



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**"PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INCAPACIDAD, DETERIORO
COGNITIVO Y DEPRESIÓN, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA" DEL IMSS"**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



IMSS

**U.M.F. No. 28
DIRECCIÓN**

PRESENTA:

DR. AXEL BRITO VARGAS

ASESOR:

DR. JUAN LUIS VEGA BLANCAS



IMSS

**JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN**

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: R-2020-3703-045

CLÍNICA 28

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2021



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.

Autorización de tesis

Vo. Bo.

Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez
Directora de la UMF No 28 "Gabriel Mancera"



Vo. Bo.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Vo. Bo.

Dr. José Humberto Rojas Velázquez
Profesor titular de la Residencia Médica en Medicina Familiar

Vo. Bo.

Dr. Juan Luis Vega Blancas
Asesor de Tesis





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403

FECHA **Miércoles, 03 de junio de 2020**

Dr. Juan Luis Vega Blancas

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 "Gabriel Mancera" del IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2020-3703-045

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE GENERAL

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	MARCO TEÓRICO	3
	3.1 Marco epidemiológico	3
	3.2 Marco conceptual	4
	3.3 Marco contextual	8
4.	JUSIFICACIÓN	11
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
6.	OBJETIVOS	13
	6.1 Objetivo general	13
	6.2 Objetivo específico	13
7.	HIPÓTESIS	14
8.	MATERIAL Y MÉTODOS	15
	8.1 Universo de trabajo	15
	8.2 Periodo y sitio de estudio	15
	8.3 Unidad de análisis	15
	8.4 Diseño de estudio	15
	8.5 Muestra	15
	8.5.1 Tamaño de la muestra	15
9.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
	9.1 Criterios de inclusión	18
	9.2 Criterios de exclusión	18
	9.3 Criterios de eliminación	18
10.	VARIABLES	19
	10.1 Variables del estudio	19
	10.2 Variables sociodemográficas	19
	10.3 Operacionalización de variables	19
11.	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	22
12.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
13.	ASPECTOS ÉTICOS	24
14.	RECURSOS	26
	14.1 Humanos	26
	14.2 Materiales	26
	14.3 Económicos	26
	14.4 Factibilidad	26
15.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	27
16.	BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	27
17.	RESULTADOS	28
18.	DISCUSIÓN	34
19.	CONCLUSIÓN	37
20.	CRONOGRAMA	38
21.	BIBLIOGRAFÍA	40
22.	ANEXOS	43

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	Diseño de investigación	43
Anexo 2.	Hoja de consentimiento informado	44
Anexo 3.	Hoja de recolección de datos	46
Anexo 4.	Instrumentos, encuestas, etc.	49
Anexo 5.	Carta de no inconvenientes	52

ABREVIATURAS

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria

IAVD: Incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor

DCND: Deterioro cognoscitivo no demencial

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

EVC: Evento cerebro-vascular

IMC: Índice de Masa Corporal

NOM: Norma Oficial Mexicana

OMS: Organización Mundial de la Salud

SDCS: Sintomatología depresiva clínicamente significativa

SG: Síndromes geriátricos

SOC: Selección, Optimización y Compensación

UMF: Unidad de Medicina Familiar

OR: Odds Ratio

1. RESUMEN

Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con la presencia de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS

¹Axel Brito Vargas. ²Juan Luis Vega Blancas.

¹Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28. ²Médico Familiar UMF 28, Diplomado en Alta Especialidad en Gerontología Médica ISSSTE, Alta Especialidad en Medicina de Dolor y Cuidados Paliativos SSA.

Introducción: El 17.3% de los adultos mayores en México transcurren con buena salud, ante este contexto, la respuesta a esta necesidad, es mediante acciones de autocuidado, ya que busca disminuir el deterioro funcional y fomentar un envejecimiento exitoso.

Objetivos: Evaluar la percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con la presencia de incapacidad, deterioro cognitivo, depresión y variables sociodemográficas, en la UMF No 28 “Gabriel Mancera” del IMSS.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo; población: muestreo no probabilístico por conveniencia en 384 adultos mayores de 60 años de la UMF 28, en un periodo de 3 meses; para evaluar la capacidad de autocuidado y su relación con la presencia de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión.

Resultados: La edad (años) promedio fue 73 (RIC 67-78), de los cuales hombres fueron 188 (48.9%) y mujeres 196 (51.1%). Se observó una diferencia 16 años de edad para percibir un inadecuado autocuidado, a su vez, la viudez (55.2%, $p=0.00$), baja escolaridad (51.7%, $p=0.00$), deterioro cognitivo moderado (58.6%, $p=0.00$), depresión moderado-severo (82.8%, $p=0.00$) e incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria moderado (IABVD) (79.3%, $p=0.00$), presenta una percepción de autocuidado inadecuado.

Conclusión: Este estudio se determinó que existen factores que pueden modificar un adecuado autocuidado como lo es: la viudez, una mayor edad, baja escolaridad, deterioro cognitivo moderado, depresión moderado-severo e IABVD. Es por eso, que dichos factores se deben detectar oportunamente, favoreciendo una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo.

Palabras clave: adulto mayor, autocuidado, deterioro cognitivo, depresión, capacidad funcional.

2.- INTRODUCCIÓN.

En México, el envejecimiento emerge como una situación especial en la atención de la salud, el incremento de la esperanza de vida (igual o mayor a 74.9 años) y la inversión de la pirámide población, hace que la nación se profile con requerimientos especiales para personas de 60 años y más.

El envejecimiento se acompaña de un grupo sin fin de padecimientos asociados al proceso fisiológico y a enfermedades crónicas no transmisibles como resultado de la carga genética y/o estilos de vida no saludables. Los síndromes geriátricos son altamente prevalentes, multifactoriales y asociados a detrimento de la calidad de vida e incremento de la discapacidad.

La evaluación geriátrica integral, orienta un modelo centrado en el “cuidar” que en el “curar”, con énfasis en mantener la salud, disminuir los factores de riesgo, promover la autonomía, la independencia funcional y lograr un envejecimiento exitoso. En este contexto el autocuidado permite alcanzar una mejor calidad de vida, por ello la importancia de conocer el grado del mismo en primer nivel de atención para realizar las acciones debidas con la finalidad de fomentar un vejez plena a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo, aunado a disminuir el uso de terapias basadas en tecnologías, medicamentos costosos y periodos de hospitalización prolongados que el envejecimiento patológico conlleva.

3.- MARCO TEÓRICO.

3.1. Marco epidemiológico.

Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más; para 2050, habrá un número casi igual (120 millones) solamente en China, y 434 millones en todo el mundo.^{1,2}

Como resultado de los avances tecnológicos en materia de salud, científico, político-social y de saneamiento básico en México, emerge el envejecimiento como un fenómeno generalizado, el cual constituye un motivo de celebración y es fiel reflejo de las mejoras en el vivir diario, el incremento en los índices de salud y reducción de la morbimortalidad; lo que ha permitido incrementar la esperanza de vida (igual o mayor a 74.9 años) en la nación. Se observa que los adultos mayores en los últimos años, muestra una tasa de aumento calculado en el periodo de 1990-2010 en 3.52 y de 4.01 para 2010-2030; esto hace que nuestro país se profile con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más.^{2,3}

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 contabilizó 112.3 millones de habitantes en México para ese año, el cual 10.1 millones correspondían a adultos mayores lo que representa 9.0% de la población, con una distribución correspondiente de 53.5% de mujeres y 46.5 de hombres. El índice de envejecimiento según datos del Censo 2010, en el país hay 21.3 adultos mayores por cada 100 niños, y se espera que para el 2050, un 30% de la población tendrá más de 60 años.³

El envejecimiento poblacional se acompaña del incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como resultado de la carga genética y/o estilos de vida no saludables; aunado a lo anterior se reconoce que existen otras características que definen a la morbilidad geriátrica, como la multimorbilidad (2 o

más enfermedades concomitantes), la presentación atípica y la proclividad al deterioro funcional, especialmente entre los más viejos. Junto con las ECNT, los síndromes geriátricos (SG), tales como las caídas, el maltrato, la polifarmacia y los déficits neurosensoriales, son altamente prevalentes, multifactoriales y asociados a detrimento de la calidad de vida e incremento de la discapacidad, lo que implica el uso de terapias basadas en tecnologías, medicamentos costosos y periodos de hospitalización prolongados.^{3,5}

3.2 Marco conceptual.

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos.⁴

Todas las células experimentan cambios en el proceso del envejecimiento; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula. Debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal.^{6,7} Todos estos cambios se producen en los órganos al envejecer, perpetuando una pérdida funcional de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional. Si a este proceso fisiológico se añade una enfermedad o incapacidad, y además se acompaña de situaciones socioculturales desventajosas, las dificultades para alcanzar un nivel funcional y ocupacional óptimo serán mayores que en otras etapas del ciclo vital.^{8,9}

La atención del adulto mayor requiere de una evaluación geriátrica integral, la cual considera aspectos biológicos, psicológicos y sociocultural, por ello su condición de salud requiere modelos de atención centrado en el “cuidar” que en el “curar”, con énfasis en mantener la salud, disminuir factores de riesgo, promover la autonomía e independencia funcional.¹⁰

La discapacidad en los adultos mayores tiene como consecuencia mayor acumulación de riesgos a la salud, a lo largo de la vida, en términos de

enfermedades, lesiones y padecimientos crónicos. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2010), del total de adultos mayores el 27% tiene algún tipo de discapacidad.¹¹

El envejecimiento, es una de las causas de discapacidad en el país, ya que el deterioro físico por el paso del tiempo, aunado a un autocuidado ineficiente, genera la dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que conlleva la pérdida de independencia y la autonomía.¹²

El estado funcional vulnerable y susceptible representa el mayor riesgo de perder autonomía y funcionalidad, lo cual tiene implicaciones en la autopercepción baja de autoestima y bienestar, generando maltrato, abandono familiar, marginación social y mala calidad de vida.¹³

La capacidad de ejecutar acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, se le entiende como función; el deterioro de esta, funge como predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en adultos mayores. Para su valoración existen diferentes escalas que determinan la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. La más utilizada el Índice de Katz creado en 1958, su medida suele basarse en el juicio y no en la observación, las funciones que valora tienen carácter jerárquico, lo que confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y factibilidad a la hora de comunicar información. Es un buen predictor de mortalidad, de estancia de institucionalización, de estancia hospitalario, de eficacia terapéutica y de expectativa de vida; su fiabilidad coeficientes de correlación (>0.70) y test-retest (>0.90) altos; por ello forma parte de la valoración integral del paciente geriátrico.^{14,15}

En cuanto a las ECNT, el mayor riesgo de deterioro funcional se encuentra en personas con antecedente de evento cerebro-vascular (EVC) o insuficiencia cardiaca; sin embargo, se encuentra que la artrosis y el dolor son causas importantes de discapacidad. La multimorbilidad grave (más de 5 afecciones concomitantes) aumenta la probabilidad de discapacidad, llegando casi hasta

80%; y esto se ve aumentado con la presencia de más de un SG, donde el déficit visual (45%), auditivo (40%), ambos (28%), caídas (32%) y anorexia (22%) se presentan con mayor frecuencia en los mayores de 80 años.^{16,17,18}

El estado nutricional como parte de la valoración geriátrica integral, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018) reporta una prevalencia de desnutrición (Índice de Masa Corporal (IMC) <18.5) de 6.9% en 80 años y más, el cual aumenta con la edad; en contraste el sobrepeso (IMC ≥25) y obesidad (≥30) muestra una prevalencia de 42.4% y 28.3% en sujetos de 60 a 69 años, y se observa que disminuye conforme avanza la edad; la masa muscular baja (sarcopenia) fue de 16.8% de 60 a 65 años, y aumenta hasta 40% después de los 75 años. Lo descrito anteriormente hace que México se caracteriza por una población adulta mayor con tendencia a la desnutrición y a la sarcopenia que se ve reflejado por el sedentarismo, la mal nutrición y las enfermedades concomitantes.^{18,19,20}

La depresión y la demencia son las principales causas neuropsiquiátricas de discapacidad en los adultos mayores. En México más de un tercio (35.6%) de la población de 60 años o más cursan sintomatología depresiva clínicamente significativa (SDCS) (3.5 millones), el 8% con demencia (800 mil) y un número similar con deterioro cognoscitivo no demencial (DCND); todos caracterizados por deterioro de la función cognoscitiva y de la conducta, que ocasiona discapacidad y dependencia.^{21,22}

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida de las funciones mentales superiores en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos (memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad) que amerita una evaluación integral para determinar si existe demencia que se caracteriza por pérdida de habilidades cognoscitivas y emocionales severas que interfieren en el funcionamiento social, ocupacional o ambos.²³

En la práctica clínica diaria reconocer la pérdida de memoria como factor de progresión a mayor deterioro intelectual y funcional es de carácter complejo, que

no se cuenta con un estudio paraclínico específico que identifique esta condición de manera precisa y oportuna; se estima que un 50% de los pacientes no son diagnosticados y alrededor de 60% de los diagnosticados los familiares o cuidadores no identificaban que tenían problemas de memoria. A su vez se tiene que varias enfermedades crónicas y agudas, así como ciertos fármacos, pueden expresar deterioro cognoscitivo y erróneamente catalogar al adulto mayor con demencia, por lo que una historia clínica completa y una adecuada exploración cognoscitiva ungen como pilar para un diagnóstico preciso y oportuno de este trastorno.^{24,25}

El examen mínimo del estado mental de Folstein, funge como instrumento para la evaluación temprana del deterioro cognoscitivo en primer nivel de atención, controlado por la escolaridad de los sujetos, presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75%; lo que hace que forme parte de la valoración integral geriátrica e identificar de manera oportuna esta condición, para limitar la discapacidad.²⁶

Por otro lado, tenemos que la depresión como cuarta causa de discapacidad en el mundo, repercute de manera importante en el funcionamiento social y ocupacional, colocándola a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitante. Se dice que el 25% de las personas yares de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente y la menos reconocida y mucho menos tratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. Es considerada una de las causa prevenible y tratable del envejecimiento patológico.²⁷

La depresión en el envejecimiento tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio en adultos mayores es el doble que en grupos de edad más jóvenes. Por lo anterior es importante que el primer nivel de atención identifique de manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociadas; por ello dentro de la valoración geriátrica integrar se encuentra la escala de Yesavage (escala de depresión geriátrica) como

instrumento de tamiz, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente.^{27,28}

3.3 Marco contextual.

En la sociedad, el envejecimiento poblacional se enmarca típicamente como una sangría de la economía, una amenaza al sistema del cuidado de la salud y una carga para las familias. En el plano individual la vejez se considera como una época de pérdidas en todos los ámbitos y muy pocas ganancias.²⁹

La salud del anciano no solo puede medirse por la presencia o ausencia de enfermedades. También es necesario valorar el grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor.³⁰

Se considera a los adultos mayores sanos como a “las personas mayores de 60 años sin o con padecimientos crónicos no terminales controlados medicamente, que mantengan una funcionalidad física, mental o social óptimas, acorde con su edad, género, escolaridad y ámbito sociocultural”.³¹

La disfuncionalidad a partir de la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD); a partir de una encuesta realizada en México a 4,872 personas mayores de 65 años se encontró que el 24% resulto dependiente en AVD y 23% en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); y las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional fueron las enfermedades articulares, cerebrovasculares, el deterioro cognoscitivo y la depresión.^{10,11}

Paul Baltes y Margaret Baltes proponen el modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC) el cual sostiene que los adultos mayores que confían en sus potencialidades y se les enseña a utilizar sus capacidades y recursos con los que aun cuentan, mejora su funcionamiento.³²

Los adultos mayores no solo se enfrentan a cambios biológicos propios del ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, roles y de

responsabilidades social, lo que hace, que este proceso de adaptación impacte fuertemente en el individuo. El autocuidado emprende la relación estrecha que tiene con la persona con su salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo, indispensables para mantener un envejecimiento pleno y saludable.^{29,33}

Millán en 2010, Cuba, crea el primer test para evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor con objetivo de crear un instrumento útil para primer nivel de atención que permita determinar posibles factores de riesgo que repercutan en la salud integral del anciano, prevenir complicaciones y realizar actividades orientadas a la recuperación de la capacidad de autocuidado.³²

Ante el panorama, existen intervenciones basadas en modelos de envejecimiento exitoso, donde el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria ocupa el papel principal; con lo cual se objetiva incrementar su autoeficacia y conservar al máximo el cuidado de sí mismo; con la finalidad de aumentar su independencia, bienestar personal y calidad de vida.³²

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”; ubicada en la delegación Benito Juárez, teniendo un total de población para el 2018 de adultos mayor o igual a 60 años de 58,526 derechohabientes, lo cual representó el 34% de la población derechohabiente de la unidad, siendo 13% hombres y 21% mujeres. Dentro de las causas de morbilidad se encuentra la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dislipidemia y dorsalgia ocupando los primeros 5 lugares en orden decreciente; por otro lado, las tres principales causas de mortalidad las ocupan enfermedades cardiovasculares, complicaciones relacionadas con la diabetes y las infecciones. El estrato socioeconómico que

muestra la población es medio alto en un 65%, tienen acceso a seguridad social y la escolaridad promedio se encuentra a nivel licenciatura.

Por todo lo antes mencionado el autocuidado en el paciente anciano cobra gran importancia para lograr un envejecimiento activo y prevenir las múltiples complicaciones que puede conllevar este proceso. El objetivo de este estudio es evaluar el autocuidado en pacientes geriátricos de la UMF 28.

4.- JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento poblacional en México se ha convertido en un reto inmediato e inminente para el Sistema Nacional de Salud en México; una mayor longevidad significa mayor carga de enfermedad y discapacidad, así como necesidad de cuidados de corto y largo plazos. La fragilidad, el deterioro de la salud mental, la discapacidad y la dependencia inciden como determinantes de nuevos y peculiares requerimientos, para los cuales carecemos, por ahora, de una respuesta eficaz.

Los mexicanos que hoy cumplen 60 años de edad cuentan con una esperanza de vida de 22 años; sin embargo solo 17.3 transcurren en buen estado de salud, lo que significa que casi cinco años se viven con una o varias enfermedades o con pérdida de funcionalidad y merma de la calidad de vida y el bienestar; se menciona que solo cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres mayores gozan de buena o muy buena salud; más de un tercio de las personas mayores viven con, al menos, dos enfermedades crónicas; dos terceras partes de los años de vida saludables perdidos en personas de 60 años o más se relacionan con estilos de vida desfavorables; una de cada cinco hospitalizaciones por adultos mayores es potencialmente evitable mediante acciones preventivas y de atención primaria.

Ante este contexto la respuesta a estas necesidades, sin generar un costo inabordable, es mediante acciones de prevención y promoción a la salud, con el objetivo de mantener una actividad física, psicológica y social. Las acciones de autocuidado son clave en esta estrategia, ya que busca disminuir el deterioro funcional que acompaña el envejecimiento; así como mejorar la salud, bienestar y calidad de vida, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 contabilizo 112.3 millones de habitantes en México para ese año, el cual 10.1 millones correspondían a adultos mayores lo que representa 9.0% de la población. El envejecimiento poblacional se acompaña del incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles como resultado de la carga genética y/o estilos de vida no saludables. La salud del anciano no solo puede medirse por la presencia o ausencia de enfermedades, también, es necesario valorar el grado de capacidad funcional, la independencia y la autonomía para las actividades cotidianas. Con base en lo anterior, existen intervenciones basadas en modelos de envejecimiento exitoso, donde el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria ocupa el papel principal; con lo cual se objetiva incrementar su autoeficacia y conservar al máximo el cuidado de sí mismo; darle al paciente adulto mayor su autonomía, respecto al cuidado de su salud, y autoevaluar los resultados del mismo, nos proporciona una útil herramienta en la disminución de la morbimortalidad en este grupo de edad. **Por lo anterior, me planteo la siguiente pregunta: ¿Cuál es la Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS?**

6.- OBJETIVOS.

6.1 Objetivo General.

Evaluar la percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS.

6.2 Objetivos específicos.

- Determinar la relación de factores sociodemográficos y percepción de autocuidado y en los pacientes adultos mayores de 60 años de la UMF28.
- Determinar la relación de la presencia de capacidad funcional y la percepción de autocuidado en los pacientes adultos mayores de 60 años de la UMF 28.
- Determinar la relación de la presencia de deterioro cognitivo y la percepción de autocuidado en los pacientes adultos mayores de 60 años de la UMF 28.
- Determinar la relación de la presencia de depresión y la percepción de autocuidado en los pacientes adultos mayores de 60 años de la UMF 28.

7.- HIPOTESIS.

El presente trabajo es un estudio descriptivo por lo tanto no cuenta con hipótesis.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 Universo de trabajo.

Pacientes Geriátricos mayores de 60 años adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS, de una población total hasta el 2018, de 58,526 que habitan en la delegación Benito Juárez CDMX.

8.2 Periodo y sitio de estudio.

Este trabajo se realizó con pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 28 “Gabriel Mancera”, en un periodo de 3 meses.

8.3 Unidad de análisis.

Se estudiaron pacientes geriátricos mayores de 60 años, de ambos sexos, que acudieron a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

8.4 Diseño de estudio.

Con base en la clasificación de Méndez (1990)

- Interferencia del investigador: Observacional
- Comparación de las poblaciones: Descriptivo
- Evolución del fenómeno asociado: Transversal
- Periodo en que se capta la información: Prolectivo

8.5 Muestra

Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia.

8.5.1 Tamaño de la muestra

Se realizó un trabajo de tipo observacional, donde las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo, que se reportó mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, por lo cual la muestra se calculó a través de

fórmula para población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000):¹⁷

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

d = valor de 5

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (1.96^2) (0.5) (0.5) / 0.05^2$$

$$n = (3.84)^2 (0.25) / 0.0025$$

$$n = 0.96 / 0.0025$$

$$\mathbf{n = 384}$$

9.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes geriátricos de ambos sexos mayores a 60 años.
- Pacientes que otorgan su consentimiento informando, aceptando participar en el estudio.

9.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes geriátricos con incapacidad funcional y/o cognitiva total

9.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes que por cuestiones adversas no terminen de contestar la encuesta en el momento del estudio
- Pacientes geriátricos que pierdan vigencia de derechos

10.- VARIABLES.

10.1 Variables del estudio

Variables dependientes:

- Capacidad de autocuidado

Variables independientes:

- Depresión
- Deterioro cognitivo
- Dependencia funcional.

10.2 Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado civil

10.3 Operacionalización de variables:

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>INDICADOR</u>
Sexo	Condición orgánica, hombre o mujer ³⁴	Referido al momento de la encuesta	Cualitativa.	Nominal.	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ³⁴	Años cumplidos hasta el momento referidos por los encuestados	Cuantitativa.	Discontinua	Edad en años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³⁴	Ultimo grado de estudios con obtención de certificado que avale grado	Cualitativa	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura

		académico			6. Posgrado
Estado Civil	Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia. ³⁴	Interrogatorio.	Cualitativa	Nominal	1. Soltero (a), 2. Casado(a), 3. Divorciado(a), 4. Viudo(a), 5. Unión libre
Capacidad de autocuidado	Actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades ³²	Nivel de autocuidado con base a test de CYPAC-AM	Cualitativa	Ordinal	1. Autocuidado adecuado 2. Autocuidado parcialmente adecuado 3. Autocuidado inadecuado 4. Déficit de autocuidado
Deterioro cognitivo	Pérdida de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos ¹⁴	Puntuación menor a 23 con base a encuesta del estado mental mínimo de Folstein	Cualitativa	Ordinal	1. Normal (24-30) 2. Leve (19-23) 3. Moderado (14-18) 4. Grave (<14)
Actividades básicas de la vida diaria	Conjunto de tareas primarias que nos permiten movilidad, autocuidado y autonomía. ¹⁴	Independencia para realizar actividades funcionales básicas evaluado con el test de Katz	Cualitativa	Ordinal	1. Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. 2. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada. 3. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. ²⁷	Se clasificada de acuerdo al resultado con el Test de Yesavage.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal (0-5) 2. Depresión leve (6-9) 3. Depresión establecida (≥ 10)
-----------	--	---	-------------	---------	---

11.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo, Población: muestreo no probabilístico por conveniencia en 384 adultos mayores de 60 años, los cuales asisten a consulta médica en la UMF 28 "Gabriel Mancera" del IMSS, Intervenciones: posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicaron las fichas de identificación y los siguientes cuestionarios ya validados en un tiempo de 20 minutos donde se usó el cuestionario CYPAC-AM para la capacidad de autocuidado, el test de MINI Mental para valorar el grado de deterioro cognitivo, Test de Yesavage para depresión, también el test de Katz para evaluar el grado de dependencia funcional con las ABVD.

12.- ANALISIS ESTADÍSTICO.

Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se utilizó la mediana y el rango intercuartil por ser de libre distribución, a su vez se usó prueba no paramétrica U de Mann-Whitney con nivel de significancia de $p < 0.05$; para las variables cualitativas se utilizó frecuencias y para relacionar la capacidad de autocuidado del adulto mayor con el sexo, edad, escolaridad, grado de depresión, grado de deterioro cognitivo y la capacidad funcional, se empleó la prueba chi - cuadrado (X^2) asociación lineal por lineal, con nivel de significancia de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.

13.- ASPECTOS ÉTICOS

Se consideró este estudio de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Con base en el artículo 17 del anterior reglamento, esta investigación se considera tipo I; Investigación sin riesgo.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, en sus apartados 3 y 6. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses; el consentimiento debe estar escrito. En su apartado 23 menciona. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.³⁵

De acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos” establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas: valor social y científico, y respecto a los derechos; investigación en entornos de escasos recursos; distribución equitativa de beneficios y riesgos de participar en una investigación y asociaciones de

colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.³⁶

Así mismo, se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles; la carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un protocolo de investigación y todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismo.

Aspectos de bioseguridad: Por las características y diseño del estudio no existen aspectos de bioseguridad correspondientes.

Conflictos de interés: Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

14.- RECURSOS:

14.1 Humanos.

Médico Residente.

Dr. Brito Vargas Axel

Asesor Clínico y Metodológico

Dr. Juan Luis Vega Blancas

14.2 Materiales.

- Se usó la sala de biblioteca o un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”
- Computadora.1 Laptop.
- Copias. 384.
- Lápices.20 Lápices No 2.
- Plumas. 20 plumas.
- Hojas. 384 hojas blancas
- Consentimiento Informado. 384 copias

14.3 Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles fueron financiados por el alumno.

14.4 Factibilidad.

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 28 “Gabriel Mancera”, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidieron participar en el estudio, los cuestionarios se hicieron de manera directa a los pacientes en un lapso no mayor a 20 minutos, al terminar la muestra necesaria se analizaron los resultados y se dio una conclusión del mismo.

15.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- La limitación más importante de este estudio fue la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados, además de la poca empatía que existía en la participación de los pacientes para realizar el cuestionario y propiamente participar en la investigación.
- Por tratarse de un estudio observacional, no se incidió en el fenómeno a estudiar, solo se realizó un análisis de los resultados obtenidos.
- Las debilidades de este estudio fueron que se realizó en una sola UMF.

16.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

- Comprensión de la relación entre percepción de autocuidado y capacidad funcional, deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores; que permita nuevas estrategias de prevención y manejo de estas condiciones como una sola.

17.- RESULTADOS

De acuerdo a las características valoradas de la población con relación a la percepción de autocuidado del adulto mayor; para fines estadísticos se consideró percepción de autocuidado inadecuado integrando las categorías de déficit e inadecuado autocuidado, a su vez contemplo percepción de autocuidado adecuado integrando las categorías de parcialmente y adecuado autocuidado.

Tabla 1. Características de los adultos mayores y percepción de autocuidado en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 “Gabriel Mancera”

Característica	Percepción de autocuidado		Valor <i>p</i>	OR (IC 95%)
	Inadecuado	Adecuado		
Edad (años) Mediana (RIC*)	87 (80-92)	71 (67-77)	0.000	NA
Sexo N (%)				
Hombre	14 (48.3)	174 (49)	0.939	NA
Mujer	15 (51.7)	181 (51)		
Escolaridad N (%)				
Secundaria	15 (51.7)	11 (3.1)	0.000	≤ Secundaria 33.50 (13.03-86.10) ≥ Bachillerato 0.02 (0.01-0.07)
Bachillerato	14 (48.3)	173 (48.7)		
Licenciatura	0 (0)	150 (42.3)		
Posgrado	0 (0)	21 (5.9)		
Estado civil N (%)				
Soltero (a)	3 (10.3)	17 (4.8)	0.000	2.29 (0.63-8.33) 0.08 (0.02-0.24) 1.12 (0.43-2.86) 29.97 (12.11-74.19) NC
Casado (a)	4 (13.8)	234 (65.9)		
Divorciado (a)	6 (20.7)	67 (18.9)		
Viudo (a)	16 (55.2)	14 (3.9)		
Unión libre	0 (0)	23 (6.5)		
Deterioro cognitivo N (%)				
Sin deterioro	0 (0)	270 (76)	0.000	NC
Leve	6 (20.7)	83 (23.4)		
Moderado	17 (58.6)	2 (0.6)		
Severo	6 (20.7)	0 (0)		
Depresión N (%)				
Sin depresión	0 (0)	216 (60.9)	0.000	NC
Leve	5 (17.2)	129 (36.3)		
Moderado - Severo	24 (82.8)	10 (2.8)		
ABVD** N (%)				
Sin incapacidad	0 (0)	318 (89.5)	0.000	NC
Leve	0 (0)	35 (9.9)		
Moderado	23 (79.3)	2 (0.6)		
Severo	6 (20.7)	0 (0)		

*Rango Intercuartil

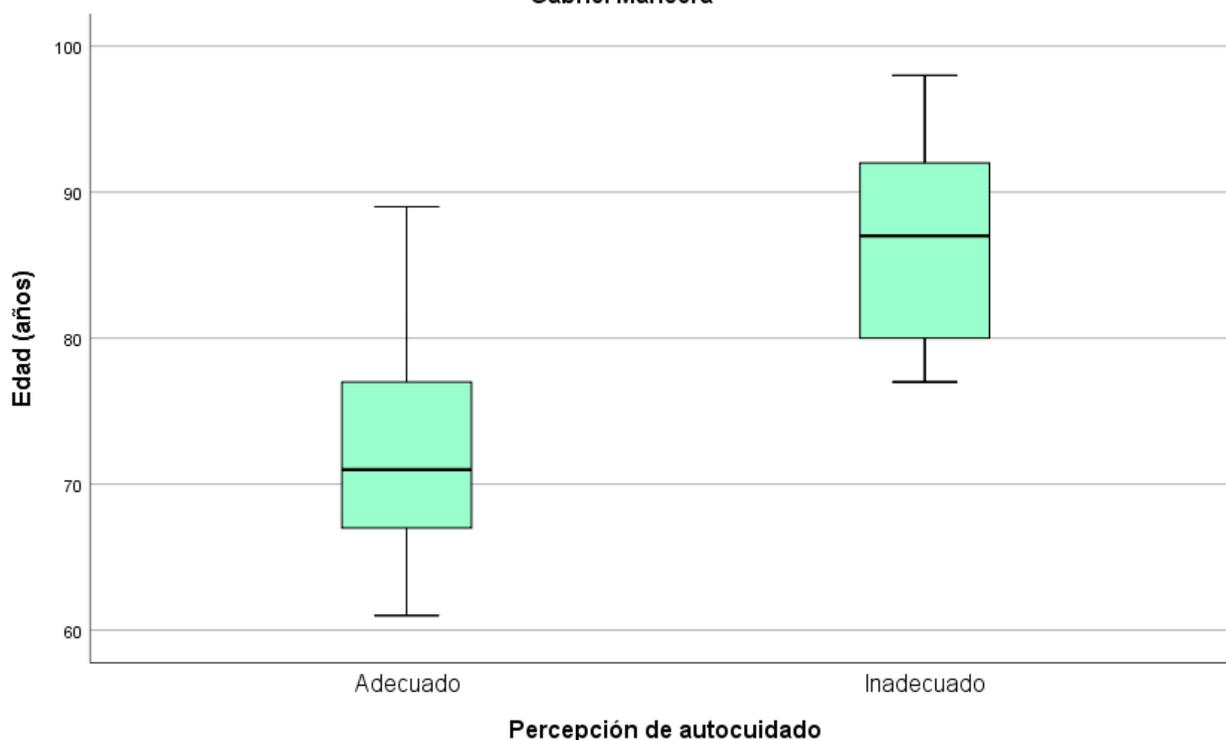
**Actividades básicas de la vida diaria

NA: No aplica

NC: No cuantificable

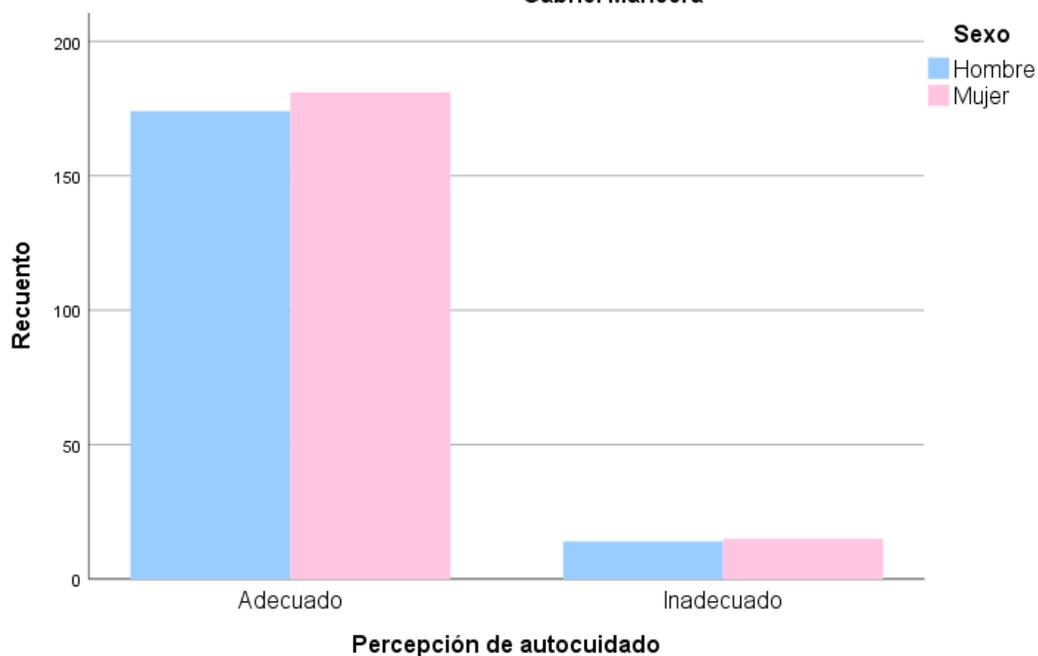
En la edad se observa una diferencia 16 años entre rangos de medianas entre la percepción de autocuidado inadecuado (87) y adecuado (71), presentando una significancia clínica del 18.3% y estadísticamente importante mostrando un valor de $p = 0.000$ con U de Mann-Whitney; esto da como resultado que a menor edad es más adecuado el autocuidado, por lo contrario, mayor edad muestra un autocuidado inadecuado (Gráfica 1).

Gráfico 1. Edad y percepción de autocuidado de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"



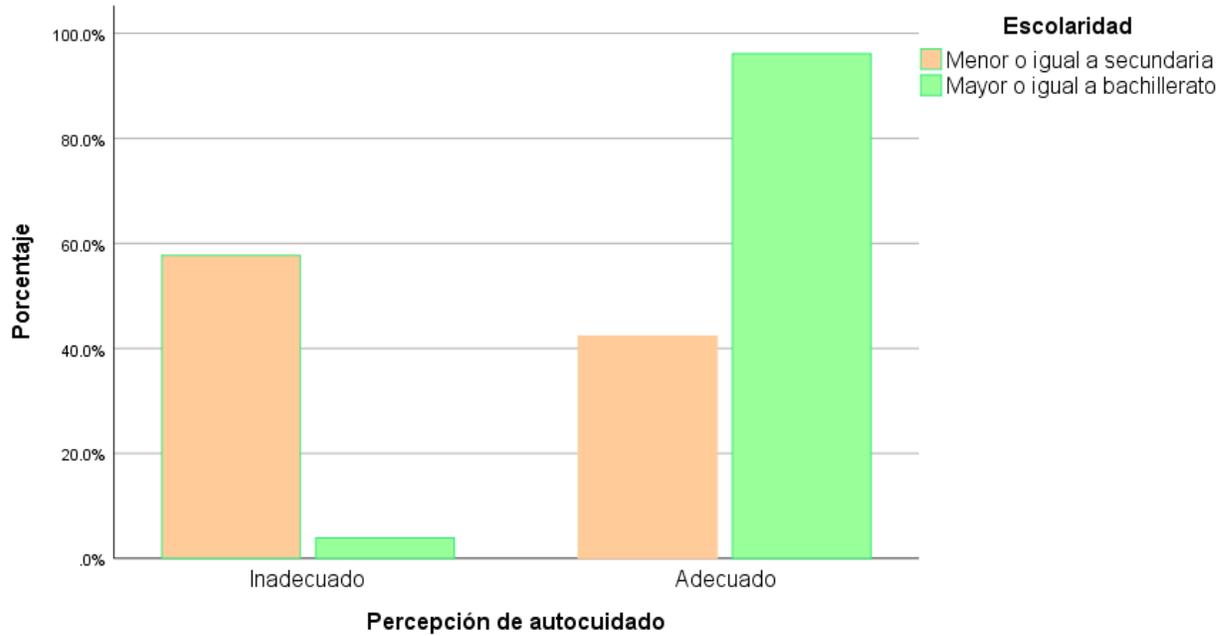
Para el sexo y la percepción de autocuidado no se observó diferencias de frecuencias significativas, el cual se corrobora al presentar un valor de $p = 0.939$ con chi-cuadrado de Pearson (Gráfica 2).

Gráfica 2. Sexo y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

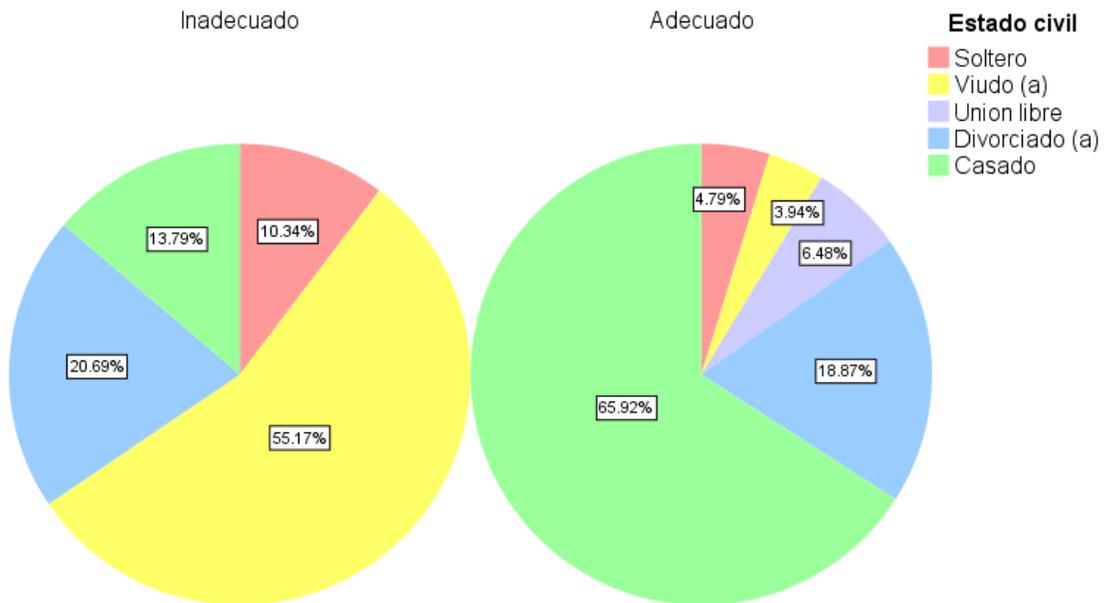


Un nivel de escolaridad igual o menor de secundaria y la viudez muestra una percepción de autocuidado inadecuado del 51.7% y 55.2%, mientras que un nivel de escolaridad igual o mayor a bachillerato y el estar casado (a) presenta un autocuidado adecuado del 96.9% y 65.9% (Gráfica 3 y 4); estadísticamente demuestran un nivel de significancia $p = 0.000$ con asociación lineal por lineal. Se obtuvieron odds ratio (OR) para escolaridad \leq secundaria OR 33.50 IC 95% (13.03 – 86.10) y \geq bachillerato OR 0.02 IC 95% (0.01 – 0.07); por otro lado, viudez OR 29.97 (12.11 – 74.19) y casado OR 0.08 (0.02 – 0.24); lo anterior hace referencia que una escolaridad baja y la viudez son factores de riesgo para una inadecuada percepción del autocuidado, cabe mencionar que los intervalos de confianza son amplios y es posible que se encuentre un error; al contrario, se manifiesta una escolaridad alta y el estar casado (a) como factores protectores para un autocuidado adecuado (Tabla 1).

Gráfica 3. Escolaridad y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

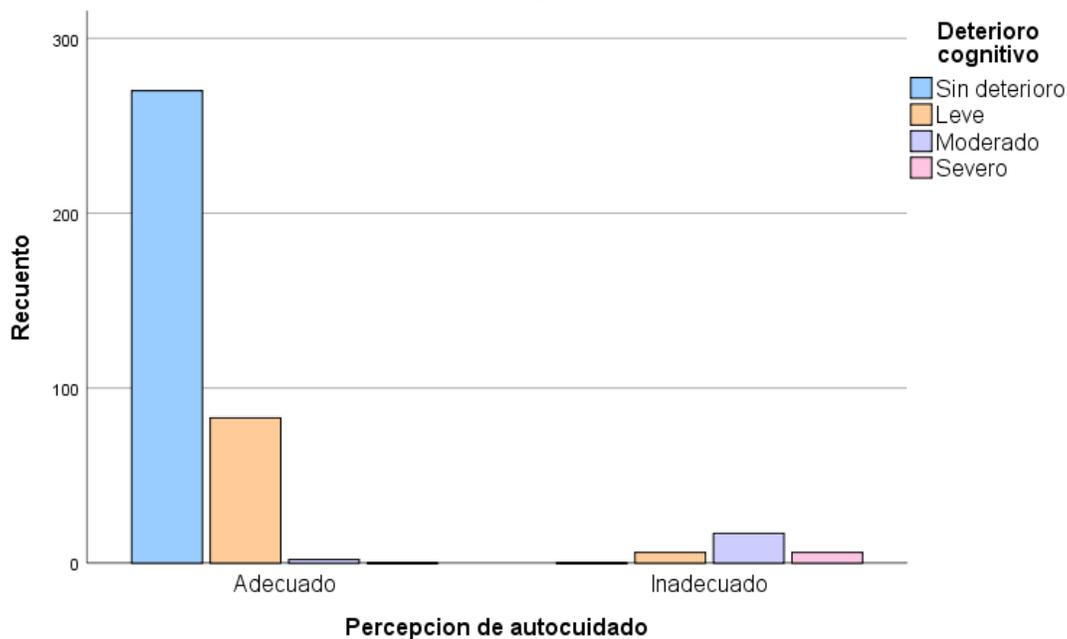


Gráfica 4. Estado civil y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

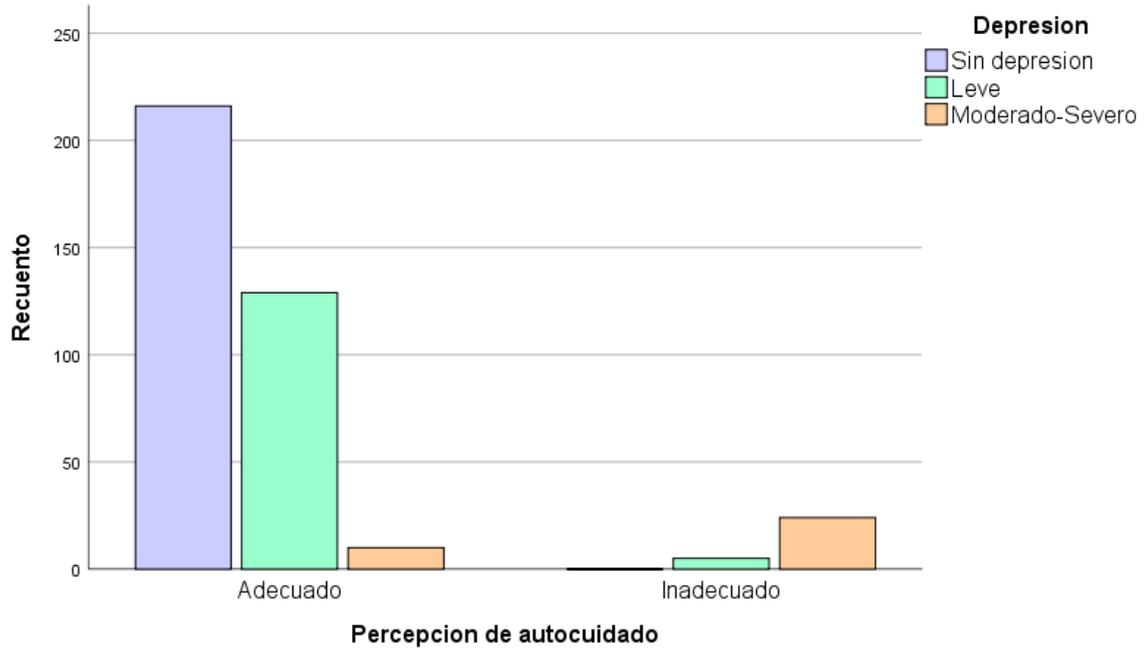


Se observa que el grado de deterioro cognitivo moderado, la presencia de depresión moderado-severo y un nivel moderado de incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria indica una percepción de autocuidado inadecuada de 58.6%, 82.8% y 79.3% respectivamente; por el contrario, la ausencia de deterioro cognitivo, de depresión e incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria presentan una percepción de autocuidado adecuada de 76%, 60.9% y 89.5% respectivamente(Gráfica 5, 6 y 7); estadísticamente con nivel de significancia $p = 0.000$ por asociación lineal por lineal. Al calcular los OR para cada variable se observó que no existe asociación entre la percepción de autocuidado con deterioro cognitivo, depresión o incapacidad de las actividades de la vida diaria, ya que, muestran valores erróneos, es importante comentar que dentro de la muestra existen cero casos para algunas de las categorías por lo que no se logra calcular el OR, probablemente es necesario aumentar el tamaño de muestra para valorar significancia estadística (Tabla 1).

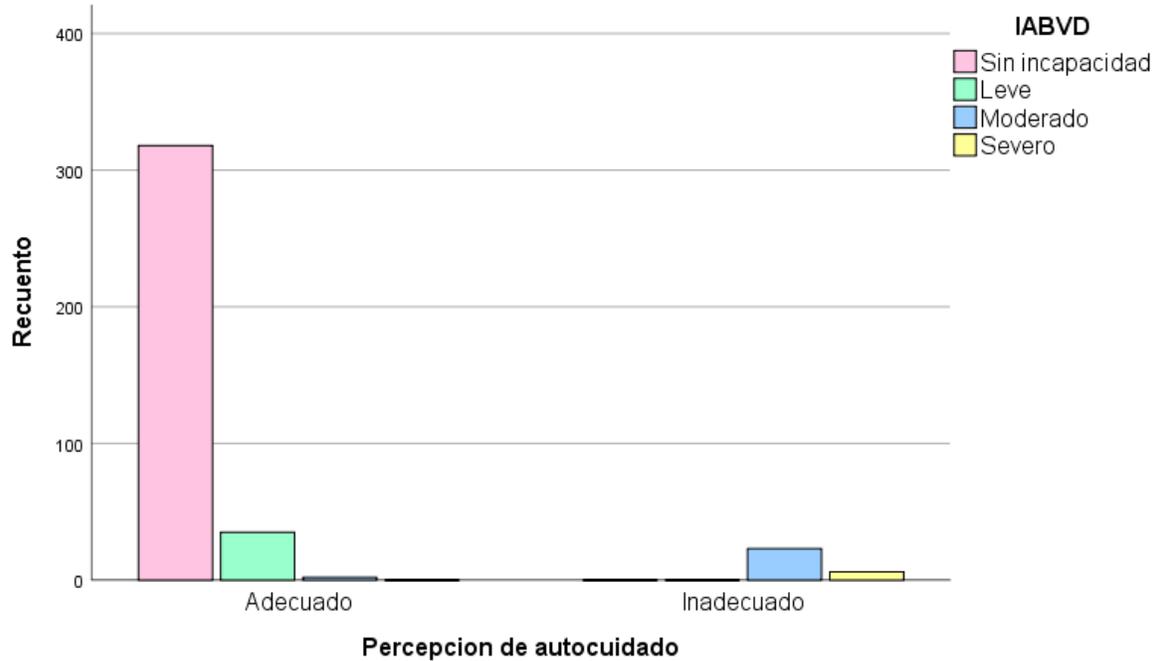
Gráfica 5. Deterioro cognitivo y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"



Gráfica 6. Depresión y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"



Gráfica 7. Incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria (IABVD) y percepción del autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"



18.- DISCUSIÓN

En este estudio, tratamos de asociar la relación entre percepción de autocuidado y deterioro cognitivo, depresión e incapacidad de las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores. Para ello se utilizó una población heterogénea, que acude a la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”, para ser tratados de sus enfermedades crónicas haciendo la señalización de su autocuidado y el cómo puede repercutir en diferentes desenlaces geriátricos, cabe mencionar, que la probabilidad de presencia de diferentes comorbilidades pueden afectar el resultado, por lo que existe un área de oportunidad para futuras investigación al relacionar esta condición.

Dentro de los criterios sociodemográficos los adultos muestran una relación directamente proporcional con respecto a la edad, estableciendo que entre mayor edad es más el autocuidado inadecuado y menor edad es mayor el adecuado autocuidado, esto concuerda con otros autores el cual podría decirse que la edad es un factor importante para la percepción del autocuidado³².

Por otro lado la baja escolaridad indica un autocuidado inadecuado siendo un factor de riesgo (OR 33.50), viceversa una alta escolaridad revela un adecuado autocuidado resultando un factor protector (OR 0.02); es importante comentar que el OR de una baja escolaridad muestra un intervalo de confianza (IC) amplio, por lo que se sugiere una muestra más amplia para determinar si corresponde un verdadero factor de riesgo; otros autores especifican que mayor escolaridad es mejor el estado de salud en general en la población adulta mayor, y podría ser el mismo resultado para el autocuidado.¹¹

En cuanto al estado civil, el estar casado (a) se expresa como factor protector del autocuidado (OR 0.08) y la viudez a modo de factor de riesgo (OR 29.97), este último también muestra un amplio IC y se recomienda una revaloración con mayor población para establecer si realmente es un factor de riesgo; en múltiples literaturas los autores comentan que cuando sigue con vida el cónyuge y existe una adecuada dinámica, pueden realizar diferentes acciones que conlleven a un buen estado de salud al trabajar en equipo; en cambio la viudez puede presentar un

estado de soledad y tristeza, que resulta en pensamientos y acciones negativas que deterioran la salud en el adulto mayor.^{18,21}

Existen múltiples investigaciones, guías, consensos que tratan de seleccionar cuales son los factores que de una forma más precisa en el adulto mayor con riesgo de deterioro cognitivo, depresión e incapacidad de las actividades básicas de la vida diaria; sin embargo, no existen estudios que evalúen la relación entre la percepción de autocuidado y las condiciones anteriormente comentadas. En nuestro trabajo podemos notar que en la población adulta mayor de la UMF 28 “Gabriel Mancera” la ausencia de deterioro cognitivo, de depresión e incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria demuestra un 76%, 60.9% y 89.5% respectivamente, de adecuado autocuidado y la presencia de un deterioro moderado, depresión moderado-severo y un grado moderado de incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria representa un 58.6%, 82.8, y 79.3% respectivamente, de inadecuado autocuidado, siendo relevante estas frecuencias para esta población, sin embargo, al obtener OR no existe relación entre las variables, el cual traduce que no existe asociación entre percepción del autocuidado y deterioro cognitivo, depresión e incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria.

Varios autores describen que el deterioro cognitivo, la depresión la incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria ocasionan mayor discapacidad, dependencia funcional, mayor comorbilidad, disfunción social y ocupacional; por lo que, se pensaría que puede afectar la percepción del autocuidado en el adulto mayor y empeorar el estado de salud;^{10, 23, 27} Sin embargo, en este estudio solo se obtuvieron frecuencias significativas, sin embargo, no mostraron relación entre las variables en OR; por lo que se sugiere aumentar el tamaño de muestra y valorar otras comunidades para determinar una asociación más confiable.

Un adecuado autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo, con el propósito de prevenir enfermedades y complicaciones, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable, que no condicionen con una carga socioeconómica para ellos mismos, de su familia y para el sistema de la salud de México.^{29,32}

19.- CONCLUSIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico normal dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado; que requiere una evaluación geriátrica integral, la cual considera aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, por ello agregar la percepción de autocuidado como parte de esta valoración es indispensable. Este estudio determinó que si existen factores que pueden modificar un adecuado autocuidado como lo es: la viudez, una mayor edad, baja escolaridad, deterioro cognitivo moderado, depresión moderado-severo e incapacidad a las actividades básicas de la vida diaria. Es por eso, que dichos factores se deben detectar oportunamente, favoreciendo el autocuidado, ya que tiene una relación estrecha con la persona y su salud, prolonga el desarrollo personal, conserva el bienestar, previene enfermedades crónicas u otorga herramientas para manejar adecuadamente las presentes; promueve una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo, para mantener un envejecimiento saludable y disminuir la carga socioeconómica y familiar, que genera la morbilidad en el sistema de salud en México.

20.- CRONOGRAMA.

Título: Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS

- Investigadores:**
1. Brito Vargas Axel, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matrícula 97374567, celular 5585074520, correo electrónico: draxelbrito@gmail.com. Sin fax.
 2. Vega Blancas Juan Luis, Tel: 5519549037 Sin fax., Matrícula: 98389710, E-mail: luis_drvega@outlook.es. Asesor Metodológico y Clínico

TEMA / FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	OCT-NOV 2020	ABR 2021
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION	XX	XX															
RESUMEN										XX		XX			XX		
INTRODUCCION											XX	XX					
MARCO TEORICO			XX	XX	XX	XX	XX										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				XX	XX							XX					
JUSTIFICACION				XX	XX							XX					
OBJETIVOS				XX	XX							XX					
HIPOTESIS					XX												
MATERIAL Y METODOS					XX						XX	XX					
• DISEÑO DE ESTUDIO					XX							XX					
• TAMAÑO DE MUESTRA					XX	XX	XX	XX	XX								
• POBLACION DE ESTUDIO					XX	XX	XX	XX	XX								
CRITERIOS DE SELECCION					XX	XX	XX					XX					
VARIABLES DE ESTUDIO						XX	XX										
DESCRIPCION DEL ESTUDIO (ESTRATEGIA)						XX	XX										
RECOLECCION DE DATOS						XX	XX					XX				XX	
CONSENTIMIENTO INFORMADO						XX	XX	XX				XX				XX	
ANALISIS ESTADISTICO							XX	XX	XX			XX					
ASPECTOS ETICOS											XX	XX					
FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO							XX	XX									

CONFLICTO DE INTERESES								XX	XX								
RECURSOS								XX	XX								
RESULTADOS																	XX
DISCUSIÓN																	XX
CONCLUSIÓN																	XX
CRONOGRAMA	XX			XX													
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			XX	XX	XX				XX	XX	XX	XX					
ANEXOS								XX	XX		XX	XX			XX		
INCORPORACION AL SIRELCIS												XX			XX		
APROBACION DEL SIRELCIS															XX		

21.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2016 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
2. Instituto Nacional de Geriatria. Panorama demográfico en México: presente y futuro [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2015 [citado 30 mayo 2019]. Disponible en: http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_21.pdf
3. Instituto Nacional de Geriatria. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2016 [citado 4 abril 2019]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
4. Gregorio PG. Bases fisiológicas del envejecimiento cerebral. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(2):66-9.
5. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430–39.
6. Luckey AE, Parsa CJ. Fluid and electrolytes in the aged. *Arch Surg.* 2003;138(10):1055-60.
7. Weinstein JR, Anderson S. The aging kidney: physiological changes. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2010;17(4):302-7.
8. Stratton JR, Levy WC, Cerqueira MD, Schwartz RS, Abrass IB. Cardiovascular responses to exercise. Effects of aging and exercise training in healthy men. *Circulation.* 1994;89 (4):1648-55.
9. Karavidas A, Lazaros G, Tsiachris D, Pyrgaskis V. Aging and the cardiovascular system. *Hellenic J Cardiol.* 2010;51(5):421-7.
10. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en unidades de Atención Médica [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2010 [citado 09 abril 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GPC_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GER_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf
11. Mejia AS, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health.* 2011;23(7):1050-74.
12. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med.* 2012;9(2):464-74.
13. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB, et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus

- definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(4):249-56.
14. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2012 [citado 11 junio 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
 15. Shankar SK. Biology of aging brain. *Indian J Pathol Microbiol*. 2010;53(4):595-604.
 16. Wong LSM, Van P, Boer RA, Huzen J, Van WH, Van VDJ. Aging, telomeres and heart failure. *Heart Fail Rev*. 2010;15(5):479-86.
 17. Budson AE, Price BH. Memory dysfunction. *N Engl J Med*. 2005;352(7):692-9.
 18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Envejecimiento y demencias en México desde una perspectiva de género [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2017 [citado 16 julio 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315224/revista_15-3-1.pdf
 19. Burton LA, Sumukadas D. Optimal management of sarcopenia. *Clin Interv Aging*. 2010;5:217-28.
 20. Lim S, Kim JH, Yoon JW, Kang SM, Choi SH, Park YJ, et al. Sarcopenic Obesity: prevalence and association with metabolic syndrome in the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Diabetes Care*. 2010;33(7):1652-4.
 21. Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2018 [citado 16 agosto 2019]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
 22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Envejecimiento y demencias en México desde una perspectiva de género [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2017 [citado 16 julio 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315224/revista_15-3-1.pdf
 23. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5 ed. España: Médica panamericana; 2016.
 24. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2010 [citado 24 septiembre 2019]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento_humano.pdf
 25. Instituto Nacional de Geriátría. Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2013 [citado 20 agosto 2019]. Disponible en:

- http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf
26. Instituto Nacional de Geriatria. 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor Tomo VI [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2015 [citado 16 junio 2019]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/10habitos_6.pdf
 27. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2011 [citado 30 mayo 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
 28. Imaginário C, Rocha M, Machado P, Antunes C, Martins T. Self-care profiles of the elderly institutionalized in Elderly Care Centres. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 78:89-95.
 29. Instituto Nacional de Geriatria. Aspectos moleculares del envejecimiento [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2012 [citado 9 julio 2019]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/aspectos_moleculares.pdf
 30. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron. 2014;36(6):25-35.
 31. Bai X, Lai DWL, Liu C. Personal care expectations: Photovoices of chinese ageing adults in Hong Kong. Health Soc Care Community. 2020:00:1-11.
 32. Millán MIE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer. 2010;26(4):202-34.
 33. Naranjo HY, Pacheco CJ. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Rev Finlay. 2016;6(3):215-20.
 34. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: España; 2018 [citado 28 octubre 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
 35. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2013. [citado 18 enero 2020]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
 36. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas; 2016 [citado 19 enero 2020]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

22.- ANEXOS.

22.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

(Anexo 1)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título del Protocolo: Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS

OBJETIVO: Evaluar la percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” del IMSS.

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, Descriptivo, Transversal v Protectorio

VARIABLES: Del estudio: Capacidad de autocuidado, Depresión, Deterioro cognitivo y Dependencia funcional. Sociodemográficas: Edad, Sexo, Escolaridad y Estado civil

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 384 pacientes

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para relacionar la capacidad de autocuidado del adulto mayor con la el grado de depresión, el deterioro cognitivo y la capacidad funcional, se utilizará las pruebas χ^2 o prueba exacta de Fisher, con nivel de significancia de $p < 0.05$; utilizando el programa SPSS versión 22.

MATERIAL Y MÉTODOS: Previa autorización el comité evaluador se invitará a los pacientes candidatos que cumplan los criterios de inclusión a realizar la encuesta para evaluar la capacidad de autocuidado y su relación con la con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión; utilizando el CYPAC-AM, índice de Katz, estado mental de Folstein y escala de depresión de Yesavage.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes geriátricos de ambos sexos mayores a 60 años.
Pacientes que otorgan su consentimiento informando, aceptando participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes geriátricos con incapacidad funcional y/o cognitiva total

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que por cuestiones adversas no terminen de contestar la encuesta en el momento del estudio
Pacientes geriátricos que pierdan vigencia de derechos

22.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

(Anexo 2)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

Nombre del estudio:	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN "PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INCAPACIDAD, DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESION, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA" DEL IMSS						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Mayo 2020						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que la salud del anciano no solo puede medirse por la presencia o ausencia de enfermedades, si no también es necesario valorar el grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor. Ante el panorama, existen intervenciones basadas en modelos de envejecimiento exitoso, donde el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria ocupa el papel principal; con lo cual se objetiva incrementar su autoeficacia y conservar al máximo el cuidado de sí mismo; con la finalidad de aumentar su independencia, bienestar personal y calidad de vida.						
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación, así como a 384 adultos mayores, derechohabientes de la UMF 28, para participar en este proyecto de investigación. Si cumplo con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me invitará a pasar a un consultorio donde se me aplicará un cuestionario de 20 minutos de fácil entendimiento. Posteriormente el investigador otorgará el resultado de dicha encuesta para fomentar la prevención.						
Posibles riesgos y molestias:	Se me informa que este proyecto de investigación es de riesgo mínimo. La única molestia de este estudio será relacionada con el tiempo que tardare realizando la encuesta.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que el beneficio de esta investigación es evaluar la percepción de autocuidado con el objetivo de fomentar la prevención y promover el envejecimiento exitoso.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado el resultado de la encuesta y se realizara él envió pertinente en caso necesario a medicina preventiva y medicina familiar con el objetivo de realizar las acciones preventivas necesarias.						
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.						
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Se me ha informado que al finalizar la encuesta se agradecerá mi participación y me podre retirar con los resultados obtenidos asi como especificar las acciones preventivar a fomentar para un envejecimiento exitoso.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Brito Vargas Axel, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matrícula 97374567, celular 5585074520, correo electrónico: draxelbrito@gmail.com. Sin fax.						
Colaboradores:	Vega Blancas Juan Luis, Tel: 5519549037 Sin fax., Matrícula: 98389710, E-mail: luis_drvega@outlook.es. Asesor						

Metodológico y Clínico

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Brito Vargas Axel
Médico Residente de Medicina Familiar UMF 28

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

22.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

(Anexo 3)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS										
Percepción de autocuidado del adulto mayor y su relación con el grado de incapacidad, deterioro cognitivo y depresión, en la Unidad de Medicina Familiar número 28 "Gabriel Mancera" del IMSS										
Investigadores:		3. Brito Vargas Axel, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matrícula 97374567, celular 5585074520, correo electrónico: draxelbrito@gmail.com. Sin fax. 4. Vega Blancas Juan Luis, Tel: 5519549037 Sin fax., Matrícula: 98389710, E-mail: luis_drvega@outlook.es. Asesor Metodológico y Clínico								
1. Nombre			2. Numero de seguridad social							
3.- Fecha (dd/mm/aaaa)			2020		4.Consultorio		5.Turno			
6.Sexo		Hombre	1	Mujer	2	7.Teléfono		8.Edad		Años
9.Escolaridad		Analfabeta		1	Primaria		2	Secundaria		3
		Bachillerato		4	Licenciatura		5	Posgrado		6
10.Estado civil		Soltero (a)		1	Casado (a)		2	Divorciado (a)		3
		Viudo (a)		4	Unión libre		5			
11.TEST DE CYPAC-AM (CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR)										
A. Actividad física										
Puede movilizarse sin ayuda							Si		No	
Participa en grupos de la tercera edad							Si	A veces	No	
Realiza algún ejercicio de manera frecuente							Si	A veces	No	
Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras							Si	A veces	No	
B. Alimentación										
Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda							Si		No	
Tiene establecido un horario fijo para comer							Si	A veces	No	
Prefiere los alimentos hervidos que fritos							Si	A veces	No	
Ingiere la dieta indicada por un profesional de la salud, aunque no le guste							Si	A veces	No	
C. Evacuaciones										
Puede controlar sus esfínteres y evacuar sin ayuda							Si		No	
Tiene un patrón evacuatorio intestinal diario con horario regular							Si	A veces	No	
Tiene como hábito observar sus evacuaciones							Si	A veces	No	
Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (más de 6 vasos al día)							Si	A veces	No	
D. Descanso y sueño										
Puede controlar su periodo de descanso y sueño							Si		No	
Tiene el hábito de descansar sin dormir después de comer							Si	A veces	No	
Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo							Si	A	No	

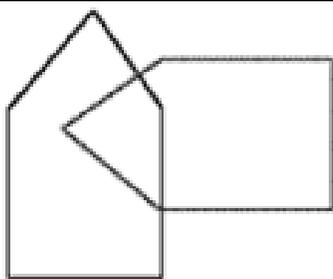
		veces			
Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)	Si	A veces		No	
E. Higiene y aseo personal					
Puede mantener su higiene y aseo personal sin ayuda	Si			No	
Se baña diariamente, y aun horario establecido	Si	A veces		No	
Acostumbra bañarse con agua tibia	Si	A veces		No	
Usa una toallita independiente para secarse los pies	Si	A veces		No	
F. Medicación					
Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla	Si			No	
Cumple estrictamente con el tratamiento indicado	Si	A veces		No	
Solo toma medicamentos que le indica su medico	Si	A veces		No	
Si necesita algún medicamento lo consulta primero a un profesional de la salud	Si	A veces		No	
G. Control de salud					
Tiene control y puede responsabilizarse con su salud	Si			No	
Controla su peso o sabe cuánto debe pesar	Si	A veces		No	
Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas	Si	A veces		No	
Se realiza auto chequeos periódicos en la casa (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)	Si	A veces		No	
H. Adicciones o hábitos tóxicos					
Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico (tabaquismo, alcoholismo, drogas)	Si			No	
Puede controlar la cantidad del toxico que consume	Si	A veces		No	
Tiene un hábito toxico, pero intenta deshacerse de él	Si	A veces		No	
Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos	Si	A veces		No	
Norma de evaluación del Instrumento: El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems. Si tres ó más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3. Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2. Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.					
Interpretación del Test					
1	21-24	Percepción de autocuidado adecuado			
2	16 - 20	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado			
3	≤15, sin ninguna categoría evaluada de 0	Percepción de autocuidado inadecuado			

4	≤15, pero con al menos una categoría evaluada de 0	Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría	
4	0 en más de cuatro categorías	Déficit total de autocuidado	
12. EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN (DETERIORO COGNITIVO)			
1	Normal 24-30 puntos	2	Leve 19-23 puntos
3	Moderado 14-18 puntos	4	Grave <14 puntos
13. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE			
1	Normal 0-5 puntos	2	Depresión leve 6-9 puntos
3	Depresión establecida ≥10 puntos		
14. ÍNDICE DE KATZ			
1	Grados A-B o 0-1 punto = Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	2	Grados C-D o 2-3 puntos = Incapacidad moderada
3	Grados E-G o 4-6 puntos = Incapacidad severa		
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN			

22.4 INSTRUMENTOS, ESCALAS, CUESTIONARIOS, ETC.

(Anexo 4)

Cuadro 5. EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN.

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.	
QUÉ DIA DE LA SEMANA ES HOY, CUÁL ES EL AÑO, MES, DÍA, ESTACIÓN, (MÁXIMO 5 PUNTOS)	0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, EL PISO, LA CIUDAD, EL ESTADO Y EL PAÍS EN EL QUE ESTAMOS", (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
FIJACIÓN	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA, (MÁXIMO 3 PUNTOS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"SI TIENE 30 PESOS Y ME LOS DA DE TRES EN TRES, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA, MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
MEMORIA.	
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS"	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.	
"¿QUÉ ES ESTO?(MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO)".	0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO".	0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA, MÁXIMO 3 PUNTOS.	0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE" "CIERRE LOS OJOS"	0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA"	0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (0-1 PUNTOS).	0 - 1
	<p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p>NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p> <p style="text-align: right;">TOTA _____</p>
<p>PUNTO DE CORTE: 24</p> <p>GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; >14 = GRAVE)</p>	

Adaptado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98.

Cuadro 6. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
<p>INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL.</p> <p>6 A 9 DEPRESIÓN LEVE.</p> <p>> 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.</p>			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Cuadro 8. INDICE DE KATZ

1. BAÑO
<p>INDEPENDIENTE: SE BAÑA ENTERAMENTE SOLO, O BIEN REQUIERE AYUDA ÚNICAMENTE EN ALGUNA ZONA CONCRETA (P. EJ., ESPALDA).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LAVARSE EN MÁS DE UNA ZONA DEL CUERPO, O BIEN PARA ENTRAR O SALIR DE LA BAÑERA O DUCHA.</p>
2. VESTIDO
<p>INDEPENDIENTE: COGE LA ROPA Y SE LA PONE ÉL SOLO, PUEDE ABROCHARSE (SE EXCLUYE ATARSE LOS ZAPATOS O PONERSE LAS MEDIAS O CALCETINES).</p> <p>DEPENDIENTE: NO SE VISTE POR SÍ MISMO, O PERMANECE PARCIALMENTE VESTIDO.</p>
3. USO DEL WC
<p>INDEPENDIENTE: VA AL WC SOLO, SE ARREGLA LA ROPA, SE LIMPIA ÉL SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: PRECISA AYUDA PARA IR AL WC Y/O PARA LIMPIARSE.</p>
4. MOVILIDAD
<p>INDEPENDIENTE: SE LEVANTA Y SE ACUESTA DE LA CAMA ÉL SOLO, SE LEVANTA Y SE SIENTA DE UNA SILLA ÉL SOLO, SE DESPLAZA SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE Y/O ACOSTARSE, DE LA CAMA Y/O DE LA SILLA. NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE O NO SE DESPLAZA.</p>
5. CONTINENCIA
<p>INDEPENDIENTE: CONTROL COMPLETO DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.</p> <p>DEPENDIENTE: INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECACIÓN.</p>
6. ALIMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE: COME SOLO, LLEVA ALIMENTO SOLO DESDE EL PLATO A LA BOCA (SE EXCLUYE CORTAR LOS ALIMENTOS).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA COMER, NO COME SOLO O REQUIERE ALIMENTACIÓN ENTERAL.</p>
<p>A: INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES.</p> <p>B: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS UNA CUALQUIERA.</p> <p>C: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>D: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>E: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>F: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA.</p> <p>G: DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.</p>
RESULTADO: ÍNDICE DE KATZ: _____

Adaptado de: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963;185:914-919

22.5 CARTA DE NO INCONVENIENTES

(Anexo 5)

 **GOBIERNO DE MÉXICO** |  **IMSS** |  **2020 LEONA VICARIO** | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO 37 SUR
Jefatura de Prestaciones Médicas
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Ciudad de México, a 27 de Febrero de 2020

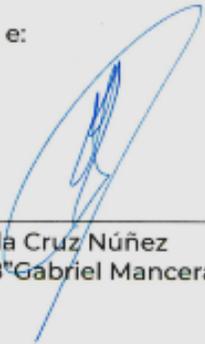
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Delegación D.F. Sur

PRESENTE

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INCAPACIDAD, DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28 "GABRIEL MANCERA", en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador principal Dr. Juan Luis Vega Blancas, Matricula 98389710, y colaborador Médico Residente Dr. Axel Brito Vargas Matricula 97374567.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:





Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez
Directora UMF 28 "Gabriel Mancera"

Gabriel Mancera No. 800; Col. Del Valle Centro, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 03100, Tel 55326011 Ext. 21722