



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94

**RED DE APOYO EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN PRIMER NIVEL  
DE ATENCION**

**TESIS**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**MÉDICO FAMILIAR**

**PRESENTA**  
INDIRA MENDOZA CRUZ

**TUTOR**  
DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UNAM.  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF  
94 IMSS NORTE

Ciudad Universitaria Cd. Mx, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

Resumen integrado.....	2
Marco teórico .....	4
Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
La familia como red social de apoyo en los adultos mayores.....	6
Redes de apoyo de los adultos mayores.....	8
Condición de vida en el adulto mayor.....	8
Antecedentes científicos.....	11
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de investigación.....	17
Objetivos.....	17
General.....	17
Específicos: .....	17
Expectativa empírica.....	17
Especificación de las variables.....	17
Material y métodos.....	20
Diseño del estudio.....	20
Universo de estudio.....	20
Población de estudio.....	20
Muestra de estudio.....	20
Tipo de muestreo.....	20
Calculo del tamaño de la muestra.....	20
Criterios de selección.....	21

Descripción del instrumento.....	21
Descripción de la hoja de recolección de datos. ....	22
Procedimiento para integrar la muestra.....	22
Análisis estadístico. ....	23
Difusión del estudio.....	23
Aspectos éticos.....	23
Recursos.....	26
Programa de trabajo.....	26
Resultados.....	28
Análisis de resultados.....	31
Conclusiones.....	32
Recomendaciones y sugerencias.....	32
Referencias.....	34
Anexos.....	36
Anexo 1. Cuestionario de Duke-UNC.....	36
Anexo 2. Hoja de recolección de la información.....	37
Anexo 3. Consentimiento informado. ....	38
Anexo 4. Cronograma de actividades .....	39

# RED DE APOYO EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

\*Villaseñor-Hidalgo R, \*\*Mendoza-Cruz I

## Resumen Integrado

**Antecedentes:** los adultos mayores son un grupo vulnerable de la población, pueden llegar a debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de las personas que los rodean, que los hagan sentir seguros y valiosos, por lo que la convivencia familiar y social son la fuente de mayor satisfacción por brindar un auxilio de tipo material, emocional y social durante los tiempos normales y también en los de crisis; por otra parte, los cambios familiares, sociales y demográficos actuales podrían arriesgar este apoyo, lo cual puede tener consecuencias fatales en diversas áreas de estos individuos, por lo que evaluar las condiciones en que perciben este sustento, debe ser una actividad imprescindible por los profesionales de la salud.

**Objetivo:** determinar el tipo de red de apoyo en adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.

**Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a las cuales se les aplicará el instrumento "Cuestionario de Duke-UNC" que investiga la red de apoyo social en los adultos mayores, además se obtendrán datos sociodemográficos; para el análisis de los resultados se utilizará estadística descriptiva, y el comportamiento de las variables se presentarán en tablas y gráficos.

**Recursos e infraestructura:** adultos mayores, material de papelería, y los recursos financieros estarán a cargo de los investigadores.

**Tiempo a desarrollarse:** 2 años.

**Palabras clave:** red de apoyo, adulto mayor, primer nivel de atención.

\* Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No 94, IMSS.

\*\* Médico Residente de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No. 94 IMSS.

## MARCO TEORICO

### INTRODUCCION

Actualmente estamos viendo que hay un gran incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor, han causado gran inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social. Entre los primeros destaca el papel que juegan los sistemas de seguridad social. En los segundos prevalece el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros (4).

En México, de acuerdo con el INEGI, en 2014 el total de personas de 60 años y más era de 11.7 millones lo que representa el 9.7 % de la población total (3). Se señala que, en el año 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores de 32 por ciento (2).

Así mismo, de acuerdo con el ENSANUT 2012, a nivel nacional, 26.9% de los adultos mayores (más de una cuarta parte) presentó algún grado de discapacidad. Estas prevalencias se incrementan a 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) (1).

Considerando al envejecimiento como un proceso progresivo, intrínseco y universal que 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 contribuyen a incrementar progresivamente la presencia de enfermedades crónicas. Por lo tanto, es frecuente encontrar adultos mayores con un envejecimiento fisiológico o patológico y pocos presentan un envejecimiento óptimo o saludable en los cuales la presencia de enfermedad es mínima o nula. Se ha visto que entre mayor sea el número de enfermedades que tengan los adultos mayores mayor será el impacto en su mortalidad, función física y calidad de vida; esto debido a que no todos los años de vida del adulto mayor son de buena salud, sino que pueden ser vividos con discapacidades y necesidades de ayuda de terceras personas (4).

Durante el proceso de envejecimiento, el ser humano presenta cambios que son normales y que es preciso conocer para diferenciarlos de aquellos procesos que alteran su salud; ya que en edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que causan 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 (5).

Hay que tener en cuenta que, para poder determinar el tipo de envejecimiento, la valoración del adulto mayor debe ser de manera global o integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del adulto mayor, situación con la que los médicos están poco habituados. Es de vital importancia considerar que el adulto mayor es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente que le rodea esto es familia, sociedad y equipo de salud. Se prevé que 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 (6).

## **ANTECEDENTES**

### **LA FAMILIA COMO RED SOCIAL DE APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES**

Encontramos que la familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales que son necesarios para el desarrollo y bienestar de cada uno de sus miembros. La familia, como red social de apoyo, amplifica su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, 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 hace más compleja 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 (7).

Estudiar la problemática del envejecimiento como un proceso, exige 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 vejez. Cuando los adultos mayores expresan el máximo bienestar físico y psíquico en la vejez, se encuentra siempre asociado a una fuerte interacción que tienen con su familia; ya que se ha visto que los adultos mayores sin soporte familiar o una red sociofamiliar 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 (8).

El bienestar social se relaciona con la capacidad que se tiene 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 adulto mayor y el entorno o estructura social que lo rodea, siendo sus principales aspectos

las interacciones sociofamiliares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos. Esta valoración es muy difícil, porque utiliza parámetros subjetivos, como las relaciones interpersonales (9).

Existen diversas herramientas para medir el apoyo social en el adulto mayor, dentro de las cuales se encuentra la Escala de Duke-UNC, que es un cuestionario estructurado de autoevaluación que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente (11).

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 hombre en estas edades es la familia. La familia constituye 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. 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 (10).

## **Redes de apoyo de los adultos mayores**

Se ha visto que el número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son muy distintas entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan claramente en las edades avanzadas. Esto se debe a los diferentes roles que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad. Podemos poner como ejemplo la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más prevaleciente en hombres, puede llevar a que estén más integrados socialmente en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres que desarrollen relaciones más cercanas en el ámbito familiar y a nivel comunitario. En ambos casos, sin embargo, la llegada al inicio de la vejez implica un momento de transición, que coincide con la salida de los hijos de la familia, que puede tener efectos negativos en ambos. En el caso de las mujeres con la pérdida del rol de apoyo y cuidado que se le asignaba a la madre y en el caso del hombre con el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta entre hombres y mujeres (12).

## **Condición de vida en el adulto mayor**

Es de vital importancia estudiar las condiciones objetivas de vida (institucionales, culturales y sociales) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel considerable en su sobrevivencia cotidiana. Se ha llegado a cuestionar sobre sí el aumento en los años de vida van acompañados de aumentos en los años de vida saludable. Estas preocupaciones se relacionan con la necesidad de estudiar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud sino también la apreciación individual y valoración de estas condiciones en lo personal. Por ello, ha surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores, como una combinación óptima de factores objetivos y subjetivos. El concepto de calidad de vida es multidimensional, incluye factores subjetivos y objetivos. Esto implica que se deben contemplar factores personales (salud, autonomía, satisfacción, etc.) así como factores socioambientales (redes de apoyo, servicios sociales, etc.). Las

investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos de los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad en la calidad de vida de las personas y en especial de los adultos mayores; ya que los apoyos sociales, promueven el bienestar entre los adultos mayores y sus familias y mencionan las vías a través de las cuales estos efectos se producen. Por una parte, por la disminución de los sentimientos de aislamiento e indirectamente a través de la promoción de conductas saludables que ocasiona un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar y a través de los apoyos emocionales directos. Por lo tanto, no es un apoyo específico lo que afecta la calidad de vida, sino la acumulación de comunicaciones de otros individuos que transmiten a la persona en cuestión la idea de que es o sigue siendo una persona capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y validada por la persona (13).

Sin embargo, es en el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Se dice que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones (13).

En lo que respecta a los adultos mayores discapacitados se ha encontrado que la familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan y que la familia es la que proporciona la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a los adultos mayores con alguna discapacidad física y mental. Es un hecho demostrado que las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participación en actividades sociales, gozan de mejor salud. El impacto positivo en la salud es mayor cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva (14).

Sin embargo, es necesario hacer hincapié en que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace de este apoyo. Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al

producir dependencias y afectar negativamente la autoestima. Se ha encontrado que la pertenencia a una organización de adultos mayores contribuye al intercambio de información para cuidarse mejor, proporcionan compañía y afectos y contribuyen al mejoramiento de las relaciones familiares, pues las personas mayores se hacen más independientes. Se demostró que no todas las relaciones sociales tienen un efecto positivo en la salud. Por ejemplo, la integración social con amigos tendría efectos positivos contra la discapacidad, lo que no sucedería en el caso de las relaciones familiares. Con los amigos, esto se explica por la motivación que brinda la compañía de pares y que da sentido de vivir. Posiblemente, a esto se agregue que el tener amigos puede implicar estar activo, trasladarse, moverse, lo cual es un factor que retarda la aparición de ciertas discapacidades. Por el lado de la familia, se mencionan los posibles efectos del proceso de condicionamiento que puede producirse: Recibir apoyos en las tareas diarias puede hacer que la persona mayor se vaya debilitando gradualmente y pierda su habilidad para realizar ciertas tareas. Adicionalmente, puede aumentar su sentido de dependencia minando así la autoestima (14).

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Castellano y colaboradores, en España en 2014, en el estudio titulado “La influencia del apoyo social en el estado emocional en una muestra de ancianos”, con el objetivo de “analizar la relación que tiene el funcionamiento social del anciano con su estado emocional y una actitud favorable ante su etapa vital”, realizado con 117 adultos mayores, por medio del cuestionario Duke-UNC, encontró que tanto hombres como mujeres mantenían similares puntuaciones en apoyo confidencial y afectivo, concluyendo que la muestra de este estudio posee un adecuado nivel de apoyo social percibido, siendo la familia la principal proveedora de apoyo (15).

Ayala y colaboradores, en España en 2012, en el estudio titulado “Propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social funcional en adultos mayores no institucionalizados”, con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario Duke-UNC según la teoría clásica de los tests y análisis Rash, realizado con 1106 adultos mayores no institucionalizados, por medio del cuestionario Duke UNC, encontró que el 56.30% eran mujeres y el 58.48% vivían en pareja; así mismo las puntuaciones fueron significativamente menores en las mujeres, las personas sin pareja y las que viven solas, concluyendo que el cuestionario es una medida aceptable, válida y precisa, para determinar el grado de apoyo social en la población adulta mayor no institucionalizada en España y que a mayor apoyo social se espera mayor bienestar (16).

Flores y colaboradores, realizaron un trabajo de investigación en México en 2016, titulado “Apoyo social percibido y envejecimiento activo en hombres y mujeres de una comunidad rural”, cuyo objetivo fue analizar el apoyo social percibido y el envejecimiento activo de los adultos mayores de una comunidad rural del estado de Jalisco, realizado con 100 adultos mayores, por medio del cuestionario de apoyo al social de Duke-UNC, encontró diferencias estadísticamente significativas por género, siendo las mujeres quienes manifestaron una percepción normal a

diferencia de los hombres que perciben un escaso apoyo social, poco favorecedor en su vida, los hombres manifestaron tener menos apoyo afectivo, concluyendo que existe poca demostración de amor, comunicación y empatía, por parte de la familia y amigos, mientras que las mujeres señalaron un escaso apoyo confidencial, refiriendo que no cuentan con personas para comunicarse y confiar en sus problemas, ya sea de familiares o amigos, concluyendo que en ambos casos existe un distanciamiento y malas relaciones con sus familiares y el ámbito social (17).

## JUSTIFICACION

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 cognitivas conforme avanza la edad, colocara 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 tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores, haciendo por tanto necesario estudiar esta asociación en la población de nuestro medio. La importancia hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud tanto física como mental, pero también porque es una etapa de la vida en la cual se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

Considero que es de gran importancia el apoyo de la familia en un adulto mayor, por la gran necesidad en los aspectos emocionales y afectivos, así mismo el proceso de envejecimiento generara una serie de demandas de cuidados y afectos que requerirán dedicación, entrega y en el que la familia tiene un deber en el cuidado de un adulto mayor sobre todo los hijos, deberán aceptarlo como una responsabilidad moral. Por lo que el rol de la familia en el cuidado de un adulto mayor es fundamental para las necesidades psicoactivas, dentro de las cuales encontraremos las necesidades de amor y pertenencia que facilitará y mantendrá las relaciones afectivas con la familia y las amistades que se poseen, así como favorecerá la creación de nuevas relaciones afectivas. La responsabilidad de los hijos sobre el cuidado de los padres deberá ser no sólo desde un aspecto moral, sino una obligación o un deber; ya que los padres están en los procesos más fundamentales de la vida de sus hijos, los cuidan y protegen hasta que llegan a ser

autosuficientes. Para los adultos mayores los hijos representan un importante soporte emocional y los consideran sus potenciales cuidadores, recalcando su autonomía como valor en sus vidas. Es de gran importancia al cuidado de un adulto mayor, la persona cuidadora ya que hay diferencias entre que el cuidador sea una persona contratada y un cuidador sea su hijo o una persona perteneciente a su grupo familiar. El abandono por parte de la familia en el cuidado de una persona mayor incurrirá en maltrato recordando que es una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causara daño o angustia en una persona mayor y que ocurrirá en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Responsabilizará a la familia y los hijos que, al no cumplir con el cuidado o abandono de la persona mayor, se estará produciendo negligencia o maltrato.

El abandono se producirá cuando un familiar no asume la responsabilidad que le corresponderá en el cuidado de personas mayores, se asumirá el cuidado o custodia, las desampara de manera voluntaria. Actualmente ha habido una creciente debilidad de las redes de apoyo familiar, debido a las transformaciones que se han producido en las familias, así como la falta de servicios sociales que garanticen condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada.

Es por ello que el presente estudio, tendrá como finalidad demostrar al médico familiar y a todo el personal de salud el uso de un instrumento de evaluación que podrá ser aplicado a todos los adultos mayores que acudirán a consulta por primera ocasión o de manera consecutiva.

Por lo que el presente estudio, pretenderá demostrar la gran utilidad que tendrá el aplicar el instrumento de evaluación de recursos sociales en el adulto mayor, se podrá identificar a aquellos que se encontraran con alto riesgo de afección a su calidad de vida y que podrán tener un deterioro en su estado de salud tanto físico como afectivo, esto con el fin de que puedan ser derivados con el equipo de trabajo social correspondiente a la UMF 94 y se realizaran intervenciones dirigidas al fortalecimiento de los sistemas de apoyo de las personas mayores, se crearan nuevas redes cuando éstas no existan y a la prevención de su institucionalización indebida o prematura.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los adultos mayores viven muchos más años, es decir, que ha aumentado la esperanza de vida de las personas, hoy por hoy se puede vivir más años que en épocas pasadas. Pero el vivir más años no garantiza el goce de una mejor calidad de vida, empezando por nuestras familias ya que no cuentan con la información necesaria que les explique los cambios físicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan los adultos mayores.

En México, 16% de los adultos mayores sufre rasgos de abandono y maltrato; el aislamiento de los ancianos es cada vez más común en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y caracterizada por procesos de deshumanización en muchos sentidos. Así, 20% de ellos vive en soledad, no sólo olvidados por el gobierno y la sociedad, sino también por sus propias familias. Se señaló que para el año 2025 habrá 14 millones de adultos mayores y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, casi 10 por ciento de la población era de adultos mayores; de ellos, 25 por ciento estaba en condiciones bajas de bienestar y casi 20 por ciento en muy bajas. Por lo que veremos que un gran número de personas se encontrara en la etapa de adulto mayor. Dentro del ciclo de la vida es importante la aceptación de las personas a las cuales más se les aprecia, el aspecto emocional que brinda la familia, el cuidado, atención, comprensión, empatía, son fundamentales en los momentos más vulnerables de la vida y para el equilibrio emocional, ya que permitirá con ello una vida más sana. El hecho de contar con redes de apoyo familiar tendrá un gran impacto en la calidad de vida de los adultos mayores; ya que jugaran un papel importante como factores protectores ante una crisis familiar.

Durante mi estancia en los servicios de consulta externa de Medicina Familiar observaba que la mayoría de los adultos mayores acudían solos sin ningún familiar que los acompañará, por lo que me llamo mucho la atención esta situación y me motivo a realizar un estudio observacional sobre la red de apoyo familiar en los adultos mayores que se encuentran inscritos a la UMF 94. Creo que es muy

interesante efectuar un estudio que evaluara el grado de apoyo tienen por parte de sus familias y como Médicos Familiares sabremos en qué manera se intervendrá para fortalecer sus redes de apoyo.

## PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo es la red de apoyo en los adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención?

## OBJETIVOS

### GENERAL

Determinar el tipo de red de apoyo en los adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.

### ESPECÍFICOS

1. Identificar el área de la red de apoyo que califica peor en los adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.
2. Reconocer el perfil sociodemográfico según el tipo de red de apoyo en los adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.

## EXPECTATIVA EMPÍRICA

La red de apoyo es baja en el 60% de los adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.

## ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio:

-Red de apoyo: se define como el sustento que se otorga a partir de las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él

a partir de lazos de parentesco o emocionales (23), para fines del estudio es el soporte que percibe un individuo de las personas que los rodean, su indicador son los 11 ítems del cuestionario de DUNK-UNC que investiga el apoyo social, es una variable cualitativa dicotómica con una escala de medición ordinal con categorías de apoyo social normal (más de 33) y bajo apoyo social (menos de 32).

#### VARIABLES DESCRIPTORAS:

-Género: se define como el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (19), para fines del estudio es la característica fenotípica de un individuo, su indicador es el género que refiera el participante, es una variable de tipo cualitativa dicotómica, en escala de medición nominal, con las categorías de hombre y mujer.

-Edad: definida como el tiempo que ha vivido una persona (20) para fines del estudio es el número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiera tener el participante, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón con las categorías del número de años a partir de los 18.

-Nivel educativo: se considera como el nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación. Para fines del proyecto se considera como el grado escolar referido por el participante, la cual es una variable cualitativa policotómica, con escala de medición ordinal, utilizando como categorías: Sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado. (21)

-Estado civil: se define como la condición de una persona en relación con su pareja y que se hace constar ante el registro civil (22), para fines del estudio es la situación ante el registro civil de un individuo, su indicador es el estado civil que refiera el participante, se trata de una variable cualitativa policotómica en escala de medición de razón con las categorías de soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado.

## MATERIAL Y METODOS

### Diseño del estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

### Universo de estudio

Adultos mayores.

### Población de estudio

Adultos mayores derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Muestra de estudio

Adultos mayores derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

### Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

### Cálculo del tamaño de la muestra

Por medio de la fórmula para poblaciones finitas, se calcula el tamaño de la muestra considerando que existen un total de 37,930 adultos mayores que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%, resultando 381 participantes.

## PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para trabajar la información se creará una base de datos con ayuda del programa estadístico Excel de Microsoft, después se realizará un análisis de los resultados y las conclusiones. En la unidad de análisis estadístico se aplicará estadística descriptiva, y el comportamiento de las variables se presentarán mediante cuadros y gráficos.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### INCLUSIÓN

- Adultos mayores (60 años o más).
- Derechohabientes del IMSS.
- Adscritos a la UMF No. 94.
- Que acepten participar en la investigación de manera voluntaria bajo consentimiento informado.

### NO INCLUSIÓN

- Que cursen con alguna enfermedad que implique discapacidad física o mental.
- Que no respondan en su totalidad la hoja de recolección de datos.

## DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

### **Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC.**

Este instrumento fue diseñado por Broadhead en la Universidad Duke en Estados Unidos en el año de 1988, validado para la población general española por Bellón y colaboradores en 1996, el cual se encuentra validado en español con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92. Para valorar la validez

de constructo del instrumento, se llevo a cabo un análisis factorial y se calcularon coeficientes de correlación ítem-test.

Es un instrumento autoadministrado que medirá la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Evaluará cuantitativamente el apoyo social percibido e incluye dos dimensiones; apoyo social confidencial, por el cual las personas podrán recibir información, consejos, o cuentan con personas con las que podrán compartir sus preocupaciones o problema; y el apoyo social afectivo, que podrá definirse en expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo. La interpretación recogerá valores referidos al Apoyo confidencial ítems 1,4,6,7,8,10 y referidos al apoyo afectivo, ítems 2,3,5,9 y 11. Apoyo total percibido: apoyo social normal 32 o más puntos y apoyo social bajo menos de 32 puntos (anexo 1).

## DESCRIPCION DE LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectarán los datos en un formato ex profeso, el cual obtendrá los siguientes datos: género, edad, ocupación, escolaridad, estado civil y el cuestionario de Duke-UNC.

## PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Los investigadores en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, una vez aprobado el protocolo de investigación por el comité local 3511, se procederá a notificar a las autoridades el inicio, y con apoyo de las asistentes médicas, turno matutino y vespertino, se realizará la búsqueda de adultos mayores (60 años cumplidos en adelante) que estén en sala de espera de consulta

médica por medio de las cartillas de salud; al identificarlos, por medio de una entrevista, de manera cordial con previa presentación, se les realizará una atenta invitación a participar de manera voluntaria en el estudio, se explicará de manera clara y concisa con lenguaje entendible en qué consistirá el estudio y su participación en el mismo, una vez aceptando participar se procederá a obtener las firmas del consentimiento informado, posteriormente se recabaran los datos sociodemográficos y se llenará el cuestionario establecido, una vez obtenido los datos, se agradecerá su atenta participación.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para analizar los resultados se aplicará estadística descriptiva, y el comportamiento de las variables se presentará mediante cuadros y gráficos.

## DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectará como sesión médica de la unidad y se buscará su publicación en una revista médica indizada.

## ASPECTOS ETICOS

### Riesgo de la investigación

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, como la Declaración de Helsinki enmendada por la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Brasil 2013; lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS); y por lo establecido en el artículo 100 del Título quinto de la Ley General de Salud, así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, como lo establece el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud;

debido a que es un estudio observacional, en el cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables, y la maniobra para recolectar los datos se basa en una entrevista para contestar datos personales y un instrumento se considera de riesgo mínimo.

#### Normas de apego

Este proyecto se apega a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, cuya última reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014. También se cumple con lo establecido en la declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio de 1964, en Helsinki Finlandia: enmendada en Japón en 1975, en Italia en 1983, en Hong Kong en 1989, en Sudáfrica en 1996, Escocia en el año 2000, en Corea en 2008 y finalmente en Brasil 2013. Además, se informará a las autoridades de la unidad donde se llevará a cabo el estudio, y los resultados obtenidos se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo de la coordinación clínica de educación e investigación en salud de la UMF No. 94 del IMSS en la Ciudad de México.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

El beneficio de este estudio es ofrecer un panorama general respecto al tipo de red de apoyo que perciben los adultos mayores que están adscritos a una clínica de primer nivel de atención en la zona norte de la Ciudad de México, así como dejar claro a un grupo de adultos mayores la manera en que perciben ser apoyados, recibiendo una orientación para fortalecer dichas redes según las áreas afectadas; además, los resultados pueden reforzar la actitud clínica en los profesionales de la salud en considerar a este importante elemento sociofamiliar como una herramienta para favorecer la situación general de los derechohabientes.

### Balance riesgo beneficio

Este estudio no representa ningún riesgo para los participantes debido a que esta basado en aplicación de un cuestionario; por otra parte, pueden tener el beneficio de recibir orientación respecto al valor del apoyo que reciben, a fin de fortalecer dichas redes y focalizar las áreas que estan afectadas.

### Confidencialidad

Respetando las normas nacionales e internacionales, los registros serán anónimos, es decir, se establecerá un número de folio para identificar a los participantes.

### Condiciones para el consentimiento informado

La invitación se realizará de manera clara y con lenguaje comprensible, dejando claros los objetivos y papel que desempeñarán en el estudio, cerciorándose que la participante haya comprendido cabalmente lo que se le ha explicado; una invitación para participar de manera voluntaria, y deberá de entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que lo desee con la seguridad de que no tendrá repercusión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto; en caso de aceptar su participación en este protocolo firmara hoja de consentimiento informado (Anexo 3).

### Forma de selección de los participantes

Cualquier adulto mayor, según lo criterios de selección, es susceptible de ingresar al protocolo de investigación; en cumplimiento con los aspectos mencionados, los investigadores obtendrán a los participantes del protocolo por conveniencia.

### Calificación del Riesgo

De acuerdo con el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se considera esta investigación dentro de la categoría II. Como investigación con riesgo mínimo.

## RECURSOS

### Humanos

- Adultos mayores (individuos de 60 años en adelante).
- Investigadores: responsable y asociado.

### Físicos

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Materiales

- Cuestionarios, plumas, lápices, plumas y hojas blancas.

### Tecnológicos

- Computadora personal del investigador.

### Financieros

- Aportados por el investigador.

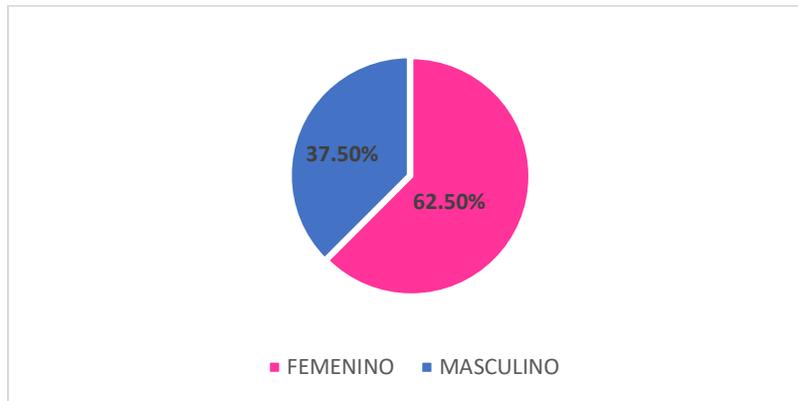
## PROGRAMA DE TRABAJO

Durante el primer año de la residencia se llevará a cabo el seminario de investigación y se seleccionará el tema para la tesis, se realizará el protocolo inicial, con búsqueda bibliográfica, marco teórico y el instrumento de estudio. En el segundo año y tercer año<sup>1</sup>, se buscará la aprobación del protocolo de investigación, para proceder a aplicar la hoja de recolección de datos que incluye el instrumento de estudio, posteriormente se obtendrán los resultados y en base a ellos se realizarán tablas, gráficas; con el cual se analizará de resultado y conclusiones se entregará y revisará por el asesor.

## RESULTADOS

Con un total de 381 participantes (adultos mayores), respecto al género se encontró que el 62.50% son mujeres y 37.50% hombres (gráfico 1).

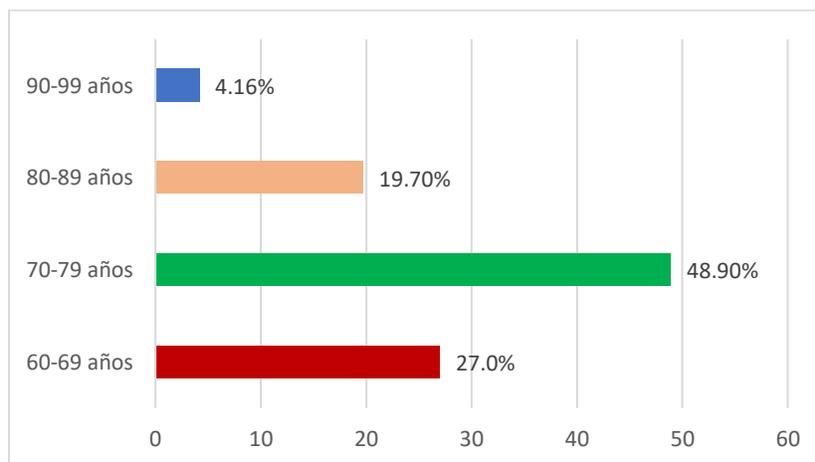
Gráfico 1. Porcentajes por género de adultos mayores



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores en la UMF No. 94 del IMSS, octubre del 2018.

En cuanto a la edad, 48.90% se encontró en el rango de los 70 a los 79 años, seguido por 27% de los 60 a los 69 años, 19.70% de los 80 a los 89 años y 4.16% de los 90 los 99 años (gráfico 2).

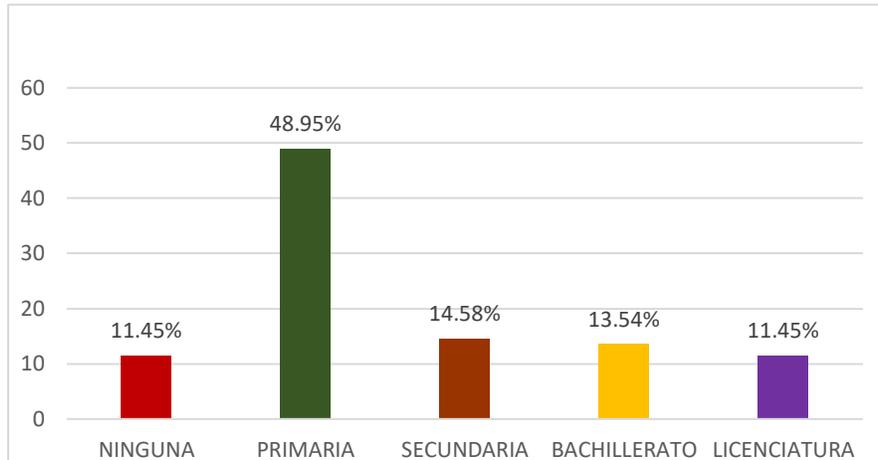
Gráfico 2. Porcentajes por rangos de edad de adultos mayores



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores en la UMF No. 94 del IMSS, octubre del 2018.

Respecto a la escolaridad, 48.95% tienen primaria, seguido por 14.58% secundaria, 13.54% el bachillerato y 11.45% con licenciatura y sin estudios, respectivamente (gráfico 3).

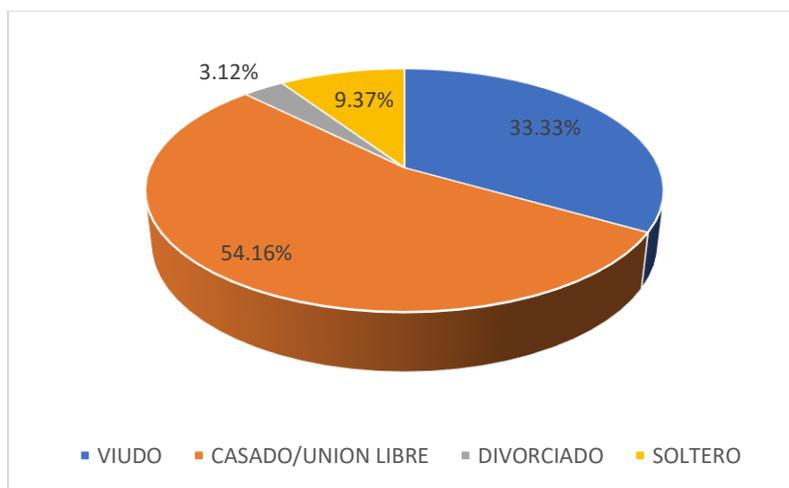
Gráfico 3. Porcentajes de la escolaridad de adultos mayores



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores en la UMF No. 94 del IMSS, octubre del 2018.

En cuanto al estado civil, 54.16% se encontró viviendo en pareja (casados o en unión libre), seguido por 33.33% en la viudez, 9.37% solteros y 3.12% divorciados (gráfico 4).

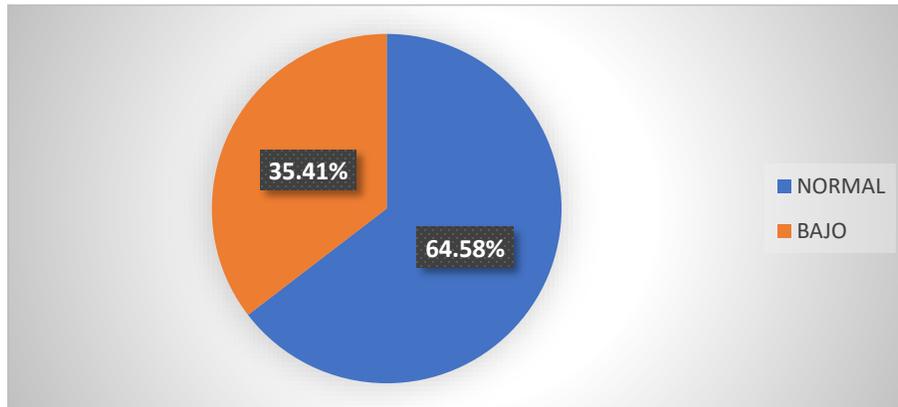
Gráfico 4. Porcentajes por escolaridad de adultos mayores



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores en la UMF No. 94 del IMSS, octubre del 2018.

Respecto a la variable de estudio, el apoyo familiar resultó bajo en 64.58% y normal en 35.41% (gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentajes por grado de apoyo familiar de adultos mayores



Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a adultos mayores en la UMF No. 94 del IMSS, octubre del 2018.

## ANALISIS DE RESULTADOS

En la unidad de medicina familiar número 94 se tiene un registro de 37,930 adultos mayores (más de 60 años), y el total de muestra del presente trabajo se obtuvo con un nivel de confianza del 95%.

Dos terceras partes de la población estudiada fue del género femenino, y considerando que el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportó en el 2017 en nuestro país cerca de 12,973,411 personas de 60 años y más, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres, es decir, un predominio claro del género femenino, prácticamente el comportamiento del género de la muestra de esta investigación.

En este sentido, de estos adultos mayores, la edad tuvo una media de 74 años, una mediana de 75 años y la mitad estuvieron en el rango de los 70 a 79 años, datos que también concuerdan con la CONAPO, y que evidencian la tendencia de la esperanza de vida de los adultos mayores en nuestro país, dejando claro que en la actualidad, aún con las condiciones de este país en vías de desarrollo, este grupo etario vive durante más tiempo, presumiblemente es el resultado de la cobertura en los servicios de salud otorgados por el robusto sistema nacional de salud, donde el IMSS es la piedra angular.

Los participantes demostraron un claro predominio de la educación básica, cerca de la mitad cuentan solo con la primaria, incluso hay participantes sin estudios, una característica muy peculiar de este grupo etario, debido a la alfabetización masiva y tardía, iniciada en el siglo XXI, en nuestro país; cabe mencionar que los participantes que calificaron peor en el instrumento de apoyo familiar fueron aquellos que no tuvieron escolarización y que los que mejor calificación de dicho apoyo fueron quienes tuvieron mejor nivel escolar; asimismo, predominan los participantes que viven en pareja (casados o en unión libre), un indicador que constata que el vivir en vida conyugal es un factor protector en cuanto al apoyo

familiar se refiere, ya que la todos los estos participantes calificaron muy bien en el instrumento.

En lo que respecta a la red de apoyo familiar, dos terceras partes de estos adultos mayores participantes demostraron un apoyo familiar normal, un elemento que es predictor de longevidad y que se refleja en la media de la edad de la muestra, y un indicador de sentirse necesitado por los suyos y tener un efecto protector en cuanto los aspectos afectivos y de confidencialidad, lo cual fue muy evidente en los casos que vivían en pareja.

Por otra parte, existe una tercera parte de la población en estudio en la que las condiciones de este importante apoyo no fue óptimo, situación que hace todavía más vulnerable a este grupo etario, debido a que el mantener relaciones familiares y sociales satisfactorias permiten obtener un envejecimiento satisfactorio, incluso para el pronóstico y control de enfermedades crónicas, ya que la familia constituye un factor a favor de vivir con calidad, cuyas relaciones son una fuente esencial de bienestar.

## CONCLUSIONES

No se cumplió la expectativa empírica, ya que resultó que el 64.58% obtuvo un apoyo familiar normal, y se trabajó con la expectativa empírica de que el 50% de los adultos mayores adscritos a la unidad medicina familiar No. 94 resultarían con apoyo familiar bajo.

## RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal, y deja muy claro que en la zona norte del país existe un predominio de apoyo familiar para este grupo etario, sin embargo se puede recomendar que es prácticamente una obligación de todos los profesionales de la salud el investigar este tipo de apoyo en esta población, utilizando instrumentos validados, y que en los casos que califiquen de manera no satisfactoria, se les otorgue un seguimiento multidisciplinario, que incluya a servicios elementales como trabajo social, y junto con el médico familiar realizar visitas domiciliarias que permitan conocer a fondo la dinámica y la estructura familiar, a fin de fortalecer redes e impactar de manera directa en el la manera de vivir de los adultos mayores.

En este sentido, a partir de este trabajo se sugiere que los estudios orientados al apoyo familiar, sobre todo en los adultos mayores, se incluyan variables que pudiesen ser determinantes de este importante elemento, como enfermedades concomitantes o considerar la participación del cuidador primario, incluso buscar la asociación de estas variables de estudio por medio de estadística inferencial.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. INSP 2012. Disponible: en <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales>.
2. Consejo Nacional de Poblacion. CONAPO 2017. Disponible: en <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Enadid2006/tabulados>.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI 2014. Disponible: en <https://www.inegi.org.mx>.
4. Cervera EL, Hernández R, Pereira I, Sardinas O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Rev Arch Med de Camagüey 2008; 12 (6):1-
5. Rubio AE, Lázaro A, Martínez T, Magallón R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. Rev Esp Geriatr Geront 2009; 44(5):244–250.
6. González CA, Ham R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Sal Pub Méx 2007; 49 (4):S448-S458.
7. Peña PB, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Rev de Esp Méd Quirúrg 2009; 14(2):53-61.
8. Cortes NAR, Villareal RE, Galicia RL, Martínez GL, Vargas DR. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731.
9. Domínguez TB, Espín AM, Bayorre VH. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cub Med Gen Integr 2001; 17 (5): 418-422.
10. Suárez MA. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev Méd La Paz 2011;17(1):60-67.
11. Guerrini ME. La vejez su abordaje desde el trabajo social. Rev Trab Soc 2010;(57):1-10.
12. Yubero JS, Latorre JM, Montañes J, Larrañaga E. Envejecimiento, sociedad y salud. 1ª ed. España;1999.p.136-145.

13. Mesonero VA, Fernandez RC, González CP. Familia y envejecimiento disfunciones y programas psicoterapéuticos. Intern Journ of Develop and Educat Psych 2010;2:275-286.
14. Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relacion al proceso de envejecimiento humano. Rev Psicolog y Cienc afines 2003;20:31-54.
15. Castellano CL. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. Rev Psychology and Psychological Therapy 2014;14:365-377.
16. Ayala A, Rodríguez BC, Frades PB, Joao FM. Propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social funcional en adultos mayores no institucionalizados en España Gaceta sanitaria 2012; 26:317-324.
17. Flores VME, Decenas HK, Avalos LA. Apoyo social percibido y envejecimiento activo en hombres y mujeres de una comunidad rural, Revista electrónica de Psicología Iztacala 2016;19:4-16.
18. Montes DV. Redes comunitarias, género y envejecimiento, Univ Nac Aut de Méx 2005;23-31.
19. RAE. Género. Diccionario de la lengua española. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi>
20. RAE. Edad. Diccionario de la lengua española. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Glosario, Nivel educativo. 2017. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=medu17&e=00> INEGI
22. RAE. Estado civil. Diccionario de la lengua española. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GjqhajH#KTNOoeg>

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento

#### Cuestionario de Duke-UNC

Instrucciones: en la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una "X" en el espacio que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Puntaje total: \_\_\_\_\_

**RED DE APOYO EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN  
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Folio: \_\_\_\_\_

I.-Género: \_\_\_\_\_

II.-Edad: \_\_\_\_\_

III.-Nivel educativo: \_\_\_\_\_

IV.-Estadocivil: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE DUKE-UNC**

Instrucciones: en la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una "X" en el espacio que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5

7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Puntaje total: \_\_\_\_\_

Apoyo social normal: \_\_\_\_\_ Apoyo social bajo: \_\_\_\_\_

### Anexo 3.

### Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
(ADULTOS)**

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre del estudio:</b>	<b>RED DE APOYO EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN PRIMER NIVEL DE ATENCION</b>
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	No aplica
<b>Lugar y fecha:</b>	Unidad de Medicina Familiar No.94, Ciudad de México, a _____ de _____ 2019.
<b>Número de registro:</b>	Sin registro.
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	El envejecimiento poblacional es producto de la transición demográfica y epidemiológica; 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 cognitivas 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 tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores. La importancia hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud tanto física como mental, pero también porque es una etapa de la vida en la cual se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. El objetivo es determinar la red de apoyo familiar en adultos mayores adscritos a un primer nivel de atención.
<b>Procedimientos:</b>	Contestar un cuestionario que investiga datos sobre la red de apoyo social en adultos mayores y responder algunos datos personales.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Tiempo invertido para contestar los cuestionarios que orientan a escaso apoyo social.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Recibir orientación respecto al valor del apoyo que reciben, a fin de fortalecer dichas redes y focalizar las áreas que están afectadas, y que identifiquen claramente a las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como las facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	Los investigadores se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda, cualquier pregunta, que se plantee acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
<b>Participación o retiro:</b>	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	Recibir orientación oportuna respecto al fortalecimiento de la red de apoyo.
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Otorgar un panorama general respecto al tipo de red de apoyo que perciben los adultos mayores que están adscritos a una clínica de primer nivel de atención en la zona norte de la Ciudad de México.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
<b>Investigador responsable:</b>	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matricula: 99366361, teléfono: 5767 29 77 EXT. 21407 correo electrónico: <a href="mailto:rodriguin6027@gmail.mx">rodriguin6027@gmail.mx</a> .
<b>Colaboradores:</b>	Dra. Indira Mendoza Cruz, Matricula: 97361954, teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico: <a href="mailto:indiramc07@hotmail.com">indiramc07@hotmail.com</a>
<b>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 4º 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></b>	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

## ANEXO 4.

## Cronograma de Actividades

## RED DE APOYO EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

Actividades	MES (año)	ENERO A MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO A JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE 2019
Elaboración del Protocolo	P	P						
	R	R						
Selección del instrumento	P		P					
	R		R					
Elaboración de la hoja de recolección de datos	P			P				
	R			R				
Presentación al CLIS para registro de protocolo	P				P			
	R				R			
Recolección de la información	P					P		
	R							
Elaboración de la base de datos	P					P		
	R							
Captura de la información	P					P		
	R							
Procesamiento de datos	P						P	
	R							
Análisis de los resultados	P						P	
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P= programado

R=realizado