



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 4  
GUADALUPE, ZAC.

TESIS:

**“APOYO FAMILIAR Y CAPACIDAD FISICA EN EL  
ADULTO MAYOR”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

QUE PRESENTA:

**DRA. KARLA ALEJANDRA RAMOS DELGADO**

GUADALUPE, ZACATECAS.

FEBERERO 2013

**“APOYO FAMILIAR Y CAPACIDAD FISICA EN EL  
ADULTO MAYOR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA. KARLA ALEJANDRA RAMOS DELGADO**

**DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4  
GUADALUPE, ZACATECAS.

**DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA**  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INV. EN SALUD  
DELEGACION ESTATAL ZACATECAS.

**DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DELEGACION ESTATAL ZACATECAS.



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación Estatal Zacatecas  
Jefatura de Prestaciones Médicas  
Educativas en Salud

GUADALUPE, ZACATECAS

FEBRERO 2013

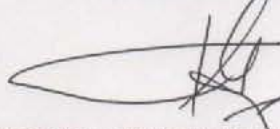
**APOYO FAMILIAR Y CAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO  
MAYOR..**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

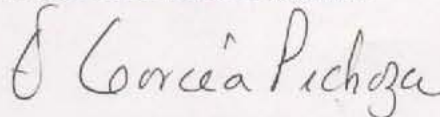
PRESENTA

**DRA. KARLA ALEJANDRA RAMOS DELGADO**

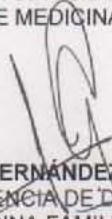
**AUTORIZACIONES**



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



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



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Participantes en la realización del proyecto.

Investigador Principal: Dra. Karla Alejandra Ramos Delgado  
Área de adscripción: Unidad Familiar No.6 Río Grande Zacatecas  
Instituto: IMSS  
Domicilio particular: Calle Tijuana # 6 Col. Sector Popular  
Teléfono: 8785296  
Matricula IMSS: 99342662  
Matricula UNAM: 510217589  
Correo electrónico: [candymaxim09@hotmail.com](mailto:candymaxim09@hotmail.com)

#### ASESOR METODOLOGICO

Nombre: Dr. Eduardo Martínez Caldera  
Coordinador auxiliar medico de investigación en salud delegación estatal  
Zacatecas  
Instituto: IMSS  
Domicilio: Avenida Gavilanes SN Col. Dependencias Federales Guadalupe  
Zacatecas.  
Teléfono: 01 49292 2 60 14 ext. 1143  
Matricula: 9789901  
Correo Electrónico: [calmared@hotmail.com](mailto:calmared@hotmail.com)

#### ASESOR CLINICO

Nombre: Dr. Ildfonso Aparicio Trejo  
Profesor titular del curso especialización en medicina familiar para médicos  
generales  
Área de adscripción: UMF 4 Guadalupe, Zacatecas  
Instituto: IMSS  
Domicilio: Avenida Gavilanes SN Col. Dependencias Federales Guadalupe  
Zacatecas.  
Teléfono: 92-3-54-74  
Matricula: 11332824  
Correo Electrónico: [ilse942000@yahoo.com.mx](mailto:ilse942000@yahoo.com.mx)

## INDICE

1.- Resumen estructurado	
2.-Antecedentes.....	1
3.- Planteamiento del problema.....	13
4.- Justificación.....	14
5.-Objetivos.....	15
5.1 Objetivo General.....	15
5.2 Objetivo Especifico.....	15
5.3 Hipótesis de trabajo.....	16
6.- Material y métodos.....	17
6.1. Tipo de estudio.....	17
6.2. Población de estudio.....	17
6.2.1 Universo de trabajo.....	17
6.2.2 Lugar y Tiempo.....	17
6.3 Muestreo.....	18
6.3.1 Técnica muestra.....	18
6.3.2 Tamaño de muestra.....	18
6.4 Criterios de selección.....	19
6.4.1 Criterios de inclusión.....	19
6.4.2 Criterios de exclusión.....	19
6.4.3 Criterios de eliminación.....	19
6.5 Variables de estudio.....	20
6.5.1 Variables dependientes.....	20
6.5.2 Variables intervinientes.....	20
6.5.3 Variables universales.....	20
6.5.4 Operacionalización de las variables.....	20
7.Procesamiento de la información.....	27
8.Análisis estadístico.....	29

9.Consideraciones éticas.....	30
10 .Resultados.....	31
10.1 Análisis comparativo.....	51
11.Discusión.....	53
12.Conclusiones.....	55
13. Conflicto de intereses.....	55
14.Limitantes y perspectivas del estudio.....	55
15. Bibliografía.....	56
16.Anexos.....	58
16.1. Carta de consentimiento informado.....	58
16.2 Instrumento de recolección de la información.....	59
16.3Dictamen emitido por el CLIEIS 33-01.....	63

## 1 Resumen

### **“APOYO FAMILIAR Y CAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR”**

Ramos-Delgado Karla Alejandra,<sup>1</sup> Martínez-Caldera Eduardo,<sup>2</sup> Aparicio-Trejo Ildelfonso.<sup>3</sup>

Alumna del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales<sup>1</sup>.  
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud<sup>2</sup>. Profesor titular del Curso en  
Especialización en Medicina Familiar. IMSS Zacatecas.<sup>3</sup>

**INTRODUCCIÓN:** El envejecimiento se manifiesta como aumento de morbilidad, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos socio familiares, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental, existiendo una estrecha relación entre dependencia y edad,

**OBJETIVO:** Identificar la relación entre la capacidad física del adulto mayor y apoyo familiar en pacientes de la consulta externa de la UMF 4 Guadalupe, Zacatecas, de enero a junio del 2012

**MATERIAL Y METODOS.** Encuesta transversal prospectiva realizada a 123 pacientes adultos mayores obtenidos mediante la fórmula de estimación de proporciones para población finita seleccionados mediante muestreo no probabilístico, en atendidos en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 4 del IMSS de enero a junio del 2012. Se incluyeron a pacientes de  $\geq 60$  años de ambos sexos, ambulatorios y que mediante carta de consentimiento informado firmado aceptaron participar en el estudio. Se identificaron características socio demográficas, familiares (estructura, tipología y ciclo vital) capacidad física (Katz) y Apoyo familiar (Gijón). Se excluyeron a pacientes con deterioro cognitivo (Minimental de Folstein). Análisis estadístico SPSS 15; análisis uni y bivariado Chi cuadrada MH, o Exacta de Fisher, IC 95%,  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** El 51.2% fueron del sexo femenino, con promedio de edad de  $69.14 \pm 6.7$  años, con rangos de 60 a 86 años, predominando el grupo de edad de 60 a 70 años, el estado civil casado fue de 69, el 66% estudio solo primaria, 69% presenta una familia integrada, 98% realiza ABVD sin problemas mientras que un 91% es independiente para las AIVD y un 46.3% no cuentan con apoyo familiar.

**CONCLUSIONES:** Entre menos edad presente el adulto mayor presenta mas independencia y requiere menos apoyo familiar

**PALABRAS CLAVE:** Capacidad física, apoyo familiar, adulto mayor.

## **“FAMILY SUPPORT AND PHYSICAL ABILITY IN THE ELDERLY”**

Karla Alejandra Ramos-Delgado,<sup>1</sup> Eduardo Martínez-Caldera,<sup>2</sup> Aparicio-Trejo Ildelfonso.<sup>3</sup> Student in the course of specialization in Family Medicine for General Practitioners <sup>1</sup>. Medical Assistant Coordinator of Health Research <sup>2</sup>. Professor of the Specialization Course in Family Medicine. IMSS Zacatecas.<sup>3</sup>

**INTRODUCTION:** Aging is manifested as increased morbidity, decreased independence and adaptability, family socio deterioration models, removal of labor, reduction in economic capacity and restriction of the physical and mental health, there is a close relationship between dependence and age

**OBJETIVE :**To identify the relationship between the physical capacity of elderly patients and family support in the outpatient FMU 4 Guadalupe, Zacatecas, from January to June 2012

**MATERIALS AND METHODS.** Prospective cross-sectional survey on 123 patients older formula obtained by estimating finite population proportions for selected through non-probability sampling in treated at the outpa

tient Family Medicine IMSS UMF 4 January to June 2012. We included patients  $\geq 60$  years of both sexes, outpatient and informed consent letter signed agreed to participate in the study. We identified sociodemographic characteristics, family (structure, type and life cycle) capacity (Katz) and family support (Gijón). We excluded patients with cognitive impairment (Folstein Minimental). Statistical analysis SPSS 15; univariate and bivariate MH Chi square or Fisher's exact, 95%,  $p \leq 0.05$ .

**RESULTS:** 51.2% were female, with a mean age of  $69.14 \pm 6.7$  years, ranging from 60 to 86 years, predominantly in the age group 60-70 years, married marital status was 69, 66% single primary study, 69% presented an integrated family, 98% performed smoothly ABVD while 91% is independent for IADL and 46.3% have no family support.

**CONCLUSIONS:** Among this younger older adults presents more independence and requires less family support

**KEYWORDS:** physical capacity, family support, elderly



## 2 ANTECEDENTES

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de los procesos capaces de alterar su salud. Estas consideraciones permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor.<sup>1</sup>

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias. Estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor.

El envejecimiento es un proceso ineludible y gradual, manifiesto a través de cambios morfo-fisiológicos derivados de la acción del tiempo sobre los organismos. Se manifiesta como aumento de morbilidad, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos socio familiares, y restricción de la facultad física y mental. Hoy día existen 600 millones de ancianos en el mundo y a mediados del presente siglo la cifra alcanzará 2,000 millones.<sup>2</sup> Se crearon 3 grupos de las edades avanzadas:

50 a 64 años. Este grupo se encuentra en la transición hacia la vejez. En mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas.

60 a 74 años. Se establece como la tercera edad. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

75 y más. Este grupo es la cuarta edad. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.

Estas dos últimas etapas son las que se incluyen dentro de un concepto de envejecimiento funcional, que generalmente se representa estadísticamente como la población en edad avanzada, 60, 65 o más años de edad. En todo caso el elemento relevante es que la pérdida de salud, capacidad y autonomía son riesgos correlacionados con la vejez. En estudios realizados muestran que

las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen y que el envejecimiento y sus consecuencias dependen del nivel socioeconómico y lugar de residencia .<sup>3</sup>

La transición demográfica que viven los países de América Latina y el Caribe, caracterizada por el rápido crecimiento del número de adultos mayores, impone numerosos desafíos a los encargados de tomar las decisiones y de diseñar las políticas orientadas a satisfacer las necesidades de salud y consumo de las personas de mayor edad. El mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la mayor disponibilidad de servicios de salud han conducido a una transición demográfica acelerada en América Latina y el Caribe. Caracterizándose por una reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, modificando la estructura por edades de la población. En las últimas dos décadas América Latina ha empezado a experimentar un proceso de envejecimiento. En 1975 la población mayor de 60 años en esta parte de la Región era de 21 millones de personas (6.5% de la población total) en solo 25 años este grupo de población ascendió a 41 millones de personas (8.1% de la población). Según proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en el 2025 este grupo de edad será alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones. En consecuencia los adultos mayores de 60 años que representaban el 8.1% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser el 14.1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23.4%) en 2050. Este cambio en el patrón de crecimiento tendrá un impacto importante sobre la tasa de dependencia económica de los adultos mayores de 60 años, es decir, la relación entre el número de personas mayores de 60 años y la población en edad laboral. La Región de América Latina está envejeciendo con una rapidez que no tiene paralelo en el mundo desarrollado, de tal manera que la composición por estado de salud y discapacidad tiende a convertirse, tarde o temprano, en un problema grave y muy desfavorable en relación a la calidad de vida .La modernidad ha introducido un avance notorio en el mejoramiento de las

condiciones de vida así como sus repercusiones han sido especialmente notorias en la población de adultos mayores, quienes están experimentando un aumento en la expectativa de vida. El plan de Acción mundial sobre envejecimiento diseñó acciones y cambios de orientación en las políticas de los países a fin de conseguir mejorar la calidad de vida de las personas de edad en los diferentes países miembros, y garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad.<sup>4,5.</sup>

La necesidad de fomentar la investigación en el campo del envejecimiento se fundamenta en razones socio demográfico, de especificidad, y de carencias históricas. Los campos de investigación en este terreno suelen englobarse dentro de tres grandes apartados, el área biológica o biogerontológica, área clínica, área de ciencias sociales y del comportamiento. Esto contemplado desde una perspectiva estrictamente geriátrica.

1. Área biológica o biogerontológica . Sus objetivos esenciales tienen que ver con preguntas como el por qué envejecemos, cuáles son los mecanismos que determinan el envejecimiento, cuáles las posibilidades de actuación sobre ellos, cómo se produce el proceso de envejecer y otras cuestiones similares.

2. Área clínica. Constituye la esencia de la geriatría propiamente dicha. Se ocupa de todos aquellos aspectos que pueden considerarse más o menos específicos en relación con la patología de la persona mayor. Abarca desde cuestiones epidemiológicas hasta consideraciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas con la mayor parte de las enfermedades y síndromes geriátricos, incluyendo igualmente cuestiones relativas a la funcionalidad física o psíquica

3. Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento. Comprende un enorme campo temático, difícilmente resumibles en pocas palabras, pero con una gran incidencia en aspectos relativos a la situación del anciano en la sociedad, a su calidad de vida, a la economía individual y colectiva, e incluso a cuestiones directamente relacionadas con la clínica pero íntimamente vinculadas con la problemática social del individuo .<sup>6</sup>

En México se estima que para el año 2030 el 12.6% de la población serán adultos mayores y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050. En síntesis, durante las próximas décadas México experimentará un acelerado proceso de envejecimiento demográfico, el cual ocurrirá en un lapso bastante menor al observado en

países desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Esto significa que se tendrá menos tiempo y se dispondrá de menores recursos para adaptarse a las consecuencias sociales del envejecimiento de la población, por lo que debemos anticiparnos a ellas e instrumentar desde hoy estrategias y programas que nos permitan afrontar con éxito los desafíos por venir.<sup>7,8</sup>

El estudio de salud y envejecimiento en México (ENASEM) o conocido por sus siglas en inglés (MHAS), es un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más en el año 2000. Según ese estudio la población de 50 años o más en el 2001. Estaba integrada por aproximadamente 14 millones de habitantes. Un poco más de la mitad son mujeres, y poco más de la mitad tiene 60 años o más, y también un poco más de la mitad reside en áreas rurales. Para 2007, las entidades federativas que tienen el peso más importante de adultos mayores en su estructura por edad son el Distrito Federal (10.1%), Zacatecas (9.4%), Oaxaca (9.4%) y Nayarit (9.3%); en tanto que Quintana Roo presenta una proporción de 4.2 por ciento, seguido de Baja California, Baja California Sur y Chiapas que alcanzan una proporción de 6.2 por ciento, respectivamente. Por grupos de edad, se observa que entre quienes tienen 60 y 69 años representan más de la mitad de los adultos mayores (56%); los de 70 a 79 años menos de la tercera parte (29.9%) y el resto lo conforman aquellos con 80 años y más (14.1%).<sup>9</sup>

En esta encuesta se encontró que cerca de 9% de la población reporta tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como son: caminar, bañarse, comer, usar excusado, traslado a la cama. Estas limitaciones las declaran en mayor medida los de mayor edad que los jóvenes, y la mujeres más que los hombres, aunque esto último solamente en áreas urbanas. Respecto a los problemas de funcionalidad en actividades de la vida diaria, los adultos mayores que reportaron no tener problemas en 2001, En general, 521 (7,3%) participantes eran dependientes para realizar al menos una de las ABVD. Las personas con dependencia para realizar ABVD declararon haber tenido un número significativamente mayor de enfermedades crónicas y haber sufrido dolor con mayor frecuencia. 6.5% declara tener por lo menos un problema en 2003.<sup>10, 11.</sup>

Una de tantas limitaciones que presentan las personas de 60 años o más, es en lado económico ya que el coste de la vida aumenta y las pensiones no es suficiente o por mala planeación, modifican su estilo de vida ya que no pueden comprar su ropa, calzado, como cuando trabajaban. Dejan de asistir reuniones. Así mismo se inicia el aislamiento y soledad, sumándose las enfermedades que los convierten en dependientes con pérdida de la autonomía y la autoestima. Estos problemas son aún más graves cuando ellos, siendo más jóvenes, abandona a sus hijos pequeños, porque al estar viejos regresan con la intención de cobrar su cuota de padre o madre biológico a quien nadie conoce y menos puede amar. En el caso de la ama de casa, que con los cambios del envejecimiento los cuales implican el acumulo de fallas y pérdidas, las convierte en mujeres vulnerables, inútiles, estorbosas, que son desplazadas por otras aspirantes.<sup>12</sup>

El envejecimiento demográfico es el aumento del promedio de edad de una población, pero a menudo se olvida que refleja el desarrollo económico y social. El componente fundamental es la prevención de la dependencia. La dependencia puede fluctuar en el tiempo, dependerá de la comorbilidad, la atención en la enfermedad aguda, el acceso a la rehabilitación y condicionantes socioeconómicas. Envejecer no causa incapacidad y independencia por si solo. Algunas personas se mantienen autónomas hasta el final de su vida..

Fragilidad, Comorbilidad y discapacidad no tienen porque presentarse a la vez. La discapacidad genera dependencia. Se asocia a mortalidad, hospitalización y aumento del gasto sanitario. Suele desarrollarse de forma progresiva y a menudo debida a enfermedad aguda. La fragilidad es un estado fisiológico caracterizado por un aumento de vulnerabilidad ante factores estresantes por la disminución en las reservas fisiológicas y desregulación de sistemas. Esta sería el estado que precede a la enfermedad. Supone riesgo de mortalidad, discapacidad e institucionalización. Comorbilidad es la presencia de 2 o más enfermedades en la misma persona. Fragilidad y comorbilidad pronostican discapacidad y, a su vez, ésta puede empeorarlas. Las actividades instrumentales de la vida diaria,( AIVD) son un marcador potencial de fragilidad. Los pacientes con dificultad para la movilización, discapacidades preclínicas,

hospitalizados y muy ancianos necesitan mayor énfasis en la prevención de la dependencia. Mantener la capacidad función al en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales, son los elementos que definen el envejecimiento saludable o exitoso. La OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social, y mental, y extender la esperanza de vida saludable, productividad y calidad de vida.<sup>13</sup>

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. La discapacidad está asociada estrechamente a la edad y también al sexo. La dependencia es el resultado de la combinación de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. La recomendación del consejo de Europa aprobada en septiembre de 1988 define la dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Esta definición plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria, y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Se entiende por función o funcionalidad la capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares finas o groseras y que permiten vivir de forma independiente, y son un potente preedictor de discapacidad y dependencia. Desde los trabajos de Nagi en 1976 se ha descrito que la valoración funcional debe incluir 2 grandes aspectos o dominios: la evaluación de la *limitación funcional*, entendida como la dificultad para realizar tareas motoras a nivel individual, y la *discapacidad*, entendida como la limitación en el funcionamiento o desempeño de roles sociales definidos y tareas dentro de un entorno físico y sociocultural. Investigaciones recientes han demostrado la importancia de evaluar estos 2 dominios en la valoración funcional para

identificar ancianos en riesgo, caracterizarla progresión hacia la dependencia y comprender los momentos idóneos para instaurar intervenciones eficaces.<sup>14</sup>

La medición de la función ha demostrado ser un excelente predictor de episodios en personas mayores hospitalizadas, institucionalizadas o en la comunidad. Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. La OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo el estado de independencia funcional. Fillenbaum (1984) confirma ese criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

En general, la valoración de la persona dependiente se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria (AVD) estas son: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras son las actividades imprescindibles para el auto cuidado diario (asearse, vestirse, desnudarse, poder ir solo al servicio, comer) la movilidad básica (desplazamiento dentro del hogar) y funcionamiento mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas). Las segundas son actividades más complejas que las ABVD y su realización requiere un mayor nivel de autonomía personal. La evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor y es uno de los principales determinantes de su calidad de vida.<sup>15,16,17</sup>

Otros factores que determinan la vulnerabilidad y el nivel de funcionalidad en la vejez son: relaciones afectivas, viudez, mismo que contribuyen al mantenimiento o pérdida de la funcionalidad del adulto mayor, por ello el estatus económico y social obtenido en la vida adulta, tiene repercusiones en la jubilación y pensión, para prevenir complicaciones de cara a la jubilación del adulto mayor. Convirtiéndose en una situación de vulnerabilidad social y económica de la población adulta mayor en caso de no contar con apoyos familiares, sociales, o económicos suficientes, constantes y adecuados.<sup>18</sup> Desde los orígenes de la Valoración geriátrica, considera la valoración de la

esfera funcional (entre otras) y constituyo una parte esencial de ésta. Las escalas de valoración geriátrica nos permiten completar la evaluación clínica, incrementar la sensibilidad diagnóstica, monitorizar y evaluar los cambios temporales y cuantificar el grado de deterioro del paciente. Los instrumentos de valoración funcional más utilizados son el índice de Katz, y a distancia, el de Barthel.<sup>19,20</sup>

Se calcula que alrededor de 3 a 6% de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en los Estados Unidos de América presentan dificultades para realizar al menos una AIVD o una ABVD y que este porcentaje es de 10 a 20% en personas de 75 años o más.<sup>21</sup> En la provincia Grana en Cuba se realizó un estudio relativa a la prevalencia de discapacidad física en ancianos reportandose una frecuencia puntual de 36.6%. En las AIVD los mayores porcentajes de limitaciones se presentan en la capacidad para la realización de compras y el modo de transporte (182 ancianos, 26.5% y 146, 21.2% respectivamente). Le siguen en orden de frecuencia las limitaciones en la preparación de alimentos (141, 20.5%), el lavado de la ropa (119, 17.3%), la capacidad para manejar las finanzas (109, 15.8%, y el manejo de la casa (104, 15.1%). La responsabilidad con los medicamentos (102, 14.8%) y la capacidad para el uso del teléfono (78, 11.3%) fueron las menos frecuentes.<sup>22</sup>

Los resultados de un estudio realizado en el 2004 en el Departamento de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran en México, D.F. respecto de las comorbilidades crónicas, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (43%) caídas (42.9%) y depresión (42.8%). En relación con el estado funcional de los entrevistados 24% (1166 pacientes) de la muestra resultó dependiente en ABVD y 23% (1118 pacientes) en AIVD. En relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, presentan mayor dependencia funcional los mayores de 75 años, los solteros y los que se perciben con mala situación de salud y mala situación económica, tanto en ABVD como en AVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional severa en ambas actividades fueron la enfermedad vascular cerebral, depresión y artropatía.<sup>23, 24</sup>



En los últimos lustros del siglo XX varias sociedades científicas establecieron sus posiciones sobre la VG, incluyendo recomendaciones sobre cuáles son los instrumentos más aconsejables, como los índices de Barthel, de Katz, de Lawton y Brody, entre otros. Actualmente, se sigue considerando a la VG, como la forma idónea de aproximación al anciano frágil y al paciente geriátrico hospitalizado y figura entre los estándares de cuidados a este grupo de edad.

Para el presente estudio como instrumento de evaluación de la Capacidad del anciano utilizaremos el índice de Katz, que fue ideado inicialmente en el Hospital Benjamín Rose de Cleveland en 1958 para pacientes con fracturas de cadera, y en 1963 se popularizó internacionalmente como instrumento de valoración en instituciones geriátricas, y su uso se introdujo de forma paulatina atención primaria para la valoración domiciliaria de pacientes crónicos. Es una escala sencilla, de fácil administración, rápida (menos de 5 minutos) y ampliamente utilizada. No requiere de un entrevistador entrenado. Consta de 6 ítems ordenados jerárquicamente, según la secuencia en que los ancianos pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Clasifica a los ancianos alfabéticamente en una escala creciente de pérdida de capacidades, desde A (máxima independencia) hasta G (máxima dependencia).

El índice de Katz está adecuadamente validado, y al ser dependiente en sí mismo está relacionado con la mortalidad independientemente de las enfermedades que presente. Es capaz de predecir la evolución funcional, la mortalidad y el riesgo de institucionalización. Su rango está limitado a las actividades que valora y su fiabilidad interobservador es de 0.9. Por su reproducibilidad, el índice de Katz, se puede utilizar con fines descriptivos de monitorización y de pronóstico.

También utilizaremos el Índice de Lawton y Brody que es la escala más utilizada para evaluar las AIVD, que son las actividades que se alteran inicialmente. Se trata de una escala fácil de administrar y rápida (en general, menos de 5 minutos) y puede ser administrada por un profesional o por el propio paciente. Tiene un rango de 0 a 8 puntos. Una puntuación de 0 puntos indicará la máxima dependencia y de 8 puntos expresará una independencia total. La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa

entre 4 y 7, y grave cuando es < 4. Tiene un índice de reproducibilidad del 0,9. Se puede utilizar para evaluar el plan terapéutico y planificar los cuidados.<sup>25</sup>

En cuanto a las funciones del apoyo en el envejecimiento, está demostrado que éste tiene efectos beneficiosos al enfrentar situaciones estresantes que requieren adaptación y preserva al sujeto de los posibles cambios negativos en el estado de salud, física y mental. En este sentido, las relaciones de apoyo fomentan, desarrollan y ayudan a mantener la percepción y sentido de control de un individuo, lo cual puede minimizar la pérdida de control primario que se produce con la edad y ayudar a generar conductas derivadas del control secundario. De igual forma, el apoyo familiar es un factor importante dentro del concepto de bienestar y el envejecimiento satisfactorio y óptimo, y un facilitador de las conductas de promoción de la salud; esto atenúa el riesgo de mortalidad e internamiento.

Al describir el concepto de apoyo, una de las definiciones más citadas lo refiere como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza, sin soslayar que estas provisiones se pueden producir en situaciones cotidianas o de crisis.

El apoyo, así como la familiar no es constante y experimenta transformaciones a lo largo del desarrollo y modificaciones, no sólo cualitativas sino cuantitativas. Al analizar el ciclo vital se puede observar cómo en los primeros años de vida la red familiar es prácticamente inexistente y está centrada en las conductas de apego; tales sentimientos se desarrollan a medida que el niño incrementa la confianza en sus cuidadores principales, así como en las personas importantes de su entorno.

La familiar en edades avanzadas muestra una serie de cambios típicos, como la finalización de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones procedentes del ámbito laboral y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad. De esta manera, y aunque durante gran parte del ciclo vital la red de apoyo se ha extendido, a partir de los 70 años sufre al parecer un descenso.

Resaltaremos dos aspectos fundamentales, el primero se refiere a la procedencia del apoyo, y el segundo a la función de éste.

En relación con el primer punto, y en el contexto español, 71.9% del apoyo recibido por parte de los ancianos procede del apoyo informal: la familia cercana (cónyuge e hijos) es la mayor proveedora (63.8%), seguida de parientes, amigos y vecinos, que representan 8.1% del total. En esta misma línea de resultados, y en el contexto de México, según Montes de Oca, la encuesta ENSE-94 muestra que 74.6% del apoyo recibido lo conceden el cónyuge (17.65%) y los hijos (56.95%); destacan también de entre las demás figuras de apoyo, los yernos y nueras con 5.85% y los nietos con 5.3 por ciento. Estos resultados son similares a los obtenidos mediante la encuesta ENASEM-2001, realizada también en México.<sup>26</sup>

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Sin embargo, como sistema social, la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores (AM), los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social.<sup>27</sup>

Generalmente se reconocen 3 tipos de apoyo: el emocional, definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar; el tangible o instrumental, que se ha determinado como prestar ayuda directa o servicios; y el apoyo informacional; proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, este no es fácil separarlo del emocional. por lo tanto, el apoyo informacional y el tangible pueden considerarse como apoyo emocional.<sup>28</sup>. Para medir el apoyo familiar utilizaremos la escala de Gijón que esta indicada como valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social. Recoge cinco

áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales De 5 a 9 Buena/aceptable situación socia De 10 a 14 Existe riesgo social Más de 15 Problema social. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957).<sup>29</sup>

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Entre 2005 y 2007, el número de adultos mayores pasó de 7.9 a 8.5 millones. Su tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 3.47%, mientras que la población total del país creció a un ritmo de 0.88 por ciento. Es decir ocho de cada cien son adultos mayores, tiene 60 o más años de edad. Al segundo trimestre de 2007, 3.4 millones de adultos mayores realizan alguna actividad económica, lo que quiere decir que 34.7% del total de esta población se encuentra en el mercado de trabajo. Las entidades federativas que tienen el peso más importante de adultos mayores en su estructura por edad son el Distrito Federal (10.1%), Zacatecas (9.4%), Oaxaca (9.4%) y Nayarit (9.3%); Por grupos de edad, se observa que entre quienes tienen 60 y 69 años representan más de la mitad de los adultos mayores (56%); los de 70 a 79 años menos de la tercera parte (29.9%) y el resto lo conforman aquellos con 80 años y más (14.1%). Actualmente en la ciudad de Guadalupe Zacatecas población mayor de 60 años al 2011 en la UMF 4 es de 2284 personas, siendo mujeres 539 y 1745 hombres.

En cuanto a las funciones del apoyo en el envejecimiento, está demostrado que éste tiene efectos beneficiosos al enfrentar situaciones estresantes que requieren adaptación y preserva al sujeto de los posibles cambios negativos en el estado de salud física y mental. En este sentido, las relaciones de apoyo fomentan, desarrollan y ayudan a mantener la percepción y sentido de control

de un individuo, lo cual puede minimizar la pérdida de control primario que se produce con la edad y ayudar a generar conductas derivadas del control secundario. De igual forma, el apoyo familiar es un factor importante dentro del concepto de bienestar y el envejecimiento satisfactorio y óptimo, y un facilitador de las conductas de promoción de la salud; esto atenúa el riesgo de mortalidad e internamiento. Así pues La valoración geriátrica (VG) global es todo proceso diagnóstico multidisciplinar, dinámico y pluridimensional que tiene por objetivos descubrir los síndromes geriátricos, identificar a la población anciana de riesgo (anciano frágil), adecuando las medidas preventivas, mejorando los cuidados y los tratamientos, previniendo la incapacidad fomentando la independencia del paciente en un contexto medico-social adecuado con áreas de valoración como datos biomédicos, datos funcionales, datos mentales y datos sociales.

Considerando lo anterior y como parte de nuestra función como médicos familiares al tener un alto índice de población en etapa de adulto mayor nuestra pregunta de investigación es:

**¿Cuál es el grado de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor que acude a consulta externa de la UMF No. 4, del IMSS, Guadalupe Zacatecas?**

#### **4. JUSTIFICACION**

La expectativa de vida ha aumentado, sin embargo este aumento no siempre trae consigo condiciones de vida satisfactoria en las edades avanzadas. Como ya observamos anteriormente la Región de América Latina está envejeciendo con una rapidez que no tiene paralelo en el mundo desarrollado, convirtiendo tarde o temprano el estado de salud y la discapacidad en un problema grave y muy desfavorable en relación a la calidad de vida.

En el caso de los ancianos cuando el nivel de calidad de vida no es elevado, la persona mayor presentará deficiencia en todas las áreas. Como por ejemplo la motivacional y emocional.

El plan de Acción mundial sobre envejecimiento diseño acciones y cambios de orientación en las políticas de los países a fin de conseguir mejorar la calidad de vida de las personas de edad en los diferentes países miembros, a la cual pertenece México, y garantizar que en todas partes, la población pueda envejecer con seguridad y dignidad. La atención primaria de salud es el nivel asistencial más cercano al anciano y es allí donde se deben iniciar las estrategias de atención: promover actividades preventivas, identificar grupos de riesgo (persona frágil) para intervenir con precocidad, adecuar los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades y potenciar la atención domiciliaria.

Con el presente estudio al conocer la capacidad física del adulto mayor y el grado de apoyo familiar podremos establecer estrategias que favorezcan su calidad de vida.

## **5. OBJETIVOS.**

### **5.1 Objetivo General**

El grado de apoyo familiar y la capacidad física en el adulto mayor que acude a la consulta externa de la UMF 4 de Guadalupe, Zacatecas, de enero a junio de 2012.

### **5.2 Objetivo específico.**

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores en estudio.

Identificar posible relación entre el grado de apoyo familiar que recibe el paciente adultos mayores en estudio con su capacidad física, tipología, estructura y ciclo vital familiar.

### **5.3 Hipótesis de trabajo**

Aunque el presente trabajo de investigación es de origen descriptivo se realiza una hipótesis con fines académicos.

$H_0$ : La prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en de la UMF No. 4 de Guadalupe, Zacatecas, es igual o menor a la reportada a en otros estudios (9.4%).

$H_1$ : La prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en de la UMF No. 4 de Guadalupe, Zacatecas, mayor a la reportada a en otros estudios (9.4%).

## **6 MATERIAL Y METODOS**

### **6.1 Tipo de Estudio: Encuesta transversal prospectiva**

- ❖ Transversal
- ❖ Descriptivo
- ❖ Observacional
- ❖ Prospectivo

### **6.2. Poblacion de estudio**

Pacientes de 60 años y más de edad, de ambos sexos, ambulatorios, atendidos en la consulta externa de medicina familiar de la UMF 4 del IMSS

**6.2.1 Universo de estudio:** población adulta mayor

**6.2.2 Lugar:** U.M.F No. 4 , Guadalupe , Zacatecas

**6.2.3 Tiempo:** Enero a junio del 2012



## 6.3 Muestreo.

### 6.3.1 Técnica muestral:

Muestreo no probabilístico.

### 6.3.2 Tamaño de la muestra:

En la UMF 4 se tienen registrados hasta el 2011 una población de 2284 de adultos de 60 años y más. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación de proporciones para la población finita. Se utilizó la prevalencia en adultos mayores en el estado de 9.4%. Se obtuvo un tamaño de muestra de 123 adultos mayores:

$$N = \frac{NZ^2 pq}{d^2}$$

$$d^2 (N-1) + NZ^2 pq$$

Donde:

n= Tamaño de muestra

N=Número total de pacientes mayor de 60 años = 2284

Z= Nivel de confianza 95%= 1.96

d= Error permitido = 5% = 0.05

p= Prevalencia de adultos mayores a nivel estatal (9.4%) = 0.094

q= complemento 90.6 = 0.906

Obteniéndose un tamaño de muestra de 123.

Desarrollo de la fórmula

$$n = \frac{(2284)(1.96)^2(0.094)(0.906)}{(0.05)^2(2284-1) + (1.96)^2(0.094)(0.906)}$$

$$n = \frac{(2284)(3.8416)(0.094)(0.906)}{(0.0025)(2283) + (3.8416)(0.094)(0.906)}$$

$$n = \frac{747.2472}{5.7075 + 0.32716602}$$

$$n = \frac{747.2472}{6.034666}$$

n = 123.82

#### **6.4 Criterios de selección:**

##### **6.4.1 Criterios de inclusión**

Pacientes ambos sexos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 4, Guadalupe, Zacatecas, de 60 y mas años de edad, ambulatorios y más, que mediante consentimiento informado firmado aceptaron participar en el estudio.

##### **6.4.2 Criterios de exclusión.**

Pacientes que presentaron algún deterioro en su estado mental, identificado mediante la aplicación del Minimental de Folstein.

##### **6.4.3 Criterios de Eliminación**

Ninguno, dado que el instrumento de recolección de la información Será aplicado por personal capacitado

## 6.5 VARIABLES DE ESTUDIO

### 6.5.1 Variable dependiente.

Capacidad física (en el adulto mayor)

### 6.5.2 Variable interviniente

Apoyo familiar

### 6.5.3 Variables universales.

Características sociodemográficas del adulto mayor

Edad

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Lugar de residencia.

Estructura familiar, Ciclo vital y Tipología familiar

### 6.5.4 Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICION	CATEGORIAS
Capacidad (del adulto Mayor)	Capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares finas o groseras y que permiten vivir de forma independiente	Capacidad del adulto mayor en base a las Escalas de evaluación de Katz y Lawton Máxima dependencia Máxima independencia	Cualitativa nominal dicotómica	Máxima dependencia Máxima independencia

<p>Actividades Instrumentadas de la Vida diaria (AIVD)</p>	<p>Son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad., incluyen actividades como telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa utilizar transportes, manejar la medicación, manejar dinero, etc.</p>	<p>AIVD con la aplicación del cuestionario de Lawton: independiente dependiente intermedio y dependiente.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Índice Lawton independiente (I) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (A) y dependiente (D) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia</p>
<p>Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD)</p>	<p>Son las actividades imprescindibles para el auto cuidado diario (asearse, vestirse, desnudarse, poder ir solo al servicio, comer)</p>	<p>De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Katz. independiente dependiente intermedio y dependiente</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Índice Katz (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes</p>

				<p>de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.</p>
Apoyo familiar.	Entramado de relaciones familiares identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo.	Apoyo familiar identificado mediante el cuestionario de Gijón	Cualitativa ordinal	Tipos de riesgo De 5 a 9 Buena/aceptable situación social De 10 a 14 Existe riesgo social Más de 15 Problema social
Adulto mayor	La organización de las naciones unidas considera adulto mayor a toda persona igual o mayor de 65 años en	Para este estudio tomaremos como adulto mayor a los de 60 años y mas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No

	países desarrollados, y de 60 años o más para los países en desarrollo.			
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos	Cuantitativa discontinua	Años referidos por el paciente.
Sexo	Características biológicas (genotípicas y fenotípicas) que diferencian al hombre de la mujer.	Sexo del paciente de acuerdo a sus características fenotípicas	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino masculino.
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Lo que el paciente refiera en la cédula de recolección de datos	Cualitativa nominal policotómica	Casado Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad	Total de años que curso en la escuela	Años estudiados en forma completa al momento de levantar la encuesta	Cuantitativa discreta	Años estudiados
Lugar de Residencia	Lugar geográfico donde la persona además de residir en	Lugar de residencia	Cualitativa Nominal politómica	Con quien vive actualmente 1 urbana 2 rural

	forma permanente desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas			
Estructura Familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera como interactúan los miembros de una familia	Estructura familiar de acuerdo a la clasificación de Geyman:  Nuclear: padre, madre e hijos.  Extensa: más abuelos.  Compuesta: mas otros que no tengan lazos consanguíneos o de carácter legal  Mono parental: padre o la madre y los hijos.	Cualitativa nominal  politómica	1 Nuclear 2 Extensa 3 Compuesta 4 Monoparental
Ciclo Familiar	Concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis	Ciclo vital familiar de acuerdo a la clasificación de Geyman  Matrimonio	Cualitativa  Nominal politómica	Etapas de CVF  1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión

	transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros	expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte		4. Independencia 5. Retiro y muerte
Tipología familia	De acuerdo a su composición características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad	Tipología familiar de acuerdo a Consenso Mexicano de Medicina Familiar  Tradicional: patrón tradicional de organización familiar, Moderna: padre Y madre trabajan para el sustento familiar.	Cualitativa Nominal dicotómica	Tradicional Moderna



## **7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

El protocolo fue enviado al Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS 33-01) del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, habiendo sido dictaminado como AUTORIZADO con número de registro R-2012-3301-2 . Se acudió con el personal directivo y administrativo de la Unidad de a trabajar en donde se les expusieron los objetivos del estudio a realizar y el permiso para poder realizarlo . Se aplicó una encuesta transversal prospectiva a 123 pacientes en edad adulta mayor, de ambos sexos, obtenidos mediante la fórmula de estimación de proporciones para población finita y se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión son pacientes de  $\geq 60$  y más años, de ambos sexos, que se han atendidos en la consulta externa de enero a junio del 2012 de la UMF 4 Guadalupe, Zacatecas y que mediante carta de consentimiento informado aceptaron participar con el fin de estudiar las siguientes variables : características socio demográfica, edad, sexo escolaridad, nivel socioeconómico; características de estructura, tipología y ciclo vital familiar evaluados mediante la clasificación según Geyman en una escala cualitativa nominal di o politómica, la capacidad física en el adulto mayor se considera como idóneo emplear el Índice de Katz ya que es un

instrumento de valoración en instituciones geriátricas, sencilla, de fácil administración, rápida de aplicar (menos de 5 minutos) y ampliamente utilizada, que no requiere de un entrevistador entrenado. Consta de 6 preguntas ordenadas jerárquicamente, según la secuencia en que los ancianos pierden y recuperan la independencia para realizarlos y nos permite clasificar al adulto mayor alfabéticamente en una escala creciente de pérdida de capacidades, desde A (máxima independencia) hasta G (máxima dependencia). Este instrumento está validado, y al ser dependiente en sí mismo está relacionado con la mortalidad independientemente de las enfermedades que presente; y tiene una fiabilidad interobservador de 0.9 y por su reproducibilidad, el índice de Katz, se puede utilizar con fines descriptivos de monitorización y de pronóstico. También emplearemos el Índice de Lawton y Brody, que es la escala más utilizada para evaluar las AIVD, que son las actividades que se alteran inicialmente. Se trata de una escala fácil de administrar y rápida (en general, menos de 5 minutos) y puede ser administrada por un profesional o por el propio paciente. Tiene un rango de 0 a 8 puntos. Una puntuación de 0 puntos indicará la máxima dependencia y de 8 puntos expresará una independencia total. La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7, y grave cuando es  $< 4$ . Tiene un índice de reproducibilidad del 0,9. y también se puede utilizar para evaluar el plan terapéutico y planificar los cuidados. Para identificar el grado de apoyo familiar se emplea la Escala de Gijón, la cual está indicada como valoración inicial socio familiar en el adulto mayor para la detección de

riesgo social. Evalué cinco áreas: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales es una escala de índole ordinal con fiabilidad inter observador o índice de kappa de 0,957. Se excluyeron a aquellos pacientes que no aprobaron el cuestionario de Evaluación mental de Mini mental de Folstein<sup>30</sup> el cual es un cuestionario que consta de 11 preguntas, tipo dicotómicas y que nos permiten el estado mental en una escala de tipo dicotómica en cuanto al deterioro cognitivo. Se elaboró una base de datos en Excel ©, con análisis estadístico en SPSS 15 versión 15 en Español, empleado análisis uni y bivariado con medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas discontinuas y en las cualitativas frecuencias relativas, absolutas y de porcentajes así como empleo de Chi cuadrada o Exacta de Fisher con intervalo de confianza al 95%, con una  $p \leq 0.05$ .

## **8. PLAN DE ANALISIS**

Se elaboro una base en Excel ©, con análisis estadístico en SPSS versión 15 empleado análisis uni y bivariado con medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas discontinuas y en las cualitativas frecuencias relativas, absolutas y de porcentajes así como empleo de Chi cuadrada o Exacta de Fisher , IC del I 95%, con una  $p \leq 0.05$ .

## **9. CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud de los Estados Unidos Mexicanos en el título segundo en sus capítulos 13, 14, 16, 17, 20, 21, 36, 39, 40 y 51 39, 40. Ni las contempladas en la declaración de Helsinki y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia 2000.

En este sentido el anteproyecto se envió al comité local de investigación (CLIEIS 33-01) del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGZ No. 1 de Zacatecas, Zac. para su aprobación y registro. R-2012-3301-2

Este estudio se considera de riesgo bajo de acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

A los participantes se les explico en qué consistió el estudio, se aclararon sus dudas cuantas veces se necesito y se guardado especial cuidado en el anonimato y confidencialidad.

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta fueron determinadas por la invasión a la intimidad psicológica del paciente, así que se considero importante lo siguiente: carta de consentimiento informado previo a la realización del estudio y además se conservo en anonimato la participación de cada persona, por lo cual se omitió su nombre y número de afiliación de los documentos correspondientes, así como la descripción a cada uno de los

integrantes del estudio de las características del mismo y su final. Los datos reportados son verídicos.

De los resultados obtenidos se informo a cada uno de los adultos mayores participantes a fin de que acudan de forma oportuna a recibir atención médica por parte de su médico familiar para su manejo farmacológico y/o derivación a especialidad, así como a sus familiares sobre los riesgos y/o beneficios del apoyo familiar para la capacidad física del adulto mayor.

## 10. RESULTADOS:

De enero a junio de 2012, se encuestaron 123 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 4, Guadalupe, Zacatecas. El 51.2% fueron del sexo femenino (cuadro No. 1), con promedio de edad de  $69.14 \pm 6.7$  años, con rangos de 60 a 86 años, predominando el grupo de edad de 60 a 70 años.

Cuadro No. 1. Sexo de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

Sexo	f	%
Femenino	63	51.2
Masculino	59	48.8
Total	123	100

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 1: Sexo de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en UMF No.4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

Fuente: encuesta directa

Cuadro No. 2. Grupos de edad en años de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas.

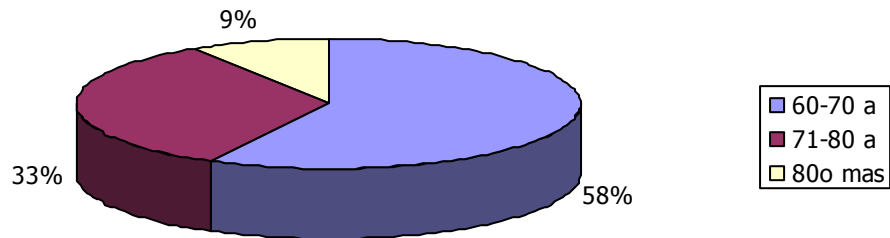
Grupos de edad	f	%
60 a 70 años	71	57.7
71 a 80 años	41	33.3
80 o mas años	11	8.9
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 2: Grupo de edad en años de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No. 4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

El 68% con estado civil casados, el 28.5% viudos (cuadro y grafica No. 3)

Cuadro No 3. Estado civil de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4, Guadalupe Zacatecas

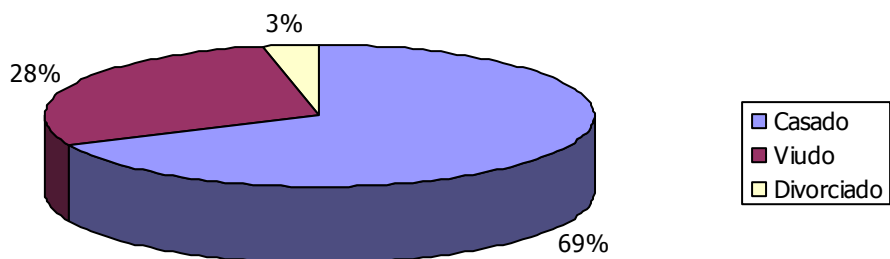
Estado civil	f	%
Casado	84	68.3
Viudo	35	28.5
Divorciado	4	3.3
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 3: Estado civil de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en UMF No. 4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

La escolaridad en años el 69% es primaria y el 16.3% analfabeta (cuadro y figura No.4)

Tabla No 4 Escolaridad en años de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

Escolaridad	f	%
Primaria	85	69.1
Secundaria	6	4.9
Bachillerato	3	2.4
Licenciatura	9	7.3
Analfabeta	20	16.3
Total	123	100.0

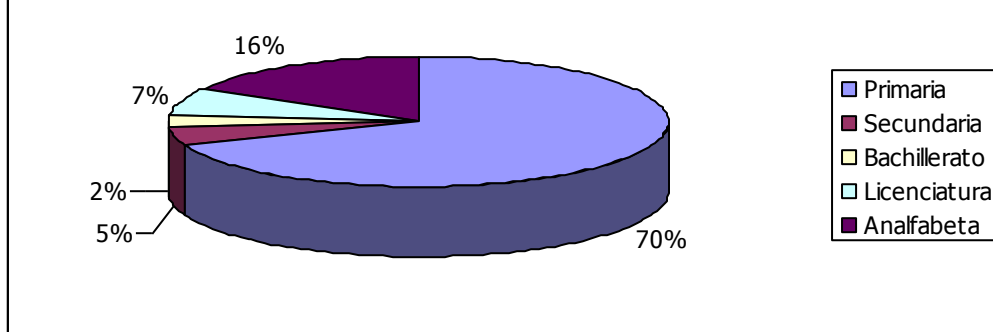
Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje



Grafica No 4: Escolaridad en años de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en UMF No.4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

El lugar de residencia el 66% urbana y el 57% rural (cuadro y figura No.5)

Cuadro No.5 Lugar de residencia de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

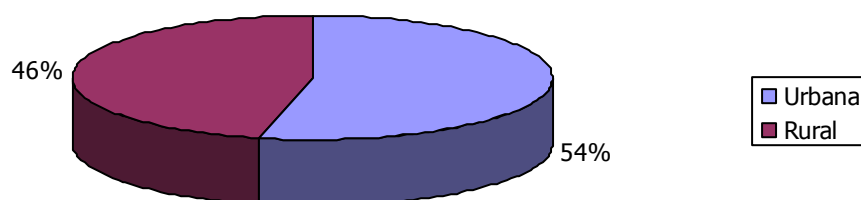
Lugar	f	%
Urbana	66	66
Rural	57	57
Total	123	123

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 5: Lugar de residencia de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y pacacidad física en el adulto mayor en UMF No.4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

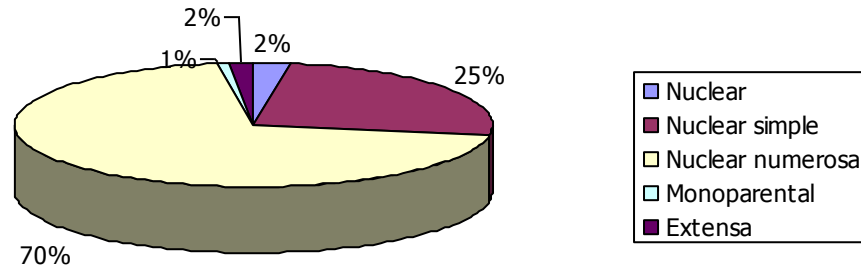
La estructura familiar nuclear numerosa equivale a un 69.9% mientras que la nuclear simple un 25 % (cuadro y grafica 6)

Cuadro No.6 \*Estructura familiar de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas.

Estructura	f	%
Nuclear	3	2.4
Nuclear simple	31	25.2
Nuclear numerosa	86	69.9
Monoparental	1	.8
Extensa	2	1.6
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa f = Frecuencia % = porcentaje \* Geyman

Grafica No 6: Estructura familiar de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de la UMF No.4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

El tipo de familiar integrada corresponde a un 69% y la desintegrada al 29% (cuadro y grafica 7)

Cuadro No.7 Tipo de familiar de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

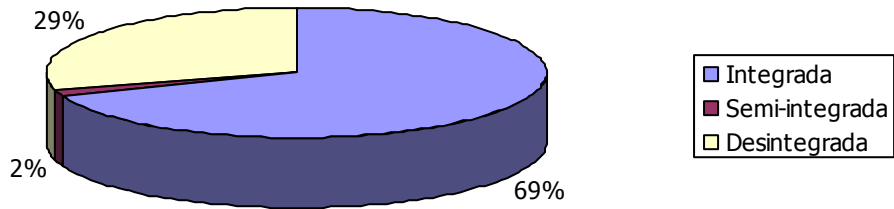
Tipo	f	%
Integrada	85	69.1
Semi-integrada	2	1.6
Desintegrada	36	29.3
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 7: Tipo de familia de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de la UMF No.4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

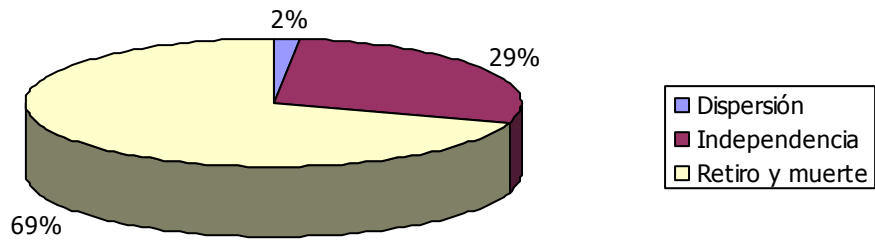
En el ciclo vital de la familia según Geyman el 69% corresponde a retiro y muerte mientras tanto el 28% corresponde a independencia (cuadro y grafica No. 8 )

Cuadro No.8 Ciclo vital de la familia de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas según Geyman

Etapa	f	%
Dispersión	2	1.6
Independencia	35	28.5
Retiro y muerte	86	69.9
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa f = Frecuencia % = porcentaje

Grafica No 8.Ciclo vital de la familia de la población encuestada para detectar la prevalencia del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor en la UMF No. 4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

El 98.4% de la población encuestada es independiente mientras que el 1.6% presentan un grado intermedio de dependencia. (cuadro y grafica no. 9)

Cuadro No.9 Índice de karts de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

Actividades de la vida diarios	f	%
<b>Bañarse</b>		
Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera	1	.8
Completamente incapaz para darse un baño por si mismo	1	.8
Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo espalda	121	98.4
<b>vestirse</b>		
Necesita ayuda pues solo esta parcialmente vestido	2	1.6
Completamente incapaz de vestirse o desvestirse por si solo	1	.8
Capaz de escoger su ropa, vestirse, desvestirse ,manejar	120	97.6

cinturones , sujetadores , se  
excluye el atarse los zapatos

#### Apariencia personal

Necesita ayuda para peinarse, afeitarse	2	1.6
--	---	-----

Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda	121	98.4
---	-----	------

#### continencia

Incontinencia fecal urinaria parcial o total, control mediante enemas, catéteres uso regulado de orinales	1	.8
--	---	----

Micción defecación autocontrolado	122	99.2
--------------------------------------	-----	------

#### Inodoro

Recibe ayuda para acceder a usar el inodoro, usa orinal regularmente	2	2
--	---	---

Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa ,limpiar órganos de excreción, usa orinal solo en la noche	121	121
---	-----	-----

#### Traslado

Necesita ayuda humana o mecánica	4	3.3
-------------------------------------	---	-----

Capaz de acostarse sentarse y levantarse de la cama, silla sin asistencia humana o mecánica	119	96.7
---	-----	------

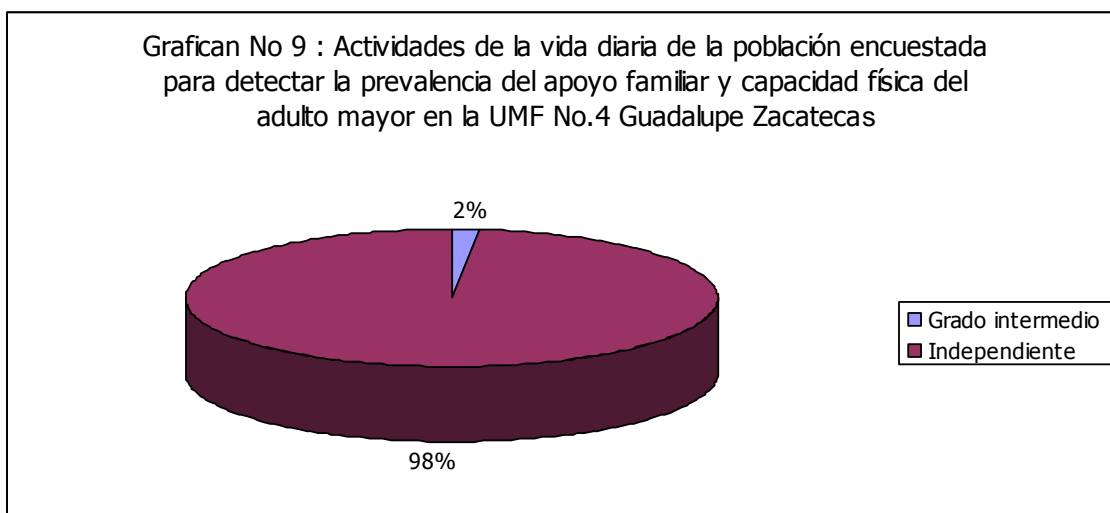
#### Camina

Necesita asistencia humana/andador ,muletas	3	2.4
--	---	-----

Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón	120	97.6
--	-----	------

#### Alimentación

Necesita ayuda para cortar o untar el pan	1	.8
--	---	----



Fuente: Encuesta directa

El 91.1 % de la población encuestada es independiente no requiere asistencia mientras que el 8.1% es dependiente intermedio y 1% necesita alguna ayuda (cuadro y grafica No. 10 ).

Cuadro No. 10 Índice de Lawton de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF No 4 Guadalupe Zacatecas

Teléfono	f	%
Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda	12	9.8
Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo	32	26.0
Utiliza el teléfono por iniciativa propia y escapas de marcar los números y completar una	79	64.2

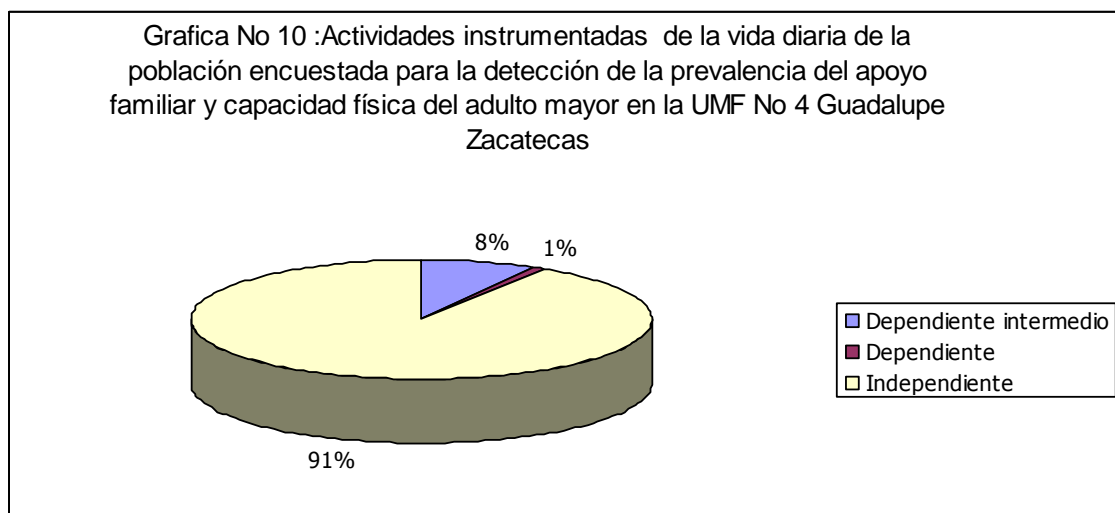
llamada		
Trasporte		
Solo viaja si lo acompaña alguien	14	11.4
No puede viajar	1	.8
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto	108	87.8
Compras		
Necesita compañía para realizar cualquier compra	9	7.3
Totalmente incapaz de ir de compras	2	1.6
Realiza todas las compras con independencia	112	91.1
Comida		
Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda	8	6.5
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	6	4.9
Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia	109	88.6

Cuidado de casa	f	%
Realiza tareas ligeras, pero necesita ayuda para mantener un adecuado nivel de limpieza	14	11.4
No participa en ninguna labor de la casa	2	1.6
Mantiene solo la casa ,realiza tareas como lavar, platos o hacer camas	107	87.0
Lavado de ropa		
Lava por sí solo prendas pequeñas	15	12.2
Lavado el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	1	.8



Lava por si solo toda su ropa	106	86.2
Control de medicamentos		
Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis	7	5.7
Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta	116	94.3
Asuntos económicos		
Realiza los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer compras	11	8.9
Incapaz de manejar su dinero	2	1.6
Maneja los asuntos económicos con independencia	110	89.4

Fuente: Encuesta directa  
f = Frecuencia  
% = porcentaje



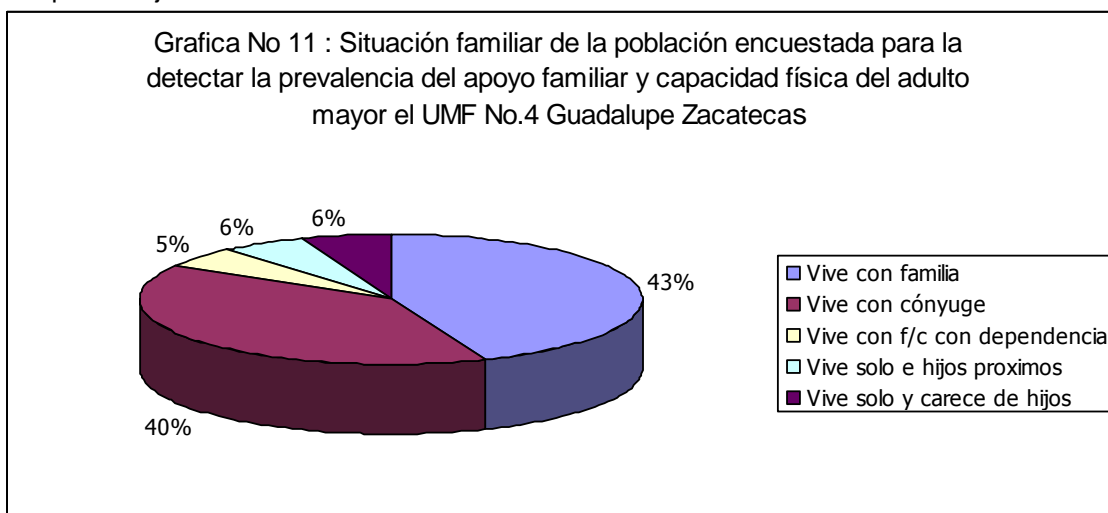
Fuente: Encuesta directa.

El 43% vive con familia sin dependencia físico/ psíquica y el 39.9% vive con cónyuge de similar edad. (cuadro y grafica.11)

Cuadro No 11. Situación familiar de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas. Según Gijón

Situación Familiar	f	%
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	54	43.9
Vive con cónyuge de similar edad	49	39.8
Vive con familia y /o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	6	4.9
Vive solo y tiene hijos próximos	7	5.7
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	7	5.7
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa  
 f = Frecuencia  
 % = porcentaje



Fuente: Encuesta directa

El 41% de la población encuestada las situación económica es pensión no contributiva y el 24 % sin ingresos (cuadro y grafica No 12)

Tabla No 12. Situación económica de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas. Según

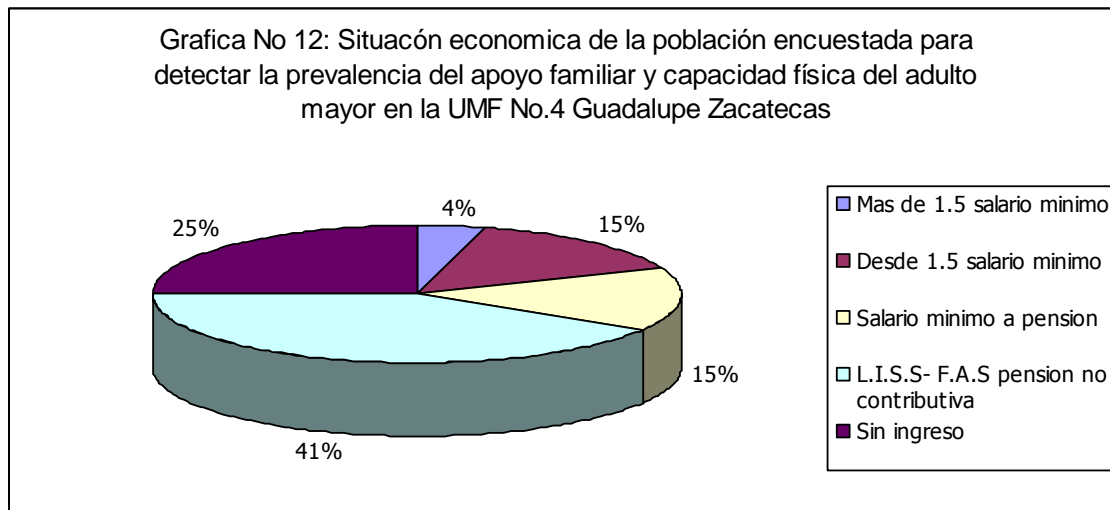
Gijón

Salarios	f	%
Mas de 1.5 veces el salario mínimo	5	4.1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	18	14.6
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	18	14.6
pensión no contributiva	51	41.5
Sin ingresos o inferior al apartado anterior	30	24.4
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje



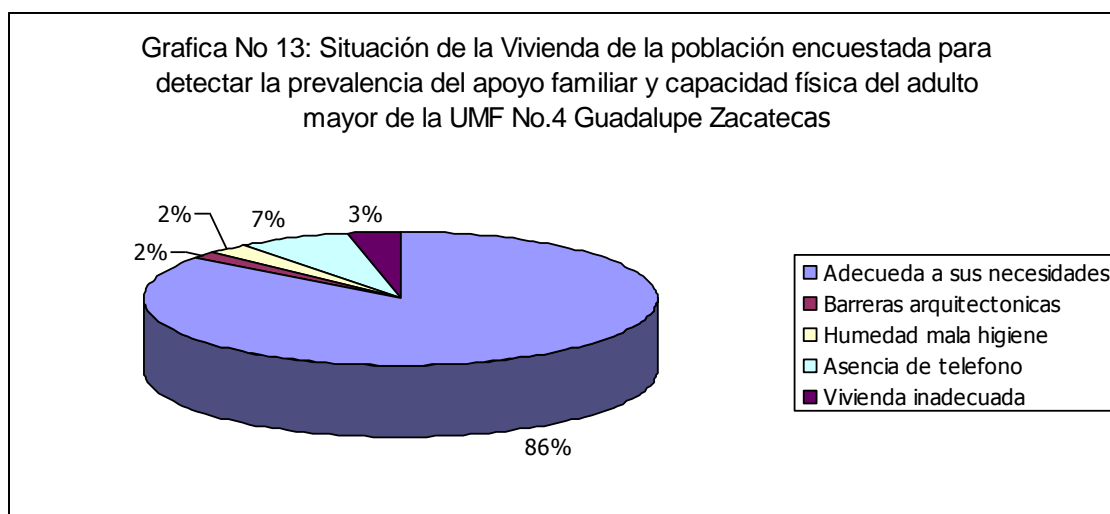
Fuente: Encuesta directa

El 85% cuenta con adecuadas necesidades y el 7.3% presentan con ausencia de teléfono o ascensor (cuadro y figura No 13)

Cuadro No13. Vivienda y sus necesidades de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas. Según gijon

Vivienda y Necesidades	f	%
Adecuada a necesidades	105	85.4
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños)	2	1.6
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción)	3	2.4
Ausencia de ascensor, teléfono	9	7.3
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamiento)	4	3.3
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa  
f = Frecuencia  
% = porcentaje



Fuente: Encuesta directa

El 52 % de la población encuestada presenta relaciones sociales y el 38 % solo con familia y vecinos (cuadro y figura14)

Cuadro No 14. Relaciones sociales de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas.

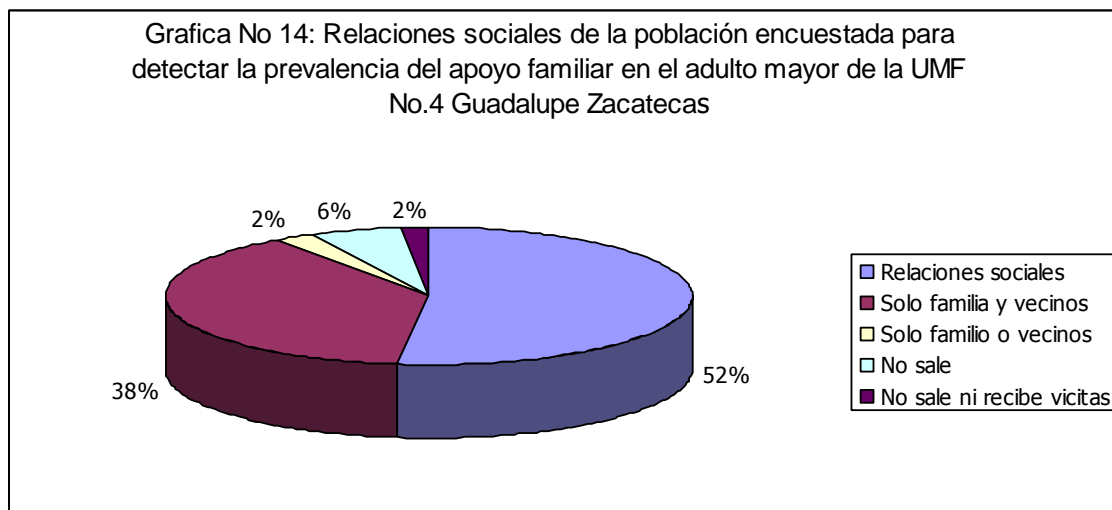
Según gijon

Relaciones Sociales	f	%
Relaciones sociales	64	52.0
Relación social solo con familia y vecinos	47	38.2
Relación social sólo con familia o vecinos	3	2.4
No sale del domicilio, recibe visitas	7	5.7
No sale y no recibe visitas	2	1.6
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje



Fuente : Encuesta directa

El 46.3% de la población no tiene apoyo y 44% con apoyo familiar o vecinal (cuadro y grafica No. 15)

Cuadro No15. Apoyo de la Red social de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas.

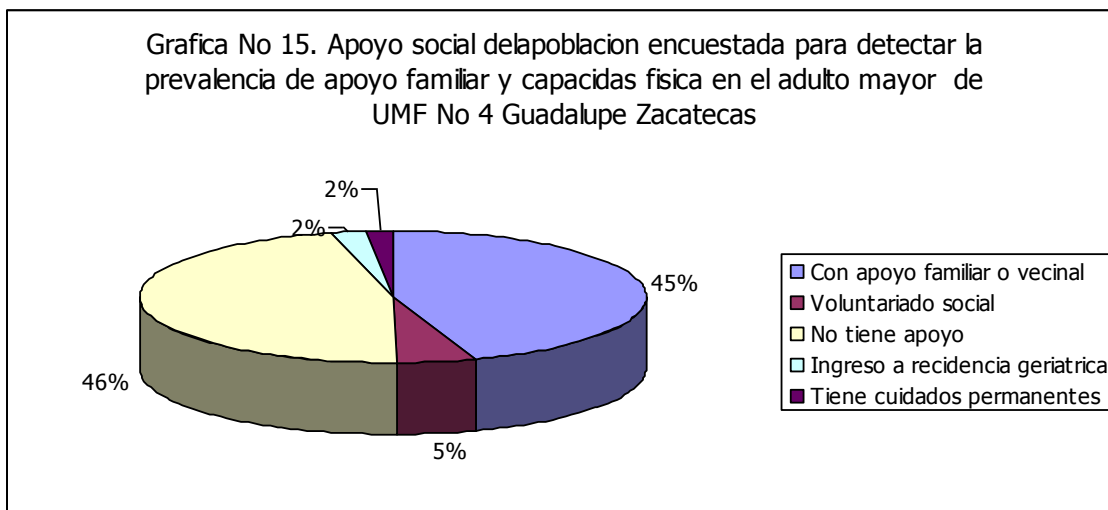
Según Gijón

Apoyo	f	%
Con apoyo familiar o vecinal	55	44.7
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	6	4.9
No tiene apoyo	57	46.3
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	3	2.4
Tiene cuidados permanentes	2	1.6
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje



Fuente: Encuesta directa

El 61 % cuenta con riesgo social y el 31% aceptable situación social (cuadro y figura No 16)

TABLA No16 . Resultados de la población encuestada para detectar la prevalencia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor de UMF4 Guadalupe , Zacatecas. Según gijon

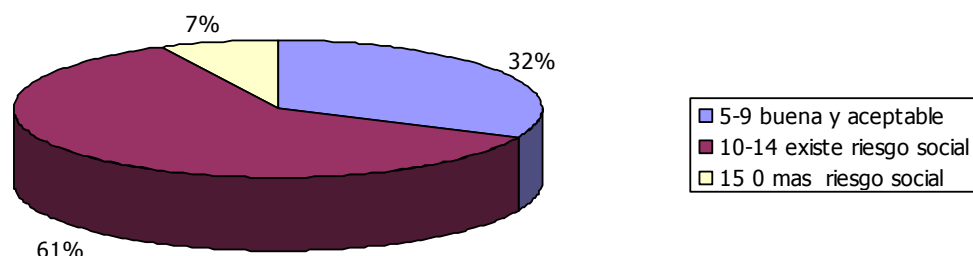
Valores	f	%
5-9 Buena aceptable situación social	39	31.7
10-14 Existe riesgo social	75	61.0
15 o Mas problema social	9	7.3
Total	123	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = porcentaje

Grafica No 16 : Resultados de poblacion encuestada para detectar la prevalencia de poyo familiar y capacidad fisica en el adulto mayor de la UMF No 4 Guadalupe Zacatecas



Fuente: Encuesta directa

### 10.1 Análisis Comparativo

En análisis comparativo de apoyo familiar de acuerdo a sexo en el masculino presento una RM de 1.30 con  $p > 0.44$  IC(0.35-5.43) con significancia clínica.

Por grupos de edad una RM de 1.10 con  $p > 0.5$  IC (0.28-4.31), Con Pareja presenta una RM de 2.9 con una  $p > 0.11$  con IC (0.71-11.62) ambas con significancia clínica

En relación al lugar de residencia con una RM de 0.92 CON UN  $p > 0.59$  con un IC (0.23-3.00) con significancia clínica

La estructura familiar del apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor con RM de 4.62 con un  $p > 0.26$  con un IC (0.43-49.68).

Topología de la familia de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor con RM 3.06 con una  $p > 0.1$  IC(0.77-12.04).

Ciclo vital de la familia en apoyo y capacidad física en el adulto mayor con RM 3.84 con una  $p > 0.17$  IC (0.17-0.46).

Kast o actividades de la vida diaria en el adulto mayor con RM 7.0 con una  $p > 0.2$ (0.57-87.73). y de actividades instrumentadas o Índice de Lawton con RM 1.30  $p > 0.5$  con IC (0.14-11.47). con significancia clínica los dos.

Tabla Análisis comparativo de los adultos mayores entrevistados para identificar el \* apoyo familiar y su capacidad física en la UMF No. 4, Guadalupe, Zac. Enero -junio 2012

	SIN APOYO FAMILIAR n= 9	CON APOYO FAMILIAR n= 114	¥ RM	p (IC)
<b>Sexo</b>				
Femenino	4	60		
Masculino	5	54	1.30	0.44(0.35-5.43)



<b>Grupos de edad</b>				
60-70	5	66		
70 o mas	4	48	1.10	0.5 (0.28-4.31)
<b>Estado civil</b>				
Con pareja	4	80		
Sin pareja	5	34	2.9	0.11(0.74-11.62)
<b>Residencia</b>				
Urbana	5	61		
Rural	4	53	0.92	0.59(0.23-3.60)
<b>Estructura</b>				
Nuclear	8	111		
No nuclear	01	3	4.62	4.62(0.43-49.68)
<b>Topología</b>				
Integrada	4	81		
Desintegrada	9	33	3.06	0.1(0.77-12.04)
<b>Ciclo vital</b>				
Dispersión e Independencia	01	37		
Retiro y Muerte	8	77	3.84	0.17 (0.46-31.88)
<b>Kats</b>				
Independiente	8	112		
Con dependencia	01	2	70	0.2(0.57-87.73)
<b>Lawton</b>				
Independiente	8	104		
<b>Dependencia instrumentada</b>	1	10	1.30	0.5(4.14-11.47)

---

Fuente: Encuesta directa

£ Prueba Exacta de Fisher

¥ Razón de Momios

N= 123

## 11.DISCUSION

Como lo hemos comentado el envejecimiento presenta cambios fisiológicos normales los cuales en ocasiones por no conocerlos adecuadamente no se diferencian de los que son capaces de alterar su salud, todo dependerá del individuo y del medio en el que se desarrolla algunas de las circunstancias son el apoyo que puedan recibir de sus familiares, amigos y hasta vecinos .

Muchas ocasiones las mismas instituciones por los gastos que se generan en la salud del adulto mayor no reciben el apoyo adecuado, y como ya se ha visto que el numero de adultos mayores va en aumento según proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en el 2025 este grupo de edad será alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones. Y con ello aumenta los problemas de funcionalidad que pueden presentar .

En este estudio se observó que 63% son mujeres y predomina el grupo de 60 a 70 años y en estudios anteriores donde las mujeres su esperanza de vida es mas alta Rebeca W. y Mónica E. (2007), o en España , Rivera C.(2001)en este momento actual donde para los hombres es de 75 y 83 para las mujeres se comprueba pues así que las expectativas para las próximas décadas van en aumento.

El estado civil en nuestro estudio que mas sobresalió fue el casado y escolaridad primaria , así como en el de Rebeca W. y Mónica E. (2007) , y el de Guadalupe D. José A (2007) y no como el con el estudio realizado por Marco Z. Guadalupe D. (2011), donde la mayoría de la población refirió un estado civil no unido (divorciado, separados, soltero, viudo) solo se encuentra esta similitud entre este estudio y el antes mencionado que nuestra población la cual respondió que se encontraba viudo dejando esta variable sociodemográfica en segundo lugar. Al lugar de residencia Rebeca W y Mónica E. (2007). , Marco Z, Guadalupe D (2011) el lugar de residencia la rural tiene un menor nivel de educación como se como se comprobó en este estudio.

En el estudio realizado en Perú por Fressia O. E Irene Z. (2002) en su discusión comprobó que Céspedes (1987), falta de afecto y del núcleo familiar no favorecen al adulto mayor en cambio en nuestro estudio con nuestras variables sociodemográficas como son de nuestra estructura familiar nuclear numerosa, la familia integrada son las que mas predominan en este estudio. El estudio realizado por Rebeca W. Y Mónica E. (2007) la familia nuclear predomina.

En nuestro estudio en la actividades básicas de la vida diaria se presento un 98.4% de la población encuestada es independiente mientras que el 1.6% presentan un grado intermedio de dependencia. En el estudio realizado Rebeca W. Y Mónica E. (2007) reportan que el 9% de la población presenta por lo menos alguna alteración en la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, comer, caminar ), el realizado por Guadalupe D. y José A , (2007) reportaban el 7.3% y los españoles Pedro A. y Luis R. (2006) solo el 15 % con nuestro estudio comparado con los anteriores podemos comprobar que nuestra población es poca laque presenta una alteración en la funcionalidad de ABVD, pero se encontró que el realizado por Marco Z, Guadalupe D (2011) el porcentaje fue mas elevado 74% pero continuamos comprobando que la mayoría de nuestros adultos mayores realizan ABVD sin problemas, mientras que en las actividades instrumentadas de la vida diaria en este estudio se presento de un 92%, mientras en el realizado por Rebeca W. y Mónica E. (2007) fue del 19%. En el de Guadalupe D. Y José A (2007) el 8% y el 17 % los españoles. Es te estudio el 91.1%de la población encuestada es independiente no requiere asistencia mientras que el 8.1% es dependiente intermedio y 1% necesita alguna ayuda las cifras siguen siendo bajas y como en los estudios antes realizados conforme se eleva la edad se eleva mas la disminución de la funcionalidad física en el adulto mayor.

El 46.3% de la población no tiene apoyo y 44% con apoyo familiar o vecinal El 61 % cuenta con riesgo social y el 31% aceptable situación social se encontró una discrepancia con el estudio realizado en Chile por Carlos M. (2008) donde el 88% de las relaciones sociales las calificaron como buenas mientras que en nuestro estudio la mayoría de nuestra población se encuentra en riesgo y el apoyo familiar y social es muy poco como el estudio de Rebeca W. y Mónica E.(2007).

## **12. CONCLUSIONES**

En este estudio se pudo comprobar que la mujer predomina en adultos mayores en nuestra población encuestada así como el grupo mas joven de 60 a 70 años de edad , dando nos cuenta que como en los estudios realizados anteriormente entre menos edad presente el adulto mayor su funcionalidad física es mejor y realizara sin problemas sus actividades básicas e instrumentada de la vida diaria y por tanto no recibirá el apoyo familiar como lo requieren los adulto mayores de más edad.

## **13. CONFLICTO DE INTERESES**

No se presento ningún conflicto

## **14. LIMITACION DEL ESTUDIO**

No se presento ninguna limitación para realizar nuestro estudio.

## **15. PRESPECTIVAS DE ESTUDIO**

Se sugiere realizar estudio de casos y controles por edad y sexo.

## BIBLIOGRAFÍAS

<sup>1</sup> Zavala M, Domínguez G. Funcionalidad del Adulto Mayor. Rev Mex Seguro Soc 2011;49 (6) :585-590

<sup>2</sup> Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicano en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud pública de México 2007; 49 (S4): 436-447

<sup>3</sup> Pedrero L. Cuando la tercera edad nos alcanza. Reflexiones sobre dos cuestiones: cuando la tercera edad nos alcance y cuando yo alcance a la tercera edad. Archivo Geriátrico 2004; 5 (4): 125-126

<sup>4</sup> Pérez J, Durany S, Garrigós A, Olivé A. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. JANO 2007; 1638: 40-44.

<sup>5</sup> Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41 (Supl 1): 27-35.

<sup>6</sup> Gómez J, Martín I, Baztán J, Regato P, Formiga F, Segura A, y cols. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp 2008; 208 (7): 361.e1-e39.

<sup>7</sup> Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización e nivel nacional. Rev Med Hered 2005; 16 (3): 165-171.

<sup>8</sup> Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales un nuevo concepto en salud. CIENCIA Y ENFERMERIA 2005; XI (1): 17-21.

<sup>9</sup> De la Cruz N, Priego H. La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria.

<sup>10</sup> González J, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43(5): 265-267.

<sup>11</sup> Dorantes G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 22(1): 1-11.

<sup>12</sup> Pedrero L. Cuando la tercera edad nos alcanza. Reflexiones sobre dos cuestiones: cuando la tercera edad nos alcance y cuando yo alcance a la tercera edad. Archivo Geriátrico 2004; 5 (4): 125-126

<sup>13</sup> Pérez J, Durany S, Garrigós A, Olivé A. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. JANO 2007; 1638: 40-44.

<sup>14</sup>; 41 (Supl 1): 27-35. Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006

<sup>15</sup> Gómez J, Martín I, Baztán J, Regato P, Formiga F, Segura A, y cols. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp 2008; 208 (7): 361.e1-e39.

<sup>16</sup> Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización e nivel nacional. Rev Med Hered 2005; 16 (3): 165-171.

<sup>17</sup> Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales un nuevo concepto en salud. CIENCIA Y ENFERMERIA 2005; XI (1): 17-21.

<sup>18</sup> De la Cruz N, Priego H. La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria.

<sup>19</sup> González J, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43(5): 265-267.

<sup>20</sup> García C, Romero G. Escalas de valoración geriátrica. JANO 2006; 1.628: 69-73.

<sup>21</sup> Instantáneas. Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. Pan Am J Public Health 2006; 19 (1): 55-56.

<sup>22</sup> Díaz D, Bayarre H, Lazo M, Menéndez J, Pérez J, Tamargo T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granna. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23 (2): 1-8.

<sup>23</sup> Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos.

<sup>24</sup> Leal D, Flores M, Borboa C. La geriatría en México. Investigación en salud 2006; VIII (3): 185-190

<sup>25</sup> Román M, Barruso J. Valoración del anciano: actividades de la vida diaria. JANO 2006; 1.624: 86-88.

<sup>26</sup> Meléndez J, Tomás J, Navarro E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. Salud pública de México 2007; 49 (6): 408-414.

<sup>27</sup> García G, Landeros E, Arriola G, Pérez M. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1): 21-26.

<sup>28</sup> Valdez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de instrumento para evaluar apoyo Familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud 2003; V (3):167-172.

<sup>29</sup> Díaz M, Domínguez O; Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración

sociofamiliar en Atención Primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994; 29(4):239-245

<sup>30</sup> García-García FJ et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 [S4]: 10-25



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



### Carta de consentimiento informado

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**Apoyo familiar Y Capacidad física en el Adulto Mayor**”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud, del Hospital General de Zona No.1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es identificar el grado de apoyo familiar y capacidad física en el adulto mayor que acude a consulta externa de la UMF 4 Guadalupe Zacatecas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta al instrumento de recolección de la información y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan.

Declaro que se me ha informado que no existen riesgos derivados de mi participación en el estudio y que todo es con el objetivo de brindar un mejor servicio en salud.

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.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse al teléfono 8785296 de las 08:00 a las 16:00 hrs. de lunes a viernes; de igual manera, para cualquier duda o aclaración me permito proporcionarle el teléfono de la Dra. Alicia Villa Cisneros, Secretario del Comité Local de Investigación 33-01 en el HGZ No. 1 de Zacatecas, Zac. de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs, al número telefónico 492926373 extensión 4113.

Nombre y Firma del Paciente

Dra. Karla Alejandra Ramos Delgado  
Investigador Responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**Instrumento de recolección de la información**

**INSTRUCCIONES**

El presente cuestionario consta de 34 preguntas indicadas con número arábigos. Dicho instrumento será aplicado por personal previamente capacitado en forma directa al paciente, o indirecta a un familiar seleccionado.

FECHA: \_\_\_\_\_

Día Mes Año

DATOS DE IDENTIFICACION:	
Iniciales del paciente _____	
1. Folio:	( ) ( ) ( )
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:	
2. Sexo:	
1. Femenino 2. Masculino	( )
3. Edad en años cumplidos	( ) ( )
4. Estado civil:	
1 Casado. 2. Viudo 3. Unión libre 4.Divorciado	( )
5. Escolaridad en años	( )
6. Lugar residencia. 1 Urbana 2 Rural	( )
DATOS FAMILIARES	
7.¿Cuántos hijos procreo con su esposo (a)? Número	( )
8 .¿Quiénes viven actualmente en esta casa?	
1.El paciente solo 2.La pareja 3. La pareja con 3 hijos o menos 4. La pareja con 4 hijos o mas 5 . Además de ellos, otras personas que son familiares 6 .Otras personas no familiares	( )
9. Tipo de Estructura familiar (para ser evaluado por el investigador)	
1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4 .Reconstruida 5.Monoparental 6. Monoparental extendida 7.Monoparental extendida compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuest10. Monoparental extendida sin parentesco	( )
10. ¿Vive usted en casa propia? 1 Si 2 No	( )
11. ¿Vive usted en la casa de alguno de sus hijos? 1 Si 2 No	( )
12. Su cónyuge le ayuda con las necesidades que usted considera importantes? 1 Si 2 No	( )
13. Tipo de familia (para ser evaluado por el investigador):	



1 Integrada 2 Semi-integrada 3 Desintegrada ( )
14. Etapa del Ciclo vital de la familia (para ser evaluado por el investigador): 1 Matrimonio 2 Expansión 3 Dispersión 4 Independencia 5 Retiro y Muerte ( )
15. Solo preguntar en caso de que el paciente este unido ¿Su esposa trabaja? 1 Si 2 No ( )
16. Bañarse I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.  A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.  D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
17. Vestirse I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.  A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.  D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
18. Apariencia Personal I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda  A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse  D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
19. Usar el inodoro I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y parase, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.  A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente.  D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
20. Continencia I = Micción/defecación auto controlados.  A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales.  D = Usa catéter o colostomía.
21. Trasladarse I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica  A = Necesita ayuda humana o mecánica.  D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
22. Caminar I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón.  A = Necesita asistencia humana/andador, muletas  D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
23. Alimentarse I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo.  A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc.

D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
<p>24. Capacidad para usar el teléfono</p> <p>I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.</p> <p>A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números.</p> <p>D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.</p>
<p>25. Uso de medios de transporte</p> <p>I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto.</p> <p>A = Sólo viaja si lo acompaña alguien.</p> <p>D = No puede viajar en absoluto</p>
<p>26. Ir de compras</p> <p>I = Realiza todas las compras con independencia.</p> <p>A = Necesita compañía para realizar cualquier compra.</p> <p>D = Totalmente incapaz de ir de compras.</p>
<p>27. Preparación de la comida</p> <p>I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia.</p> <p>A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.</p> <p>D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>
<p>28. Control de sus medicamentos</p> <p>I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta.</p> <p>A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.</p> <p>D = Incapaz de administrarse su medicación.</p>
<p>29. Manejo de sus asuntos económicos</p> <p>I = Maneja los asuntos económicos con independencia.</p> <p>A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera.</p> <p>D = Incapaz de manejar su dinero.</p>
30 .SITUACION FAMILIAR
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.</li> <li>2. Vive con cónyuge de similar edad.</li> <li>3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.</li> <li>4. Vive solo y tiene hijos próximos.</li> <li>5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.</li> </ol>
31.SITUACION ECONOMICA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.</li> <li>2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.</li> <li>3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.</li> <li>4. Pensión no contributiva.</li> <li>5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior</li> </ol>
32.VIVIENDA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuada a necesidades.</li> <li>2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños..)</li> <li>3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).</li> <li>4. Ausencia ascensor, teléfono.</li> <li>5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).</li> </ol>
33.RELACIONES SOCIALES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relaciones sociales.</li> <li>2. Relación social sólo con familia y vecinos</li> <li>3. Relación social sólo con familia o vecinos.</li> </ol>

4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visita

34.APOYO DE LA RED SOCIAL

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3301  
INGRAL ZONA - MF - NUM 1, ZACATECAS

FECHA 18/03/2012

**DR. KARLA ALEJANDRA RAMOS DELGADO**

**PRESENTE**


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

**"APOYO FAMILIAR Y CAPACIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3301-2

ATENCIÓN:

  
**DR. (A). KARLA QUEVEDO SANCHEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3301

**IMSS**

VIA INTERNET Y MAIL: [dictamen@imss.gob.mx](mailto:dictamen@imss.gob.mx)

