

**Variable de desenlace (dependiente):** Capacidad funcional e instrumental

**Variables descriptoras (independientes):** Apoyo socio-familiar, Edad, Sexo, Ocupación, Escolaridad, Religión, Tipología familiar.

### **Capacidad funcionalidad**

- Definición conceptual
  - Es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria
- Definición operacional
  - Se interrogó en la entrevista, las actividades básicas de acuerdo al Índice de Katz referente a: alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido, baño cocinar,
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal politómica.
- Unidad de medición: 1. Independiente para todas las funciones, 2. Independiente para todas las funciones, menos una cualquiera. 3. Independiente para todas menos baño y otra cualquiera. 4. Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera. 5. Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera. 6. Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera. 7. Dependiente en todas las funciones

### **Capacidad Instrumental**

- Definición conceptual
  - Es la capacidad de un adulto mayor para dar resolución de manera independiente o dependiente sus actividades instrumentales en su vida diaria.
- Definición operacional
  - Se interrogó en la entrevista, las actividades instrumentales de la vida diaria de acuerdo al Índice del Lawton Brody referente a: realizar las compras, labores domésticas, limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: ordinal
  - Unidad de medición: 1. Dependencia total 2. Dependencia severa 3. Dependencia moderada 4. Dependencia leve 5. Independencia.

## **Edad**

- Definición conceptual
  - Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento
- Definición operacional
  - Se identificó a pacientes mayores de 60 años o más. Se preguntó en la encuesta la edad que en este momento tiene el paciente.
- Tipo de variables: Cuantitativa.
- Escala de medición: Continua discreta
- Unidad de medición: Número de años 60, 61. 62...

## **Sexo**

- Definición conceptual
  - Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.
- Definición operacional
  - Durante la entrevista se observaron las características morfológicas de los individuos y se preguntara en la encuesta el sexo del paciente ya sea masculino y femenino.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Unidad de medición: 1. Masculino 2. Femenino.

## **Estado civil**

- Definición conceptual
  - Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.
- Definición operacional
  - Se pregunto en la encuesta, si es casado, unión libre, soltero o viudo.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Unidad de medición: 1. Casado/unión libre 2. Soltero/Viudez

## **Escolaridad**

- Definición conceptual
  - Nivel de estudio más alto al cual ha llegado una persona de acuerdo al sistema educativo.
- Definición operacional
  - Inicialmente se preguntó si el paciente sabe leer y escribir y en el caso de la respuesta afirmativa se continuo con la encuesta, preguntando acerca del último nivel alcanzado.
- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Unidad de medición: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato o equivalente carrera técnica o comercial 5. Licenciatura o Posgrado.

## **Ocupación**

- Definición conceptual
  - Acción o función que desempeña una persona.
- Definición operacional
  - Se preguntó al paciente durante la entrevista, que actividad desempeña. puede ser ninguna, hogar, asalariado, profesionista, comerciante, pensionado o jubilado.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Unidad de medición: 1. Ninguna 2. Hogar 3. Asalariado 4. Profesionista Comerciante 5. Pensionado o Jubilado.

## **Religión**

- Definición conceptual:
  - Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
- Definición operacional
  - Durante la encuesta, se preguntará su dogma de fe profesada.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Unidad de medición: 1. católico 2. Cristiano 3. Testigo de jehová 4. Ateo 5. otros

## **Tipología familiar**

- Definición conceptual
  - La familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Existen múltiples clasificaciones en cuanto a la tipología familiar, sin embargo, para fines prácticos usaremos la tipología de acuerdo a la presencia de sus integrantes en el hogar.

- Definición operacional
  - Durante la encuesta se preguntó con cuantas personas cohabita, y su parentesco. Posteriormente para simplificar los datos obtenidos, utilizaremos la clasificación familiar de acuerdo a la presencia física y convivencia en el hogar
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Unidad de medición: 1. Nuclear simple: presencia de ambos padres en el hogar 2. Monoparental: la presencia de alguno de los padres, con sus hijos 3. Extenso ascendente: hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de sus padres. 4. Extensa descendente: padres que viven en la casa de alguno de los hijos. 5. Extensa colateral: núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

### **Valoración de apoyo sociofamiliar “Escala de Gijón”**

- Definición conceptual:
  - Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis
- Definición operacional:
  - Mediante la Escala de valoración social de Gijón, se identificó la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio, así como las situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Las cuales durante la encuesta interrogaremos cuál es su situación familiar, cuáles son sus relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y quien proporciona apoyo económico.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Unidad de medición: 1. Apoyo Sociofamiliar bueno (bajo riesgo de institucionalización) 2. Apoyo Sociofamiliar intermedio 3. Deterioro Sociofamiliar severo (alto riesgo de institucionalización).

## Descripción general del estudio

Una vez autorizado el protocolo de investigación en el comité local de investigación, se solicitó consentimiento a las autoridades de la UMF 20, para aplicar las entrevistas en un área específica, tranquila, libre de ruidos externos y con adecuada ventilación, localizada en la sala de espera del centro de documentación en salud. Se procedió a realizar la presentación pertinente del entrevistador en la UMF 20 e invitación a la población sujeta a estudio, para aplicar las entrevistas. En primera instancia se les otorgó un consentimiento informado (anexo 1), el cual debió firmar como autorización para incluirse en este estudio. Se explicó acerca del manejo ético de la información, el que no serían revelados los nombres, datos personales y que no habría remuneración económica por su participación.

Se les explicó en qué consistía el estudio, y en caso de no acceder a participar, no tendría repercusión alguna en la calidad de atención, tratamiento o trato por parte del equipo médico que labora en esta unidad. Posteriormente y previo consentimiento informado iniciamos con la entrevista, se leyó de manera clara y despacio cada una de las preguntas, las respuestas fueron asentadas en cada instrumento Índice de Katz (anexo 2) para evaluar actividades básicas de la vida diaria, Índice de Lawton y Brady (anexo 2) para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, para evaluar las redes de apoyo Sociofamiliar utilizaremos la escala de Gijón (anexo 2). Al término de la encuesta se verificó que estuviera completa y se le dio gracias su participación.

Al concluir todas las encuestas de acuerdo al tamaño de muestra se procedió a realizar la sabana de datos y tablas de salida en el SPSS.

Los instrumentos utilizados fueron:

Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria [ABVD]): <sup>24</sup>

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas de un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living.

En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica para el índice al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos.

Valora seis funciones básicas, como son baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación, en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen. El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente, aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas.

Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información. En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño).

Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

El test lo pueden utilizar los médicos, las enfermeras y el personal sanitario entrenado. También se puede utilizar en encuestas telefónicas, es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo.

Presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. y otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

### Interpretación

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas:

- Un considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

- Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc. de independencia.

Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que: 0 puntos equivalen al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa. <sup>24</sup>

### Validez y reproducibilidad.

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de actividad básica de la vida diaria es alta. Además, es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos.

Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo, es poco sensible antes cambios pequeños de la capacidad funcional.

El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como Inter observador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.



## Limitaciones.

Las limitaciones principales del Índice de Katz son en aquellas tareas dependientes en gran medida de las extremidades superiores y su escasa sensibilidad al cambio.

En general es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda. Este problema se ha intentado paliar realizando modificaciones sobre la escala inicial, suprimiendo algunas AVD básicas (continencia o ir al servicio) y sustituyéndolas por actividades instrumentales (como ir de compras o utilización del transporte).<sup>24</sup>

### Utilidad actual

- Describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones.
- Predecir la necesidad de rehabilitación.
- Comparar el resultado de diversas intervenciones.
- Seguir la evolución de los pacientes.
- Seguir la evolución del tratamiento.
- Predice la necesidad de institucionalización, el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad de pacientes agudos.
- Forma parte de la evaluación interdisciplinar en unidades de geriatría.<sup>24</sup>

### Escala de Lawton Brody<sup>24,25</sup>

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente sobre todo a en la consulta y hospitalización.

Esta escala se recomienda para evaluar al adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por alguna enfermedad crónica o porque se encuentra en periodo de recuperación de inmovilidad. Si el nivel de fragilidad o discapacidad no se evalúa, no se compensa con intervenciones apropiadas ni se vigila regularmente, la persona corre el riesgo de entrar en un proceso que pueda llevarla a un grado acumulativo de discapacidades. El instrumento incluye actividades como: usar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidar el hogar, lavar ropa, transportarse, tomar medicinas y manejar sus finanzas. Cada actividad se evalúa con una escala ordinal, que va de menor a mayor dificultad para realizarlas y posteriormente se lleva a una escala numérica que va de 1 a 0.13.

En México, 10 % de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77 % en el grupo de más de 90 años; en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62 % de dependencia para las ABVD y 75 % de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables.

Dado que las características de las enfermedades en el adulto mayor son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional, el conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida y, con ello, cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los adultos mayores es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan.

Utilidad.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Limitaciones.

Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

Escala de Gijón<sup>14</sup>

Es una escala de valoración inicial socio familiar en el anciano para la detección de riesgo social, puede ser Heteroadministrada. Evalúa cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

De acuerdo al puntaje obtenido, obtenemos los siguientes resultados:

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social

Es importante señalar que la condición socio familiar, puede cambiar ya sea en beneficio del adulto mayor o en dado caso incrementar su riesgo social, por lo que se considera importante la reevaluación del paciente, sobre todo en aquellos que se sospeche de riesgo social.

Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad Inter observador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).

### **Análisis estadístico.**

Una vez realizadas las entrevistas, previa verificación de llenado completo, se codificó la información y se utilizó como programa estadístico de análisis de datos SPSS versión actual para realizar tablas de salida. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas. Para valorar la asociación de variables  $Ji^2$ , IC al 95% con una p significativa al 0.05.

## RESULTADOS

Se evaluaron a 416 adultos mayores de los cuales se observó 60.8%(253) del sexo femenino y 39.2% (163) masculino. Con una media de edad de  $73.89 \pm 6.732$  con una mínima de 65 y máxima de 91 años. Siendo el grupo de mayor predominio el de 70-79 años con un 37.7 % (157) y el de 60-69 con 37% (154). Casados el 65.1% (271). Escolaridad primaria en un 61.3%. (225). Dedicados al hogar el 47.8 % (199). Religión católica en 98.6%(410). Pertenecientes a una familia nuclear 68%(283). Con ocupación en el hogar 47.8%(199). (TABLA 1)

**TABLA 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES.**

DATOS GENERALES	N	%
<b>SEXO</b>		
<b>MASCULINO</b>	163	39.2
<b>FEMENINO</b>	253	60.8
<b>EDAD</b>		
<b>60-69</b>	154	37
<b>70-79</b>	157	37.7
<b>80-89</b>	93	22.4
<b>90-100</b>	12	2.9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>CASADO</b>	271	65.1
<b>SOLTERO</b>	145	34.9
<b>ESCOLARIDAD</b>		
<b>ANALFABETA</b>	66	15.9
<b>PRIMARIA</b>	225	61.3
<b>SECUNDARIA</b>	67	16.1
<b>BACHILLERATO</b>	11	2.6
<b>LICENCIATURA</b>	17	4.1
<b>RELIGIÓN</b>		
<b>NINGUNA</b>	1	2
<b>CATÓLICA</b>	410	98.6
<b>CRISTIANA</b>	2	0.5
<b>TESTIGOS DE JEHOVA</b>	3	0.6
<b>OTROS</b>	0	0
<b>OCUPACIÓN</b>		
<b>NINGUNA</b>	35	8.4
<b>HOGAR</b>	199	47.8
<b>ASALARIADO</b>	2	0.5
<b>COMERCIANTE/PROFESIONISTA</b>	42	10.1
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	138	33.2
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR</b>		
<b>NUCLEAR</b>	283	68
<b>MONOPARENTAL</b>	18	4.3
<b>EXTENSA ASCENDENTE</b>	5	1.2
<b>EXTENSA DESCENDENTE</b>	89	21.4
<b>EXTENSA COLATERAL</b>	21	5

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

En las actividades básicas de la vida diaria, fueron independientes para todas las funciones en un 77.4% (322), con dificultad para realizar al menos una actividad 19.5%(81), con incapacidad para usar el baño y cualquier otra actividad 2.6 % (11), con incapacidad para realizar más de tres actividades 0.5%(2). (TABLA 2). Las actividades básicas de la vida diaria más afectada fue la movilidad con un 10.3%, bañarse 6.5% y uso del WC 4.3%. (TABLA 3).

**TABLA 2. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES.**

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	N	%
<b>INDEPENDENCIA PARA TODAS LAS FUNCIONES.</b>	322	77.4
<b>INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS UNA CUALQUIERA.</b>	81	19.5
<b>INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA.</b>	11	2.6
<b>INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA.</b>	2	0.5
<b>INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA.</b>	0	0
<b>INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA.</b>	0	0
<b>DEPENDIENTES EN TODAS LAS FUNCIONES</b>	0	0

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

**TABLA 3. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.**

AREAS DE ACTIVIDADES BASICAS	N	%
<b>BAÑO</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	389	93.5
<b>DEPENDIENTE</b>	27	6.5
<b>VESTIDO</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	409	98.3
<b>DEPENDIENTE</b>	7	1.7
<b>USO DE WC</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	398	95.7
<b>DEPENDIENTE</b>	18	4.3
<b>MOVILIDAD</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	373	89.7
<b>DEPENDIENTE</b>	43	10.3
<b>CONTINENCIA</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	410	98.6
<b>DEPENDIENTE</b>	6	1.4
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
<b>INDEPENDIENTE</b>	408	98.1
<b>DEPENDIENTE</b>	8	1.9

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

En actividades instrumentales de la vida diaria 62%(258) son independientes, 32% (133) con dependencia leve, 5.8%(24) con dependencia moderada, 0.2 % (1) con dependencia severa. (TABLA 4). Dentro de las AIVD encontramos con mayor dependencia el uso de transporte con un 28.6%, manejo de asuntos económicos en un 11.1%, lavar la ropa y hacer las compras con un 6%. (TABLA5).

**TABLA 4. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	N	%
DEPENDENCIA TOTAL	0	0
DEPENDENCIA SEVERA	1	0.2
DEPENDENCIA MODERADA	24	5.8
DEPENDENCIA LEVE	133	32
INDEPENDENCIA	258	62

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

**TABLA 5. EVALUACION DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES**

ÁREAS INSTRUMENTALES	N	%
LAVAR LA ROPA		
INDEPENDIENTE	391	94
DEPENDIENTE	25	6
MANEJO DE ASUNTOS ECONOMICO		
INDEPENDIENTE	370	88.9
DEPENDIENTE	46	11.1
USO DE TRANSPORTE		
INDEPENDIENTE	297	71.4
DEPENDIENTE	297	4.3
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION		
INDEPENDIENTE	408	98.1
DEPENDIENTE	8	1.9
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		
INDEPENDIENTE	403	96.9
DEPENDIENTE	13	3.1
CUIDADO DE LA CASA		
INDEPENDIENTE	408	98.1
DEPENDIENTE	8	1.9
HACER COMPRAS		
INDEPENDIENTE	391	94
DEPENDIENTE	25	6
CUIDADO DE LA CASA		
INDEPENDIENTE	415	99.8
DEPENDIENTE	1	1.9

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

Se observó que el 88%(366) tienen un apoyo sociofamiliar bueno, 11.3% con apoyo familiar intermedio y 0.7% (3) con deterioro social severo. (TABLA 6)

**TABLA 6. ESCALA DE APOYO SOCIO FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES.**

APOYO SOCIO FAMILIA	N	%
APOYO SOCIO FAMILIAR BUENO	366	88
APOYO SOCIO FAMILIAR INTERMEDIO	47	11.3
DETERIORO SOCIO FAMILIAR SEVERO	3	0.7

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

Se realizó la asociación de la capacidad funcional y apoyo sociofamiliar encontrándose las siguientes características de los **pacientes independientes para todas las actividades básicas**: se encontró en un 93.5% (301) con apoyo sociofamiliar bueno, 5.9%(19) con apoyo sociofamiliar intermedio y 0.6% (2) con deterioro sociofamiliar severo. Características de los **pacientes independientes para todas las funciones menos una cualquiera**: se encontró 75.3 % (61) con apoyo sociofamiliar bueno, 23.5% (19) con apoyo sociofamiliar intermedio. Características de los **pacientes independientes para todas las funciones menos baño y una cualquiera**: se encontró 36.4 % (4) con apoyo sociofamiliar bueno, 63.6%(7) con apoyo sociofamiliar intermedio. Características de los **pacientes independientes para todas las funciones menos baño, vestido y una cualquiera**: se encontró que el 100 % (2) tenía apoyo sociofamiliar intermedio. (TABLA 7)

**TABLA 7. ASOCIACIÓN DEL IMPACTO DEL APOYO SOCIOFAMILIAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES.**

APOYO FAMILIAR	SOCIO	CAPACIDAD FUNCIONAL								P
		1		2		3		4		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
APOYO FAMILIAR BUENO	SOCIO	301	93.5	61	75.3	4	36.4	0	0	0.0
APOYO FAMILIAR INTERMEDIO	SOCIO	19	5.9	19	23.5	7	63.6	2	100	0.0
DETERIORO FAMILIAR SEVERO	SOCIO	2	0.6	1	1.2	0	0	0	0	0.0

*INDEPENDENCIA PARA TODAS LAS FUNCIONES. (2) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS UNA CUALQUIERA. (3) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. (4) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA. (P) Chi cuadrada de Pearson.*

*Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20*

Características de los pacientes ***independientes para todas las actividades básicas***: se encontró predominio del sexo femenino en un 59.6%(192), el rango de edad fue de 60-69 años en un 46.35% (149), estado civil de predominio fue casado en un 66.8%(215). Escolaridad primaria en un 64.3%(207). Religión católica en un 99.1 % (319) y de ocupación de predominio fue el hogar con un 46.9%(151). Con familia nuclear un 67.7 % (218), con independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria un 79.5 % (256). (TABLA 8 Y 9)

Características de los pacientes ***independientes para todas las funciones menos una cualquiera***: se encontró predominio del sexo femenino en un 66.7 % (54), el rango de edad fue de 70-79 años en un 38.3% (149), estado civil de predominio fue casado en un 61.7%(50). Escolaridad primaria en un 55%(45). Religión católica en un 97.5 % (79) y de ocupación de predominio fue el hogar con un 53.1 % (43). Con familia nuclear un 71.6 % (58), con dependencia leve para las actividades instrumentales de la vida diaria un 82.7% (67). (TABLA 8 Y 9)

Características de los pacientes ***independientes para todas las funciones menos baño y una cualquiera***: se encontró predominio del sexo femenino en un 54.5 % (6), el rango de edad fue de 80-89 años en un 63.6% (7), estado civil de predominio fue casado en un 45.5 % (5). Escolaridad analfabeta en 63.6%(7). Religión católica en un 90.9 % (10) y de ocupación de predominio fue ninguna con 36.4%(4) y el hogar con 36.4% (4). Con familia nuclear un 54.4 % (6), con dependencia moderada para las actividades instrumentales de la vida diaria el 81.9 % (9). (TABLA 8 Y 9)

Características de los ***pacientes independientes para todas las funciones menos baño, vestido y una cualquiera***: se encontró sexo femenino 50% (1) masculino 50% (1), el rango de edad fue de 70-79 años en 100%(2). Escolaridad primaria y analfabeta ambas con un 50%(2). Estado civil de predominio fue casado en un 50 % (1) y soltero en un 50% (1). Religión católica en un 100 % (2) y de ocupación de predominio fue hogar con 50% (1) y pensionado con 50% (1). Con familia nuclear un 50 % (1), con familia extensa descendente un 50%(1), con dependencia leve para las actividades instrumentales de la vida diaria 50%(1) y con dependencia moderada para las actividades instrumentales de la vida diaria un 50% (1). (TABLA 8 Y 9)



**TABLA 8. ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL CON LOS ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES.**

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	CAPACIDAD FUNCIONAL								P
	1		2		3		4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
SEXO									
MASCULINO	130	40.4	27	33.3	5	45.5	1	50	0.652
FEMENINO	192	59.6	54	66.7	6	54.5	1	50	
EDAD									
60-69	149	46.3	5	6.5	0	0	0	0	0.000
70-79	123	38.2	31	38.3	1	9.1	2	100	
80-89	46	14.3	40	9.6	7	63.6	0	0	
90-100	4	6.2	5	1.2	3	27.3	0	0	
ESTADO CIVIL									
CASADO	215	6.8	50	61.7	5	45.5	1	50	0.412
SOLTERO	107	33.2	31	38.3	6	54.5	1	50	
ESCOLARIDAD									
ANALFABETA	34	10.6	24	29.6	7	63.6	1	50	0.000
PRIMARIA	207	64.3	45	55.6	2	18.2	1	50	
SECUNDARIA	56	17.4	10	12.3	1	9.1	0	0	
BACHILLERATO	9	2.7	1	31.2	1	9.1	0	0	
LICENCIATURA	16	4.96	1	31.2	0	0	0	0	
RELIGIÓN									
NINGUNA	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0.016
CATOLICA	319	99.1	79	97.5	10	90.9	2	100	
CRISTIANA	0	0	1	1.2	1	9.1	0	0	
TESTIGOS DE JEHOVA	2	0.6	1	1.2	0	0	0	0	
OTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	
OCUPACION									
NINGUNA	21	6.5	10	12.3	4	36.4	0	0	0.093
HOGAR	151	46.9	43	53.1	4	36.4	1	50	
ASALARIADO	2	0.6	0	0	0	0	0	0	
COMERCIANTE/PROFESIONAL	37	11.5	5	6.2	0	0	0	0	
PENSIONADO	111	26.7	23	28.4	1	1.2	1	50	
TIPOLOGIA FAMILIAR									
NUCLEAR	218	7.7	58	71.6	6	54.4	1	50	0.512
MONOPARENTAL	16	5.0	1	1.2	1	9.1	0	0	
EXTENSA ASCENDENTE	4	1.0	1	1.2	0	0	0	0	
EXTENSA DESCENDENTE	66	20.5	20	24.7	2	18.2	1	0	
EXTENSA COLATERA	18	5.6	1	1.2	2	18.2	0	0	

**INDEPENDENCIA PARA TODAS LAS FUNCIONES. (2) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS UNA CUALQUIERA. (3) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. (4) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA. (P) Chi cuadrada de Pearson.**  
**Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20**

**TABLA 9. ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL CON LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	CAPACIDAD FUNCIONAL								P
	1		2		3		4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
DEPENDENCIA TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
DEPENDENCIA SEVERA	0	0	0	0	1	9.1	0	0	
DEPENDENCIA MODERADA	2	0.6	12	14.8	9	81.8	1	50	
DEPENDENCIA LEVE	64	19.9	67	82.7	1	9.1	1	50	
INDEPENDENCIA	256	79.5	2	2.5	0	0	0	0	

INDEPENDENCIA PARA TODAS LAS FUNCIONES. (2) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS UNA CUALQUIERA. (3) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. (4) INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES, MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA.

(P) Chi cuadrada de Pearson. Fuente. Encuestas a los adultos mayores UMF20

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el apoyo socio familiar en los adultos mayores fue de predominio bueno, se observó que la familia tiene una gran participación con el cuidado del adulto mayor, pero a mayor limitación de la capacidad funcional menor apoyo familiar.

Según **Wong y cols**<sup>32</sup> el sistema de apoyo socio familiar tiende a incrementar en medida que disminuye la funcionalidad en el adulto mayor coincidiendo con lo obtenido en este estudio, siendo los principales factores que se asocian al incremento de la limitación de la capacidad funcional la edad del adulto mayor y la baja escolaridad.

Se identificaron las principales características sociodemográficas en nuestra población de estudio, donde predominó el sexo femenino en un 60.8 % y estado civil casado 65.1%, coincidiendo con **Zavala y cols**<sup>23</sup> donde se obtuvieron 56% del sexo femenino y 56% casados. Considerando como factor protector el contar con pareja para preservar la capacidad funcional. **Zavala y cols**<sup>23</sup> encontraron la escolaridad primaria en un 83% en comparación con nuestro estudio donde la frecuencia fue del 61%, sin embargo, el estudio realizado en población rural, y nuestro estudio fue en población urbana. En ambas poblaciones la familia nuclear fue similar obteniendo un porcentaje de 68%.

El **INEGI 2014**<sup>36</sup> menciona que los adultos mayores en nuestro país, entre 60 a 84 años de edad, presentan un grado de escolaridad primaria en un 50%, observando un incremento en nuestra población de estudio hasta el 61.3%, concordando que posterior a los 85 años, la escolaridad disminuye. La religión católica se encontró en un 98.6%, un poco más del porcentaje a la información censada, donde se presenta un 86%.

En cuanto a la ocupación **INEGI 2014**<sup>36</sup> reportó que 57% se dedica al hogar, encontrando menor porcentaje con un 47.8% con un predominio significativo de mujeres sobre la población masculina, el grupo de adultos mayores no económicamente activos manifiestan su principal razón por el hecho de atender los quehaceres del hogar. Le sigue en importancia, de mayor participación masculina donde el **INEGI 2014**<sup>36</sup> refiere el 25.1% se encuentran en calidad de pensionados o jubilados, sin embargo, nuestra muestra al ser de la seguridad social incremento hasta un 33.2%.

**Jiménez y cols** <sup>33</sup> mencionan que la dependencia en el adulto mayor incrementa con la edad, manteniéndose en mayor medida la funcionalidad en el sexo femenino, casadas y de ocupación el hogar, correspondiendo a lo obtenido en nuestro estudio.

Es necesario precisar que no solo la satisfacción de necesidades básicas y materiales es la razón por la cual una persona decide formar parte de una red, para los adultos mayores las necesidades emocionales y cognitivas se convierten en la motivación principal. <sup>2</sup>

La reconfiguración de la familia con disminución de sus integrantes pone en riesgo las redes de apoyo en el adulto mayor, ya que podría entrar en contingencia, y favorecer la presencia de discapacidad.

Para el adulto mayor la primera red de apoyo es la familia, en este estudio se encontraron familias nucleares 68% y extensas 21.6%, observando que aquellos adultos mayores con pareja, o con una familia extensa presentaron mayor preservación de la capacidad funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**González y cols** <sup>35</sup> mencionan que la capacidad funcional de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana e instrumentales, declina gradualmente y difiere de individuo a individuo.

**Gutiérrez y cols** <sup>35</sup> mencionan que cerca del 80 % de adultos mayores mexicanos con más de 60 años están libre de discapacidad, y pueden desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 %. En este estudio encontramos un porcentaje de 22.6 % de adultos mayores con alguna limitación para una o más de las actividades básicas de la vida diaria. Las que tuvieron una mayor frecuencia de afectación son la movilidad 10.3% y uso del WC 4.3%. En las actividades instrumentales, se observó principalmente que el uso de transporte público es limitado, ya que un 28.6% requiere apoyo por parte de algún familiar, así como para el manejo de asuntos económicos 11%.

## **CONCLUSIONES.**

Se observó la asociación entre la capacidad funcional y el apoyo socio familiar en los adultos mayores, donde se encontró que aquellos adultos mayores independientes para todas sus actividades básicas de la vida diaria, tenían apoyo socio familiar bueno en un 93.5%, con limitación funcional para una actividad se encontró en un 75.3 % con apoyo sociofamiliar bueno, sin embargo, el apoyo sociofamiliar intermedio incremento a un 23.5%. En aquellos adultos mayores con limitación de 2 o más actividades básicas, encontramos un apoyo sociofamiliar del 63.6 %, por lo que podemos ver que el apoyo socio familiar impacta en la capacidad funcional del adulto mayor.

Se logró identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores, caracterizándose por ser del sexo femenino, encontrándose entre los 60-69 años y 70-79 años, casados, practicantes de la región católica, con ocupación de predominio el hogar y pertenecientes a una familia nuclear.

La capacidad funcional en los adultos mayores se encontró con independencia para todas las funciones. Una quinta parte presento limitación para una o más actividades, disminuyendo así su capacidad funcional.

De acuerdo a las actividades instrumentales de la vida diaria, se perciben totalmente independientes, sin embargo, conforme presentaron limitación para las actividades básicas de la vida diaria, los adultos mayores presentaron incremento en la dependencia. De igual forma se observó que el apoyo sociofamiliar disminuyó, en aquellos adultos mayores que presentaron algún grado de dependencia leve a intermedia por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna

## RECOMENDACIONES

En los últimos años la esperanza de vida se ha incrementado, se ha visto que, a más avanzada edad, los adultos mayores tienden al deterioro de capacidad funcional, por lo que debemos considerar estrategias multidisciplinarias para preservar su independencia.

Realizar evaluaciones periódicas sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en adultos mayores, sobre todo en aquellos que tengan factores de riesgo como enfermedades crónico degenerativas, deterioro cognitivo o alguna limitación física.

Identificar el grado de dependencia que presentan los adultos mayores con la finalidad de implementar medidas estratégicas que permitan limitar o retrasar la pérdida de la capacidad funcional.

Cuando el adulto mayor presenta algún grado de dependencia, tendremos que identificar quien o quienes fungirán como cuidador, recordemos que la principal red de apoyo del adulto mayor es la familia. Sin embargo, a lo largo de la vida, el adulto mayor ha sufrido pérdidas de familiares y de amigos, lo que ocasiona disminución en la extensión de las redes de apoyo.

Debemos investigar cual es la red de apoyo de cada adulto mayor que acude solicitando algún servicio en nuestra unidad, sobre todo en aquellos que acuden solos a consulta, que tengan factores de riesgo para presentar algún tipo de dependencia.

En aquellos adultos mayores con redes de apoyo escasas o nulas, se deberá indagar si hay más familiares o amigos que pudieran apoyarlo. En casos particulares donde no se cuente con redes de apoyo informales, y haya algún grado de dependencia en el adulto mayor, habrá que ofrecerle alguna red de apoyo formal, con el fin de garantizar su acceso a los servicios de salud, para su bienestar físico y mental.

Realizar promoción de la salud en este grupo etario, para detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas que pudieran afectar su capacidad funcional directamente

Ofrecer actividades de recreación a los adultos mayores, para disminuir el deterioro cognitivo.

Promoción de la actividad física en el adulto mayor con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, óseas y reducir el riesgo de depresión, deterioro cognitivo.

Los adultos mayores que presenten movilidad reducida realicen actividades físicas para fortalecer los principales grupos de músculos, mejorar su equilibrio o impedir el riesgo de caídas, 3 o más días a la semana.

Aquellos que no puedan realizar alguna actividad física recomendada para su edad debido a su estado de salud, deberán mantenerse activos en medida que su estado lo permita.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. 2008; 25(4):374-379.
2. Santos, Z. Adulto mayor, redes sociales e integración. *Revista Trabajo Social*. 2009 2(11):159-174.
3. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J Epidemiol* 1985; 14:9-19
4. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (7): 277-284.
5. OMS (2015) Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah -Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
8. CONAPO, (2012). "Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México", Comité especial sobre población y desarrollo, XXXII Periodo de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
9. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Distrito Federal. 2014; 1: 38-41.
10. Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Vázquez-Valdez OE, Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM, y cols. Evaluación de la Comorbilidad en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 153-162.
11. González César A., Ham-Chande Roberto. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 ene [citado 2017 Oct 31]; 49(Suppl 4): s448-s458. Disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342007001000003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000003&lng=es).



12. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex* 2007; 49 (4):S459-S466.
13. Cervera Estrada Lex, Hernández Riera Rodolfo, Pereira Jiménez Isel, Sardiñas Montes de Oca Odalys. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *AMC* [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Oct 31]; 12(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10252552008000600006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10252552008000600006&lng=es).
14. Rendón-Orozco MC, Rodríguez-Ledesma MA. Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 171-177.
15. Domínguez González Tamara B, Espín Andrade Ana Margarita, Bayorre Veá Héctor. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2001 Oct [citado 2017 Oct 31]; 17(5): 418-422. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08642125200100050002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200100050002&lng=es).
16. Soberanes-Fernández S, González-Pedraza-Avilés A, Moreno-Castillo YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14(4):161-72.
17. Lobo A, Santos MP, Carvalhob J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42(1):22-6.
18. Barrantes-Monge Melba, García-Mayo Emilio José, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel, Miguel-Jaimes Alejandro. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2017 Oct 31]; 49( Suppl 4): s459-s466. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342007001000004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000004&lng=es).
19. Cortés N Alma Rosa, Villarreal R Enrique, Galicia R Liliana, Martínez G Lidia, Vargas D Emma Rosa. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Jun [citado 2017 Nov 01]; 139(6): 725-731. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872011000600005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872011000600005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600005>.
20. Ramos-Guido E, Llibre-Rodríguez J. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2004 Ago [citado 2017 Nov 01]; 20 (4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252004000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000400009&lng=es).

21. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008; 43: 265-267.
22. Villarreal-Amarís G, Month-Arrieta E. Condición Sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud* 2012; 28 (1): 75-87.
23. Zavala-González, Marco Antonio; Domínguez-Sosa, Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 49, núm. 6, 2011, pp. 585- 590
24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the Index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185: 914-919.
25. Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Prim* 1992, 10: 812-815.
26. Soberanes Fernández, Susana, González Pedraza Avilés, Alberto, Moreno Castillo, Yolanda del Carmen, Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* [en línea] 2009, 14 (octubre-diciembre): [Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>, ISSN 1665-7330
27. Olazarán J, Mouronte P, Bermejo F. Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 2005; 20: 395-401.
28. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.
29. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin* 2011; 72 (1): 11-16.
30. Montes de Oca, V., "Las redes de apoyo social: definiciones y reflexiones para gerontólogos", en Trujillo de los Santos, Zoila, M. Becerra Pino y M. S. Rivas Vera, *Latinoamérica Envejece. Visión gerontológica / geriátrica*, México, D.F, Mac Graw Hill 2007; (1):57-65.
31. Montes de Oca V. Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. *Demos* 2001: 34-35.
32. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 4:436-S447
33. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel E, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor, *Rev Aten Fam* 2016; 23(4)

34. Segovia Díaz de León Martha Graciela, Torres Hernández Erika Adriana. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011;22(4):162-166.
35. Gutiérrez-Robledo L., García-Peña M., Jiménez-Bolón J., Envejecimiento y dependencia: Realidades y Previsión de los próximos años. Intersistemas 2014;47-49.
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2014. Segundo trimestre. Base de datos. México. Disponible en: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/OtrTemEcon/ENDUTIH2018\\_02.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/OtrTemEcon/ENDUTIH2018_02.pdf)

# ANEXOS

## Anexo 1. Consentimiento informado.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
Nombre del estudio:	"ASOCIACIÓN DEL IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR"
Lugar y fecha:	Calzada Vallejo Esq. del IMSS s/n Magdalena de las Salinas Gustavo A Madero Ciudad de México
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación del impacto del apoyo socio familiar con la capacidad funcional del adulto mayor, ya que se ha visto, que los adultos mayores, con pocas redes de apoyo tienen mayor riesgo de deterioro en su funcionalidad.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con el apoyo socio familiar y la capacidad funcional <i>así como determinar las variables sociodemográficas.</i>
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información respecto a la funcionalidad en el adulto mayor. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto a la capacidad funcional del adulto mayor, información de utilidad para futuros programas de prevención primaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Ricardo González Domínguez, Médico Familiar en UMF 20 Matrícula 99359238 Calz Vallejo No. 675 Col. Magdalena de las Salinas GAM CDMX TEL. 55874422. EXT. 15307 Y 15320 E- MAIL <a href="mailto:rgdo_31@yahoo.com.mx">rgdo_31@yahoo.com.mx</a>
Colaboradores:	Dra. Rodiles Álvarez María Guadalupe Matrícula: 98352556 Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 55874422 EXT 15307 Jefatura de enseñanza de la UMF 20 Vallejo E-MAIL <a href="mailto:dralupitarodiles87@gmail.com">dralupitarodiles87@gmail.com</a>
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma Clave: 2810-009-013	Nombre, dirección, relación y firma

## Anexo 2. Instrumento



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

ENTREVISTA PARA VALORAR LA "ASOCIACIÓN DEL IMPACTO DEL APOYO SOCIO FAMILIAR CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR"

No. FOLIO \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

¿CON QUIEN VIVE EN ESTE MOMENTO?

### 1.- ESCALA DE GIJÓN.

LEA CUIDADOSAMENTE Y MARQUE CON UNA "X" LA OPCION QUE MÁS CONSIDERE ADECUADA.

SITUACION FAMILIAR	PUNTAJE	RESPUESTA
Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	1	
Vive con pareja de edad similar.	2	
Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	3	
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	4	
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	5	
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	PUNTAJE	RESPUESTA
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1	
Solo se relaciona con familia/vecinos/otros/ sale de casa	2	
Solo se relaciona con familia, sale de casa.	3	
No sale de si domicilio, recibe familia o visitas (<1 por semana)	4	
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)	5	
APOYO DE RED SOCIAL	PUNTAJE	RESPUESTA
No necesita ningún apoyo	1	
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	2	
Recibe apoyo social formal suficiente	3	
Tiene soporte social, pero es insuficiente	4	
No tiene ningún soporte social y lo necesita	5	
PUNTAJE FINAL		
≤7 puntos	Apoyo socio-familiar bueno (bajo riesgo de institucionalización).	
8-9 puntos	Apoyo socio-familiar intermedio.	
≥10 puntos	Deterioro socio-familiar severo (alto riesgo de institucionalización).	

## 2.- Índice de Katz

<b>INSTRUCCIONES:</b> Responda las preguntas marcando con una "X" la respuesta que más considere adecuada.	
<b>BAÑO</b>	
Independiente Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (por ejemplo, espalda).	
Dependiente Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.	
<b>VESTIDO</b>	
Independiente Coge la ropa y se la pone Él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias o calcetines).	
Dependiente No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.	
<b>USO DEL WC</b>	
Independiente Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.	
Dependiente Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.	
<b>MOVILIDAD</b>	
Independiente Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.	
Dependiente Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse de la cama y/o de la silla, necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.	
<b>CONTINENCIA</b>	
Independiente Control completo de la micción y defecación	
Dependiente Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Independiente Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).	
Dependiente Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.	
<b>INTERPRETACIÓN</b>	
<p>Independiente para todas las funciones.          Independiente para todas las funciones, menos una cualquiera.          Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.          Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.          Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.          Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera.          Dependiente en todas las funciones</p>	

### 3.- Índice de Lawton y Brody

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		PUNTAJE	PUNTAJE
Utilizar el teléfono por iniciativa propia		1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		1	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar		1	1
No utiliza el teléfono		0	0
COMPRAS		PUNTAJE	PUNTAJE
Realiza todas las compras necesarias independientemente		1	1
Realiza independientemente pequeñas compras		0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra		0	0
Totalmente incapaz de comprar		0	0
PREPARACION DE LA COMIDA		PUNTAJE	PUNTAJE
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1	----
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0	----
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0	----
Necesita que le preparen y sirvan la comida		0	----
CUIDADO DE LA CASA		PUNTAJE	PUNTAJE
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)		1	----
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas		1	----
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1	----
Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1	----
No participa en ninguna labor de la casa		0	----
LAVADO DE LA ROPA		PUNTAJE	PUNTAJE
Lava por sí solo toda su ropa		1	----
Lava por sí solo pequeñas prendas		1	----
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro		0	----
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		PUNTAJE	PUNTAJE
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche		1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte		1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas		1	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros...		0	0
No viaja en absoluto		0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTOO A SU MEDICACION		PUNTAJE	PUNTAJE
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta		1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente		0	0
No es capaz de administrarse su medicación		0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS		PUNTAJE	PUNTAJE
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo		1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, banco		1	1
Incapaz de manejar dinero		0	0
PUNTAJE FINAL			
MUJERES	HOMBRES	INTERPRETACION	
0-1	0	DEPENDENCIA TOTAL	
2-3	1	DEPENDENCIA SEVERA	
4-5	2-3	DEPENDENCIA MODERADA	
6-7	4	DEPENDENCIA LEVE	
8	5	INDEPENDENCIA	

**Gracias por su participación.**