



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91  
COACALCO, ESTADO DE MÉXICO**

**“Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la  
UMAA/UMF 198”**

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

**PRESENTA:**

**MA. ELENA SÁNCHEZ VALERIO**

**COACALCO, ESTADO DE MÉXICO**

**SEPTIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

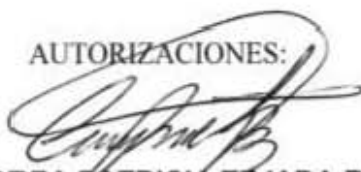
**“Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la  
UMAA/UMF198”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

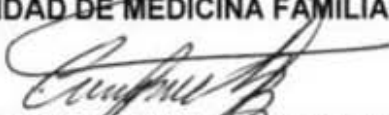
PRESENTA

**MA. ELENA SÁNCHEZ VALERIO**

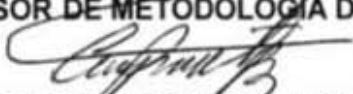
AUTORIZACIONES:



**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91**



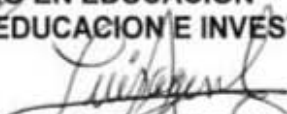
**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS**



**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE TEMA DE TESIS**



**DR. JAIRO ENCOS CRUZ TOLEDO  
MAESTRO EN EDUCACIÓN  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**



**DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIONAL  
ORIENTE MÉXICO.**

COACALCO, ESTADO DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2014

**SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON  
POLIFARMACIA DE LA UMAA/UMF 198**

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

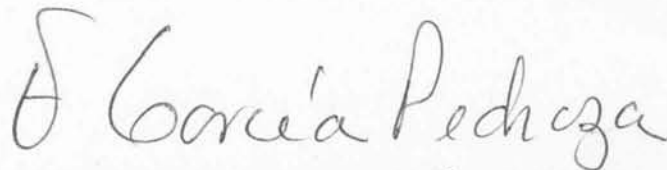
**PRESENTA**

**DRA. MA. ELENA SÁNCHEZ VALERIO**


**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 LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402  
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **23/01/2013**

**DRA. MA. ELENA SANCHEZ VALERIO**

**P R E S E N T E**

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

**"Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMAA/UMF 198"**

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

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2013-1402-8</b>

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). MIRIAM VICTORIA SANCHEZ CASTRO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMENTOS**

Agradezco a Dios por darme más tiempo de vida, por permitirme terminar otro de mis propósitos académicos, a mis padres porque sin ellos no estaría en este mundo así como a mi esposo e hijos por su apoyo, su ayuda, su compañía, por creer en mí y por darme esa fuerza que necesitaba para continuar y terminar mi proyecto, agradezco también a mi coordinadora y asesora de tesis por su paciencia y ayuda incondicional, a mis amigos y compañeros en especial Erick e Israel que han compartido conmigo esta trayectoria de mi aprendizaje y a todas las personas que me alentaron y colaboraron de alguna forma para que concluyera con éxito este trabajo.

**“Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la  
UMAA/UMF 198”**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN ESTRUCTURADO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>11</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>20</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>MAGNITUD.....</b>	<b>21</b>
<b>TRASCENDENCIA.....</b>	<b>21</b>
<b>VULNERABILIDAD.....</b>	<b>22</b>
<b>FACTIBILIDAD .....</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>GENERALES.....</b>	<b>23</b>
<b>ESPECÍFICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>23</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>23</b>
<b>POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....</b>	<b>23</b>
<b>TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</b>	<b>23</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN .....</b>	<b>24</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....</b>	<b>24</b>
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....</b>	<b>24</b>
<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>25</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>26</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>27</b>
<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>29</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>TABLAS Y GRÁFICOS .....</b>	<b>30</b>
<b>SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>



## RESUMEN ESTRUCTURADO

### “Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMAA/UMF 198”

Antecedentes. En la medida en que un adulto entra en la vejez se enfrenta con una serie de tareas de desarrollo; y la tarea más difícil, sin duda alguna, es la de mantenerse físicamente sano. Se sabe que el adulto mayor (AM) teme con más frecuencia a los problemas físicos que disminuyan su movilidad, sus sentidos y su capacidad de cuidar de sí mismo y como consecuencia, mantenerse en buena salud es parte primordial de su vida. La salud de un adulto se torna así en una preocupación primordial pues con el paso de los años el deterioro físico se hace más evidente y en muchas ocasiones lo lleva a la polifarmacia. La situación socio-familiar de un AM es una cuestión relevante para el profesional de la salud, pues éste debe centrar su interés no sólo en orientar sobre el manejo de una patología determinada, sino muchas veces fungir como líder de las voluntades y esfuerzos entre el equipo de salud, la familia y el propio paciente, su labor profesional debe estar orientada en un enfoque integral al dar continuidad a los cuidados que cada paciente demanda, y en especial el cuidado del adulto mayor.

**Objetivo:** Conocer la situación socio familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMF 198. **Material y Método.** El estudio se realizó en la UMF 198 con una muestra total de 322 derechohabientes, mediante la aplicación del test de Gijón para valorar la situación socio-familiar del AM, esta escala de evaluación abarca cinco aspectos y de acuerdo a la puntuación se constituye en Buena o aceptable situación social, Riesgo social o Posible problema social. **Diseño:** El estudio fue transversal tipo encuesta, descriptivo, y observacional

Por lo que concluimos que en la UMF 198 del IMSS el adulto mayor no presenta polifarmacia marcada y cuenta con apoyo familiar para la vigilancia de su tratamiento. **Resultados:** En base a los resultados encontrados en pacientes de la U.M.F. 198 del I.M.S.S. la situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia es aceptable es decir que se refleja que la mayoría de los pacientes encuestados se encuentran viviendo en familia nuclear o nuclear compuesta por lo que cuenta con el apoyo necesario y la atención requerida para llevar a cabo

su tratamiento, aún no está en etapa de dependencia total, así como observamos que predomina el uso de medicamentos antihipertensivos y pocos rebasan el uso de más de 3 medicamentos. Con respecto a la puntuación final de la escala de Gijón el 71.7% de los pacientes encuestados tiene una buena situación social, en el 25.4 % existe riesgo social y solo el 2.7 % tiene realmente un problema social.

## **ABSTRACT**

Background . As an adult enters old age is faced with a series of developmental tasks ; and the most difficult task , no doubt, is to stay physically healthy. It is known that the elderly (AM ) fears more often physical problems that reduce their mobility, their senses and their ability to care for herself and as a result , maintain good health is a major part of his life. Adult health thus becomes a primary concern because over the years the physical deterioration becomes more apparent and often leads to polypharmacy.

The socio- familiar situation of an MA is a relevant issue for the health care professional , because this should focus their interest not only in providing guidance on the management of a given disease, but often serve as leader of the will and efforts of the health team, the family and the patient himself , his professional work should be oriented in a comprehensive approach to give continuity to the care each patient demand , especially the care of the elderly. Objective : To determine the socio family situation of the elderly with polypharmacy FMU 198 Material and Methods . The study will be conducted in the FMU 198 with a total sample of 322 beneficiaries, by applying the test of Gijón to assess socio-AM family situation , this rating scale covers five areas and according to the score becomes good or acceptable social status, social or social problem Possible Risk . Design : The study is cross-sectional survey , descriptive , prospective, observational

So we conclude that the UMF 198 of the IMSS older adults polypharmacy appears unmarked and has family support for monitoring treatment. Results : Based on the results found in patients UMF 198 of I.M.S.S. the social and family situation of the elderly with polypharmacy is acceptable is reflected that the majority of patients surveyed are living in nuclear or nuclear family of which have the necessary support and care required to carry out its tx , is not yet on stage from total dependence , and observed that the predominant use of antihypertensive medications and few go beyond the use of more than 3 medications. With respect to the final score of the scale Gijon 72% of patients surveyed.

## MARCO TEORICO

Todo individuo como ser social se ubica en un contexto determinado que lo hace único, pues las características que lo van formando le pertenecen de tal manera que en el transcurso de la vida, la sociedad y la familia se vuelve parte de sí mismo; de esta manera su cultura es parte de él y el entorno socio familiar en el que se desarrolla como ser humano. Es evidente que a lo largo de nuestra vida nos vamos creando como seres con conocimientos comunes, construcciones simbólicas, sistemas de pensamientos que se crean en las interacciones humanas y sociales, expresadas a partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, en las comunicaciones interindividuales, según códigos o normas socioculturales establecidos en la realidad. En sí las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto.<sup>1</sup>

Un individuo que se ha formado con fundamento en lo anterior es evidente que con el paso de los años está influido por el contexto en el que se desarrolla, su situación socio familiar se torna importante para satisfacer sus necesidades básicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años, se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de PAM en América Latina y el Caribe.<sup>2</sup>

En la medida en que un adulto entra en la vejez se enfrenta con una serie de tareas de desarrollo; y la tarea más difícil, sin duda alguna, es la de mantenerse físicamente sano. Se sabe que el adulto mayor (AM) teme con más frecuencia a los problemas físicos que disminuyan su movilidad, sus sentidos y su capacidad de cuidar de sí misma y como consecuencia, mantenerse en buena salud es parte primordial de su vida.<sup>3</sup>

La salud de un adulto se torna así en una preocupación primordial pues con el paso de los años el deterioro físico se hace más evidente y en muchas ocasiones lo lleva a la polifarmacia.

En los últimos años, América Latina ha sufrido cambios en los índices de mortalidad y de natalidad, que dan como resultado que el número de personas de 60 y más años de edad que hoy residen en América supere a los 106 millones de habitantes. Para el año 2020 esta cifra alcanzará los 194 millones de habitantes y para el año 2050, será de aproximadamente 310 millones, de los cuales 190 millones de habitantes vivirán en América Latina y el Caribe.<sup>4</sup> Para el año 2025, por lo menos en veintidós países de América, 15% o más de la población tendrá o superará los 60 años de edad,<sup>5</sup> lo cual significa que actualmente las personas viven en promedio más años que antes y que la proporción de adultos mayores de 60 años de edad con respecto a los más jóvenes se encuentra en franco crecimiento.

Lo anterior nos lleva a pensar que el cuidado del adulto mayor es en sí una responsabilidad compartida, pues la vulnerabilidad de este tipo de pacientes es con el paso del tiempo mayor, esto muchas veces pasa inadvertido tanto por el médico tratante como por la familia.

La situación socio-familiar de un AM es una cuestión relevante para el profesional de la salud, pues éste debe centrar su interés no sólo en orientar sobre el manejo de una patología determinada, sino muchas veces fungir como líder de las voluntades y esfuerzos entre el equipo de salud, la familia y el propio paciente, su labor profesional debe estar orientada en un enfoque integral al dar continuidad a los cuidados que cada paciente demanda, y en especial el cuidado del adulto mayor.

La vulnerabilidad de las personas mayores es causada por la edad, las enfermedades crónicas, el desgaste fisiológico, así como por diversas situaciones de postergación –la soledad es un ejemplo de ellas-, frecuentes hospitalizaciones,

patologías con tendencia a la cronicidad y una mayor frecuencia de cáncer y enfermedades oncológicas.<sup>6</sup>

En opinión de algunos expertos los síndromes geriátricos, no deben ser considerados como “naturales”, por el contrario, requieren de la atención cuidadosa del médico familiar pues estos tienen un mayor contacto con los ancianos y su familia, un punto crucial es el manejo de la polifarmacia usada muchas veces en el adulto mayor y que convierte al médico de familia en experto balanceador de los tratamientos farmacológicos de los ancianos.<sup>7</sup>

La condición de cronicidad de las enfermedades geriátricas, de la polipatología o múltiples enfermedades en los adultos mayores condicionan la polifarmacia, pero esto no es único, también la medicina curativa basada en órganos, donde el médico sólo indica medicamentos por los síntomas referidos por el paciente, sin una exploración integral del mismo, ayuda a esta polifarmacia frecuente en nuestro medio.<sup>8</sup>

De acuerdo a lo anterior es imprescindible entonces que el médico familiar conozca y registre los medicamentos que consume el adulto mayor pues esto facilita la vigilancia de la terapia farmacológica, pero al mismo tiempo que reconozca la situación socio familiar en la que se desarrolla.

La polifarmacia en general se define como el uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea. Ésta constituye uno de los factores más críticos en la ingesta de medicamentos, lo que puede tener un impacto negativo en el mantenimiento de la funcionalidad. No hay que olvidar que es fundamental la educación del adulto mayor, familia o cuidadores acerca de cómo cumplir y organizar la toma de medicamentos durante el día, es importante además evitar la automedicación.<sup>9</sup>

La polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que los fármacos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los ancianos, atribuible a que muchas veces se indican a dosis muy elevadas y numéricamente muchos productos, o también a frecuentes errores de los ancianos al tomar los

medicamentos, ya sea por trastornos de la memoria, la visión, la disminución de la destreza manual o por la presentación incorrecta de los preparados, y si a esto añadimos el mal hábito de auto medicarse, que aumenta con la edad y que es forma terapéutica muy difundida entre los senescentes, es algo que hay que seguir muy de cerca.

Es evidente que esta problemática no corresponde sólo al médico familiar, sin embargo también es cierto que la deficiente supervisión por parte del equipo médico se convierte en un importante factor que puede influir negativamente en la aparición de reacciones adversas a los medicamentos.<sup>10</sup>

El adulto mayor con polifarmacia debe ser tratado con la supervisión cercana del médico familiar y especialistas, pero la influencia que tiene el entorno del paciente debe ser observada de cerca para ubicar con precisión las necesidades de éste para así generar estrategias que le permitan al médico ayudar lo más posible a su paciente.

Un estudio de intervención realizado sobre Polifarmacia en la Tercera Edad en Cuba que consistió en orientar y educar al paciente sobre el uso adecuado de medicamentos y la desventaja de la automedicación; demostró que después de la intervención médica existió una disminución del uso de la polifarmacia.<sup>11</sup>

El uso racional de los medicamentos – sobre todo en los ancianos - tiene que ser una habilidad y un hábito a desarrollar en los estudiantes de carreras médicas, el médico que trata adultos mayores debe tener una óptima relación médico paciente, pues a veces funciona mejor que cualquier medicamento y al menos, si no puede curar, no debe hacer daño con prescripciones de complacencia.

Todo médico debe tener en cuenta que el uso de fármacos en los adultos mayores implica el conocimiento de las alteraciones farmacocinéticas y fármaco - dinámicas que ocurren con el envejecimiento además debe haber una estrategia racional de manejo que evite la polifarmacia y las reacciones adversas a los medicamentos.<sup>12</sup>

Las conductas de las personas geriátricas ante un tratamiento, se condicionan a su personalidad, modo de vida, aprendizaje, inteligencia, y función cerebral, y el médico debe realizar una evaluación de cada anciano antes de la simple prescripción de un fármaco, teniendo en cuenta los problemas que pudieran surgir con su uso, que genera, polifarmacia, automedicación y sobredosis con efectos deletéreos para la salud. Corresponde al médico de la familia la noble labor de atención a nuestros ancianos en la atención primaria.<sup>13</sup>

La OMS y la OPS recomiendan en la Guía Clínica para la Atención Primaria de las personas Adultas Mayores algunos lineamientos para evitar la prescripción inadecuada de los fármacos, además sugiere que el médico debe educar al paciente y a su cuidador acerca de los medicamentos y sus efectos, considerando con ellos costos y efectos secundarios. Debe proporcionar instrucciones detalladas por escrito, en lenguaje claro y comprensible. Lamentablemente ante esto, se aprecia que los médicos responsables de pacientes geriátricos ignoran o hacen caso omiso de dicha recomendación y en consecuencia provocan daños económicos a instituciones de salud y al paciente mismo.

Sin embargo, es cierto que las personas mayores requieren de un médico general para garantizar que la existencia de enfermedades múltiples no lleve a múltiples derivaciones, opiniones y dilución de la responsabilidad; pero también es verdad que requieren la participación y la cooperación de los especialistas para un máximo beneficio, que será mayor en presencia de una buena comunicación.

Con lo anterior no se pretende decir que la responsabilidad del médico sea absoluta, pues en muchas ocasiones independientemente de la enfermedad y la edad del paciente, siempre hay personas que no cumplen con el tratamiento. Ello significa que no siguen el tratamiento, lo siguen en forma mínima o parcial, o en su gran mayoría, pero no en forma total. El cumplimiento pleno del tratamiento puede ser más importante para algunos medicamentos que otros; por ejemplo en fármacos con vida media larga saltar una dosis puede no tener repercusión importante.



Sin embargo se sabe que los principales motivos por los que se llega a la falta de apego a un tratamiento determinado son:

- Falta de motivación.
- Falta de comprensión del tratamiento.
- Falta de dinero para comprar o renovar la receta.
- Tendencia a autorregular las dosis del medicamento según la salud percibida.
- Complejidad del régimen posológico (# de dosis/día).
- Poca escolaridad que dificulta el poder leer las etiquetas o instrucciones.
- Sospecha de reacciones adversas.
- Efectos secundarios desagradables.
- Pérdida de memoria.
- Pérdida de agudeza visual.
- Problemas de auto administración por pérdida de destreza manual y agilidad.
- Problemas de administración.

Pero los problemas mencionados pueden resolverse en general individualizando el manejo.<sup>14</sup>

Ante la situación presentada es imprescindible que el médico tratante del adulto mayor esté consciente de las dificultades a las que se enfrenta el paciente dentro del marco contextual socio-familiar, pues el conocimiento de éste puede ser de gran utilidad para evitar en lo posible problemas posteriores.

Un estudio realizado en Chile concluyó que el perfil socio-familiar de los adultos mayores institucionalizados reveló una situación de soledad, maltrato, insatisfacción con la vida, y déficit de cuidados por parte de las instituciones, lo que se relaciona con una problemática social e institucional mayor, donde resta

mucho por realizar y donde los aportes deben provenir desde la institucionalidad y desde las personas, sean éstas familia, comunidad, y pasa por un cambio no sólo conceptual del mundo del adulto mayor, sino desde la propia concepción de vida que cada uno quiere para sí mismo.<sup>15</sup>

Esta situación refleja la falta de cuidado que hay los para los AM, y son probablemente, una de las causas que podrían perjudicar su salud, pues una persona que se encuentra en el abandono difícilmente podrá encargarse de llevar a cabo las indicaciones médicas cuando existe polifarmacia.

Existen estudios epidemiológicos que demuestran que las relaciones entre escolaridad, riqueza y mortalidad se debilitan cuando la estimación de la probabilidad de morir es condicional al estado de salud reportado en épocas anteriores. En consecuencia, el aspecto socioeconómico puede ser el mayor determinante de la salud.<sup>16</sup>

Lo anterior demuestra que la mortalidad en el adulto mayor no sólo depende de la salud en sí, sino de la relación socioeconómica de éste, lo cual hace pensar que la situación socio-familiar de un AM puede influir en el desarrollo de patologías que lo lleven finalmente a la polifarmacia o a un manejo inadecuado de los medicamentos prescritos.

Con lo anterior se observa que el mejoramiento de la salud y las expectativas de vida, no dependen exclusivamente del desempeño de los sistemas de salud, sino de una política amplia que influya en la educación, el empleo, la aceptación social y otros aspectos<sup>17</sup> que deben considerarse para mejorar la salud de cualquier individuo.

El reconocimiento de la situación socio-familiar del AM responde a la necesidad de vincular desde el punto de integral y humanista la salud de éste con su entorno, ya que en muchas ocasiones éste es determinante para su salud.

Un estudio realizado en Perú sobre la Situación socio-familiar del Adulto mayor concluyó que debe facilitarse el acceso a la atención de salud a los AM que se

encuentran en riesgo social, a través de redes sociales de apoyo. Así mismo se deben elaborar guías de manejo para las enfermedades prevalentes en los AM con el fin de unificar criterios y mejorar la calidad de atención, como fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel.<sup>18</sup>

Por otra parte, se sabe que la Polifarmacia es el principal factor de riesgo para la reacción adversa a medicamentos (RAM). Las RAM se incrementan exponencialmente con el número de fármacos tomados: 5% si toma uno a 100% si toma diez o más. También influyen el tipo de fármacos, las dosis empleadas y la duración del tratamiento. La falta de apoyo social puede conllevar un mal cumplimiento terapéutico por errores en la toma y automedicación, más si se asocia deterioro cognitivo, déficit neurosensorial o mala destreza manual. Y aunado a esto existen factores relacionados con el facultativo que prescribe: indicaciones inadecuadas de fármacos, prescripción excesiva con pautas complejas de difícil cumplimiento y/o que no se explican correctamente.<sup>19</sup>

La complejidad en el manejo del AM con polifarmacia se agudiza cuando éste se encuentra en total abandono, situación que muchas veces pasa inadvertida por el médico tratante, a veces por pleno desconocimiento o por causas externas a su quehacer profesional, dentro de estas causas está sin duda, la negligencia familiar, a veces por ignorancia y otras por descuido no intencionado. Sin embargo esta situación puede cambiar si existe una coordinación entre médico, paciente y familia, de tal manera que exista la posibilidad de implementar una estrategia que sea efectiva para ayudar lo más posible al AM.

Esta situación del AM es considerada a nivel nacional dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, la cual advierte que es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, con el fin de mejorar la calidad de la atención, procurando que la prestación de los servicios asistenciales respondan a parámetros que aseguren una operación integral más eficaz, que contribuya a brindar una atención digna a

las personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Así deben realizarse un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.<sup>20</sup>

Asimismo la Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores en el capítulo II, Artículo 5º. Sección III, De la salud, la alimentación y la familia; en su inciso C establece que el adulto mayor tiene derecho a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.<sup>21</sup>

Con fundamento en lo anterior se hace necesario ubicar la situación socio-familiar del AM con polifarmacia con la intención de dar cumplimiento a lo establecido en la Leyes que salvaguardan la salud y bienestar del AM.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país el envejecimiento de la población se ha ido incrementando en forma importante en las últimas décadas afectando a la estructura social y alterando las interrelaciones familiares al adulto mayor constituyendo así un gran reto para nuestra sociedad y en particular para la familia ya que se ve disminuido el número de miembros y aumentan las necesidades.

La pregunta surge al observar en la consulta la dificultad del adulto mayor para entender cómo debe tomar su tratamiento y la preocupación por que se lleve a cabo, como se le indica así como por el hecho de que la mayoría de estos paciente padecen más de una enfermedad y se ven en la necesidad de tomar varios medicamentos, lo que los hace vulnerables a efectos adversos y no apego al tratamiento por falta de apoyo de familiares y o redes sociales.

**¿Cuál es la situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMF 198?**

## **JUSTIFICACIÓN**

### **Magnitud**

En México se considera adulto mayor a toda persona con más de 60 años de edad. En algunos otros países, sobre todo del primer mundo, se define a partir de los 65 años de edad.<sup>22</sup> En 2005, el Consejo Nacional de Población (Conapo) indicó que había 8 millones de adultos mayores, que representaban alrededor de 8 % de la población total de mexicanos.

Un estudio anterior sobre la situación socio-familiar en Perú demostró que de 301 adultos mayores, sólo 24,9% tiene una valoración socio-familiar buena o aceptable. El sexo está asociado al nivel de valoración socio-familiar ( $p < 0,05$ ), los varones tienen una mejor situación que las mujeres (29,7 frente a 22,9%), 50,9% de las mujeres se encuentran en riesgo social. No se encontró relación con el grupo de edad.

La mayoría (71,4%) vive con familiares y sin conflicto familiar; sin embargo 3,1% se encuentran en situación de abandono familiar, 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos y 46,2% no cuenta con seguro social.<sup>23</sup>

Estos datos dan la pauta para pensar en las consecuencias que pueden tener un AM con polifarmacia, en México, de ahí que sea importante conocer la situación socio-familiar.

### **Trascendencia**

El bienestar social se relaciona con la capacidad de manejar los problemas de salud y preservar la autonomía, a pesar de la posible existencia de limitaciones funcionales. El proceso pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea, sus principales aspectos son las interacciones socio-familiares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos. Algunos de los instrumentos utilizados en esta valoración son la Escala Socio-familiar de Gijón, que detecta riesgo social dentro de la problemática establecida en la comunidad.<sup>24</sup>

## **Vulnerabilidad**

El conocimiento de la valoración de la situación socio familiar del AM es imprescindible para el médico familiar, ya que esto determinará la estrategia a seguir con este tipo de paciente.

La polifarmacia es responsable frecuentemente de eventos adversos asociados a los medicamentos, readmisiones hospitalarias, es un indicador de mortalidad en el adulto mayor.<sup>25</sup>

El AM con polifarmacia requiere cierto apoyo cuando se encuentra con algunas deficiencias cognitivas, físicas, sociales o familiares que no le permiten responsabilizarse en su totalidad del manejo de los medicamentos prescritos, de ahí que sea necesario conocer la situación socio familiar para mejorar el manejo de este tipo de pacientes.

## **Factibilidad**

El estudio fue factible ya que se dispuso de los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Se obtuvo la autorización de la Dirección de la Unidad con la intención de no tener contratiempos en la investigación.

Cabe señalar que se contó con la población adecuada y los recursos económicos necesarios.

Fue necesario tomar en consideración que los participantes fueran informados sobre el objetivo de la investigación, y su participación se corroboró mediante la Carta de Consentimiento informado.

## **OBJETIVOS**

### ***General***

Determinar la situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMF 198.

### ***Específico***

- 1.- Identificar características sociodemográfica del adulto mayor.  
Identificar situación económica que vive el adulto mayor.  
Identificar tipo de vivienda que presenta el adulto mayor.
- 2.- Identificar medicamentos y patologías que presenta el adulto mayor.
- 3.- Identificar situación familiar que vive el adulto mayor.
- 4.- Identificar las relaciones sociales que presenta el adulto mayor.
- 5.- Identificar red de apoyo social que presenta el adulto mayor.

## **METODOLOGIA**

El estudio se realizó en la UMAA/UMF 198 IMSS de la Delegación Oriente del Estado de México, ubicada en el municipio de Coacalco de Berriozábal. Con una población adscrita de 69, 919. La Unidad cuenta con 12 consultorios en total y brinda servicio en el turno matutino y vespertino. Es una unidad de primer nivel de atención.

### **Tipo de estudio:**

Descriptivo, transversal y observacional.

**Población lugar y tiempo:** Adultos mayores con polifarmacia de la UMF 198 del IMSS de marzo a octubre 2014.

## **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La población de la UMF/UMAA 198 del IMSS es de 69,919 beneficiarios, de los cuales se realizó muestreo de tipo convencional a criterio del investigador, ya que se seleccionaron a los derechohabientes de estudio que se encontraban



disponibles al momento de la recolección de los datos; por ser muestreo de tipo no probabilístico la muestra fue por medio de un n proceso de conveniencia.

**Criterios de selección:**

Pacientes de 60 años en adelante.

Pacientes que estuvieran en tratamiento farmacológico.

Pacientes que aceptaron participar.

**Criterios de inclusión**

1. Adultos mayores de la UMF 198 del IMSS.

**Criterios de exclusión**

1. Adultos mayores que no tomen medicamentos.
2. Adultos mayores que no quieran participar.
3. Pacientes menores de 60 años.

**Criterios de eliminación**

1. Test incompletos.

**Definición de variables:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
VARIABLE DEPENDIENTE Situación Socio-familiar	Conocimiento de las relaciones sociales y amicales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, dependencia social - familiar y atención institucional otorgada.	Conocer la situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia mediante la aplicación de un test, que valora cinco aspectos sociales, con los cuales se determina el riesgo social en el adulto mayor.	Cualitativa Ordinal	De 5 a 9 puntos: Buena o aceptable situación social. De 10 a 14 puntos: Riesgo social. De >= 15 puntos: Posible problema social.
VARIABLE INDEPENDIENTE Adulto mayor	Personas que tienen 60 años o más.	Identificar en cual grupo de edad existe riesgo social.	Cuantitativa Ordinal	1.60-64 años 2.65-79 años 3.80-84 años 4.85 y más años.
Sexo	Masculino, femenino.	Definir en cuál sexo es mayor riesgo social.	Cualitativa	1.Masculino 2.Femenino.
Estado civil	Casado, soltero, viudo, divorciado.	Establecer el estado civil .	Cualitativa	1 casado,2soltero 3divorciado,4viudo
Escolaridad	Ninguna, sabe leer y escribir Primaria,secundaria Preparatoria y licenciatura	Saber si la escolaridad influye en el riesgo social.	Cuantitativa.	1ninguna,2sabe leer y escribir,3primaria,secundaria,4preparatoria y licenciatura.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de resumen que son frecuencias, para el análisis se utilizó el software spss versión 2014.

La población femenina predominó con 57.1 % de los encuestados, el 73.3 %, correspondió a población de 65-79 años, el 74.8% es inactiva, 74% es casado, el 50% estudio la primaria; así como 56.5 % reporto tomar hasta 3 medicamentos por día, la enfermedad prevalente fue la hipertensión arterial sistémica con 47.8%, en cuanto al aporte económico se encontró que 56.8% cuenta con 1.5 veces el salario mínimo para cubrir sus necesidades, el 82% tiene una vivienda adecuada a sus necesidades, 60.9% tiene buenas relaciones sociales, y el 80.7% tiene apoyo de la red social. Como resultado de la escala de valoración Gijón el 71.7% quedo con una situación socio-familiar buena.

## **PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.**

El estudio se realizó con adulto mayor con polifarmacia en la UMAA/UMF198 del IMSS, en Coacalco Estado de México. Se llevó a cabo con población adscrita a esta Unidad. Dicha población cumplió con las especificaciones de adulto mayor (con 60 años o más) con polifarmacia. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la Escala de valoración socio-familiar de Gijón creada en España en 199 y tomando en cuenta la declaración de helsinki basada en la 64<sup>a</sup>. Asamblea general, Fortaleza, Brasil 2013 que habla de los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, rubro 9 y 21; ésta valora la situación inicial socio-familiar en el anciano para la detección de riesgo social.

El test consta cinco apartados de valoración situación socio- familiar:

1. Situación familiar.
2. Situación económica.
3. Vivienda.
4. Relaciones sociales.
5. Apoyo de las redes sociales.

Para su evaluación se suma el valor correspondiente a cada situación de 1 a 5 puntos en cada uno de los apartados.

La valoración de acuerdo al puntaje será de:

- 5 a 9 puntos: Buena o aceptable situación social.
- 10 a 14 puntos: Riesgo social.
- >= 15 puntos: Posible problema social.

Se anexo a la escala de valoración un cuestionario sociodemográfico con los siguientes rubros:

- 1.-Edad
- 2.-Sexo.
- 3.-Estado civil.
- 4.-Escolaridad

5.-Ocupación.

6.-Cuantos medicamentos toma y cuáles son?

7.-Qué enfermedades padece?

Así como un consentimiento informado que firmaron los participantes previo a la contestación del cuestionario sociodemográfico y la escala de valoración de Gijón.

Cabe mencionar que la escala de Gijón utilizada en este estudio, fue la versión original creada por Garcia-González JV Díaz palacios e Salamea A Cabrera D, Menéndez A, Fernández Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23:434-40., aunque también cabe mencionar que existe una escala de Gijón modificada creada en España en el 2003 a partir de la escala original de Gijón ya válida también pero en la cual se omite la situación económica y el rubro de barreras arquitectónicas, sin embargo en el caso de mi estudio consideré más apropiada la original ya que considero importante el valor predictivo que nos da el conocer con cuánto dinero cuenta el adulto mayor para su sobrevivencia y como son las condiciones de su hogar, ya que la modificada se utilizó en caso de pacientes que habían sido egresados de hospitales con algún grado de dependencia de antemano identificado, considero que si requiriera una modificación solo en caso de cambiar algunos términos como el de LISMI , FAS, que menciona la encuesta y que significan: Ley de integración social para minusválidos (LISMI), fondo nacional de asistencia social (FAS), siendo organizaciones con las que no contamos formalmente en este país, pero en su momento de llenado de la encuesta a cada paciente se le explico y se manejó como una pensión en la que solo se tenga derecho a servicios médicos sin recibir aporte económico como es el caso que si se puede llegar a dar en algunos paciente derechohabientes del IMSS

Después de la aplicación del test se graficó y analizó la información con la información obtenida, mediante el programa.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación que se llevó a cabo fue viable, ya que se contó con los recursos necesarios. Se realizó en la UMF 198 del IMSS con adultos mayores con polifarmacia.

Se tomó en cuenta la Norma de la Declaración de Helsinki para Estudios Humanos I Se hizo saber a los participantes los objetivos, método, beneficios y posibles riesgos o molestias que se pudieran tener durante la investigación.

A los participantes se les hizo saber que pueden no participar en dicho estudio, y que en su momento pueden revocar su consentimiento para participar. Después de aclarar lo anterior, se obtuvo de los participantes el Consentimiento informado por escrito.

Se tomó en consideración para la realización del presente estudio la Ley General de Salud en los artículos 14 y 17.

Se pidió la aprobación al Comité Local de Ética e Investigación para la realización del estudio.

Finalmente, cabe señalar que la investigación realizada no presentó riesgo o daño alguno, ya que sólo se realizó un test a los participantes.

# RESULTADOS

El total de pacientes del estudio fueron 322 de los cuales los cuales 189 corresponden al sexo femenino con (57.1%) y del sexo masculino 138 pacientes con (42.9%) lo cual refleja que el sexo femenino acude más a consulta externa. (tabla 1, gráfico 1).

## GENERO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	184	57.1	57.1	57.1
masculino	138	42.9	42.9	100.0

Tabla 1. La información se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.

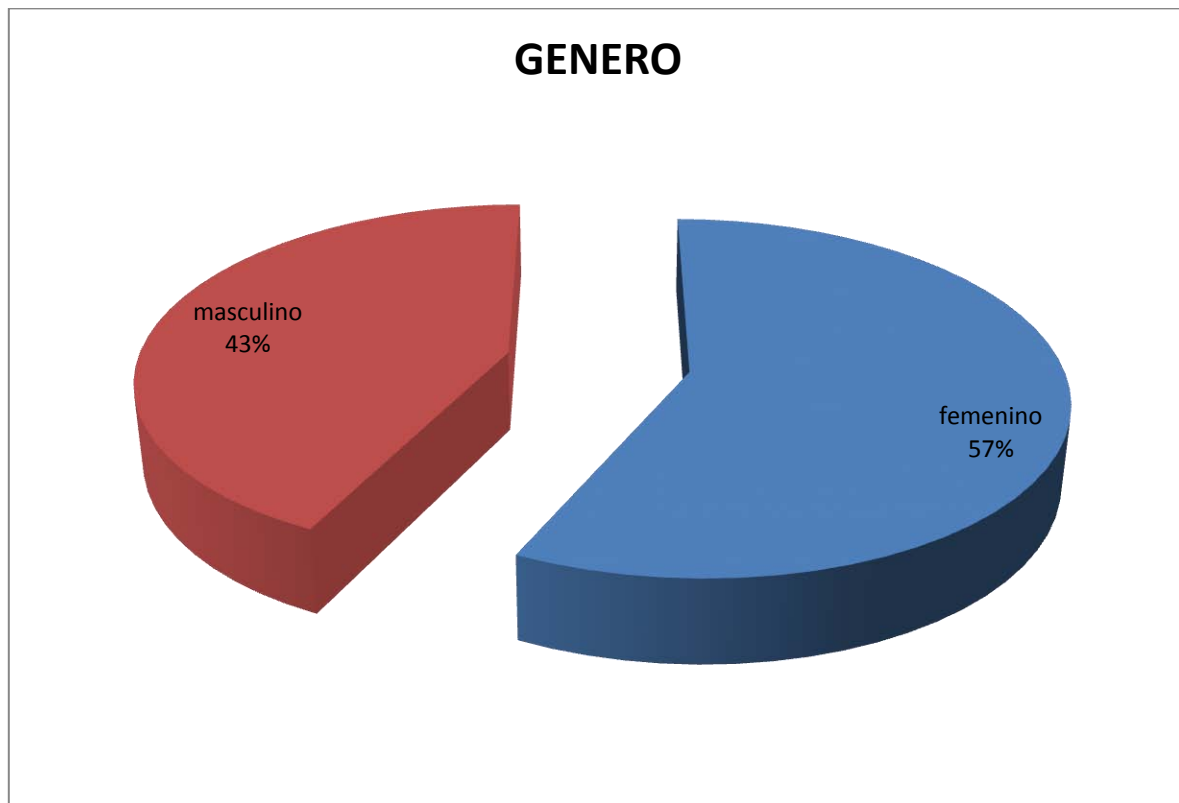


Gráfico 1 .FUENTE: Tabla



En cuanto al grupo de edad 236 (73.3%) de la población estudiada se encontraba en el grupo de edad de 65 a 79 años; en segundo lugar de 60 a 64 años con 48 pacientes (48.9%).(tabla 2, gráfico 2).

### EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO

AÑOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
60-64	48	14.9	14.9	14.9
65-79	236	73.3	73.3	88.2
80-84	24	7.5	7.5	95.7
85 y mas	14	4.3	4.3	100.0

Tabla 2. La información se obtuvo de cuestionario de datos sociodemográficos.

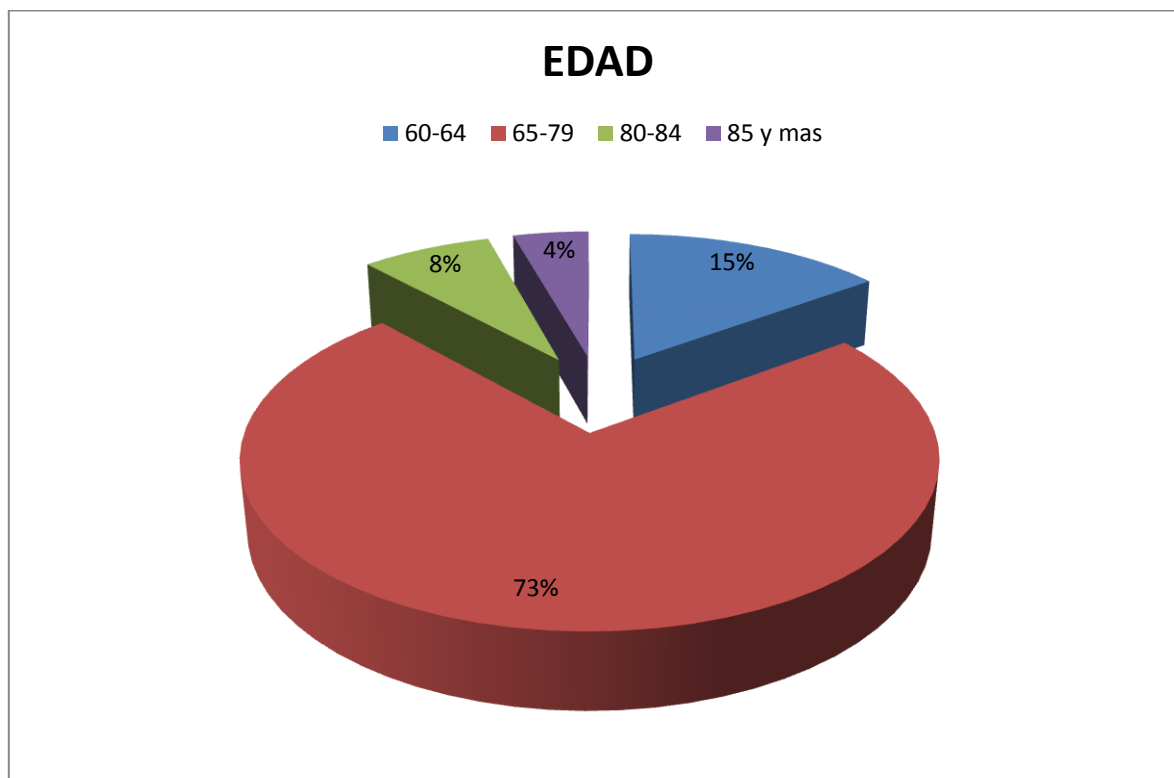


Gráfico 2. Fuente tabla 2

En lo correspondiente a la actividad laboral 241 pacientes inactivos lo correspondiente a (74.8 %) de la población, pacientes con vida laboral presente 79 (de los cuales 57 fueron del sexo masculino y 24 del sexo femenino) lo cual corresponde a (24.5% ).(tabla 3. Gráfico 3)

**ACTIVIDAD LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trabaja	79	24.5	24.5	24.5
no trabaja	243	74.8	74.8	99.4

Tabla 3. La información se obtuvo del Cuestionario de datos sociodemográficos.



Gráfico 3. .

Respecto al estado civil 239 pacientes casados con (74.2%),47 pacientes viudos (14.6%) y en menor porcentaje divorciado y soltero 18 pacientes (5.6%) por igual. ( tabla 4. Gráfico 4).

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.**

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
casado	239	74.2	74.2	74.2
viudo	47	14.6	14.6	88.8
soltero	18	5.6	5.6	94.4
divorciado	18	5.6	5.6	100.0

Tabla 4 La información se obtuvo del cuestionario de datos sociodemográficos

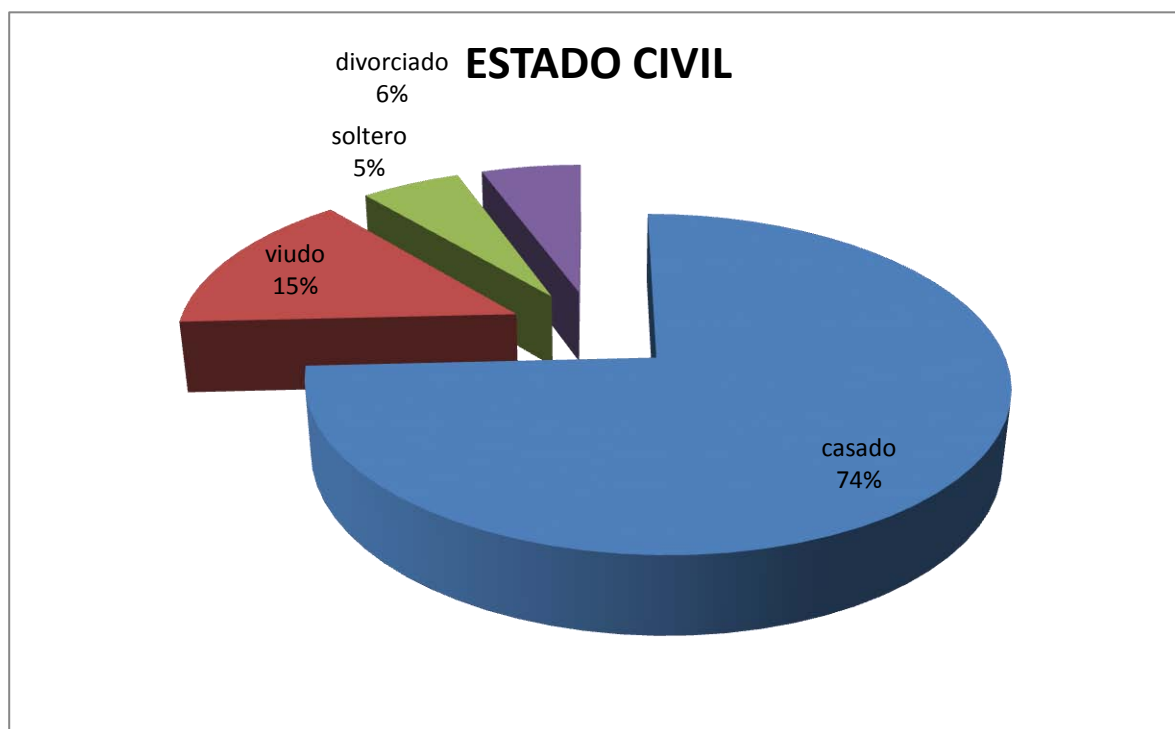


Gráfico 4. FUENTE: Tabla 4

Respecto a la escolaridad con primaria 161 pacientes (50%), secundaria 76 pacientes (23.6%), analfabeto 55 pacientes (17%).(tabla 5, gráfico 5).

### ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.

Tabla 5. La información se obtuvo del cuestionario de datos sociodemográficos.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ninguno	55	17.1	17.1	17.1
sabe leer y escribir	4	1.2	1.2	18.3
primaria	161	50.0	50.0	68.3
secundaria	76	23.6	23.6	91.9
licenciatura	26	8.1	8.1	100.0

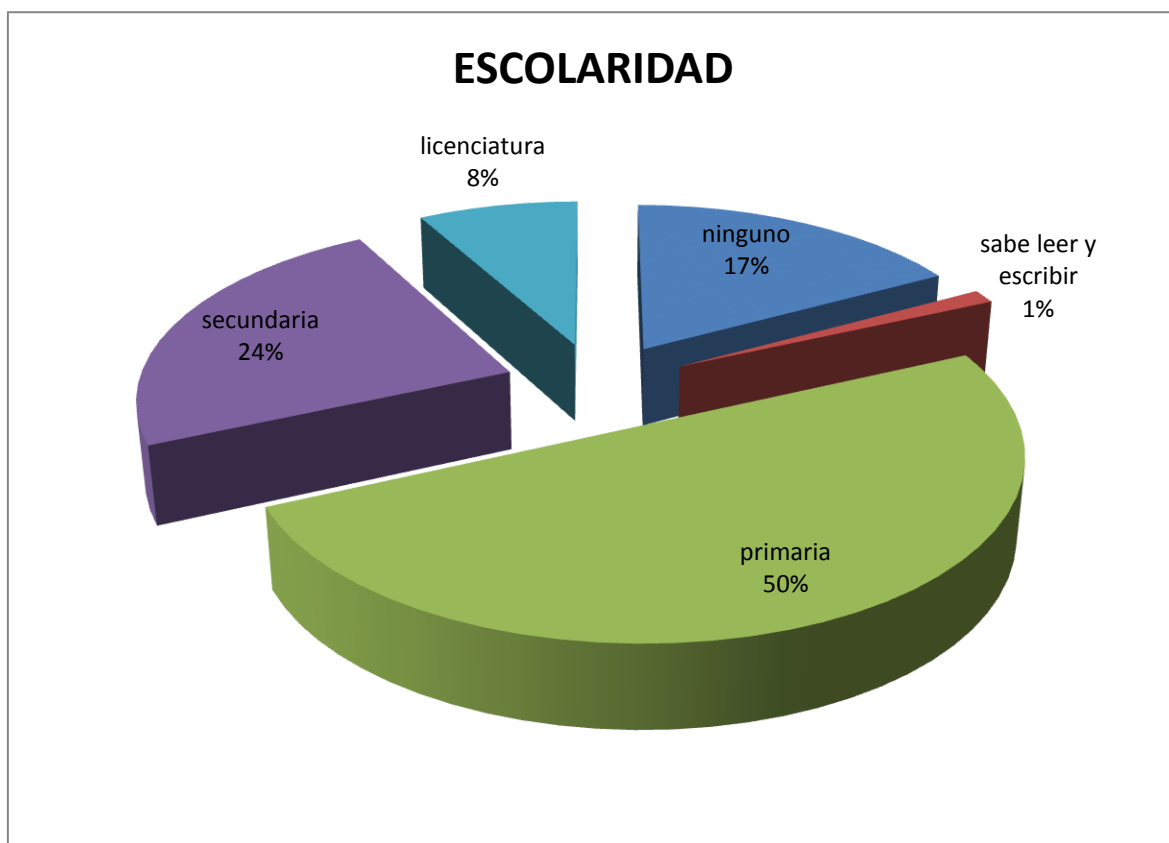


Grafico 5. La información se obtuvo de la tabla 5

En cuanto a la cantidad de medicamentos que toman los pacientes, 182 con un (56.5%) que toman 3 medicamentos al día, en segundo lugar los que toman 5 medicamentos 86 y un 26.7%, en tercer lugar 48 (14.9 %) que toman más de 5 medicamentos. (tabla 6, gráfico 6).

**CANTIDAD DE MEDICAMENTOS QUE TOMAN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.**

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3	182	56.5	56.5	56.5
5	86	26.7	26.7	83.2
Más de 5	48	14.9	14.9	98.1

Tabla 6. La información se obtuvo del Cuestionario de datos sociodemográfico

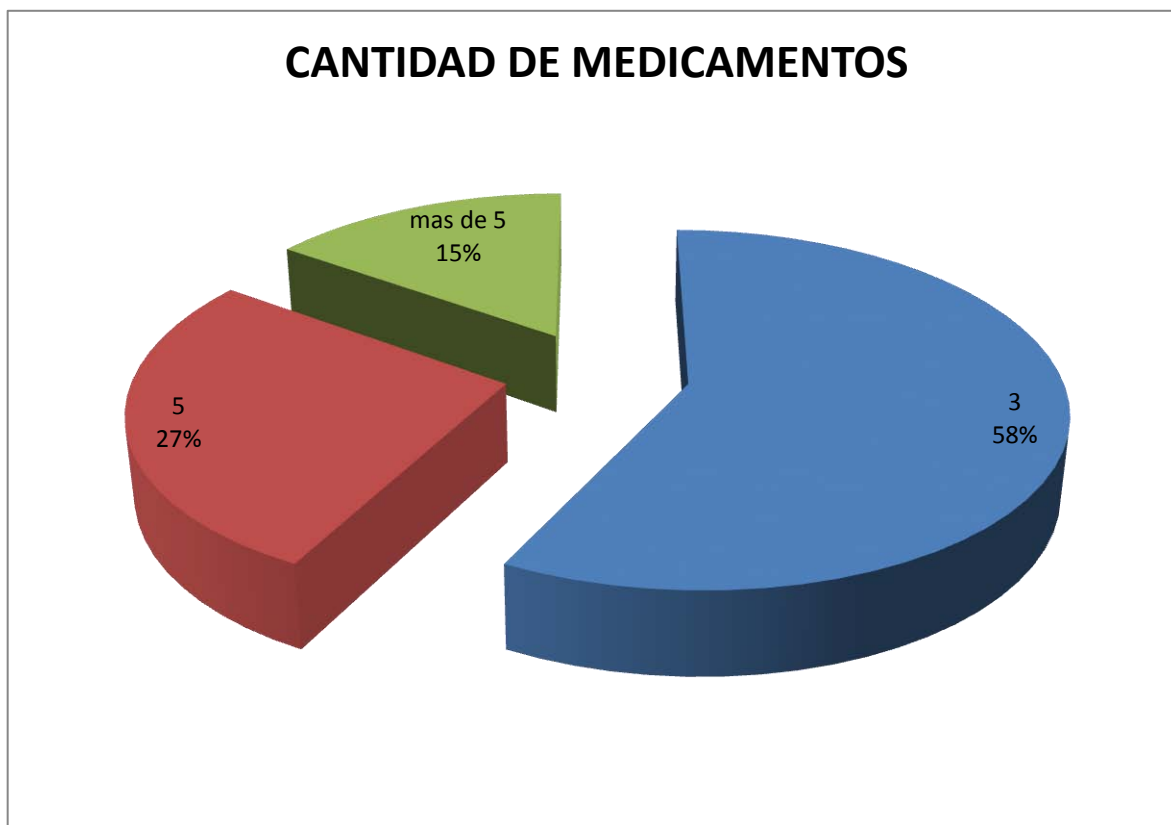


Gráfico 6. La información se obtuvo de la tabla 6.

Dentro de las patologías cardiovasculares para la toma de medicamentos se identificó que la insuficiencia venosa periférica presentó una frecuencia de 24 (7.5%) de la muestra total; seguida de las cardiopatías con 16 (5%), y enfermedad vascular cerebral 6 con un (1.9%).(tabla 7 gráfico 7).

**ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.**

CARDIOVASCULARES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
E.V.C	6	1.9	1.9	1.9
I.V.P	24	7.5	7.5	9.3
CARDI	16	5.0	5.0	14.3
Ninguno	276	85.7	85.7	100.0

Tabla 7 La información se obtuvo del cuestionario de datos sociodemográficos

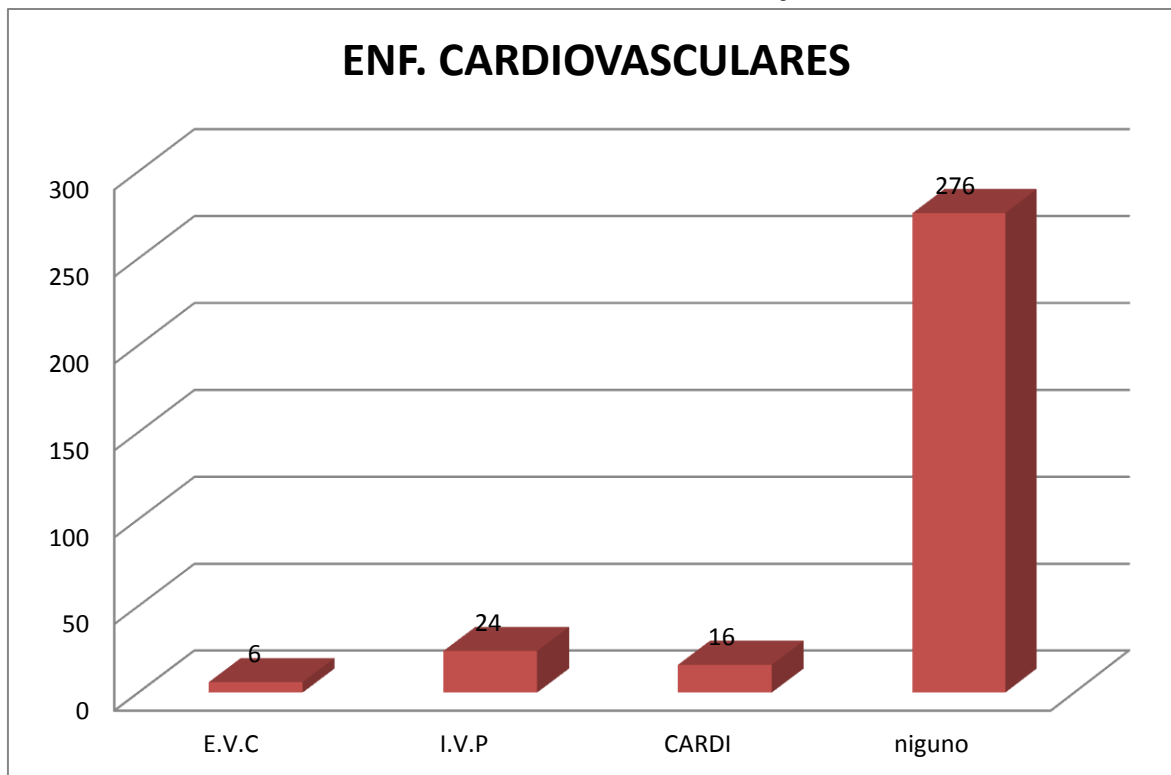


Gráfico 7. La información se obtuvo de la tabla 7

En cuanto a padecimientos crónicos la hipertensión arterial sistémica se presentó en 154 pacientes(47.8%), seguido de los trastornos mixtos con hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2 más otra patología crónica como artropatías, hipotiroidismo etc. 121 pacientes, 37.6% la muestra, y solo con diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades 121 pacientes el (37.6%) de la muestra total. Cabe mencionar que la diabetes mellitus tipo 2 se presentó en 121 (37.6%). (Tabla 8 gráfico 8).

**PADECIMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.**

PADECIMIIENTOS CRONICOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
hipertensión arterial	154	47.8	47.8	47.8
diabetes	47	14.6	14.6	62.4
mixto	121	37.6	37.6	100.0

Tabla 8. La información se obtuvo del cuestionario de datos sociodemográficos

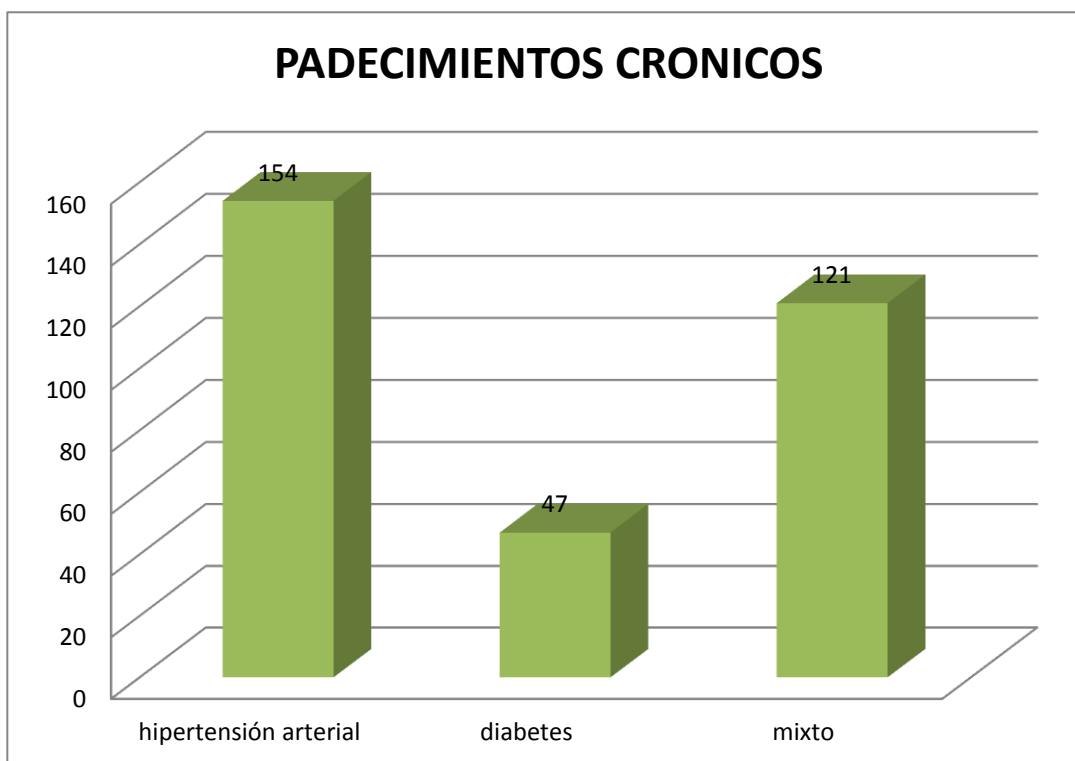


Gráfico 8. La información se obtuvo de la tabla 8

Respecto a los padecimientos pulmonares el 2.2%, presentaron neumopatía y se incluyeron a pacientes con bronquitis crónica y asma con una frecuencia de 7, seguidos por la enfermedad obstructiva crónica (epoc) de los cuales se identificaron oxígeno dependientes 4 (1.2%) fibrosis pulmonar 2 (0.6%).Tabla 9 gráfico 9.

### ENFERMEDADES PULMONARES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.

PADECIMIENTOS PULMONARES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
neumopatía	7	2.2	2.2	2.2
epoc	4	1.2	1.2	3.4
fibrosis	2	.6	.6	4.0
ninguno	309	96.0	96.0	100.0

Tabla 9.La información se obtuvo del cuestionario de datos sociodemográficos

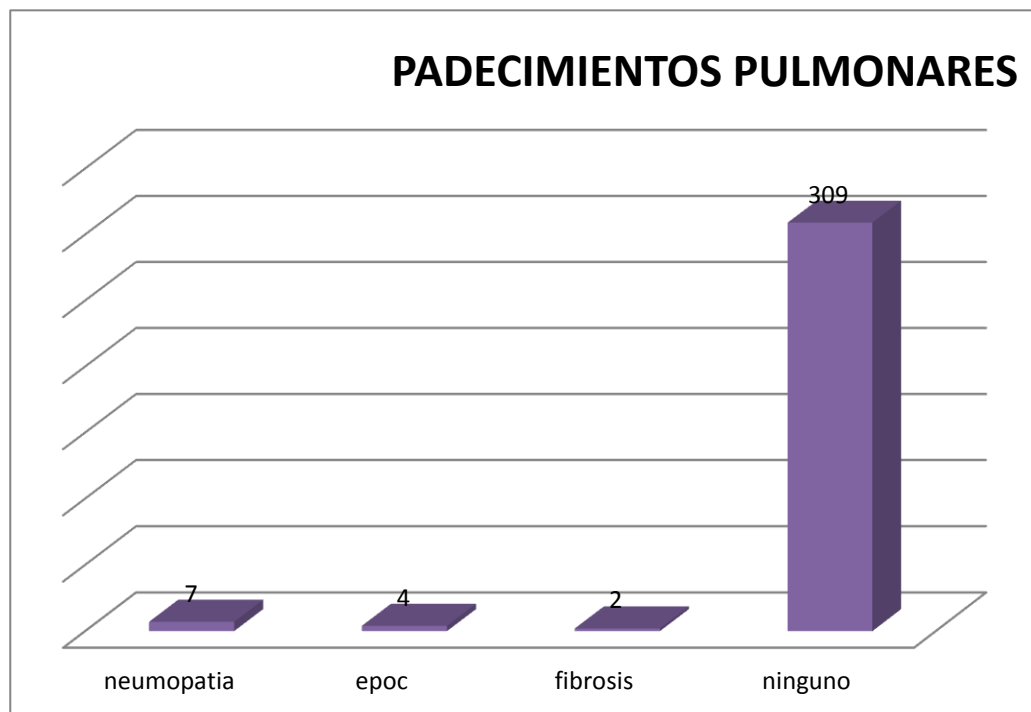


Gráfico 9. La información se obtuvo de la tabla 9.



En este estudio se aplicó la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón la cual evalúa cinco aspectos: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social cada una con cinco valores.

Iniciando con la descripción de la situación familiar se encontró 153 pacientes con un (47.5%) viven con la familia sin dependencia física o psíquica, 84 ( 26.1% )con conyugue de similar edad, 39 con la familia y/ o conyugue con algún grado de dependencia con (12.1%) seguido por los que están solos pero tiene hijos próximos que fueron 34 pacientes (106%) y 12 pacientes el( 3.7%) viven solos, carecen de hijos o viven lejos de ellos. (tabla 10, gráfico 10).

### SITUACION SOCIO-FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.

SITUACION FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
vive con la familia sin dependencia fisica/ psiquica	153	47.5	47.5	47.5
vive con coyuge de similar edad	84	26.1	26.1	73.6
vive con familia y/ o conyuge con algun grado de dependencia	39	12.1	12.1	85.7
vive solo y tiene hijos próximos	34	10.6	10.6	96.3
vive solo y carece de hijos o viven lejos	12	3.7	3.7	100.0

Tabla 10. La información se obtuvo del test de Valoración Socio familiar de Gijón.

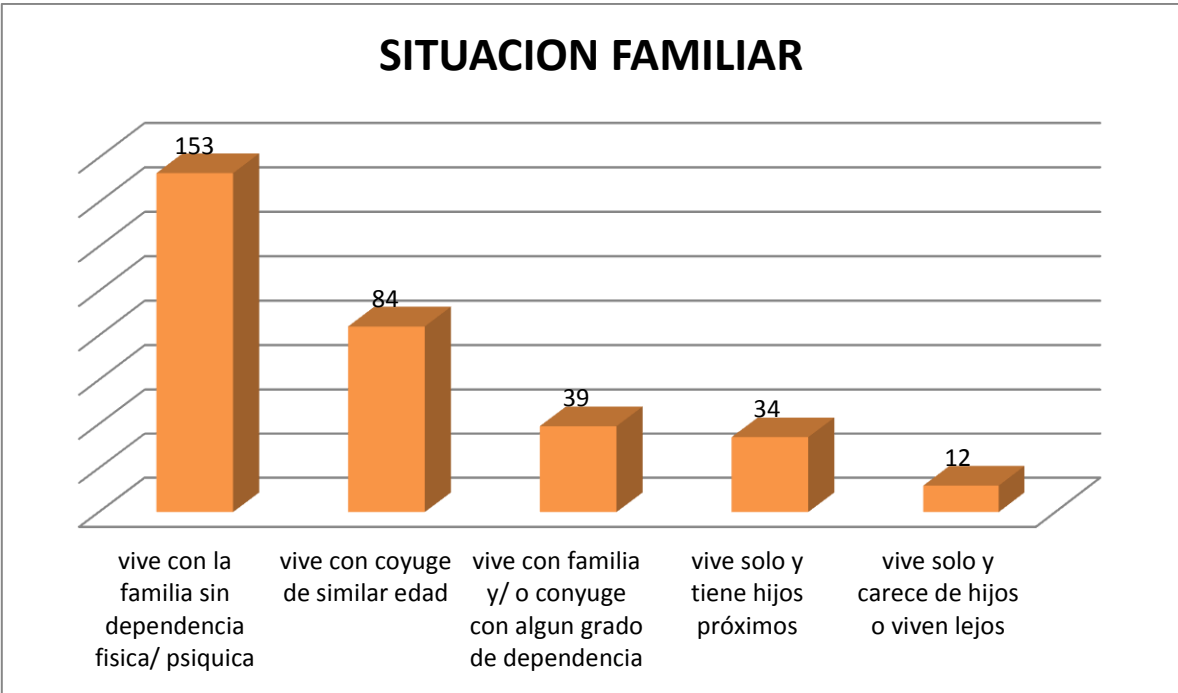


Gráfico 10.FUENTE: Tabla 10,

En la situación económica 183 pacientes con un (56.8%) refirió un aporte económico de más de 1.5 veces el salario mínimo 75 pacientes (23.3%) mencionó percibir salario mínimo con una pensión mínima, de un salario mínimo; 45 pacientes (14%) pensión no contributiva esto es solo servicios médicos sin aporte económico 5 pacientes (1.6%) y con menos de lo anterior 14 pacientes (4.3%). (Tabla 11, gráfico 11.)

## SITUACIÓN ECONOMICA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.

SITUACION ECONOMICA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
más de 1.5 veces el salario mínimo (smi)	183	56.8	56.8	56.8
del salario mínimo a 1.5 veces desde pensión mínima contributiva(pmc) a salario mínimo.	75	23.3	23.3	80.1
Válidos Pensión no contributiva (pnc) lismi o fas	45	14.0	14.0	94.1
menos del apartado anterior	5	1.6	1.6	95.7
	14	4.3	4.3	100.0

Tabla 11. La información se obtuvo del test valoración socio-familia de Gijón

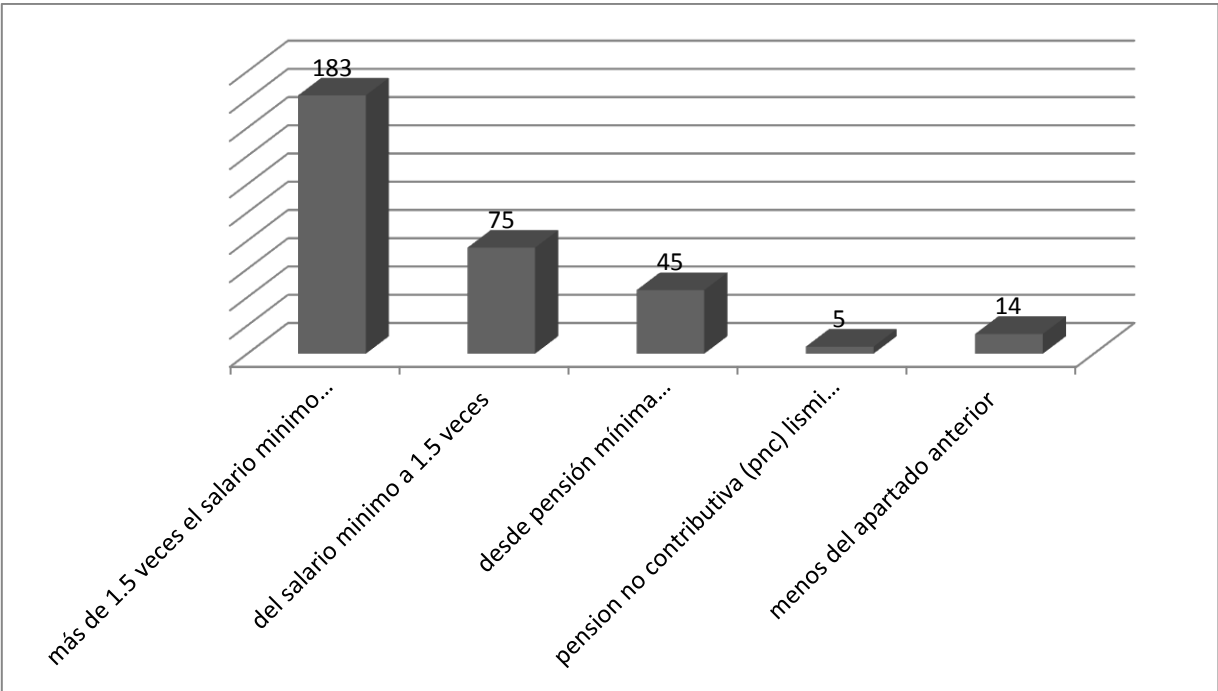


Gráfico 11.FUENTE: la información se obtuvo del test de valoración socio-familiar de Gijón.

Respecto a la vivienda 264 (82%) refirió vivienda adecuada a su necesidades, 22 pacientes (6.8%) reporta tener barreras arquitectónicas que dificultan su acceso o estancia en su domicilio, 18 paciente (5.6%) viven en casa con humedad, mala higiene o equipamiento inadecuado, 10 pacientes (3.1%) no cuentan con teléfono, ascensor o algún servicio que facilite su estancia, y solo 8 refieren tener vivienda inadecuada (2.5%). (tabla 12, gráfico 12).

### VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL ESTUDIO.

VIVIENDA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adecuada a sus necesidades.	264	82.0	82.0	82.0
	Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.	22	6.8	6.8	88.8
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.	18	5.6	5.6	94.4
	Ausencia de ascensor/teléfono.	10	3.1	3.1	97.5
	Vivienda inadecuada	8	2.5	2.5	100.0

Tabla 12. La información se obtuvo de el test. de Valoración Socio familiar de Gijón

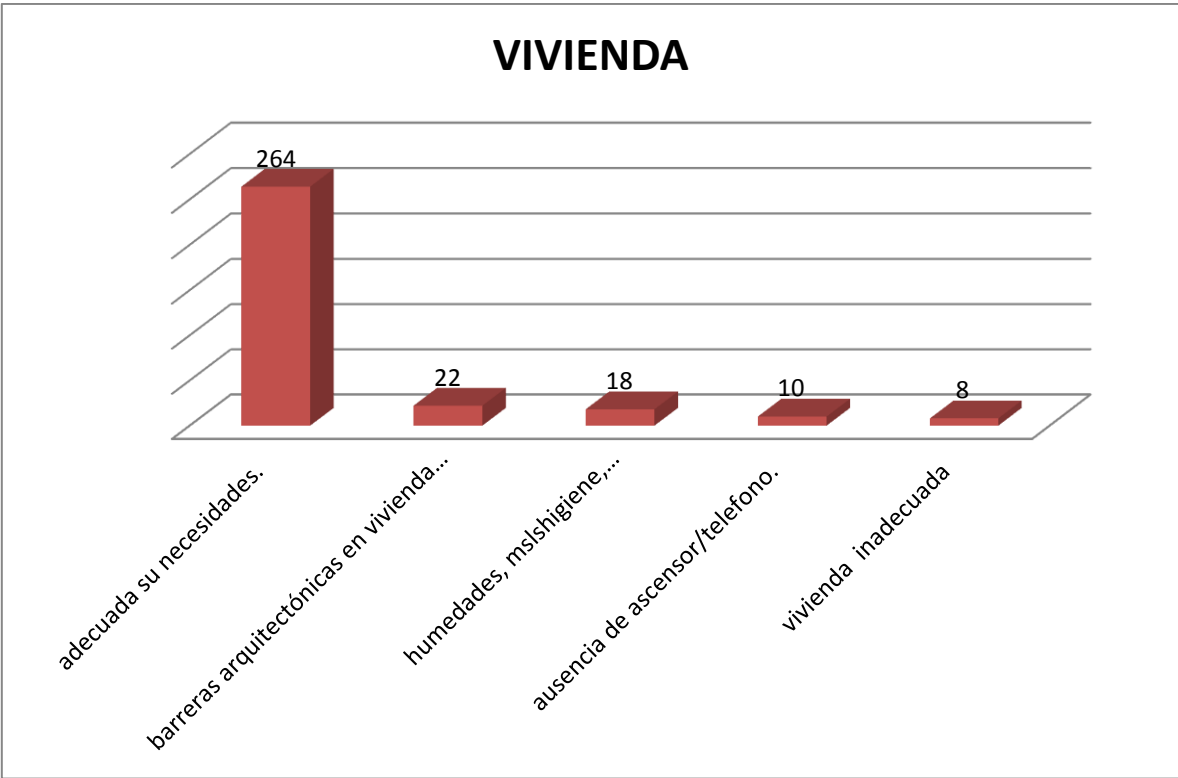


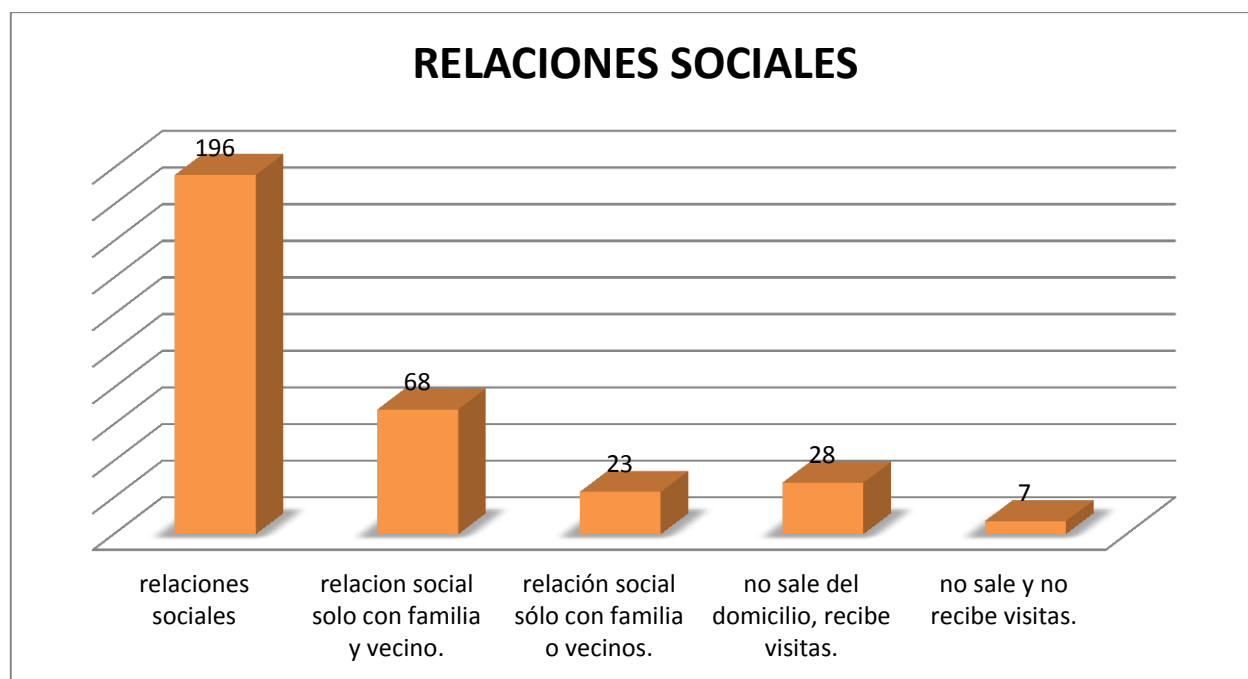
Gráfico 12. La información se obtuvo de la tabla 12.

El cuarto rubro estudiado correspondió a las relaciones sociales 196 pacientes (60.9%) consideró que mantuvo las relaciones sociales no limitadas, 68 (21.1%), presento relación social solo con familia y vecinos, 23 el (7.1%) presentó relación solo con familia o vecinos, 28 pacientes (8.7%) no sale del domicilio pero reciben visitas, y 7 (2.2%) no salen o no reciben visitas. (tabla 13, gráfico 13).

### RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR DEL ESTUDIO.

RELACIONES SOCIALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
relaciones sociales	196	60.9	60.9	60.9
relacion social solo con familia y vecino.	68	21.1	21.1	82.0
relación social sólo con familia o vecinos.	23	7.1	7.1	89.1
no sale del domicilio, recibe visitas.	28	8.7	8.7	97.8
no sale y no recibe visitas.	7	2.2	2.2	100.0

Tabla 13. La información se obtuvo del test de Valoración Socio familiar de Gijón



FUENTE: Tabla 13

El rubro quinto se valoraron los apoyos de la red social en la que se encontró que 231 presentaron apoyo familiar o vecinal (71.7%), con voluntariado social y ayuda domiciliaria 9 (2.7%), no tienen apoyo 40 de los encuestados (12.4%), pendientes por residencia geriátrica solo 2 (.6%), y con cuidados permanentes 9 (2.8%). Tabla 14, gráfico 14.

### APOYOS DE LA RED SOCIAL DEL ADULTO MAYOR DEL ESTUDIO.

APOYO DE LA RED SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
con apoyo familiar o vecinal.	260	80.7	81.0	81.0
voluntariado social, ayuda domiciliaria.	10	3.1	3.1	84.1
no tiene apoyo	40	12.4	12.5	96.6
pendiente de residencia geriátrica.	2	.6	.6	97.2
tiene cuidados permanentemente.	9	2.8	2.8	100.0

Tabla 14. La información se obtuvo de la escala de Valoración Socio familiar de Gijón

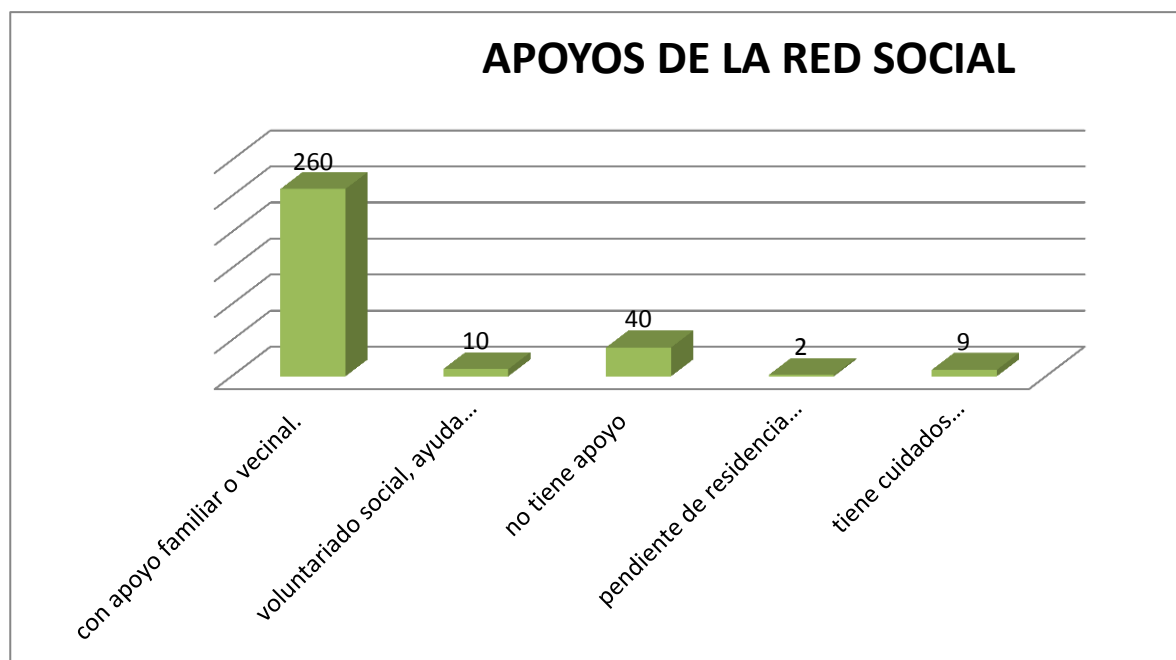


Gráfico 14. Fuente Tabla 14



## PUNTUACION OBTENIDA DEL TEST DE VALORACION SOCIO FAMILIAR DE GIJÓN DEL ADULTO MAYOR EN ESTUDIO.

De los 322 pacientes presentaron 231 (71.7%) estado socio-familiar bueno en 82 pacientes (25.40%) riesgo social, y 9 (2.7%) con problema social.

(tabla 15, gráfico 15).

BUENO	231	71.70%
EXISTE RIESGO	82	25.40%
PROBLEMA SOCIAL	9	2.70%
	322	100%

Tabla 15, información obtenida del test de valoración del estado socio-familiar de Gijón.

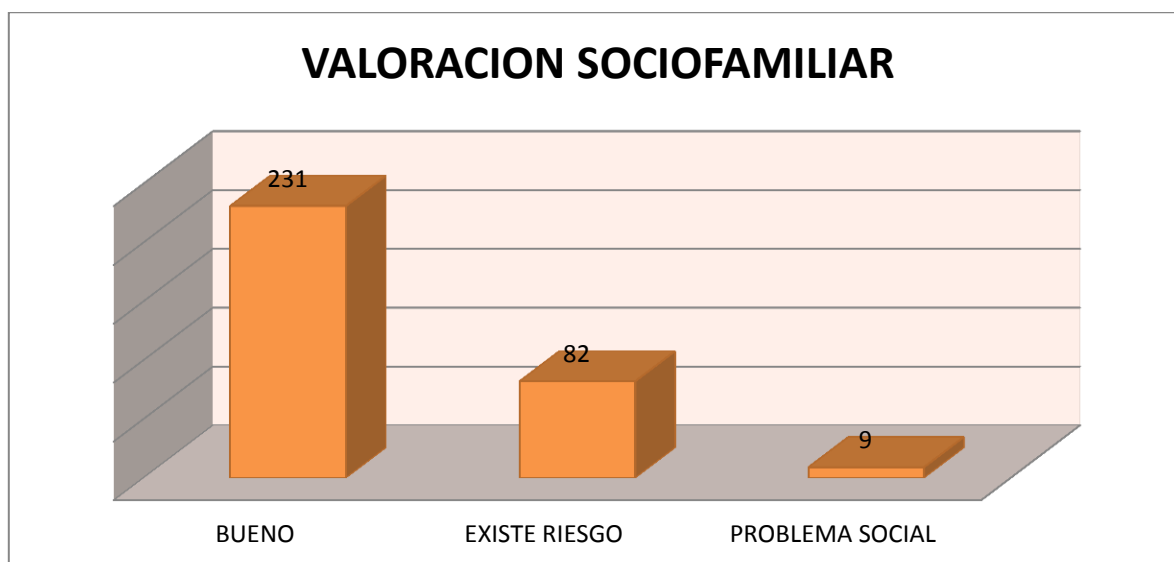


Gráfico 15 Fuente Tabla 15

## **SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

Sugiero que los adultos mayores que tengan o no discapacidades deben acudir a la consulta siempre acompañados de un familiar o de él cuidador principal, e informarle a ambos correcta y completamente acerca de la patología que padece, cómo se va a llevar a cabo el tratamiento así como especificar posibles efectos adversos que se pudieran presentar y que pudieran pasar inadvertidos o ser tomados como síndromes geriátricos, frecuentemente desconocidos por los pacientes y familiares, que son muchas veces tomados como naturales, no dándoles la importancia debida, retardando su tratamiento o dando una reacción en cadena con sintomatología confusa.

Considero que sería prudente implementar un programa de atención al envejecimiento enfocado a sensibilizar y educar tanto al sector salud hacia una cultura de envejecimiento activo y saludable así como a la capacitación del adulto mayor, de como cuidarse, enseñar a la familia y cuidadores sobre todo a cuidadores primarios enseñar mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica, evitar la polifarmacia capacitación en prevención tanto de las enfermedades prevalentes en los adultos mayores sus presentaciones con características propias de ese grupo de edad, prevención de caídas y cambios en el hogar para preservar la salud promover cambios de conducta de los pacientes y sus familias, la comunidad y la sociedad misma todo esto con campañas de comunicación social con difusión de la información tanto en medios de comunicación como dando pláticas en grupo, y reforzar la información de forma personalizada en cada consulta de control a la que acude el paciente como lo hacemos actualmente, pero siendo más constante para que realmente se concientice al paciente y a los familiares que son sus redes de apoyo, ampliación de guías y manuales para la atención y manejo de los padecimientos del adulto mayor. Crear módulos de atención especializada en adultos mayores.

Realizar una evaluación del tratamiento en cada consulta con el fin de disminuir la dosis y la cantidad de medicamentos.

Enfatizar tanto al paciente como a los familiares de no administrar ninguna otra sustancia (como medicación) aunque sea considerada como naturista a menos que sea bajo prescripción médica, y llevar un registro de los medicamentos que toma el paciente con fechas de inicio y llevarla en cada consulta para facilitar al médico la evaluación de probable cambio o suspensión de medicamento de acuerdo al criterio médico.

## CONCLUSION

Considerando el análisis de resultados obtenidos en las encuestas realizadas en la UMF 198 del IMSS encontramos que la mayoría de los pacientes cuenta con apoyo familiar suficiente ya que el 73.6% vive con la familia algunos solo con el conyugue de similar edad lo que otorga cierto riesgo pero teniendo en cuenta que cuentan con hijos cercanos, se obtiene el apoyo necesario para que se esté al pendiente de los tratamientos y la evolución del paciente adulto mayor, sin embargo observamos que gran parte de estos paciente tienen la ventaja de no depender aun físicamente para desplazarse o realizar sus labores sin embargo es incierta la actuación del familiar ante una situación de postración en cama permanente del paciente adulto mayor (según lo expresado por los familiares durante la encuesta aunque no preguntado formalmente y que no forma parte de la escala de valoración utilizada) por lo que se considera de suma importancia el adiestramiento de los familiares ante la presencia de alguna situación de esta magnitud que pudieran presentar en un futuro no muy lejano, en cuanto al ingreso económico mensual al realizar las encuestas surgió un poco de confusión del encuestado ya que muchos desconocían el aporte económico con el que se rigen o bien temían comunicarlo. Por otra parte se pudo observar que en la UMF 198 del IMSS el 58 % de los adultos mayores no toma más de 3 medicamentos para su tratamiento. El 50% curso algún grado de educación primaria solo el 17 % no sabe leer ni escribir y son realmente los que pudieran presentar algún malentendido con respecto a cómo tomar su tratamiento, y el 33 % restante queda distribuido en los que estudiaron secundaria, alguna carrera técnica, bachillerato o incluso licenciatura por lo que se pudiera considerar población con menor riesgo.

En base a los resultados encontrados en pacientes de la U.M.F. 198 del I.M.S.S. la situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia es aceptable es decir que se refleja que la mayoría de los pacientes encuestados se encuentra viviendo en familia nuclear o nuclear compuesta por lo que cuenta con el apoyo necesario y la atención requerida para llevar a cabo su tratamiento, aún no están

en etapa de dependencia total, así como observamos que predomina el uso de medicamentos antihipertensivos y pocos rebasan el uso de más de 3 medicamentos. Respecto a la puntuación final de la escala de Gijón el 72% de los pacientes encuestados tiene una buena situación social, en el 25 % existe riesgo social y solo el 2.7 % tiene realmente un problema social, teniendo en cuenta que la población total de adultos mayores en la UMF con UMAA 198 es de 11 646 pacientes, nos estamos refiriendo a 322 pacientes, sin tomar en cuenta que algunos pacientes adultos mayores que no son trasladados a las unidades para su atención, o reciben consultas domiciliarias y que por lo tanto no fueron encuestados, (así como) Considerando que la población geriátrica va en aumento podemos decir que en la UMF 198 del IMSS de acuerdo a la escala de valoración del estado socio-familiar de Gijón se identificó un estado socio-familiar bueno (74.4%), contrario a lo que se esperaba encontrar.

## REFERENCIAS

1. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina 2007; 68284-290. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37968312>. Consultado el 11 de octubre de 2012.
2. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001
3. F. Philip Rice. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. 2ª. Ed., Ed.Pearson Prentice Hall. México, 1998. p. 470.
4. Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. OPS-OMS. CE144/9 (Esp.) Washington, DC; 2009. Disponible en : [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estrategia\\_y\\_plan\\_de\\_accion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estrategia_y_plan_de_accion.pdf)
5. Health Canada, Secretaría de Salud de México y Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo. (pág.5). Washington, DC; 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7483.pdf>
6. OPS. Programa académico sobre cuidados paliativos en el adulto mayor se desarrolla en Panamá. Disponible en: [http://new.paho.org/pan/index.php?option=com\\_content&task=view&id=275&Itemid=1](http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=1)
7. Gil-Alfaro I, Bustos-Valdés M Reseña de "Sobre las Pan-American Family Medicine Clinics 2006/1: El Médico Familiar y el cuidado del anciano". Archivos en Medicina Familiar2006; 8200-201. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50780310>. Consultado el 30 de agosto de 2012.
8. Marialcira (compiladora) La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Colección textos Universitarios. Universidad del Zulia. Pp 320. 2008. Disponible en: <http://www.adultoyanciano.ecaths.com/archivos/adultoyanciano/venez%20adult.txt>
9. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor Programa de Salud del Adulto Mayor División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

10. Martínez Querol César, Pérez Martínez Víctor T., Carballo Pérez Mariola, Larrondo Viera Juan J.. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2012 Oct 01] ; 21(1-2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100012&lng=es).
11. Regueira Naranjo Jesús L, Conde Martín Marlene, de Barrio Taupier Isabel, Cervera Estrada Lex. Polifarmacia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 2012 Sep 30] ; 16(4): 346-349. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400006&lng=es).
12. Romero Cabrera AJ. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. MediSur2007; 51-178. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180020187001>. Consultado el 30 de agosto de 2012.
13. Santana Vasallo Osiel, Bembibre Taboada Rubén, García Núñez Rubén, González Ávalos Enrique. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998 Ago [citado 2012 Oct 01] ; 14(4): 316-319. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400002&lng=es).
14. OPS. Guía Clínica para la Atención Primaria de las personas Adultas Mayores. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=7136>
15. Sepúlveda R Catalina, Rivas Edith, Bustos M Luis, Illesca P Mónica. Perfil Socio- Familiar En Adultos Mayores Institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas Y Nueva Imperial. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Nov 11] ; 16(3): 49-61. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=es). doi: 10.4067/S0717-95532010000300007.
16. Todd Jewell, R; Rossi, Máximo; Triunfo, Patricia. El Estado De Salud Del Adulto Mayor En América Latina. Cuad. Econ., Bogotá, v. 26, n. 46, June 2007 Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-47722007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722007000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Nov. 2012.
17. Santos Padrón Hilda. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Nov 11] ; 37(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es).

18. Ruiz-Dioses Ls, Campos-León M, Peña N. Situación Sociofamiliar, Valoración Funcional y Enfermedades Prevalentes del Adulto Mayor que Acude a Establecimientos del Primer Nivel De Atención, Callao 2006. Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública 2008; 25374-379. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36311614005>. Consultado el 11 de octubre de 2012.
19. Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); Varios autores. 2007.p. 257. Disponible en :  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52043>
20. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012)
21. Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
22. Miguel-Jaimes A, Ortiz-de la Huerta D. Gerontología, geriatría y medicina interna. México: Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; 2006. Disponible en .  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/.../siete.pdf>
23. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación Sociofamiliar, Valoración Funcional y Enfermedades Prevalentes del Adulto Mayor que Acude a Establecimientos del Primer Nivel De Atención, Callao 2006. Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública 2008; 25374-379. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36311614005>. Consultado el 11 de octubre de 2012.
24. Rendón-Orozco Ma. de a C., Rodríguez Ledesma, Ma. De los A. Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 171-177. Disponible en:  
[http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1386:valoracion-clinica-geriatrica-integral-en-medicina-familiar-&catid=139:2011&Itemid=511](http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1386:valoracion-clinica-geriatrica-integral-en-medicina-familiar-&catid=139:2011&Itemid=511)
25. Guía de referencia rápida. Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Disponible en:  
[www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../558GRR.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../558GRR.pdf)



# **ANEXOS**

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO**

**EDAD:**

**SEXO: FEMENINO      MASCULINO**

**OCUPACION:      TRABAJO: Si o No**

**ESTADO CIVIL: CASADO   VIUDO   SOLTERO   DIVORCIADO**

**ESCOLARIDAD: NINGUNA   SABE LEER Y ESCRIBIR   PRIMARIA  
SECUNDARIA   PREPARATORIA (O TECNICO) Y LICENCIATURA**

**PADECIMIENTOS: CRONICOS   PULMONARES   CARDIOVASCULARES**

**NUMERO DE MEDICAMENTOS: 1.-TRES   2.- CINCO   3.-MAS DE CINCO.**

## **RIESGO SOCIAL –ESCALA DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR-**

**Población diana:** población mayor de 60 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo socio-familiar que consta de 5 ítems. el punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50 y la especificidad es 99.80

### **VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR. ESCALA DE GIJÓN**

<b>1. SITUACIÓN FAMILIAR</b>	
Vive con la familia sin dependencia físico/ psíquica.	1
Vive con cónyuge de similar edad.	2
Vive con familia y /o cónyuge con algún grado de dependencia.	3
Vive solo y tiene hijos próximos.	4
Vive solo y carece de hijos o viven lejos.	5
<b>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo (SMI).	1
Del salario mínimo a 1.5 veces.	2
Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.	3
Pensión no contributiva (PNC) LISMI o FAS.	4
Menos del apartado anterior.	5
<b>3. VIVIENDA</b>	
Adecuada a sus necesidades.	1
Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.	3
Ausencia de ascensor /teléfono.	4
Vivienda inadecuada.	5
<b>4. RELACIONES SOCIALES</b>	
Relaciones sociales.	1
Relación social sólo con familia y vecinos.	2
Relación social sólo con familia o vecinos.	3
No sale del domicilio, recibe visitas.	4
No sale y no recibe visitas.	5
<b>5. APOYOS DE LA RED SOCIAL</b>	
Con apoyo familiar o vecinal.	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	2

<b>No tiene apoyo.</b>	<b>3</b>
<b>Pendiente de residencia geriátrica.</b>	<b>4</b>
<b>Tiene cuidados permanentemente.</b>	<b>5</b>

**Bibliografía** Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten primaria 1999; 23 (7):434-440.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Situación socio-familiar del adulto mayor con polifarmacia de la UMAA/UMF 198"
Patrocinador externo (si aplica):	Dra. Ma Elena Sanchez Valerio
Lugar y fecha:	Feb 2013 a Septiembre 2014
Número de registro:	R-2013-1402-8
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la situación socio – familiar del adulto mayor con polifarmacia de La UMF 198.
Procedimientos:	Encuestas y observación.
Posibles riesgos y molestias:	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Información
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	_____
Colaboradores:	_____

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-013**