



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 60  
DELEGACIÓN ORIENTE**

**ÍNDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 65 A 85  
AÑOS DE EDAD CON DETERIORO COGNITIVO ADSCRITOS A LA U.M.F. 79  
IMSS.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. CLAUDIA VACA SÁNCHEZ**

**ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.**

**2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

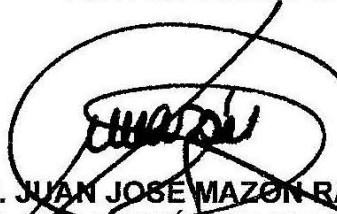
**ÍNDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 65 A 85  
AÑOS DE EDAD CON DETERIORO COGNITIVO ADSCRITOS A LA U.M.F. 79  
IMSS.**

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

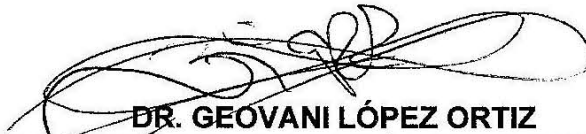
**PRESENTA:**

**DRA. CLAUDIA VACA SÁNCHEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

**ÍNDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 65 A 85  
AÑOS DE EDAD CON DETERIORO COGNITIVO ADSCRITOS A LA U.M.F. 79  
IMSS.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. CLAUDIA VACA SÁNCHEZ**

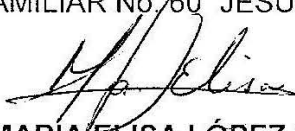
**AUTORIZACIONES**



**DRA. ELIZABETH NICOLÁS CARRAZCO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 60 "JESÚS VARELA RICO"



**DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO**  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR  
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 60 "JESÚS VARELA RICO"



**DRA. MARIA ELISA LÓPEZ DELGADO**  
ASESOR METODOLÓGICO  
MÉDICO FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79 ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA**  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



\*2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón\*.

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401  
H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 13/10/2015

**DRA. CLAUDIA VACA SANCHEZ**

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

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

**Índice global de apoyo social en el adulto mayor de 65 a 85 años de edad con deterioro cognitivo adscritos a la U.M.F. 79 IMSS.**

que 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:

Núm. de Registro
R-2015-1401-42

ATENTAMENTE

**DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres: Martha y José Luis, por haberme apoyado siempre. Abuela María porque siempre me ha protegido y cuidado. A mi hijo Luis Eduardo por su amor, comprensión, tolerancia y paciencia en mi formación como médico.

Agradezco a mi tutora y guía de ésta tesis Dra. Eugenia del Rocío Rivera Tello, por otorgarme la oportunidad de trabajar con ella, transmitirme su conocimiento y por ser afable en todo momento.

A la Dra. Elisa López Delgado, por su conocimiento y amabilidad siendo mi tutora de tesis.

## INDICE

	<b>Página</b>
Título	
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	10
Hipótesis.....	11
Objetivos.....	12
Sujeto, material y métodos .....	13
Criterios.....	13
Variables.....	15
Descripción general del estudio.....	16
Factibilidad y aspectos éticos.....	17
Recursos.....	18
Análisis de Resultados .....	19
Discusión.....	40
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos.....	51

## RESUMEN

Índice global de apoyo social en el adulto mayor de 65 a 85 años de edad con deterioro cognitivo en pacientes adscritos a la U.M.F. 79 IMSS. **Introducción.** El apoyo social es el número de relaciones sociales de una persona, le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evita así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Los ancianos, en ocasiones se presentan con múltiples comorbilidades, deterioro funcional, mental y sociofamiliar, y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas a los tratamientos; en ellos la necesidad de ayuda a la incapacidad funcional y cognitiva crece rápidamente con el envejecimiento. El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. El deterioro cognitivo aumenta significativamente la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores. **Objetivo.** Determinar el índice global de apoyo social en el adulto mayor con deterioro cognitivo en pacientes de 65-85 años de edad adscritos a la UMF 79 del IMSS. Determinar el grado de deterioro cognitivo más frecuente en los pacientes adultos mayores de 65 a 85 años de edad. **Material y métodos.** Se aplicó a pacientes de 65 a 85 años de edad el test de Mini Mental, posteriormente el cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS. Muestreo no probabilístico por conveniencia (n=372), ambos géneros, ambos turnos, previo consentimiento informado; las cuales se aplicaron por el médico general de base. Los datos obtenidos se ingresaron a una hoja Excel diseñado para su captura y posterior el análisis estadístico SPSS versión 19. **Resultados.** De los 372 pacientes encuestados, el 16.12 % (n=60) presenta deterioro cognitivo, de los cuales, el 13.1 % (n=49) es leve; 1.6 % (n=6) moderado; y 1.3% (n=5) grave. El índice global de apoyo social nos arrojó que de los pacientes con deterioro cognitivo el 81.6 % sí tienen apoyo (n=49) y 18.3 % (n=11) escaso apoyo. Predominó el género femenino 60% (n=36). Edad que predominó 80 años (11.6%) con nivel de escolaridad primaria 53.3% (n=32). **Conclusiones.** Los pacientes con deterioro cognitivo sí tienen apoyo social. El grado más frecuente de deterioro cognitivo es el leve.

**Palabras clave:** Apoyo social, deterioro cognitivo.



## SUMMARY

Global social support index in adults aged 65-85 years with cognitive impairment in patients assigned to U.M.F. 79 IMSS.

**Introduction.** Social support is the number of social relationships of a person, allows him to maintain or improve his physical, physical and emotional well-being and thus avoid the real or imagined deterioration that could be generated when difficulties, crises or conflicts affect the subject. Elderly people sometimes present with multiple comorbidities, functional, mental and socio-familial deterioration, and are at greater risk of developing complications related to the treatments; In them the need for help to functional and cognitive disability grows rapidly with aging. Cognitive impairment is a clinical syndrome characterized by the loss or deterioration of mental functions in different neuropsychological behavioral domains, such as memory, orientation, calculation, comprehension, judgment, language, visual recognition, behavior and personality. Cognitive impairment significantly increases morbidity and mortality in older adults. **Objective.** To determine the overall social support index in the elderly with cognitive impairment in patients 65-85 years of age assigned to the IMSS UMF 79. To determine the degree of cognitive deterioration more frequent in patients older than 65 to 85 years of age. **Material and methods.** The Mini Mental test was applied to patients 65 to 85 years of age, followed by the Social Support Questionnaire MOS-SSS. Non-probabilistic sampling for convenience (n = 372), both genders, both shifts, with prior informed consent; Which were applied by the basic general practitioner. The data obtained were entered into an Excel sheet designed for capture and subsequent SPSS version 19 statistical analysis. **Results.** Of the 372 patients surveyed, 16.12% (n = 60) presented cognitive impairment, of which, 13.1% (n = 49) were mild; 1.6% (n = 6) moderate; And 1.3% (n = 5) severe. The overall social support index showed that 81.6% of the patients with cognitive impairment had support (n = 49) and 18.3% (n = 11) had little support. The female gender predominated 60% (n = 36). Age that prevailed 80 years (11.6%) with primary school level 53.3% (n = 32). **Conclusions.** Patients with cognitive impairment do have social support. The most common degree of cognitive impairment is mild. **Key words.** Social support, cognitive impairment.

## I. ANTECEDENTES

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad<sup>1</sup>.

La familia es la mayor prestadora de atención de salud en nuestro medio, es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes, considerada como un sistema y una unidad cuya socialización e interacción mutua afecta en mayor o en menor grado a cada uno de sus miembros; donde uno de ellos asume el rol de cuidadora/or principal en caso de discapacidad o limitación<sup>2</sup>.

Las personas necesitan atenciones desde que nacen hasta que mueren, por tanto, cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social<sup>2</sup>.

Con el gradual envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no solo aumenta el número de casos que necesitan cuidados, sino que, además, este incremento de la demanda se acompaña de mayor exigencia en su prestación. La enfermedad crónica genera en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, y tiene repercusiones en el área personal y social del individuo, de modo que si el paciente no cuenta con el suficiente apoyo o soporte social no logrará la readaptación a la crisis circunstancial que vive<sup>2</sup>.

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en el ser humano a consecuencia de la interacción de múltiples factores, entre ellos los propios del individuo y su medio ambiente. Es un conjunto de procesos que contribuye a incrementar progresivamente la presencia de enfermedades crónicas. Por lo tanto, es frecuente encontrar adultos mayores con un envejecimiento habitual o incluso patológico y pocos presentan un envejecimiento óptimo o saludable en los cuales la presencia de enfermedad es mínima o nula<sup>3</sup>.

Una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida, ya que no todos los años de vida ganados son de buena salud, por el contrario, pueden ser vividos con discapacidad y necesidad de ayuda<sup>3</sup>.

El establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que solo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. Se distinguen 4 etapas del ciclo de vida: la "primera edad", relacionada con la infancia y la juventud; la "segunda edad", vinculada con la vida activa y reproductiva; la "tercera edad" (60-75 años), referida a la etapa activa de retiro; y la "cuarta edad" (más de 75 años), que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y

deterioro más acelerado. Otros términos que con frecuencia se utilizan son los de edad avanzada, adulto mayor y personas de edad<sup>4</sup>.

Cada individuo envejece de diferente manera, siendo el envejecimiento un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional<sup>5</sup>.

La población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional<sup>6</sup>.

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras<sup>7</sup>.

En 2014 el monto de personas de 60 años y más es de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total<sup>8</sup>.

De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en 2014, 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3 por ciento. Estimaciones de la misma fuente, señalan que, en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores de 32 por ciento<sup>8</sup>.

En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento<sup>8</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes<sup>8</sup>.

En México, para 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5% es por demencia no especificada, 13.2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol y 12.3% por trastornos depresivos. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo<sup>8</sup>.

Con la finalidad de dar una respuesta integral y coordinada entre el sector salud y social respecto de la carga mundial de trastornos mentales, en 2012 la Asamblea

Mundial de la Salud de la OMS formuló el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, cuyas estrategias se enfocan en reforzar políticas para la promoción en salud mental, identificación y tratamiento oportuno y la asignación de recursos<sup>8</sup>.

En México, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contempla el fortalecimiento de la atención integral y reinserción social de los pacientes con algún trastorno mental, así como el apoyo a modelos de atención no institucionales<sup>8</sup>.

El envejecimiento trae en los individuos y en especial conforme avanza la edad, la presencia y manifestación de deterioro físico y enfermedades crónico degenerativas, mismas, que ocasionan en las personas de 60 años y más, dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de manera independiente. En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más<sup>8</sup>.

De acuerdo a la ENIGH 2012, 1 de cada 3 (31.6%) personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad. Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%) con discapacidad. Por tipo de discapacidad, la que presenta mayor proporción es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar (71.9%); le siguen las dificultades para ver aun usando lentes (32.1%) y oír, aun usando aparato auditivo (21.8%). Por su parte las que menos población concentran son: la limitación para poner atención o aprender cosas sencillas (4.4%) y las relacionadas con lo mental (2.1 por ciento). Por causa de discapacidad, 54 de cada 100 son consecuencia de la edad avanzada; 36 por una enfermedad (36.2%) y la causa menos reportada es por nacimiento (1 por ciento)<sup>8</sup>.

Datos de la ENIGH 2012 indican que en el país hay 31.6 millones de hogares y en tres de cada diez (30%) vive al menos una persona de 60 años y más<sup>8</sup>.

Deterioro cognitivo.

La Geriátrica desarrolla métodos de análisis individual, mediante la evaluación geriátrica integral, un procedimiento de evaluación especializada interdisciplinaria para detección y explicación de problemas del adulto mayor. Busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia<sup>9</sup>.

Los ancianos frágiles, se presentan con múltiples comorbilidades, deterioro funcional, mental y sociofamiliar, y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas a los tratamientos; en ellos la necesidad de ayuda a la incapacidad funcional y cognitiva crece rápidamente con el envejecimiento; además, el deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano, trae cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia<sup>9</sup>.

En el envejecimiento normal se observa un menor rendimiento en los procesos de atención dividida, lentificación en la realización de tareas con alto grado de dificultad, errores visuoespaciales y, en cuanto al funcionamiento mnésico, el recuerdo de la información previamente aprendida mejora con facilitadores semánticos, independientemente de la edad y escolaridad<sup>10</sup>.

Los grandes síndromes geriátricos incluyen: inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo<sup>11</sup>.

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros, dan lugar a una sola manifestación<sup>12</sup>.

El deterioro cognitivo (DC) es una etapa intermedia entre el deterioro cognitivo esperado del envejecimiento normal y el más grave declive de la demencia. Es una manifestación clínica común que afecta a las personas de edad. La causa del DC es desconocida, sin embargo, se conocen factores de riesgo asociados tales como problemas del corazón, la presión arterial y la diabetes<sup>13</sup>.

La intervención temprana del deterioro cognitivo parece ser muy importante para la prevención de la demencia. La hipoperfusión cerebral puede contribuir a los cambios estructurales y funcionales en el cerebro, que en última instancia conduce a deterioro cognitivo. La hipertensión, enfermedad cardíaca coronaria, y los accidentes cerebrovasculares, pueden ser factores de riesgo potenciales para DC, al afectar a la hipoperfusión cerebral. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que no existen asociaciones entre la hipertensión y DC. Aún no hay conclusiones definitivas acerca de la relación entre el riesgo vascular y el DCL<sup>13</sup>.

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros<sup>14</sup>.

El deterioro de la memoria es la consecuencia normal del proceso de envejecimiento en ancianos y puede ser un marcador de la enfermedad de Alzheimer y la demencia. Se presenta con descensos tanto en la memoria episódica e inmediata. La memoria episódica es la capacidad de recordar

experiencias y los acontecimientos recientes, y disminuye en las primeras etapas de la adultez. La memoria inmediata también disminuye con la edad, y es caracterizado por una menor capacidad de pensar y decidir<sup>15</sup>.

La tasa de deterioro de la memoria varía entre las diferentes poblaciones, lo que se explica por los posibles efectos de factores como la edad media de los encuestados, tipo de preguntas, las diferencias de sexo, nivel educativo, y depresión<sup>15</sup>.

El deterioro cognitivo es uno de los "gigantes" geriátricos que aumentan significativamente la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores. Incluso el deterioro cognitivo leve es un factor de riesgo significativo de caídas. Las alteraciones clínicas de la marcha, incluyendo andar lento y caídas son biomarcadores tempranos de deterioro cognitivo<sup>16</sup>.

Otro factor de riesgo del deterioro cognitivo (DC) es la diabetes mellitus. En un estudio realizado por Malgorzata, et. al., se encontró que la prevalencia del deterioro cognitivo leve fue de 31,5%; síndrome depresivo fue de 29,7% y DC coexistiendo ánimo depresivo fue de 9,1% en población anciana diabética<sup>17</sup>.

El síndrome demencial supone el deterioro de la memoria y de otras dos o más funciones cognoscitivas (orientación, sencillos cálculos, capacidad de planificar, lenguaje hablado y escrito, etc.). Para ser clínicamente relevante y cumplir los criterios diagnósticos, sin embargo, el deterioro de las facultades anteriores tiene que causar una dificultad en el desempeño de las actividades cotidianas (llamar por teléfono, orientarse en calles cercanas, hacer las pequeñas compras, responsabilizarse de la medicación, etc.); lo que, consecuentemente, lleva a la dependencia. Todo ello en un estado de consciencia clara, alerta (diferencia fundamental con el delirium) y con una duración suficiente<sup>18</sup>.

El Examen Cognoscitivo "Mini - Mental" (Folstein y cols., 1975) es una prueba de medición que evalúa el deterioro cognitivo, la cual puede realizar el clínico no especializado. Es de un test sencillo, útil, fiable y válido, sin embargo, no es un instrumento diagnóstico per se, sólo con él no puede diagnosticarse una demencia; pero sí documenta y objetiva el rendimiento cognoscitivo<sup>18</sup>.

Su sensibilidad es alta: detecta casi el 90% de individuos con demencia en la población general (y en muestras clínicas detecta con similar eficiencia el deterioro patológico). Su especificidad en la población general con el punto de corte 22/23 es también buena, pues clasifica adecuadamente al 80% de individuos sin demencia (y en muestras clínicas su eficiencia es similar) (Lobo y cols., 1999). Esos índices de eficiencia serán aún mejores si se tiene en cuenta la edad y la escolarización del individuo<sup>18</sup>.

Apoyo social.

El apoyo social es el número de relaciones sociales de una persona. Se ha encontrado que influye en los cambios cognitivos y la demencia senil. Varios estudios muestran que las personas con menos relaciones tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia que aquellos con más relaciones sociales, y que el riesgo para el deterioro cognitivo disminuye con el aumento en el número de contactos personales. A pesar de esto, Seeman y sus colegas no encontraron influencia en el número de relaciones con la cognición<sup>19</sup>.

El apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre la salud mental en la vejez. Varios estudios revelaron una asociación entre la falta de red social y la mortalidad<sup>19</sup>.

Zunzunegui y cols. y Béland y cols., investigaron la influencia de la pertenencia a un grupo social sobre la cognición. Ellos encontraron que las personas que pertenecían a algún tipo de grupo social mostraron menos deterioro cognitivo en la vejez<sup>19</sup>.

Las redes sociales son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Cuando se habla de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la existencia de las redes<sup>20</sup>.

Las redes de apoyo radican en la satisfacción de las necesidades de las personas, por lo que es el conjunto de contacto personal mediante los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y valoración. Cada persona debe de tener conexiones con otra gente (red) para recibir apoyo social<sup>21</sup>, así, se pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores<sup>22</sup>. Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten hacer frente común a un gran número de problemas de la vida diaria<sup>23</sup>.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida<sup>24</sup>.

Las personas mayores pierden progresivamente las capacidades funcionales, favoreciendo así la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y sus consecuencias, o las pérdidas cognitivas y funcionales de la edad avanzada, que requieren cuidados en el hogar y cambiar la vida cotidiana de diversos miembros de la familia<sup>25</sup>.

Los cambios a causa del envejecimiento generan que muchas personas mayores necesiten ayuda para realizar las actividades diarias. De esta necesidad surge la figura del cuidador de ancianos que, en diferentes situaciones, pasa por debajo de una mirada desatenta y sin capacitación relacionada a la atención, lo que resulta en estrés, tanto para la persona mayor y el cuidador<sup>25</sup>.

La familia se convierte en el soporte fundamental de la atención a las personas mayores y representa una red de apoyo informal, debido a que la atención se lleva a cabo de forma voluntaria, siendo un socio de las redes de apoyo social formal, que se componen de profesionales capacitados para atender a estas personas. En este contexto, los cuidadores familiares son las personas que realizan el cuidado de ancianos en su propia familia<sup>25</sup>.

El cuidador familiar siente satisfacción en la atención, pero esto también es trabajo. Proporcionar atención para una persona dependiente implica un considerable compromiso biopsicosocial, más allá de la carga financiera que habitualmente recae en la familia del cuidador. La existencia de estrategias, como las redes de apoyo social, puede reducir las consecuencias negativas relacionadas con este acto de cuidar, en la que los miembros de la familia encuentren ayuda y asistencia para satisfacer sus necesidades en situaciones y/o crisis cotidianas<sup>25</sup>.

El apoyo social cubre la estructura de la red de relaciones sociales y la adecuación de su función, en especial el grado de satisfacción de la persona con el apoyo que reciben. Su existencia ha sido fuertemente asociada con resultados positivos<sup>25</sup>.

El apoyo social incluye características proporcionadas por otros tales como: 1) emocional, que implica expresiones de amor y afecto; 2) instrumental, en cuanto a la asistencia, la provisión de las necesidades materiales, y ayuda con el trabajo práctico y financiero; 3) La información, que puede ser utilizado para hacer frente a los problemas y resolverlos; 4) y la interacción social positiva, incluyendo la disponibilidad de personas con las que uno puede divertirse y relajarse<sup>25</sup>.

Los estudios sobre la influencia del apoyo social sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con dependencia han identificado el hecho de que los cuidadores que reciben algún tipo de apoyo de familiares y amigos se asociaron con una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales<sup>25</sup>.

En las últimas décadas son numerosos los estudios que se han venido desarrollando analizando la relación entre las redes sociales y la salud. Las redes sociales afectan a la salud mediante diversos mecanismos, como la provisión de apoyo, la influencia social a través de las normas y la conducta social, la participación social, los contactos interpersonales y el acceso a recursos<sup>26</sup>.

El constructo de apoyo social intenta contemplarse como un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo o estructural del apoyo social se refiere al abanico e interconexión de



recursos que lo posibilitan, y como indicador se utiliza el número de personas o el tamaño de la red social que comprenden sus contactos. El apoyo social cualitativo, con un carácter más multidimensional, se refiere al sentimiento positivo o negativo que adquieren las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe. Se diferencian 5 dimensiones implicadas en el constructo de apoyo social: a) la direccionalidad, que se refiere a desde donde el apoyo se evalúa, puede proveerse o recibirse; b) la disposición del apoyo ante una situación hipotética y/o ante una situación de presentación real; c) la descripción y evaluación, dimensión que especifica las acciones de apoyo y su adecuación en términos de satisfacción; d) el contenido del apoyo social, donde se diferencian 4 categorías: apoyo emocional, instrumental, informativo y valorativo, y e) redes, dimensión que se refiere a la fuente de donde proviene el apoyo: familia, amigos, vecinos, etc. Algunos de los instrumentos construidos para evaluar el apoyo social parten de este modelo para establecer sus unidades de medida<sup>27</sup>.

El instrumento de medición para el apoyo social, MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), consta de 20 ítems. Excepto el primero, todos los demás se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido. Con el primer ítem se evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), mientras que con los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: a) apoyo emocional/informacional, como expresión de afecto y comprensión empática, guía de consejo e información (formado por 8 ítems: 3; 4; 8; 9; 13; 16; 17, y 19); b) interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien (formado por 4 ítems: 7; 11; 14, y 18); c) apoyo afectivo, con demostraciones reales de amor, cariño o empatía (formado por 3 ítems: 6; 10, y 20), y d) apoyo instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir (formado por 4 ítems: 2; 5; 12, y 15). Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional<sup>27</sup>.

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems. El Apoyo Social es escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos. Habrá Falta de Apoyo Emocional cuando la puntuación sea menor a 24. Falta de Apoyo Instrumental cuando la puntuación sea menor a 12. Falta de Interacción Social cuando la puntuación sea menor a 12. Falta de Apoyo Afectivo cuando la puntuación sea menor a 9<sup>28</sup>.

El instrumento MOS, fue desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study*, es un cuestionario largamente utilizado en la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social<sup>29</sup>.

En el cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), la consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach fue de .97 para la puntuación total (Sherbourne y Stewart, 1991)<sup>30</sup>.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el índice global de apoyo social en el adulto mayor de 65 a 85 años con deterioro cognitivo?

### **III. JUSTIFICACION.**

En medicina familiar, el objeto de estudio es la familia en el proceso salud-enfermedad, formadas por un grupo de personas con necesidades de atención desde el nacimiento hasta la culminación de vida.

El ser humano como ser social por naturaleza, en todo momento interactúa con diferentes grupos (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.), la familia es el grupo principal para interactuar, además como soporte esencial al enfrentar cualquier dificultad que afecte a algunos de sus integrantes, por ejemplo, funcionando como apoyo social para el adulto mayor con alguna enfermedad degenerativa como es el caso del deterioro cognitivo. Se ha visto que la integración social es beneficiosa para mantenimiento de la función cognitiva, por lo que es conveniente que los adultos mayores cuenten con constante apoyo social.

La finalidad de dicho estudio es determinar la presencia o ausencia de apoyo social en el adulto mayor con deterioro cognitivo y, en el caso de encontrar deficiencias en el apoyo social, promover la participación institucional como medio de apoyo, de tal forma, que se influiría positivamente en la morbi-mortalidad, ya que se ha visto que la probabilidad de deterioro cognitivo es mayor en las personas que están aisladas, tienen malas redes de apoyo sociales, o sea que entre menos apoyo social existe, son más frecuentes las complicaciones en el adulto mayor.

Se busca tener impacto en la atención integral, pudiendo sugerir que se realicen programas o grupos de apoyo social en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo, para poder lograr una mejor calidad de vida, aun con dicho padecimiento.

#### IV. HIPOTESIS

El paciente adulto mayor con síndrome de deterioro cognitivo grave tuvo un índice global de apoyo social variable de 39 a 92 puntos, un índice de 16 a 40 puntos en lo emocional, de 12 a 20 puntos para lo instrumental e interacción social de 6 a 20 puntos, y afectivo será de 5 a 15 puntos. Esto es, en el Índice Global de Apoyo Social, el 81.6 % (n=49) sí tienen apoyo y escaso apoyo 18.3 % (n=11). En lo emocional, el 86.6 % (n= 52) si tienen apoyo y el 13.3 % (n= 8) es escaso. Apoyo instrumental 90 % (n=54) tienen apoyo y en 10 % (n=6) es escaso. De la interacción social positiva, el 86.6 % (n=52) si tienen relaciones sociales y 13.3 % (n=8) tienen relaciones escasas. Apoyo afectivo, el 80 % (n=48) sí tienen y el 20 % (n=12) es escaso.

Contrario a los puntajes que se pensó, un índice global de apoyo social de 19 puntos, índice de 8 puntos en lo emocional, de 4 puntos para lo instrumental e interacción social, y afectivo 3 puntos.

Si bien fueron variables los puntajes, predominaron aquellos pacientes que sí tenían apoyo social frente a los que tenían escaso apoyo social.

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

Determinar el índice global de apoyo social en el adulto mayor con deterioro cognitivo en pacientes de 65-85 años de edad adscritos a la UMF 79 del IMSS.

### **Objetivos Específicos.**

Identificar el índice de apoyo social en lo Emocional, Instrumental, Interacción Social y Afectivo en los pacientes de 65-85 años de edad con deterioro cognitivo.

Identificar el género más frecuente de pacientes de 65-85 años de edad con deterioro cognitivo.

Identificar la edad más frecuente de pacientes de 65-85 años de edad con deterioro cognitivo.

Identificar la escolaridad de pacientes de 65-85 años de edad con deterioro cognitivo.

## **VI. SUJETO, MATERIAL Y METODOS.**

### **1. Características del lugar donde se realizó el estudio:**

El presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 Valle Ceylán, que ofrece atención de primer nivel al municipio de Tlalnepantla, ubicada en Av. Cuernavaca s/n Colonia Valle Ceylán, Tlalnepantla.

### **2. Diseño:**

#### **2.1 Tipo de estudio:**

Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

#### **2.2. Grupos de estudio:**

**a) Características de los casos.** Se realizó un estudio en pacientes de 65-85 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 79, en quienes se aplicaron dos test; el primero, es el Mini Mental, que es un instrumento de detección de deterioro cognitivo; el segundo cuestionario es el MOS-SSS que evalúa el apoyo social. Los pacientes debían de asistir de manera regular a su control, en horario de lunes a viernes de 8:00 am a 20:00 hrs., con la finalidad de determinar el grado de deterioro cognitivo, así como la presencia de apoyo social.

#### **b) Criterios de Inclusión:**

- Pacientes adultos mayores de 65 a 85 años de edad.
- Estar vigentes y adscritos a la UMF No. 79, IMSS, Tlalnepantla, Estado de México.
- Tener diagnóstico de deterioro cognitivo en cualquier grado, confirmado por la aplicación del instrumento Mini Mental.
- Deseen participar en el estudio, firmando consentimiento informado (familiar responsable).

#### **c) Criterios de exclusión:**

- Que no se acompañen de familiar al momento de la encuesta.
- Deseen retirarse del estudio.
- Pacientes sin deterioro cognitivo en el resultado del instrumento Mini Mental.

#### **d) Criterios de eliminación:**

- Encuestas incompletas.

### 2.3 Tamaño de la muestra.

Incluidos todos los adultos mayores de 65-85 años, adscritos a la UMF No. 79, universo  $n= 11,418$ ; mediante muestreo aleatorio. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó bajo la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z_a^2 \cdot p \cdot q}{i^2 (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: Total de la población

Z: valor correspondiente a la distribución de Gaus,  $Z_a = 1.96$

p: proporción esperada (en este caso  $5\% = 0.05$ )

q:  $1-p$  (en este caso  $1-0.05=0.95\%$ )

i: error que se prevé cometer si es de  $10\% i= 0.01$

El resultado de lo anterior se traduce en una muestra poblacional de 372 pacientes.

## 2.4 Definición de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento (Real Academia de la Lengua 2009)	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	Años
Género	Diferencias biológicas entre las personas (Real Academia de la Lengua 2009)	Condiciones físicas que determinan al ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombre Mujer
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Diccionario de la lengua español)	Tiempo durante el cual una persona asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto, Sabe leer y escribir, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Carrera técnica, Licenciatura, Posgrado
Deterioro Cognitivo	Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Guía de Práctica Clínica. Consejo de Salubridad General, 2012.	Se valorará el deterioro cognitivo a través del instrumento validado Mini Mental de Folstein (MMSE). Valora diferentes dominios: orientación (ítems 1-2), registro o fijación (ítem 3), atención y cálculo (ítem 4), memoria reciente (ítem 5), lenguaje y construcción visual (ítems 6-11). El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Con una media para la normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognitivo: sin deterioro: 24 o más puntos. Leve: 19-23 puntos. Moderado: 14-18 puntos. Grave: <14 puntos.	Cualitativa	Ordinal	Puntuación inferior a 24 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y menor de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad se podrá clasificar el deterioro cognitivo en: leve, si tiene de 19-23 puntos; moderado, 14-18 puntos; grave, <14 puntos.
Apoyo social	Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia. NTP: 439: El apoyo social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España. p. 1.	Son las personas con las que interactúa un individuo y que pueden impactar en la actitud de una persona tanto positivamente como negativamente.  Escala de valoración MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey). 20 ítems.  Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional.	Cualitativo	nominal	<b>El índice global de Apoyo Social es Escaso</b> cuando el índice es inferior a 57 puntos. La puntuación mínima es de 19, media de 57 y máxima de 95 puntos.  Habrá <b>Falta de Apoyo Emocional</b> cuando la puntuación sea menor a 24. Puntuación mínima 8, media 24, máxima 40 puntos.  <b>Falta de Apoyo Instrumental</b> cuando la puntuación sea menor a 12. Puntuación mínima 4, media 12, máxima 20 puntos.  <b>Falta de Interacción Social</b> cuando la puntuación sea menor a 12. Puntuación mínima 4, media 12, máxima 20 puntos.  <b>Falta de Apoyo Afectivo:</b> cuando la puntuación sea menor a 9. Puntuación mínima 3, media 9, máxima 15 puntos.



## 2.5. Descripción general del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en adultos mayores de 65 a 85 años de edad, derechohabientes de la UMF 79, a quienes se les aplicó dos encuestas: Mini Mental para establecer deterioro cognitivo y MOS- SSS para determinar apoyo social, en el horario establecido de consulta de 8:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, captados por el médico general de base, en la consulta externa de dicha unidad de medicina familiar de primer nivel, que acudieron en el periodo de noviembre de 2015 a Octubre 2016. Con el consentimiento informado firmado por el derechohabiente o familiar responsable, previa explicación de los objetivos de estudio, y después de haberseles otorgado la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 79, las encuestas se realizaron de forma aleatoria.

El examen cognoscitivo Mini Mental, es una prueba de medición que puede realizar el clínico no especializado. Se trata de un test sencillo y útil que, de acuerdo a los autores americanos originales, es fiable y válido, rápido y fácil de utilizar (10 minutos) y aceptable para los clínicos y para los individuos examinados.

Tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 75%. Su puntuación máxima es de 30 puntos. Valora diferentes dominios: orientación, registro o fijación, atención y cálculo, memoria reciente, lenguaje y construcción visual.

El segundo cuestionario, es el que evalúa el apoyo social. El MOS-SSS consta de 20 ítems. Excepto el primero, todos los demás se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido. Con el primer ítem se evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), mientras que con los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: a) apoyo emocional/informacional, como expresión de afecto y comprensión empática, guía de consejo e información (formado por 8 ítems: 3; 4; 8; 9; 13; 16; 17, y 19); b) interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien (formado por 4 ítems: 7; 11; 14, y 18); c) apoyo afectivo, con demostraciones reales de amor, cariño o empatía (formado por 3 ítems: 6; 10, y 20), y d) apoyo instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir (formado por 4 ítems: 2; 5; 12, y 15). Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional.

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems.  
El Apoyo Social es Escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos.  
Falta de Apoyo Emocional cuando la puntuación sea menor a 24.  
Falta de Apoyo Instrumental cuando la puntuación sea menor a 12.  
Falta de Interacción Social cuando la puntuación sea menor a 12.  
Falta de Apoyo Afectivo cuando la puntuación sea menor a 9.

## **2.6 Análisis de los datos.**

Por tratarse de un estudio descriptivo, se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis de la variable cuantitativa (edad) se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables cualitativas (género, escolaridad, deterioro cognitivo y apoyo social) se utilizaron proporciones y porcentajes. Los resultados se presentan en gráficas de sectores para las variables cualitativas y en histograma para las variables cuantitativas.

## **VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS**

Se realizó un estudio factible, puesto que contamos con todos los recursos humanos y materiales para su realización. Se respetaron todos los principios éticos para la investigación y la experimentación de la Asociación Médica Mundial, contemplados en la Declaración de Helsinki II, La Ley General de Salud y del Seguro Social.

Además, si es factible realizar el estudio debido a que contamos con los recursos tanto materiales, económicos y personales para la realización de este estudio.

Contamos con una población de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que acuden a la Unidad de Medicina Familiar y contamos con los recursos que nos permitirán realizar la medición de las variables.

Nuestro estudio es válido desde el punto de vista ético, se solicitó consentimiento informado por escrito de los pacientes para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez, tomando en cuenta la autonomía del paciente para la toma de decisiones, siempre buscando la beneficencia de éste, al hacerle saber los resultados de dicho estudio de manera oportuna, cumpliendo así con el principio de justicia.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguarda de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

## **VIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.**

### **Los recursos humanos con los que se realizó el estudio fueron:**

- Un Médico General de base de la Unidad de Medicina Familiar Número 79.
- Dos médicos adscritos quienes fueron los asesores del proyecto.

### **Los recursos físicos con los que se contó fueron:**

- La Unidad de Medicina Familiar 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El Centro de Documentación Científica del Hospital de Gineco-Obstetricia/ Medicina Familiar No. 60 IMSS.
- Equipo de cómputo de la UMF 79.
- Equipo de cómputo del HGO/UMF 60.
- Equipo de cómputo personal del Médico General de Base responsable del estudio.
- Lápices, bolígrafos, engrapadora, etc.

### **Los Recursos Financieros:**

Serán apartados en su totalidad por el Médico General de base responsable del estudio, quien asumirá el costo de material didáctico, fotocopias, impresiones, plumas, bolígrafos, hojas.

## IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron a 372 pacientes de 65 a 85 años de edad, captados en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 del IMSS cuyas encuestas estuvieron completas por lo que no se eliminó a ningún paciente.

Encontré que, de un total de 372 pacientes, 224 fueron mujeres, correspondiente a 60.2 % y 148 pacientes fueron hombres, con el restante 39.8 %. Ver tabla 1 y gráficos 1 y 2.

En la escolaridad, predominó nivel básico, por orden de frecuencia: primaria 47.3 % (n=176), secundaria 21.2 % (n=79), sabe leer y escribir 12.1 % (n=45), carrera técnica 8.6 % (n=32), bachillerato 6.5 % (n=24), licenciatura 4.3 % (n=16). Ver tabla 2 y gráfico 3.

El grueso de la población encuestada, se encuentra en los 65 años de edad representando el 14 % (n=52), seguido de los pacientes de 66 años con el 10.2 % (n=38). Ver tabla 3 e histograma 1 y 2.

Encontré el 16.12 % (n=60) de pacientes con deterioro cognitivo; de éstos, el 13.1 % (n=49) tiene deterioro leve; el 1.6 % (n=6), moderado; y 1.3% (n=5), grave. Ver tabla 4, gráficos 4 y 5, histograma 3.

Se halló que, en el Índice Global de Apoyo Social, el 91.3 % (n=340) sí tienen apoyo y 8.6 % (n=32) escaso apoyo.

En cuanto a las dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo:

- a) Apoyo emocional/informacional: 91.93 % (n=342) si tienen apoyo y 8.06% (n=30) es escaso.
- b) Interacción social positiva: 90.59 % (n=337) si tienen relaciones sociales y 9.4 % (n=35) tienen relaciones escasas.
- c) Apoyo afectivo: 89.78 % (n=334) si tienen apoyo y 10.21 % (n= 38) es escaso.
- d) Apoyo instrumental: 94.08 % (n= 350) tienen apoyo y 5.91 % (n=22) es escaso. (Ver gráficos 6-11).

El 16.12 % del total de la muestra (n=60), presentó deterioro cognitivo. De éstos, de acuerdo al género, predominó el femenino con 60 % (n=36 pacientes) sobre el masculino con 40 % (n=24 pacientes). (Ver gráfico 12, tabla 5).

La edad que predominó en pacientes con deterioro cognitivo fue de 80 años con 11.7 % (n=7). La menor frecuencia estuvo en edades de 66, 69, 71, 74, 78, 82 y 83 años con 1.7 % (n= 1). (Ver tabla 6 e histograma 3).

En cuanto a la escolaridad en pacientes con deterioro cognitivo, predominó el nivel primaria, representando el 53.3 % (n=32); sabe leer y escribir el 36.7 % (n=22); para bachillerato y carrera técnica es el 3.3 % cada uno (n= 2); secundaria y licenciatura 1.7 % cada uno (n=1). (Ver gráfico 13).

De los pacientes que tenían deterioro cognitivo, de acuerdo a la encuesta de Apoyo Social MOS-SSS, en el Índice Global de Apoyo Social, predominó los que sí tienen apoyo con 81.6 % (n=49) y escaso apoyo 18.3 % (n=11). (Ver gráfico 14 y tabla 7).

Dimensiones del apoyo social:

- a) Apoyo emocional, el 86.6 % (n=52) sí tienen apoyo, mientras que el 13.3 % (n=8), es escaso.
- b) Apoyo instrumental: 90 % (n=54) tienen apoyo y el 10 % (n=6) es escaso. (Ver gráfico 16, tabla 9).
- c) De la interacción social positiva: 86.6 % (n=52) sí tienen relaciones sociales y 8 (13.3 %) tienen relaciones escasas. (Ver gráfico 17, tabla 10).
- d) Apoyo afectivo: el 80 % (n= 48) sí tienen apoyo y en el 20 % (n=12) es escaso. (Ver gráfico 18, tabla 11).

## X.TABLAS Y GRAFICAS

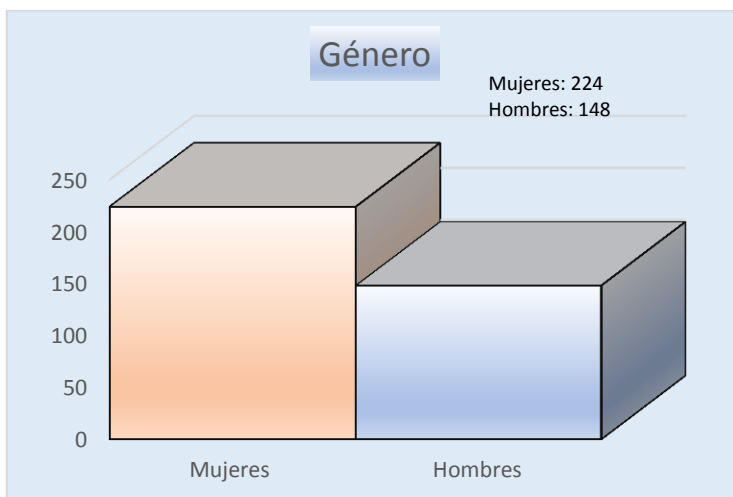
Tabla 1. Género. Frecuencias y porcentajes.

### Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	224	60.2	60.2	60.2
	Hombre	148	39.8	39.8	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

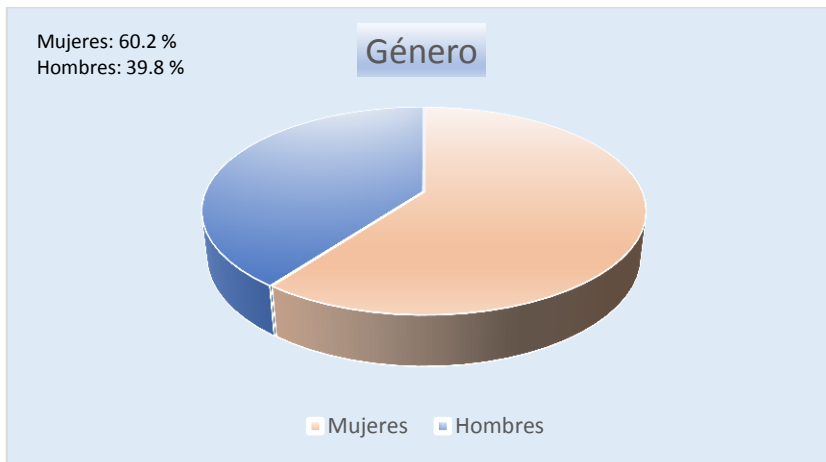
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 1. Número de mujeres y hombres.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres y hombres.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

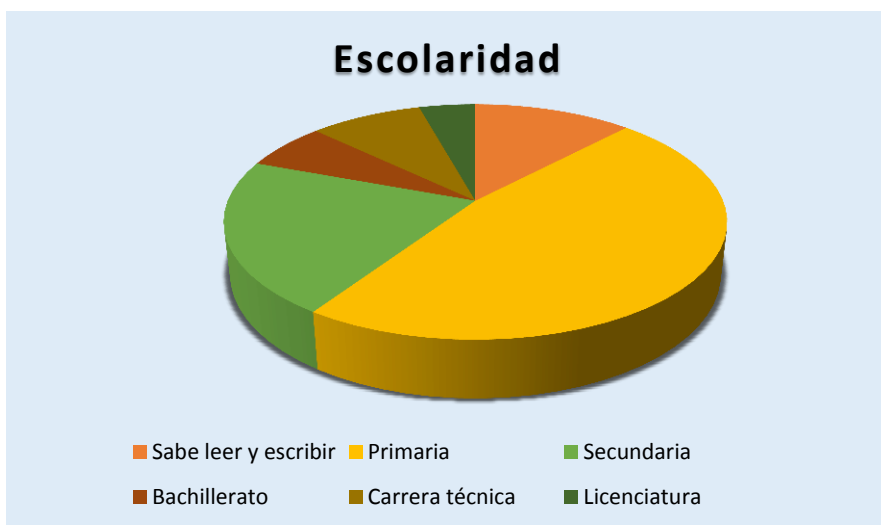
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de escolaridad.

**Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
sabe leer y escribir	45	12.1	12.1	12.1
primaria	176	47.3	47.3	59.4
secundaria	79	21.2	21.2	80.6
bachillerato	24	6.5	6.5	87.1
carrera técnica	32	8.6	8.6	95.7
licenciatura	16	4.3	4.3	100.0
Total	372	100.0	100.0	

Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.

Gráfico 3. Porcentajes de escolaridad.



Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.



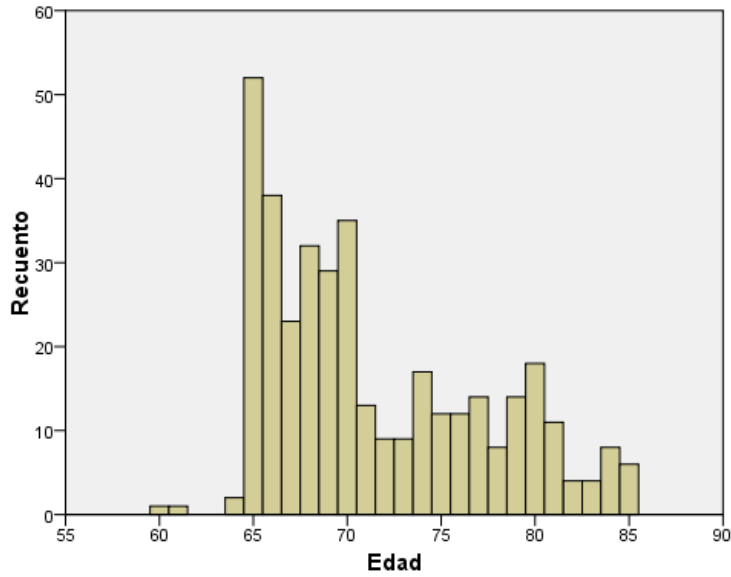
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de edad.

**Edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60	1	.3	.3	.3
	61	1	.3	.3	.5
	64	2	.5	.5	1.1
	65	52	14.0	14.0	15.1
	66	38	10.2	10.2	25.3
	67	23	6.2	6.2	31.5
	68	32	8.6	8.6	40.1
	69	29	7.8	7.8	47.8
	70	35	9.4	9.4	57.3
	71	13	3.5	3.5	60.8
	72	9	2.4	2.4	63.2
	73	9	2.4	2.4	65.6
	74	17	4.6	4.6	70.2
	75	12	3.2	3.2	73.4
	76	12	3.2	3.2	76.6
	77	14	3.8	3.8	80.4
	78	8	2.2	2.2	82.5
	79	14	3.8	3.8	86.3
	80	18	4.8	4.8	91.1
	81	11	3.0	3.0	94.1
	82	4	1.1	1.1	95.2
	83	4	1.1	1.1	96.2
	84	8	2.2	2.2	98.4
	85	6	1.6	1.6	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

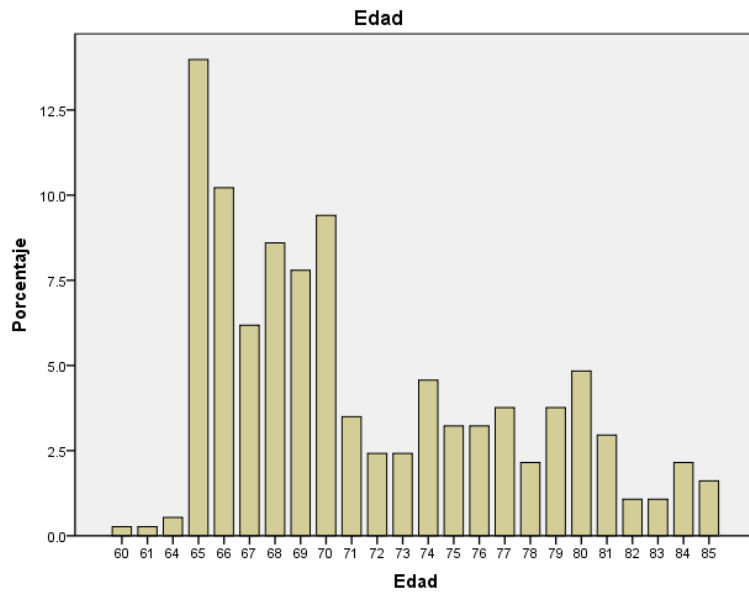
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Histograma 1. Frecuencias de edades.



Fuente: encuesta realizada exprefeso en UMF 79.

Histograma 2. Porcentaje de edades.



79.

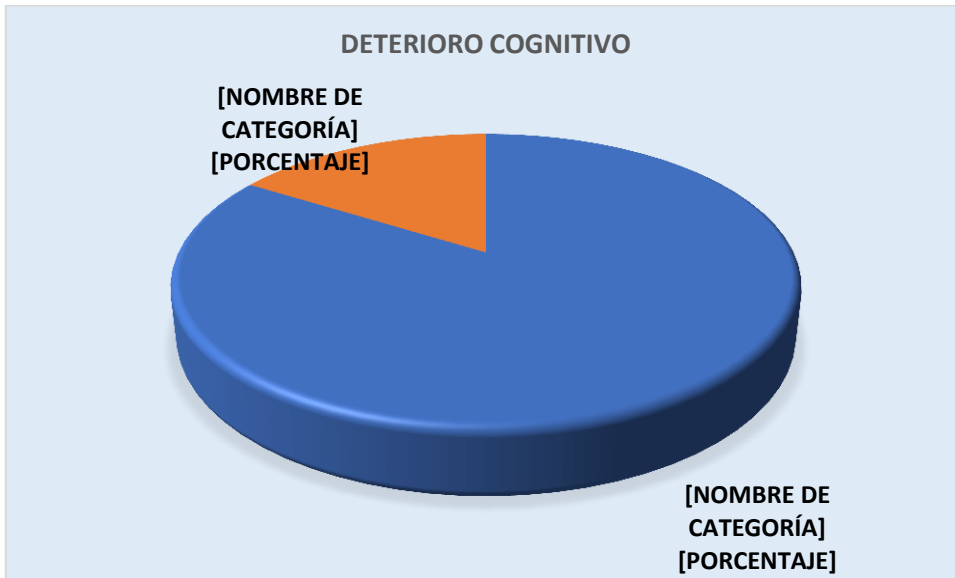
Fuente: encuesta realizada exprefeso en UMF

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de deterioro cognitivo.

<b>Deterioro Cognitivo</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válidos	10	1	.3	.3	.3
	11	1	.3	.3	.5
	12	1	.3	.3	.8
	13	2	.5	.5	1.3
	17	2	.5	.5	1.9
	18	4	1.1	1.1	3.0
	19	6	1.6	1.6	4.6
	20	8	2.2	2.2	6.7
	21	11	3.0	3.0	9.7
	22	10	2.7	2.7	12.4
	23	14	3.8	3.8	16.1
	24	21	5.6	5.6	21.8
	25	24	6.5	6.5	28.2
	26	29	7.8	7.8	36.0
	27	37	9.9	9.9	46.0
	28	41	11.0	11.0	57.0
	29	78	21.0	21.0	78.0
	30	82	22.0	22.0	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

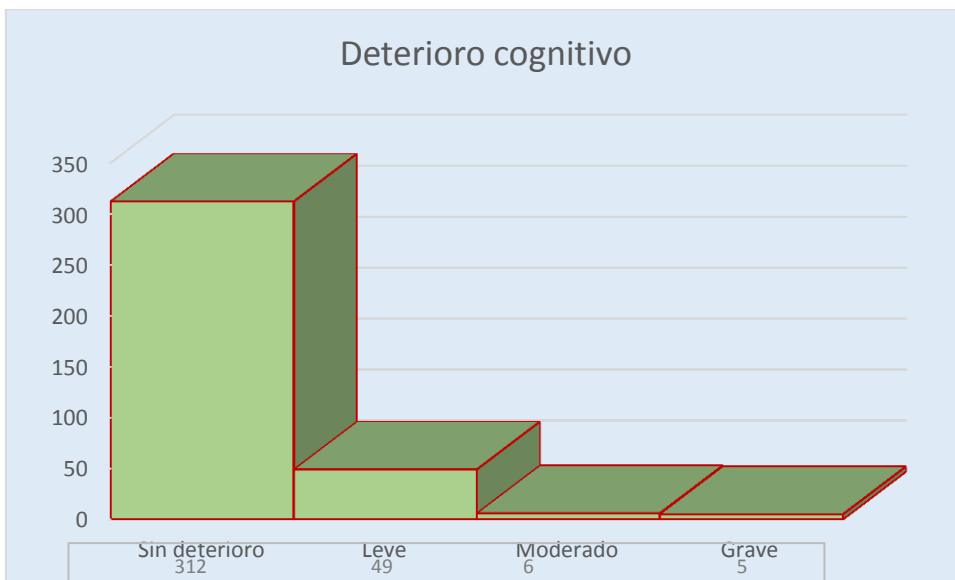
Fuente: encuesta realizada expofeso en UMF 79.

Gráfico 4. Porcentajes de deterioro cognitivo.



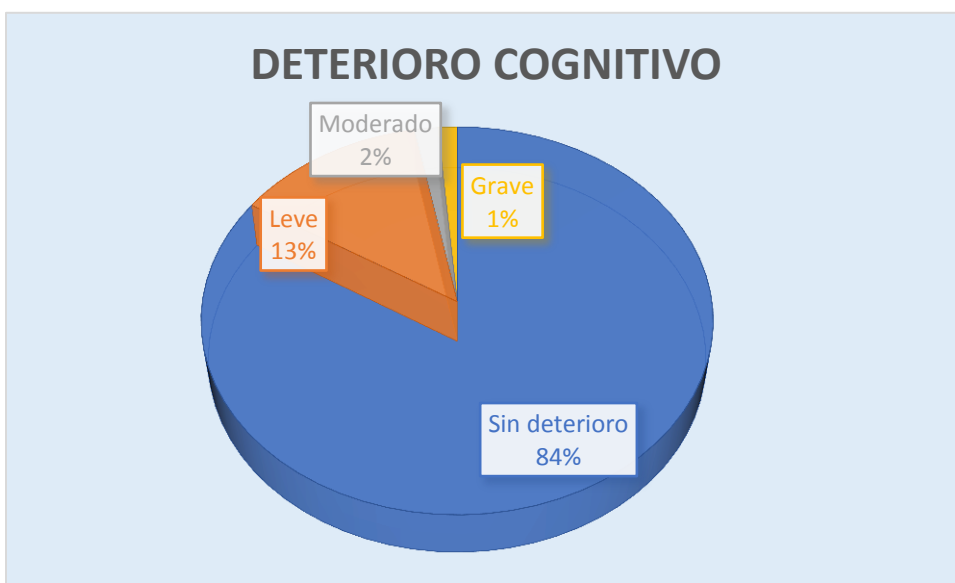
Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.

Histograma 3. Número de personas con diferentes niveles de deterioro cognitivo: leve, moderado, grave.



Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.

Gráfico 5. Porcentajes estimados de pacientes con diferentes niveles de deterioro cognitivo: leve, moderado, grave.



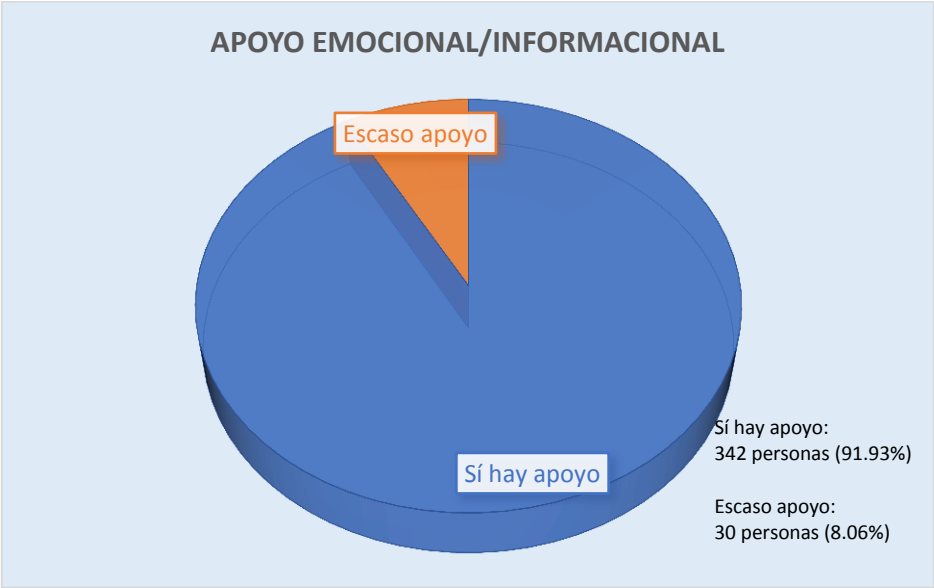
Fuente: encuesta realizada expresamente en UMF 79.

Gráficos 6 y 7. Índice Global de Apoyo Social, frecuencia y porcentajes estimados.



Fuente: encuesta realizada expresamente en UMF 79.

Gráfico 8. Apoyo Emocional, porcentajes.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 9. Apoyo Social, porcentajes.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 10. Apoyo Afectivo, porcentajes.



Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.

Gráfico 11. Apoyo Instrumental, porcentajes.



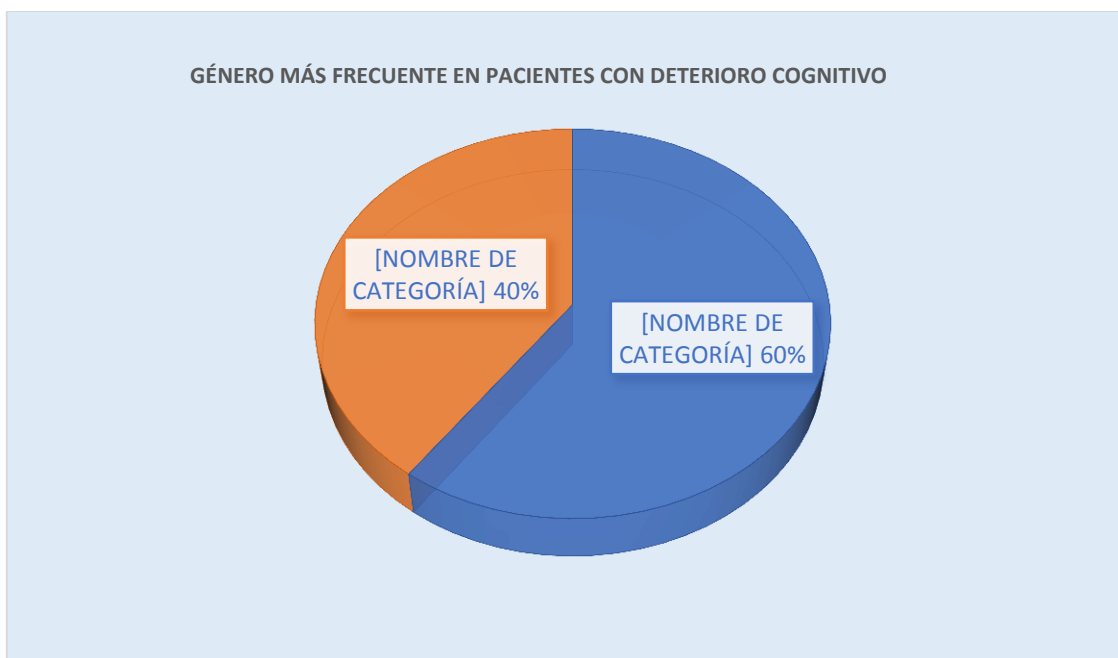
Fuente: encuesta realizada exprofeso en UMF 79.

Tabla 5. Género más frecuente en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	36	60
Masculino	24	40
Total	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 12. Género más frecuente en pacientes con deterioro cognitivo, porcentajes estimados.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

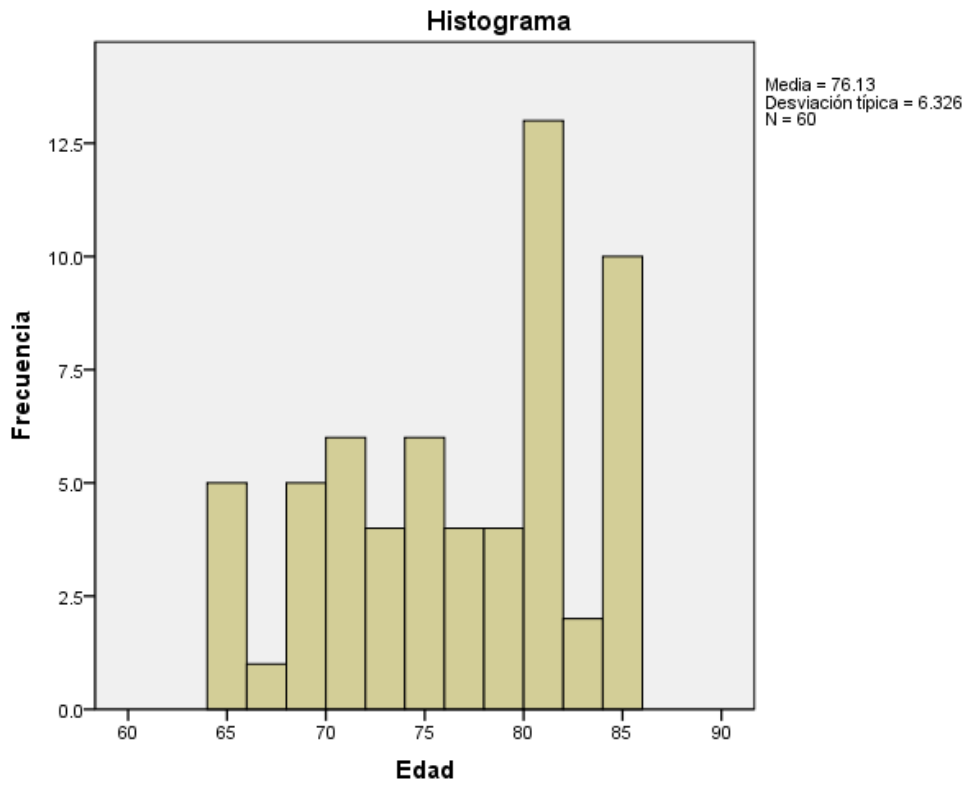


Tabla 6. Frecuencia y porcentajes de edad en pacientes con deterioro cognitivo.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65	5	8.3
66	1	1.7
68	4	6.7
69	1	1.7
70	5	8.3
71	1	1.7
72	2	3.3
73	2	3.3
74	1	1.7
75	5	8.3
76	2	3.3
77	2	3.3
78	1	1.7
79	3	5.0
80	7	11.7
81	6	10.0
82	1	1.7
83	1	1.7
84	6	10.0
85	4	6.7
Total	60	100.0

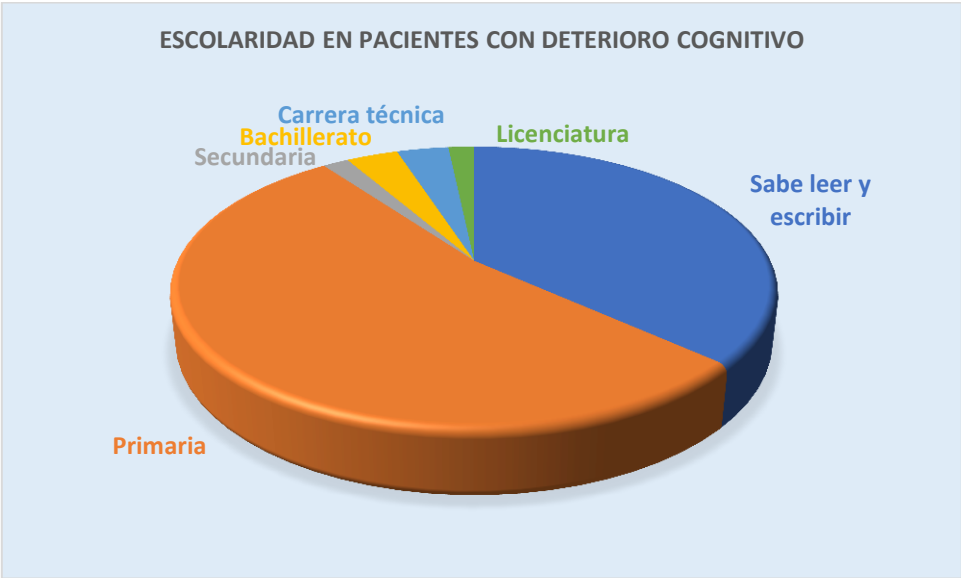
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Histograma 3. Frecuencia de edad en pacientes con deterioro cognitivo



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 13. Porcentajes de escolaridad en pacientes con deterioro cognitivo.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Tabla 7. Índice Global de Apoyo Social en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable: Índice Global de Apoyo Social en pacientes con deterioro cognitivo.	Número de pacientes	Porcentaje
Sí tienen apoyo	49	81.6
Escaso apoyo	11	18.3
Total:	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 14. Índice Global de Apoyo Social, porcentajes estimados.



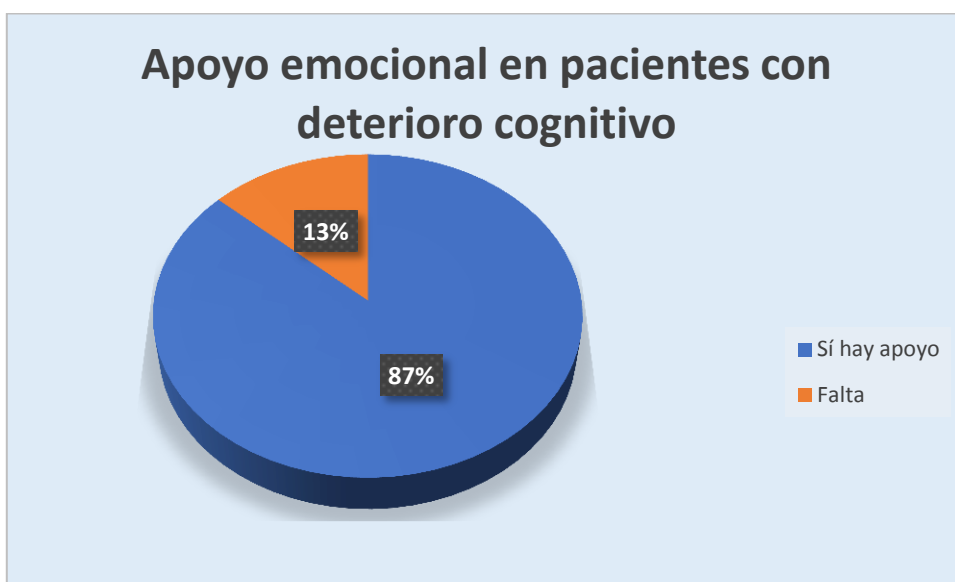
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Tabla 8. Apoyo Emocional en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Si tienen apoyo	52	86.667
Escaso apoyo	8	13.333
Total	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 15. Índice de Apoyo emocional, porcentajes estimados.



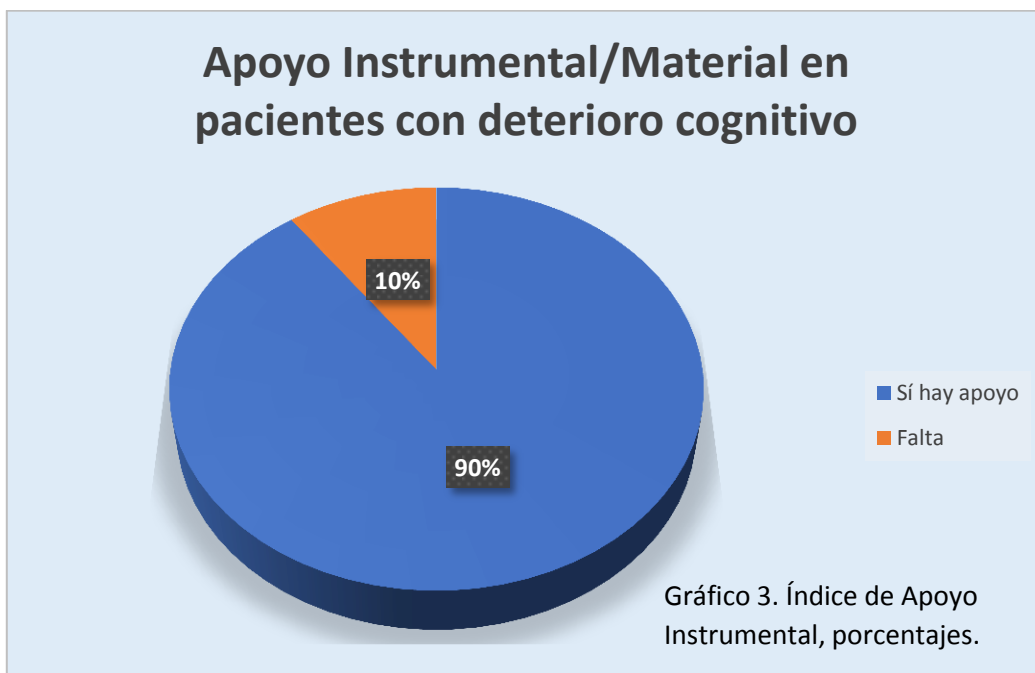
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Tabla 9. Apoyo Instrumental en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Si tienen apoyo	54	90
Escaso apoyo	6	10
Total	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 16. Índice de Apoyo Instrumental, porcentajes estimados.



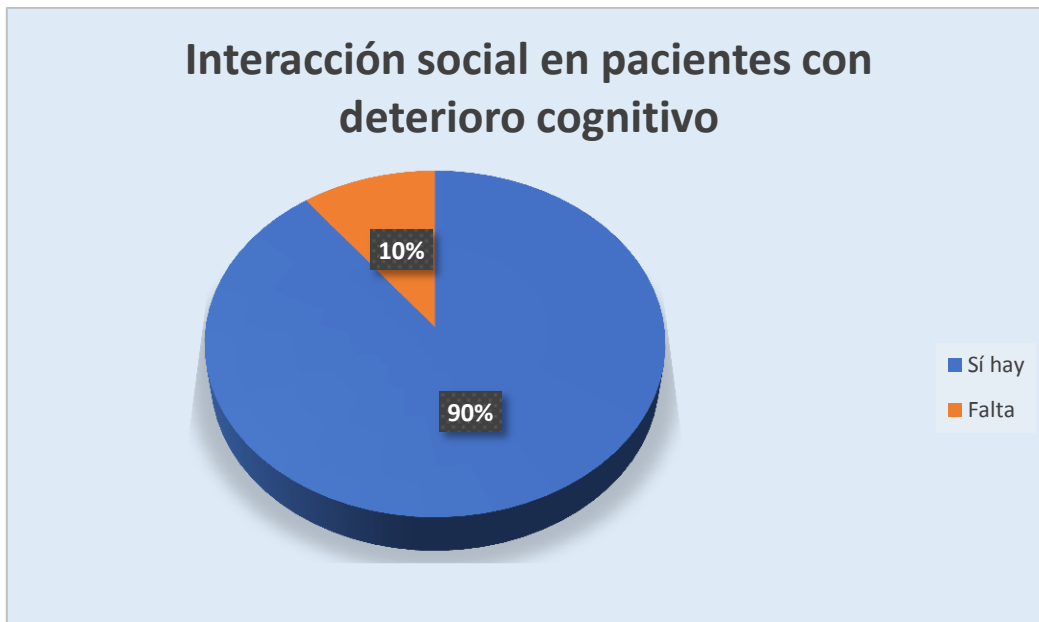
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Tabla 10. Interacción social en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Si tienen relaciones sociales	52	86.667
Relaciones sociales escasas	8	13.333
Total	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 17. Índice de Interacción social, porcentajes estimados.



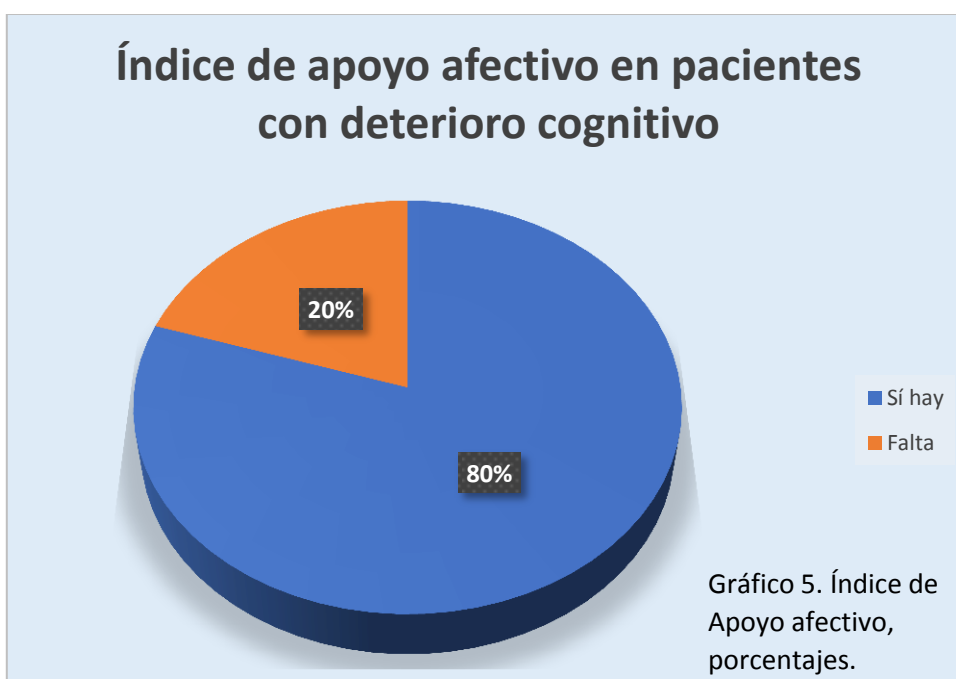
Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Tabla 11. Apoyo Afectivo en pacientes con deterioro cognitivo.

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Si tienen apoyo	48	80
Escaso apoyo	12	20
Total	60	100

Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.

Gráfico 18. Índice de Apoyo Afectivo, porcentajes estimados.



Fuente: encuesta realizada expreso en UMF 79.



## **XI. DISCUSION.**

La población en estudio, correspondió a pacientes con deterioro cognitivo. El índice global de apoyo social en pacientes con deterioro cognitivo no ha sido ampliamente estudiado por otros autores.

Se utilizaron instrumentos validados y frecuentemente utilizados, tal es el caso del test de Mini Mental de Folstein, en el cual, documenta y objetiva el rendimiento cognoscitivo. Su sensibilidad es alta: detecta casi el 90% de individuos con demencia en la población general, su especificidad también buena, pues clasifica adecuadamente al 80% de individuos sin demencia.

En el instrumento de medición para el apoyo social, MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), a mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido. Fue desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study*, es un cuestionario largamente utilizado en la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Los resultados del índice global de apoyo social en pacientes con deterioro cognitivo encontrados en este estudio fue que sí tienen apoyo con un 81.6 %. Para las diferentes dimensiones del apoyo social los porcentajes son similares: el Apoyo emocional/informacional: 91.93 % si tienen apoyo; Interacción social positiva: 90.59 % si tienen relaciones sociales; Apoyo afectivo: 89.78 % si tienen apoyo; Apoyo instrumental: 94.08 % tienen apoyo. Por lo tanto, en este estudio, no encontramos influencia en el número de relaciones en la cognición, siendo similar a lo encontrado por Seeman, Lusignolo, Albert M y Berkman L, en su artículo: Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol*, 2001.<sup>34</sup>

Esto, en contraste con varios estudios que muestran que los individuos con menos relaciones tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia que aquellos con más relaciones sociales. Zunzunegui María Victoria; Alvarado Beatriz E., Del Ser Teodoro, y Otero Angel, en Social Networks, Social Integration, and Social Engagement determine cognitive decline in community-Dewwlling spanish older adults. J of Gerontology: Social Sciences de 2003, donde se menciona que las malas conexiones sociales, la poca participación en las actividades sociales y la desconexión social predicen el riesgo de deterioro cognitivo en los ancianos. La probabilidad de declive cognitivo fue menor tanto para hombres como para mujeres con alta frecuencia de contacto visual con familiares e integración social comunitaria. El compromiso con los amigos parecía ser protector para el declive cognitivo en las mujeres, pero no en los hombres<sup>34</sup>. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF: Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Ann Intern Med en 1999, obtienen los siguientes resultados: en comparación con las personas que tenían cinco o seis lazos sociales, los que no tenían vínculos sociales corrieron un mayor riesgo de declive cognitivo incidente después del ajuste por edad, rendimiento cognitivo inicial, sexo, etnia, educación, ingresos, tipo de vivienda, discapacidad física, perfil cardiovascular, deterioro sensorial, síntomas de depresión, tabaquismo, consumo de alcohol y nivel de actividad física. En conclusión, la desconexión social es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo entre las personas mayores.<sup>38</sup> Fratiglioni L, et. al., Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study, Lancet, 2000, concluyen que una amplia red social parece proteger contra la demencia, la confirmación de este hallazgo y la investigación adicional para aclarar los mecanismos valen la pena debido a las implicaciones para la prevención.<sup>39</sup>

Dentro de las variables sociodemográficas, se identificó que, en los pacientes con deterioro cognitivo entrevistados en nuestro estudio, en relación con el género, fue

superior el número de mujeres con un 60 % sobre el masculino con 40 %. Equiparable con el estudio de Ávila y cols., Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Ciencias Holguín, 2007, donde la población estudiada, el 57.4% correspondió al sexo femenino y 42.6% al masculino, concluyen que el mayor número de pacientes con deterioro cognitivo, para ambos sexos, estuvo en el grupo de edad de 75 a 79 años; predominó el sexo femenino, la primaria terminada fue el nivel de escolaridad que presentaron la mayoría de los casos; el hábito de fumar, la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Isquémica fueron los factores de riesgo mayormente asociados a los pacientes con deterioro cognitivo.<sup>40</sup>

La edad que predominó en pacientes con deterioro cognitivo fue de 80 años con 11.7 %, concluyente con Shang y cols., The Age-Dependent Relationship between Blood Pressure and Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study in a Rural Area of Xi'an, China. *PLoS ONE*, 2016; que afirman una asociación dependiente de la edad.<sup>41</sup> No se encontraron estudios que lo refuten, ya que es bien conocida la correlación entre envejecimiento y deterioro cognitivo.<sup>13,16</sup>

En cuanto al nivel escolar de la población estudiada, predominó el nivel primaria, representando el 53.3 %. En el estudio de Sima Ataollahi Eshkoo y cols., se menciona el nivel escolar como factor de riesgo para deterioro cognitivo<sup>15</sup>, sin embargo, no se hallaron resultados que comparen los diferentes grados escolares con la aparición de deterioro cognitivo ni con índice global de apoyo social.

## **XII. CONCLUSIONES.**

Los hallazgos encontrados en este estudio en relación con el índice global de apoyo social en pacientes de 65 a 85 años de edad **con** deterioro cognitivo, fueron los siguientes:

El paciente adulto mayor con deterioro cognitivo grave tuvo un índice global de apoyo social variable de 39 a 92 puntos, un índice de 16 a 40 puntos en lo emocional, de 12 a 20 puntos para lo instrumental e interacción social de 6 a 20 puntos, y afectivo de 5 a 15 puntos; contrario a los puntajes que se plantearon en la hipótesis, en la cual se creía serían bajos. Si bien fueron variables los puntajes, predominaron aquellos pacientes que sí tenían apoyo social frente a los que tenían escaso apoyo social.

De acuerdo a la encuesta de Apoyo Social MOS-SSS, en el Índice Global de Apoyo Social, predominó los que sí tienen apoyo con 81.6 % y escaso apoyo 18.3 %. En las diferentes dimensiones del apoyo social: Apoyo Emocional, si tienen el 86.667 %; Apoyo Instrumental: el 90 % tienen apoyo; De la Interacción Social Positiva: 86.6 % si tienen relaciones sociales; Apoyo Afectivo: el 80 % sí tienen apoyo.

De acuerdo al género, predominó el femenino con 60 %.

La edad que predominó fue de 80 años con 11.7 %.

En cuanto a la escolaridad, predominó el nivel primaria, representando el 53.3 %.

### **XIII. RECOMENDACIONES**

Los resultados obtenidos nos revelan que la población estudiada no está carente de redes sociales, sin embargo, de acuerdo a la revisión bibliográfica, sería importante el surgimiento de programas institucionales donde se incentive la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, ya que son factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los adultos mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad. Se desconoce si los pacientes hallados con deterioro cognitivo, previamente fueron carentes de redes sociales y al aparecer el padecimiento, surge el apoyo esperado años previos. Sería crucial ampliar este estudio, hacer una revisión más profunda analizando si el apoyo social fue parte de los factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

También resulta importante la prevención, de tal forma que debe existir la difusión del autocuidado, como ya se ha venido haciendo en IMSS pero, destacando las actividades grupales que permitan el apoyo y compañía entre los adultos mayores para ampliar sus redes. Es imperativo aumentar y diversificar los servicios sociales para el adulto mayor, considerando nuevas formas de atención, pues la pirámide poblacional se invierte con el paso de los años y se requerirá una reestructuración de nuestros sistemas sanitarios para la población más vulnerable.

#### XIV. BIBLIOGRAFIA

1.-Conceptos básicos para el estudio de las familias. [Internet]. Archivos en Medicina Familiar. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC. .1 2005 [citado 2 abr 2015].Vol. 7 Supl 1. pp 15-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

2.-Marante Pozo, Esperanza; Casanova Moreno, María de la C; Nuñez López, Eloina; Pozo Amador, Lina M; Trasancos Delgado, Maricela; Ochoa Ortega, Max Ramiro. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Archivo Médico de Camagüey [Internet] 2014, 18 (Mayo-Junio); [citado 2 abr 2015]. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211131572004>> ISSN

3.-Rosas Carrasco Oscar, González Flores Eduardo, Brito Carrera Ana M., Vázquez Valdez Odín E., Peschard Saenz Emma, Gutiérrez Robledo Luis, et. al. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor [internet] Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011;[citado 2 abr. 2015 ] 49(2) pp153-162. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=72249&id\\_seccion=4113&id\\_ejemplar=7220&id\\_revista=250](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=72249&id_seccion=4113&id_ejemplar=7220&id_revista=250)

4.-Chackiel, Juan. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2000. [Versión ampliada de la contribución al libro: Desarrollo económico y social. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. Santiago de Chile, 8 y 10 septiembre de 1999], [Internet], [citado 2 abr 2015]; 9-10. Disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1355/1/cepal-chackiel.pdf>

5.-Modelos de Atención Gerontológica. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) s.f. p.35-40 [Internet] [citado 2 abr 2015] .Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

6.-Zavala-González, Marco Antonio; Domínguez Sosa, Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet] 2011 [citado 2 abr 2015]; 49 (6): 585-590. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=1478:funcionalidad-adultos-mayores&Itemid=678](http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1478:funcionalidad-adultos-mayores&Itemid=678)

7.-Ruiz-Dioses Lourdes; Campos-León Marisela; Peña Nelly. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao, 2006. [Internet] Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; [citado 2 abr. 2015 ].25(4) pp 374-379 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>

8.- Estadísticas a propósito del día internacional de las persona de edad (1 de octubre). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes. 2014. [internet], [citado 2 abr 2015]. Disponible en:

<https://journalmex.wordpress.com/2014/09/25/estadisticas-a-proposito-deldia-internacional-de-las-personas-de-edad/>

9.-Montenegro Saldana, Luis; et al. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta med peruana [Internet]. 2009, [citado 2 abr 2015]; 26(3): 169-174. Disponible en:[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300005&lng=es&nrm=iso). ISSN 1728-591

10.-Montes-Rojas, Josefina; Gutiérrez-Gutiérrez, Lidia; Silva-Pereira, Juan Felipe; García-Ramos, Guillermo; del Río-Portilla, Yolanda. Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. Rev Chilena Neuropsic [Internet]. 2012 [citado 2 abr 2015]; 7(3):121-126. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179324986005>

11.-Gómez Ayala, Adela. Grandes síndromes geriátricos. Farmacia Profesional. [Internet]. 2005 [citado 2 abr 2015]; 19(6):70-74. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13076255&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=3&ty=56&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v19n06a13076255pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13076255&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=56&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v19n06a13076255pdf001.pdf).

12.-Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2012. [citado 2 abr 2015]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

13.-Wang Yumei; Song Mei; Yu Lulu; Wang Lang; An Cuixia; Xun Shunjiang; et al. Mild Cognitive Impairment: Vascular Risk Factors in Community Elderly in Four Cities of Hebei Province, China. PLoS One [Internet]. 2015 [citado 9 jun 2015]; 10(5):1-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427494/>

14.-Rubén de León Arcilla, Feliciano; Milián Suazo, Nicolás; Camacho Calderón, Rosa Elena; Arévalo Cedano, Minerva; Escartín Chávez. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2012 [citado 2 abr 2015];47(3): 277-284. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=777:factores-de-riesgo-para-deterioro-cognitivo-y-funcional-en-el-adulto-mayor&Itemid=594](http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=777:factores-de-riesgo-para-deterioro-cognitivo-y-funcional-en-el-adulto-mayor&Itemid=594) o en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>

15.-Eshkooor, Sima Ataollahi; Hamid, Tengku Aizan; Yoke Mun, Chan; Kyun Ng, Chee. Mild Cognitive Impairment and Its Management in Older People. Clinical Interventions in Aging [Internet]. 2015 [citado 09 jun 2015] 2015(10):687–93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401355/pdf/cia-10-687.pdf>

16.-Davis JC, Best J, Hsu CL, Nagamatsu LS, Dao E, Liu-Ambrose T. Examining the relationship between falls and mild cognitive impairment on mobility and executive functions in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* [Internet]. 2015 [citado 08 jun 2015]; 63(3): 590–593. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454527/pdf/nihms4658.pdf>

17.-Gorska-Ciebiada M, Saryusz-Wolska M, Borkowska A, Ciebiada M, Loba J. Serum Levels of Inflammatory Markers in Depressed Elderly Patients with Diabetes and Mild Cognitive Impairment. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado 9 Jun 2015];10(3):1-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4368677/>

18.-Lobo A., Saz P., Roy J.F. Deterioro cognoscitivo en el anciano. [Internet] [citado 2 abr 2015]. Disponible en <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/deterioro%20cognitivo%20anciano.pdf>

19.-Eisele, et al. Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe. *BMC Geriatrics* [Internet] 2012 [citado 8 jun 2015]; 12:(9):1-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364867/pdf/1471-2318-12-9.pdf>

20.-Guzman, José Miguel; Huenchuan, Sandra. (2003) Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. CELADE- División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile, 14-18 julio 2003. [Internet]. 2003 [citado 2 abr 2015]. Disponible en: [www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_jmgshnvmo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf)

21.-Mena López, Raúl; Lozano Dávila, María Esther; Arévalo Balleza, Araceli, Archundia González, Rogelio; Olivares, Ana María; Chaparro González, Érica Tania; et al. Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas. [Internet] 2012 [citado 2 abr 2015] 136 p. disponible en [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios\\_abord](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abord)

22.-Murillo González, Ana Cecilia; Gutiérrez, Ilse; Méndez, Elsa; Cruz Conejo, Luis Diego; Díaz, Adrián; Zaida Esquivel; et al. Redes de apoyo social. [Internet]. En: *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.* Universidad de Costa Rica. 2008. P:83-99. Disponible en: [ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)

23.-Dabas Elina, Casserly Pedro, Lemus Jorge con colaboración de: Rossen Mariela; et.al.; Módulo 9; Salud y Redes [Internet] edición literaria a cargo de: Mariela Rossen - 1a ed. 1a reimp. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010. [citado 2 abr 2015]. 96p. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/9-modulo-pssyc.pdf>



24.-Salud Mental. En: Adulto mayor: Una nueva etapa de vida. Consejo Directivo Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C., México [Internet]. 2011. [citado 4 abr 2015]; p. 5-10. Disponible en: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_adulto\\_mayor\\_una\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf)

25.-Ferraz dos Anjos, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. Ciencia & Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [citado 9 jun 2015]; 20(5):1321-1330. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017935>

26.- Vergara Mitxeltoarena, Itziar; Garin Barrutia, Uxo; Zubia Zubiaurre Inma; Borde Lekona, Blas; Martín Martínez, Isabel; Amiano Echezarreta, Pilar. Las redes sociales como factor determinante en los hábitos de vida relacionados con la salud de las personas mayores. Protocolo de un estudio observacional. Comunidad [Internet]. 2013 [citado 2 abr 2015]; 15(1):4-9. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2014/01/Volumen15-n%C3%BAm-1-Investigaci%C3%B3n.pdf>

27.- Costa Requena Gema, Salamero Manuel, Gil Francisco. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer [Internet] 2007. [citado 9 jun 2015];128(18):687-91. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-del-cuestionario-mos-sss-apoyo-13102357>

28.- Garmendia María Luisa, Alvarado María Elena, Montenegro Mariano, Pino Paulina. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Rev Med Chile [Internet]. 2008 [citado 25 Jun 2015]; 136(2):169-178. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/art05.pdf>

29.- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med [Internet] 1991 [citado 25 Jun 2015]; 32(6):705-14. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KdQNRxybRLIJ:cmcd.sp.h.umih.edu/assets/files/Repository/women%2520Take%2520Pride/The%2520MOS%2520Social%2520Support%2520Survey.pdf+&cd=2&hl=es&ct=cink&gl=mx>

30.- Mónica Teresa González Ramírez, René Landero Hernández. Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. Rev Electr Metodol Aplic [Internet] 2006 [citado 28 Jun 2015]; 11(1):16-30. Disponible en: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/Rema/article/view/9772/9515>

31.- Pérez Bilbao, Jesús; Martín Daza, Félix. El apoyo social. NTP (Guías de buenas prácticas) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. [Internet] 1999 [citado 2 abr 2015]; 1-7. Disponible en:

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf)

32.-Rosselli, Mónica; Ardila, Alfredo. Deterioro cognitivo leve: definición y clasificación. Rev Neuropsic, Neuropsiq y Neuroc [Internet]. 2012 [citado 2 abr 2015]; 12(1):151-162. Disponible en: [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol12\\_num1\\_12.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf)

33.-Montaña Álvarez, Mariano. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. El Residente [Internet]. 2010. [citado 2 abr 2015]; 5 (2):66-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>

34.-Zunzunegui María Victoria; Alvarado Beatriz E., Del Ser Teodoro, and Otero Angel. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement determine cognitive decline in community-dwelling spanish older adults. J of Gerontology: Social Sciences [Internet]. 2003; 58 (2): S93-S100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833829/pdf/S93.pdf>

35.- Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Med Fam [Internet]. 2005 [citado 13 jun 2015]; 6(1): 10-18. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>

36.-Costa Requena, Gema; Salamero, Manuel; Gil, Francisco. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. Med Clin. [Internet]. 2007 [citado 13 jun 2015]; 128(18): 687-691. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-del-cuestionario-mos-sss-apoyo-13102357>

37. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L: Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. Health Psychol [Internet]. 2001 [citado 20 junio 2017]; 20:243-255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11515736?dopt=Abstract>

38.\_Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF: Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Ann Intern Med [Internet]. 1999 [citado 20 junio 2017]; 131:165-173. Disponible en: <http://annals.org/aim/article/712853/social-disengagement-incident-cognitive-decline-community-dwelling-elderly-persons>

39. Fratiglioni L, Wang H-X, Ericsson K, Maytan M, Winblad B: Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet [Internet]. 2000 [citado 20 junio 2017]; 355:1315-1319. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02113-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02113-9/fulltext)

40. Ávila Oliva, Marcia M., Vázquez Morales, Edgar, Gutiérrez Mora, Mónica, Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín* [Internet]. 2007 [Citado 7 julio 2017] Disponible en: <http://barsottini.redalyc.org/articulo.oa?id=181517998004>

41. Shang, S., Li, P., Deng, M., Jiang, Y., Chen, C., & Qu, Q. The Age-Dependent Relationship between Blood Pressure and Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study in a Rural Area of Xi'an, China. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [citado 21 junio 2017]; 11(7), e0159485. Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159485>

## XV. ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: Índice Global de Apoyo social en el adulto mayor de 65 a 85 años de edad con deterioro cognitivo adscritos a la U.M.F. 79 IMSS.

Determinar el índice global de apoyo social en los pacientes adultos mayores de 65 a 85 años de edad con deterioro cognitivo. \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: UMF 79 IMSS Noviembre 2015 a Octubre 2016

Número de registro: \_\_\_\_\_

Justificación y objetivo del estudio: \_\_\_\_\_

Procedimientos: Aplicación de dos instrumentos en una encuesta

Posibles riesgos y molestias: \_\_\_\_\_

Posibles beneficios que recibirá al participar \_\_\_\_\_

En el estudio: \_\_\_\_\_

Se les dará a conocer a través de su médico familiar

Información sobre resultados y alternativas \_\_\_\_\_

De tratamiento: \_\_\_\_\_

En cualquier momento

Participación o retiro: \_\_\_\_\_

Se mantendrá confidencialidad.

Privacidad y confidencialidad: \_\_\_\_\_

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes ( si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al termino del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse

Dra. Claudia Vaca Sánchez. Matricula 99162450. Correo clay2331@hotmail.com

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: Av. 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: [comisión.etica@imss.gon.mx](mailto:comisión.etica@imss.gon.mx)

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

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

\_\_\_\_\_  
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.

En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de examen: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas. Todas las preguntas tienen que ser contestadas. La información es confidencial. Gracias por participar.

## EXAMEN MIN MENTAL FOLSTEIN

### Orientación en el tiempo y espacio.

¿Qué día de la semana es hoy? Año, mes, día, estación. (máximo 5 pts) 0-5

Dígame el nombre del hospital, el piso, la ciudad, el estado y el país en el que estamos. (máximo 5 pts) 0-5

### Fijación.

Repita estas palabras: *caballo, peso, manzana*. (anote un punto cada vez que la palabra sea correcta, (máximo 3 pts)) 0-3

### Concentración y cálculo.

Si tiene 30 pesos y me los da de 3 en 3, ¿cuántos le quedan? (anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 pts) 0-5

### Memoria.

¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas. 0-3

### Lenguaje y construcción.

¿Qué es esto? (mostrar un reloj) ¿Y esto? (mostrar un bolígrafo) 0-2

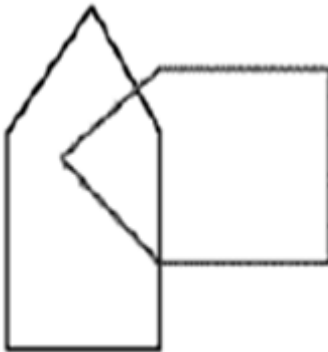
Repita la siguiente frase: "ni si, ni no, ni pero". 0-1

Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (anote un punto por cada orden bien ejecutada, máx 3 pts.) 0-3

Lea esto y haga lo que dice "cierre los ojos" 0-1

Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta 0-1

Copie este dibujo (0-1 puntos) 0-1



**Punto de corte: 24**

**Grado de deterioro cognitivo: 19-23= leve; 14-18 moderado; >14 grave**

Edad: \_\_\_ años. Sexo: femenino \_\_\_ masculino \_\_\_  
Escolaridad:  
Sabe leer y escribir:  
Primaria:  
Secundaria:  
Bachillerato:  
Carrera técnica:  
Licenciatura:  
Posgrado:

INSTRUCCIONES: Subraye con un bolígrafo la respuesta que le parezca más adecuada a su situación. Todas las preguntas tienen que ser contestadas. La información es confidencial. Gracias por participar.

### CUESTIONARIO M.O.S. PARA INVESTIGAR APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos y familiares: \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender su situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerse sentir querido.	1	2	3	4	5