



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE  
INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 5**

**FUNCIONALIDAD PERSONAL Y SOCIAL DEL ADULTO  
MAYOR EN EL AMBITO FAMILIAR EN  
DERECHOHABIENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR EN MAGDALENA DE KINO, SONORA.**

**T E S I S**

**Para obtener el Diploma de Especialidad en  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**Dra. Elizabeth Martínez Murrieta**

Nogales, Sonora



Junio de 2018



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



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.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

### **Investigador Principal**

Nombre: Elizabeth Martínez Murrieta

Matricula: 10965297

Médico general Adscrito a la Unidad Medico Familiar Número 21, Magdalena de Kino, Sonora.

Teléfono 632 88493

Correo electrónico: [erraux2047.lux@gmail.com](mailto:erraux2047.lux@gmail.com)

### **Asesor Metodológico:**

Nombre: Dr. Leopoldo Hernández Chávez

Cargo: Médico Familiar adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 5, Nogales, Sonora.

Matricula 99271823

Domicilio: Calle Avenida Obregón y Escobedo, Col. Centro, Nogales, Sonora

Teléfono: 6311130288

Correo electrónico: Leopoldo.hernandezc@imss.gob.mx

### **Investigador colaborador:**

Dra. Celina Quintero Lugo

Adscripción: Médico Familiar adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 5, Nogales, Sonora.

Matricula 10964789

Teléfono 63194489

Correo electrónico: celina.quintero@imss.gob.mx

**Lugar donde se llevó a cabo el estudio:** Unidad de Medicina Familiar No. 21, ubicada en calle 5 de mayo esquina con callejón Rodeo, Col el Mirasol, Magdalena de Kino, Sonora.

**FUNCIONALIDAD PERSONAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL  
AMBITO FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES EN UNA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR EN MAGDALENA DE KINO, SONORA.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA**

**EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ELIZABETH MARTINEZ MURRIETA**

**AUTORIZACIONES**

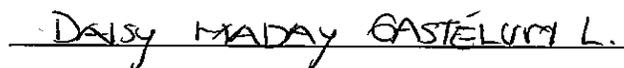


**DR. LEOPOLDO HERNÁNDEZ CHÁVEZ**

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**NUMERO 5 NOGALES, SONORA.**



**DRA. DAISY MADAY GASTELUM LOPEZ**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA**

**FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES IMSS HOSPITAL GENERAL DE**

**ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 5 NOGALES,**

**SONORA.**



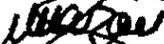
**FUNCIONALIDAD PERSONAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL  
AMBITO FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES EN UNA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR EN MAGDALENA DE KINO, SONORA.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ELIZABETH MARTINEZ MURRIETA**

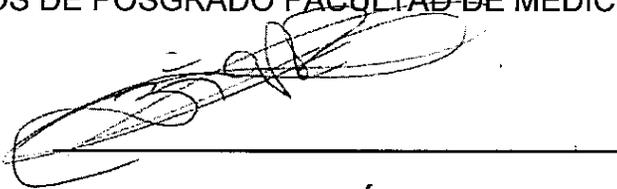
**AUTORIZACIONES**



---

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

**JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION 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.**



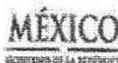
---

**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.**

**AMBITO FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES EN UNA UNIDAD DE**



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2604 con número de registro 13 CI 26 030 153 ante COFEPRIS  
U MED FAMILIAR NUM 37, SONORA

FECHA 19/09/2016

**DR. ELIZABETH MARTINEZ MURRIETA**

**PRESENTE**

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

**Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora.**

que someti6 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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-2604-37

ATENTAMENTE

**DR. (A) ALEJANDRA TORRES CAMPA**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2604

Impresor

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Coordinación de Investigación en Salud  
 Informe de seguimiento técnico para protocolos

Periodo que abarca el informe técnico:				
Primer semestre	Segundo semestre	Tercer semestre	Cuarto semestre	Otro semestre <input checked="" type="checkbox"/>

Número de registro:	R-2016-2604-37
Título:	Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora.

Estado actual del protocolo de investigación en relación con el cronograma que se propuso:			
En tiempo <input checked="" type="checkbox"/>	Terminado	Atrasado	Cancelado
Justificación:			
Alternativas de solución:			

Fase de desarrollo del protocolo de investigación:				
Estandarización de métodos o instrumentos	Recolección de datos (trabajo de campo)	Análisis de resultados	Redacción del escrito final	Trabajo publicado
			<input checked="" type="checkbox"/>	

Nombre del alumno, Título de Tesis y Fecha de graduación del alumno e institución que avaló el curso (en caso de aplicar)			
Nombre	Título de tesis	Fecha de graduación	Institución
ELIZABETH MARTINEZ MURRIETA	Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora.	2019-02-28	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Referencia bibliográfica del trabajo de investigación si fue publicado:
---

Modificaciones metodológicas realizadas al protocolo de investigación:
--

2018-04-10

Fecha del Informe

  
 ELIZABETH MARTINEZ MURRIETA

Investigador principal

## I.ÍNDICE

I.-Resumen.....	07
II.-Marco teórico.....	08
III.-Planteamiento del problema.....	12
IV.-Justificación.....	13
V.-Objetivos.....	14
VI.-Hipótesis.....	15
VII.-Materiales y Métodos.....	16
VIII.- Descripción general del estudio.....	22
XI.- Aspectos éticos.....	23
X.-Recursos financieros y factibilidad.....	24
XI.-Resultados.....	26
XII.- Discusión.....	33
XIII.- Conclusión.....	35
XIV.-Bibliografía.....	36
XV.-Anexos.....	41

## I.RESUMEN

### **Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora**

**MARTINEZ E** <sup>1</sup>, **HERNANDEZ L, QUINTERO** <sup>2</sup> **C.** <sup>1</sup>Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar

**INTRODUCCIÓN.** El grupo de adultos mayores en el mundo está en aumento. En la actualidad, su conducta en su entorno sociocultural se ha modificado así como la incidencia en los padecimientos crónico-degenerativos, han logrado que su entorno familiar se modifique.

**OBJETIVO:** Conocer la funcionalidad familiar del adulto mayor así como su adaptación en sus necesidades personales básicas dentro del ámbito familiar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de tipo Observacional, Prospectivo y transversal un total de 75 adultos mayores, en la UMF No. 21 aplicando Escala de Evaluación Personal y Social del Adulto Mayor en el ámbito Familiar; los resultados obtenidos se analizaron a través de medidas de tendencia central mediana y media, para su interpretación se utilizaron con porcentajes y gráficas.

**FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS:** El estudio se realizó en la UMF No. 21 de Magdalena de Kino, Sonora. Apegándose a la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

**Resultados y Conclusión:** Encontramos que un 52% de adultos mayores perciben una buena funcionalidad personal y social dentro de su familia. En relación al estado civil la mayoría de las mujeres son casadas y tienen nivel educativo de primaria con buena participación familiar del adulto en su familia constituyendo un factor protector para este grupo.

**PALABRAS CLAVE:** Funcionalidad personal y social, Adulto mayor. Ámbito Familiar.

## II. MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que toda persona mayor de 60 años es persona de tercera edad, a partir de 60 a 70 años se considera adulto en edad avanzada,<sup>1</sup> de 75 a 90 años se conocen como personas viejas o ancianas y las que pasan de estas edades se les llama grandes viejos. Al hablar de adultos mayores se define como, envejecimiento natural e irreversible en la que intervienen factores biológicos emocionales y físicos pero los factores ambientales son los que con mayor efecto producen en la esperanza de vida de un individuo y el conjunto de estos.

En la actualidad la esperanza de vida de un ser humano ha ido en aumento, principalmente en personas mayores de 60 años con mayor rapidez comparado con otros grupos de edad en el mundo.<sup>1</sup>

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años en los países en subdesarrollo y en los países en desarrollo se considera a partir de los 60 años.<sup>1</sup> En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años. Alrededor de 1950 las Naciones Unidas reportan que más de 200 millones de personas mayores de 60 años existían en el mundo y para 1975 su número aumento hasta 350 millones de adultos mayores en el mundo. Se espera que para el 2025 la población de esta edad aumente hasta 1100 millones lo que reporta un aumento de 224% a partir de 1975, se espera que la población total mundial aumente de 4100 millones a 8200 millones lo que esto aumentaría un 102% así que en 45 años más las personas de edad avanzada estarán en un 13.7 % de la población mundial.<sup>1</sup>

En nuestro país se está experimentando un proceso de cambio a nivel social, político, urbano, epidemiológico, económico hasta en el demográfico. Según las proyecciones que se ha hecho del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la población de la tercera edad mayor de 60 años se mantendrá en continuo crecimiento aumentando en un 76.3% desde el año 2000 al 2015.<sup>2</sup>

Este cambio es llamado envejecimiento de la población el cual resulta de los cambios graduales y para el año 2050 la población aumentara hasta 36.5 millones.<sup>2</sup>

En el estado de Sonora según el censo del 2010 había un total de 232 874 mil adultos mayores representando el 6.5% de la población total con predominio de mujeres en un 51.3%. En Sonora la esperanza de vida oscila en los 78.5 años y en el género masculino es de 73,4 años; actualmente los cambios sociales que han ocurrido en últimas décadas afectan la longevidad femenina porque se incorporan a la actividad laboral sin dejar sus obligaciones de ama de casa logrando afectar esto su calidad de vida y vida personal familiar.<sup>3</sup>

La forma de envejecer saludable es un proceso que ocurre en el transcurso de la vida, por lo tanto se considera necesario tener un desarrollo óptimo.<sup>4</sup>

Las enfermedades de evolución crónica, y las lesiones que padece el adulto mayor lo ha limitado en sus actividades físicas y mentales presentando complicaciones en el trabajo y en su estado de jubilación así como en su necesidad de ser dependiente a largo plazo de esta manera los adultos mayores representan un desafío importante.<sup>5</sup>

El autocuidado del adulto mayor se tiene que considerar la funcionalidad y la capacidad que este presenta y deberá valorarse basándose en múltiples cambios fisiológicos que forma parte de la evolución de envejecimiento. <sup>6</sup>Así como se ha relacionado el grado de nutrición de los pacientes de esta edad y que se relaciona con el autocuidado y la forma de alimentarse.<sup>7</sup>Es por eso que valorar la funcionalidad del adulto nos da una información para valorar la capacidad del anciano y su independencia en el ambiente donde se encuentre. <sup>8</sup>

Así como también el aumento de población de esta edad y estos cambios socioculturales han influido en el estado de salud aumentando también la incidencia de padecimientos crónico-degenerativos el envejecimiento también provoca cambios en el estado cognitivo irreversibles que influyen el estado físico mental y emocional alterando la calidad de vida de este grupo.

Se sabe que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario y al mismo tiempo una buena salud. Se ha demostrado que en la mujer en un 66% es más común el autocuidado y la funcionalidad de adaptación al ambiente que en el adulto del sexo masculino.<sup>1,9,10,11</sup> También influye el adulto mayor que acude a atención primaria y su estado de salud y estos son adultos que acude de manera independiente<sup>13</sup>, que presentan diferentes grados de alteración mental y recursos sociales que afectan en su manejo médico.<sup>14</sup> El deterioro de la capacidad funcional es un indicador sensible para identificar padecimiento y un pronóstico de mortalidad; los cambios fisiológicos que presenta llevan a este grupo en especial lo llevan a ser más sensible a enfermedades disminución gradual de algunas facultades de la juventud y pérdida de funciones mayor riesgo de morir y por lo mismo una inadecuada calidad de vida.<sup>15,16</sup> Es importante darle mayor difusión a la población sobre los servicios que se ofrecen de los diferentes programas dirigidos a la población para mejorar su calidad de vida.<sup>17</sup> Muy importante que el adulto mayor tenga un programa de autocuidado que sería, estimulante y necesario para mantener un nivel de funcionalidad del adulto mayor óptimo y mejoraría así sus funciones mentales y el autocuidado de su salud.<sup>18</sup>

El método de medicación utilizado se basa en utilizar escala de funcionamiento personal y social del autor P. L. Morosinni L.Mangliano, L. Brambilla desarrollada por Morosinni y sus colaboradores a partir del componente social A) no incorporo psicopatologías, B) específico claramente las áreas que fueron evaluadas, C) proporciono criterios operativos claros para la puntuación de la gravedad de posible discapacidad del adulto mayor D) Lingüísticamente fue más precisa. Evalúo el funcionamiento del paciente en las siguientes 4 áreas principales: A) Autocuidado: tomar el tratamiento, comer, bañar, ducharse, B) Actividades sociales habituales: incluyendo trabajo y estudio. C) Relaciones personales y sociales (pareja, familia, amigos) D) Comportamiento perturbador y agresivo, hablar demasiado alto, insultar etc.<sup>19,20</sup>

Para valorar el grado de disfunción en cada una de estas áreas se dispuso de una escala de Likert de 6 grados de intensidad desde ausente hasta muy grave con criterios operativos claramente definidos.<sup>19</sup> Se trató de un instrumento hetero-aplicado, se ha desarrollado una entrevista estructurada para la administración de la PSP con el objeto de aumentar la fiabilidad inter-examinadores y asegurar que el entrevistador realiza preguntas relacionadas con los comportamientos y el funcionamiento que se debe evaluar. El marco de referencia temporal es el último mes con 6 ítems. Esta validada al español (García-Portilla y col).<sup>20</sup>

La funcionalidad de los adultos mayores se relacionó con el lugar de residencia, actividades cotidianas y dependencia de los demás, sus antecedentes médicos por lo tanto todo influyó en su calidad de vida.<sup>21</sup>

### III. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

De acuerdo a la funcionalidad del adulto mayor y basándome en la incidencia de la consulta en este grupo etario en el cual se persiguió detectar el grado de funcionalidad social y personal en los adultos mayores se deseó conocer el grado de funcionalidad que oscila desde excelente hasta el que solo se percibe dentro del ámbito familiar también se evaluó si el paciente necesitaba ayuda para funcionar o si definitivamente el paciente no era capaz de realizar lo más mínimo necesitando a final apoyo y supervisión de otra persona de edad.

Los adultos mayores van en aumento en todo el mundo pero en nuestro país tenemos la oportunidad de la consulta externa de Medicina familiar para identificar factores familiares que puedan generar cambios importantes en su calidad de vida y social, motivo por el cual se aplicó la escala de funcionamiento personal y social del autor P.L.Morosinni y colaboradores con la finalidad de detectar áreas de oportunidad para mejorar las relaciones sociales y familiares de los adultos mayores en nuestra comunidad, pensando tener con esto una mejora en su salud.

Con lo mencionado surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la funcionalidad personal del adulto mayor en su ámbito familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 21 en Magdalena de Kino, Sonora?**

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

En México actualmente ha ido en aumento la perspectiva de vida, razón por la cual existen cada día más adultos mayores integrándose en la sociedad y son activamente productivos. En nuestro país una persona anciana es considerada a partir de los 60 años. El envejecer es una experiencia común en el ser humano y poco a poco puede presentar un declive de sus funciones orgánicas, fisiológicas, sensoriales y hasta las cognitivas, si estos signos o síntomas no son detectadas a tiempo el adulto mayor terminara por ser uno más.

La razón de tomar la decisión de efectuar este estudio fue para detectar las funciones y limitaciones más frecuentes de los adultos mayores en el ámbito familiar y la responsabilidad de este con su familia y sociedad.

El resultado de esta investigación me oriento en ampliar y modificar la forma en el abordaje hacia el tratamiento y buscar nuevas opciones de redes de apoyo e intentar poder mejorar sus relaciones familiares.

## **V. OBJETIVOS**

Conocer el grado de funcionalidad del adulto mayor dentro del ámbito familiar y como se desenvuelve en sus funciones personales básicas, así como, identificar su nivel de integración y adaptabilidad.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Evaluar el grado de funcionalidad del paciente en el autocuidado.
- Evaluar las actividades sociales habituales.
- Conocer las relaciones personales y sociales.
- Identificar el comportamiento perturbador y agresivo.
- Identificar la disfunción en las actividades básicas de la vida diaria.

## **VI. HIPOTESIS DE INVESTIGACION**

### **Hipótesis de trabajo (Hi)**

El 35 % de los pacientes adultos mayores necesitan de ayuda verbal o física para realizar sus funciones personales

### **Hipótesis Nula (Ho)**

El 65 % adulto mayor presentan un nivel de funcionalidad adecuado en su autocuidado e integración al ámbito familiar.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO EL ESTUDIO DE INVESTIGACION.**

El estudio se realizó en los pasillos de sala de espera de área de consulta externa de Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano Del Seguro Social, ubicada en la calle 5 de Mayo y callejón Rodeo de la colonia El Mirasol de la ciudad de Magdalena de Kino, Sonora. Sus líneas de acceso a la unidad son por taxis o automóvil particular así como caminando, ya que las distancias en la ciudad son relativamente cortas y la unidad se encuentra en un lugar accesible.

La unidad cuenta con el servicio de Medicina familiar con cinco consultorios, tres matutinos y dos vespertinos, área de atención medica continua las 24 horas. Un área de laboratorio de análisis clínicos de primer nivel y área de odontología.

### **DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Participaran en el estudio 75 derechohabientes que acuden al servicio de Medicina Familiar de ambos sexos clasificados como adultos mayores.

## TIPO DE MUESTREO

Se hará un muestreo no probabilístico, consecutivo, donde participan 75 adultos mayores que acuden a consulta de Medicina familiar de primer nivel de atención en la unidad.

## DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
<b>Edad</b>	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
<b>Genero</b>	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.	Si el cuidador primario es hombre o mujer durante la entrevista.	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil de los pacientes al momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal.	0: Soltero(a). 1: Casado(a). 2: Divorciado(a). 3: Viudo(a). 4: Unión libre.
<b>Grado Académico</b>	Conjunto de estudios en un centro docente que adquirió una persona	Grado académico anotado en el apartado correspondiente por el adulto mayor de	Cualitativa ordinal	1.analfabeta 2.-sabe leer y escribir 3.-primaria 4- secundaria

		acuerdo a sus estudios		5.-Preparatoria 6.-Otro
<b>Jubilado</b>	Antigüedad laboral se refiere a la duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador	Tiempo que lleva en pensión	Cuantitativa continua	1. Si 2. No.
<b>Pensionado</b>	Prestación entregada periódicamente a alguien.	Prestación entregada directamente a alguien que trabajo o por viudez. que es	Dicotómica Ordinal	1.- Si 2.- No
<b>Escala de Funcionamiento personal y social</b>	Instrumento de evaluación tipo Likert.	Se aplicara el cuestionario al derechohabiente y se seleccionara la respuesta otorgada	Cualitativa ordinal	1.- 100-90 Funcionamiento Excelente 2.-90-81 funcionamiento bueno 3.- 80 -71 dificultad leve 4.- 70- 61 dificultad manifiesta

				5.-60 -51 dificultad marcada
				6.-50- 41 dificultad marcada en 2 o 3 áreas
				7.- 40 -31 dificultad grave en una área de a- c
				8.-30- 21 dificultad marcada en 2 o más áreas de a-c
				9.-20 11 dificultad grave en todas áreas de a –c
				10.-10- 1 falta de autonomía en funcionamiento básico

## TAMANO DE LA MUESTRA

De los 2094 Derechohabientes adultos mayores que se encuentran adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 en Magdalena de Kino, el estudio se aplicó a un total de 75 adultos mayores, ya que de acuerdo a la fórmula de proporciones finitas se obtuvieron 70 con un índice de confianza del 95%. Se decide incrementar 5 derechohabientes y así evitar pérdidas por cuestionarios incompletos.

### DESGLOSE DE LA FÓRMULA:

N= total de la población en estudio.

Z= 1.96 2 (95%)

P+ proporción esperada (5%) = 0.05

Q= 1 - p (1- 0.05= 0,95)

d= precisión (en su investigación use 5%) = 0.032

Formula N=  $\frac{2094 \times (3,84) \times (1,96)^2 \times (0,95)}{(0,05)^2 (2093) + (1,96)^2 (0,05) (0,95)}$

$N = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$   $\frac{(2094) (1,96)^2 (0,05) (0,95)}{(0,05) (2093) + (1,96)^2 (0,05) (0,95)}$

$N = \frac{331.9456}{5.2325 + 0.1824} = \frac{381.9456}{5.4149} = 70$

TOTAL: 70

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

.-Derechohabientes adultos mayores

.-Ambos sexos.

.-Discapacidad física,

.-Divorciados, viudos

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

.- Personas adultas que se nieguen a contestar el cuestionario.

.- No tengan la capacidad de escribir o mirar correctamente el formato.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Formatos llenados de forma incorrecta.

Pacientes con enfermedades psiquiátricas, con enfermedad de Alzheimer.

## VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Para el siguiente estudio se aplicó un cuestionario de forma individual, en el cual se le explico a los pacientes de grupo etario adulto mayor, que acuden a sala de espera de consulta externa de Unidad de Medicina Familiar No. 21 que cuenta con una adecuada iluminación y ventilación con ambiente cómodo, y de gran confiabilidad.

Conto con previa autorización para llevarse a cabo, así como de la anuencia de las autoridades y directivos correspondientes al Instituto Mexicano de Seguro Social; Unidad de Medicina Familiar No. 21 de la ciudad de Magdalena de Kino, Sonora.

Para realizar este proyecto se evaluó de manera personal de acuerdo a las edades que corresponda al grupo seleccionado para este estudio preguntándole personalmente a cada individuo de ambos sexos si deseaban participar previa firma de consentimiento informado por el mismo investigador, especialmente elaborado y adaptado para esta investigación y de acuerdo a la escala de Morosinni se determinó el grado de funcionalidad del adulto mayor y de responsabilidad en su autocuidado en el ámbito familiar .

Los datos obtenidos se manejaron de forma confidencial ningún cuestionario conto con el nombre reportándose el resultado y recolección de datos solo en investigados respetando de este modo el grado de confidencialidad de cada individuo.

El instrumento de medición escala de funcionamiento personal y social de P L. Morosinni y colaboradores fue aplicado a todas las personas que acudieron a consulta en el turno vespertino que se encontraban en el grupo etario mencionado de ambos sexos dando 20 minutos para que se contestara y asesorando previamente al sujeto en estudio, los resultados vertidos fueron vaciados en la hoja de recolección de datos para su análisis correspondiente y sus resultados se mostraron en forma de graficas porcentajes y tablas.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En el análisis de los resultados se dieron en base a medidas de tendencia central, media y mediana expresada en porcentaje, con apoyo de un programa estadístico, se representó por medio de cuadros y gráficas.

## **IX. ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se realizó bajo las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

La investigación fue de bajo riesgo y cuento con consentimiento informado, el cual da una descripción detallada de su participación, explicando que su participación se limitó al contestar o llenar cuestionario. El paciente que deseo participar firmo dicho consentimiento antes de participar, al igual que un testigo.

## **X. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

Recursos Humanos:

Dra. Elizabeth Martínez M.....Tesista.

Dr. Leopoldo Hernández Chávez.....Tutor

Dra. Celina Quintero Lugo..... Colaborador.

Recursos Financieros:

Los gastos que se generaron en la siguiente investigación fueron solventados por el tesista y su Asesor metodológico se cuento con computadora e impresora por lo que se consideró factible el estudio para llevarse a cabo con éxito.

Recursos Financieros:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



**DESGLOSE PRESUPUESTAL PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

<b>Título del Protocolo de Investigación:</b>
Funcionalidad Personal y Social del adulto mayor en el ámbito familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora.

<b>Nombre del Investigador Responsable</b>		
<u>Martínez</u>	<u>Murrieta</u>	<u>Elizabeth</u>
Apellido paterno	Materno	Nombre (s)

<b>Presupuesto por Tipo de Gasto</b>		
<b>Gasto de Inversión.</b>		
1	Equipo de laboratorio.	NA
2	Equipo de cómputo.	10,000.00
3	Herramientas y accesorios.	NA
4	Obra civil. *	NA
5	Creación de nuevas áreas de investigación en el IMSS. *	NA
6	A los que haya lugar de acuerdo a los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto de Inversión</b>		<b>10,000.00</b>
<b>Gasto Corriente</b>		
1	Artículos, materiales y útiles diversos.	2,000.00
2	Gastos de trabajo de campo.	NA
3	Difusión de los resultados de investigación.	NA
4	Pago por servicios externos.	NA
5	Honorarios por servicios profesionales.	NA
6	Viáticos, pasajes y gastos de transportación.	NA
7	Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes.	NA
8	Compra de libros y suscripción a revista.	NA
9	Documentos y servicios de información.	NA
10	Registro de patentes y propiedad intelectual.	NA
11	Validación de concepto tecnológico.	NA
12	Animales para el desarrollo de protocolos de investigación.	NA
13	A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto Corriente</b>		<b>2,000 00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>12,000.00</b>

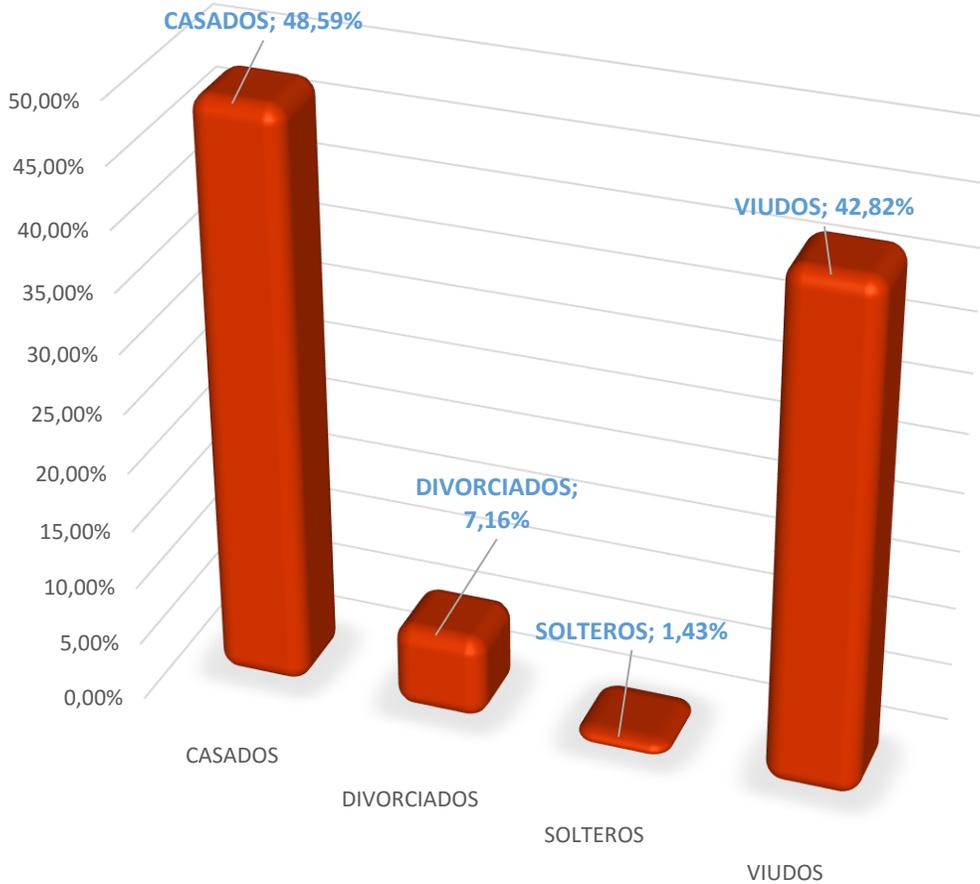
## XI. RESULTADOS



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica podemos observar que más del 55% de los encuestados, corresponden al género femenino. Con lo cual se observa que es la mujer la que con más frecuencia acude a los servicios de salud.

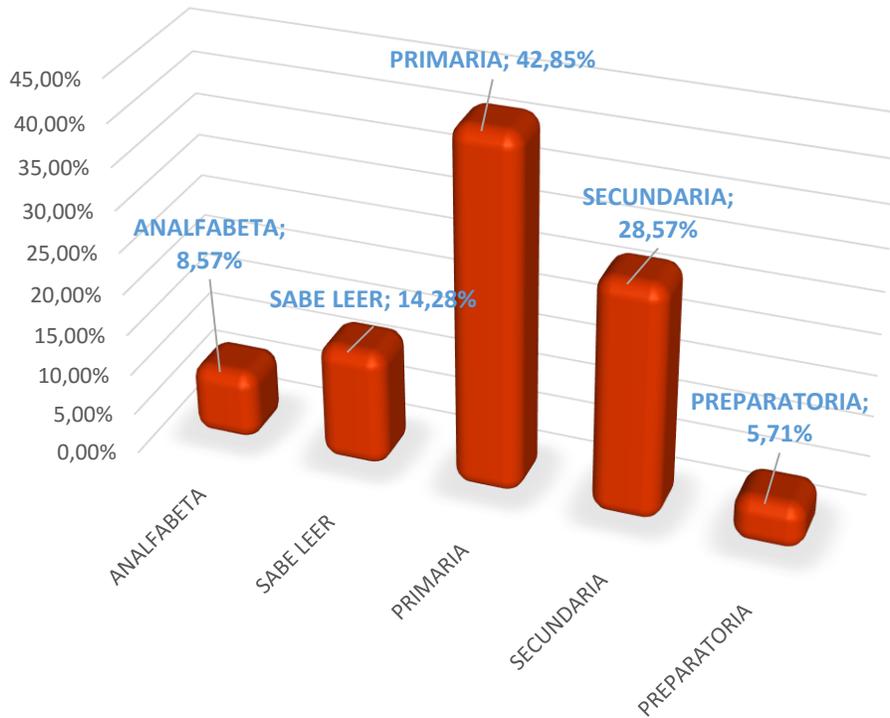
**GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE ACUERDO A NIVEL DE ESTADO CIVIL**



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica podemos observar que más del 48.59% de los encuestados se encuentran casados 7.16% personas divorciados un 1.43% solteros y un 42.82 % viudos. Por lo tanto predomina el estado civil de casado en el grupo así como en segundo lugar la viudez ya que es más frecuente por el grupo de edad estudiada.

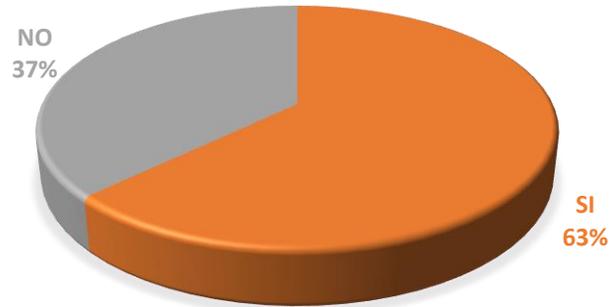
**GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE ACUERDO A SU NIVEL DE EDUCACION**



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica podemos observar que más del 42.85% de los encuestados se encuentran con un nivel de primaria, el 28.57% con nivel de secundaria, el 5.71% con nivel de preparatoria, el 14.28% sabe leer 8.57% y con nivel de analfabetismo.

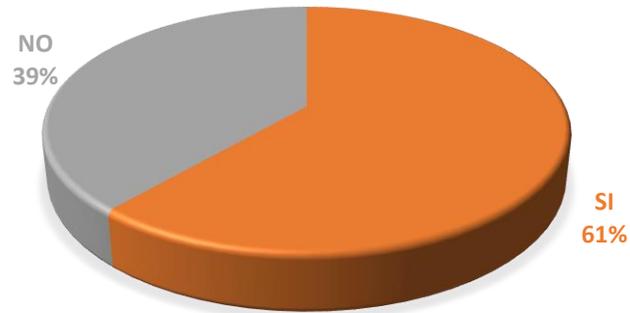
#### GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE ACUERDO A NIVEL DE PORCENTAJE DE PENSIONADOS



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica podemos observar que más del 63% de las personas encuestadas se encuentra en estado de pensión, y el 37% no se encuentra en este gremio.

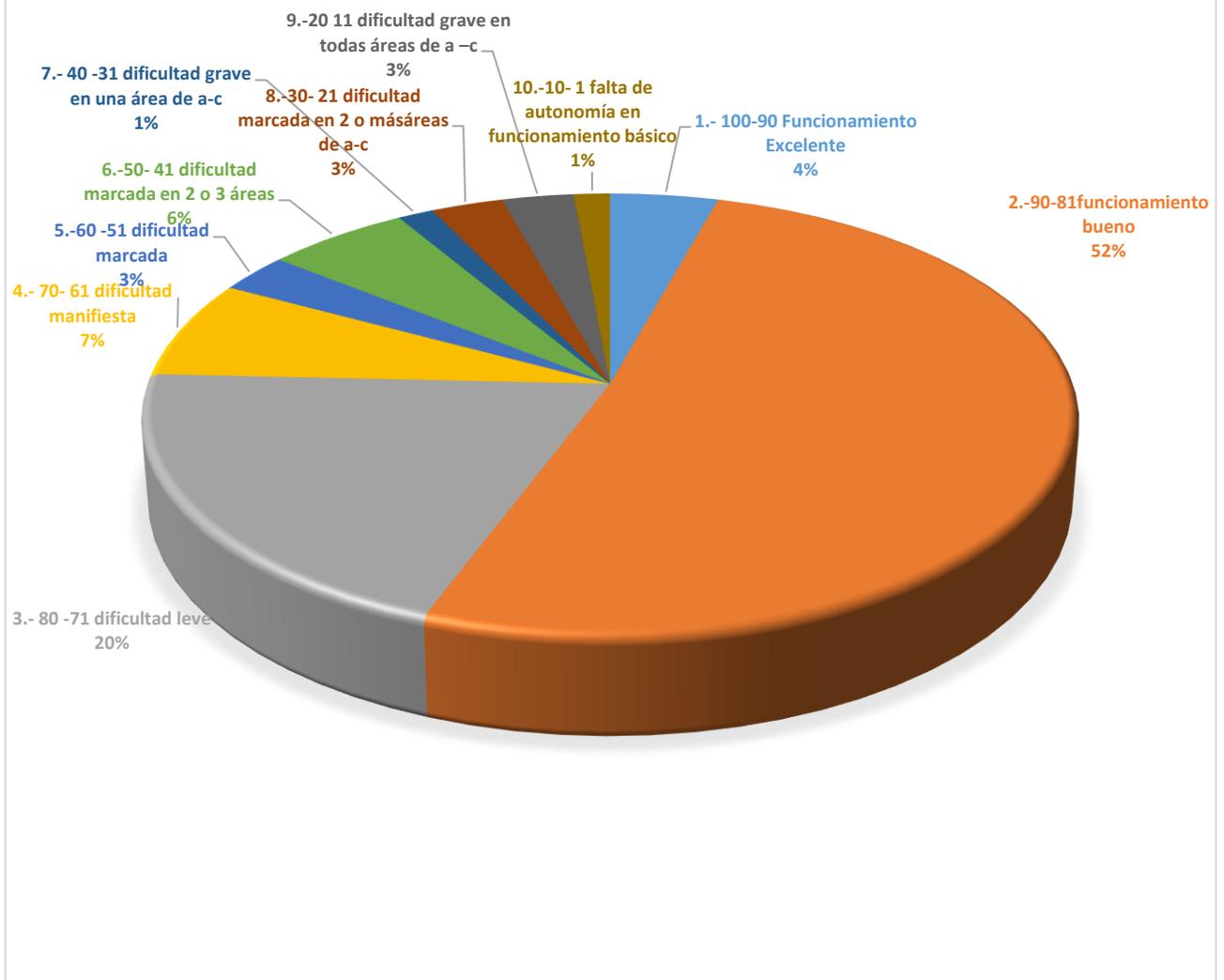
### GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE ACUERDO A NIVEL DE PERSONAS JUBILADAS



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica podemos observar que más del 61% de las personas encuestadas se encuentra en estado de jubilación, y el 39% no se encuentra en este gremio.

**GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR**



Fuente: Escala de Funcionamiento Personal y Social aplicada a pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Magdalena, Sonora 2017.

En esta gráfica en relación al comportamiento personal y su funcionalidad de los pacientes encuestados dentro de la familia nos damos cuenta que la mayoría de los pacientes están en nivel de funcionalidad buena en un 52% mientras que un 20% presenta una dificultad leve mientras que un 1 % presenta dificultad grave, así como una falta de autonomía en el funcionamiento básico esto significa que el medio ambiente influye así como estar viviendo en una región semiurbana con limitaciones en cuanto a la cultura y cuidado así como el tener la mayoría de población en estudio con niveles bajos de escolaridad influye en su funcionalidad dentro de su entorno familiar y la manera en que se integra en las actividades de la vida diaria y su autocuidado personal y social dentro de su ámbito familiar.

## XII. DISCUSIÓN

En México actualmente ha ido en aumento la perspectiva de vida, razón por la cual existen cada día más adultos mayores integrándose en la sociedad y son activamente productivos. En nuestro país una persona anciana es considerada a partir de los 60 años. El envejecer es una experiencia común en el ser humano y poco a poco puede presentar un declive de sus funciones orgánicas, fisiológicas, sensoriales y hasta las cognitivas, si estos signos o síntomas no son detectadas a tiempo el adulto mayor terminara por ser uno más.

El objetivo de nuestro estudio fue identificar en un grupo de 70 personas adultos Mayores su Funcionalidad Personal y Social en su ámbito familiar en Derechohabientes de una unidad de Medicina Familiar UMF 21 en la ciudad de Magdalena de Kino, Sonora. Los hallazgos de este estudio demostraron que los adultos mayores de Magdalena de Kino, se perciben en sus familias con buena funcionalidad.

El nivel alto de porcentaje de funcionalidad familiar percibida por el grupo de adultos mayores del presente estudio contrasta con los hallazgos reportados por Berezaluce, García G, Zavala M quienes ellos reportaron valores de funcionalidad 65.2% , 59% y 69% respectivamente de acuerdo con lo planteado por Busto donde reporta que el 57.6% no presentan disfuncionalidad en el adulto mayor.

Este hallazgo se considera de gran importancia dado que la funcionalidad familiar detectada es un factor protector para evitar trastornos frecuentes de la edad como descuido abandono falta de compromiso en su higiene personal depresión.

Con respecto a la disfuncionalidad personal percibida por los adultos mayores que participaron en el estudio encontramos que estos perciben disfuncionalidad familiar leve a moderado en un 20%, porcentaje más bajo que los reportados por Hernández quien informa que en su estudio el 28% de las personas

encuestadas presentaban disfuncionalidad funcional de leve a moderada así como Zavala con un 35% al momento en que se aplicó el instrumento los adultos mayores se observaban algunos descuidados y algunos expresaron sentirse abandonados por su familia la diferencia de estos resultados se puede relacionar al contexto social y cultural así como familiar de las personas que participaron en cada estudio.

En relación al género de los adultos participantes predominó el género femenino en un 55% contra 44% de género masculino, este hallazgo es similar en lo reportado por Takase y Zavala quienes encontraron respectivamente que tanto el 72.9% y el 60% de los que participaron en su estudio pertenecían al género femenino en diferencia a lo reportado por García quien encontró un porcentaje de 52% de predominio en género masculino.

Por lo tanto al encontrarse niveles adecuados y similares de las dimensiones de la vida familiar, se podría esperar que estos se encuentran a gusto con su familia y se perciben como normo funcionales o con buena funcionalidad lo que coincide con el estudio.

Esto representa un hallazgo de gran valor si se tiene en cuenta que la familia es una institución base de la sociedad, por lo tanto para el adulto mayor representa la necesidad de pertenecer a un grupo es conveniente en este sentido que se fomenten relaciones familiares para implementar armonía y estímulo para el autocuidado del adulto mayor así como su autonomía dentro de la familia.

Se conforma en una fortaleza este estudio el hecho de tener una muestra que represente a esta población, ya que permite tener una aproximación muy válida de la vivencia del adulto mayor dentro de su familia. En relación a las debilidades de este estudio se puede resaltar que la asistencia de los adultos mayores a las unidades de medicina familiar frecuentemente acuden solos sin familiares que los acompañen, razón por la cual en algunos casos se dificultó la recolección de datos.

### **XIII. CONCLUSIÓN**

La mayoría de los adultos mayores perciben una buena funcionalidad dentro de su familia lo que constituye en un factor protector para este grupo dentro de la población teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida se pueden presentar trastornos físicos limitantes que influyen en su autocuidado personal y de cómo se percibe el adulto mayor en su participación como miembro de la familia.

La presencia de niveles bajos de estudio como el de haber llegado a nivel de primaria así como unos cuantos terminan secundaria así como en otros el nivel de analfabetismo influyen en su vida en desarrollarse en un bajo nivel socioeconómico, así como el número de personas con las que convive y relaciona en una misma casa son datos significativos de gran importancia para crear acciones que los integren a la sociedad así como de promoción de la salud en su autocuidado personal.

La buena percepción de cómo el adulto mayor se ve y cómo se desenvuelve en la vida familiar y cómo se integra en las actividades diarias así como su grado de adaptación cooperación integración y capacidad resolutive por parte de los adultos mayores se constituye en un factor de gran importancia dado que se pueden utilizar como factores protectores para evitar tales como abandono apatía complicaciones mayores muy comunes en esta etapa de vida tales como apatía desesperanza y compromiso con el mismo.

Para los ancianos lo más relevante e importante es la relación familiar y la conciencia de que no están solos, de que existe una persona dentro de la familia importante a quien acudir en caso de necesidad, por lo tanto la familia tiene un papel muy relevante en el ámbito de las relaciones socio afectivas y su participación dentro de ella en sus actividades de la vida diaria; ya que esta proporciona de forma ideal en estimular y fomentar los sentimientos de afecto y cuidado , proporcionándole sentimientos de arraigo, seguridad y capacidad de sentirse útil con autoestima confianza y apoyo social al adulto mayor.

#### **XIV. BIBLIOGRAFIAS**

- 1.- Córdova Villalobos J, Ortiz Domínguez M, Hernández Ávila M, Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010 publicado junio 2011.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los Adultos Mayores en México 2012. Los Adultos Mayores en Sonora.
- 3.- Valdez E, Román Pérez R, Cubillas Rodríguez Género Y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora Enero-Marzo 2006 vol. 1
- 4.- Juanas Olivas A, Limón Mendizábal A, Análisis del bienestar psicológico y estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultos mayores Rev. 2013 (22) pág. 153-168
- 5.- Forjaz, M, Rodríguez-Blázquez, Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad; Madrid octubre 2015(revisado junio 2016).
- 6- Giacomani C, Funes D, Guzmán L. Depresión y escolaridad en adultos mayores, Rev .Diálogos sobre educación, 2011 vol. 2 pág. 1-10.
- 7.- Carrasco pena K, Tena Elizalde C, Disfunción Familiar y Desnutrición en el anciano, revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, VOL, 53 número 1, enero- febrero 2015 pp. 14-19 Instituto Mexicano del Seguro social D.F. México
- 8.-Perera Roque M, Hernández Esterlín, Contreras Torres C, Valoración Funcional del Adulto Mayor, Revista Uruguaya de enfermería mayo 2014, 9 (1):1-14.
- 9.- Arteaga Hernández M, Segovia Martha G. Capacidad Funcional y Física y Necesidades Humanas del Adulto Mayor, revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social 2015 pp 29 (1) 17-26.
- 10.- García Mejía M, Moya Polaina L, Quijano M. C, Rendimiento Cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupo de la tercera edad. Rev. Acta neurológica colombiana, 2015, 31(4): pp 398 – 403.

11.- Parte 1 módulos de valoración clínica módulo 7 evaluación social del adulto mayor , Organización Panamericana de la Salud , oficina regional de la organización mundial de la salud.

12.- Valle A, Sarabia Alcocer B, Guerrero C. J. Autocuidado con la personas mayores de la ciudad de San Francisco de Campeche; Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo vol 6, número 11, enero a julio 2015

13 .-Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez E. Estado de salud en el adulto mayor en una atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral, atención primaria 2015 ;47( 6): 329- 335.

14.- Guía de referencia rápida, valoración gerontogeriatrica integral del adulto mayor ambulatorio guía de práctica clínica catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS 491-11.

15.- Inapam Instituto nacional de las personas adultas mayores, diario oficial de la federación mexicana 2011.

16.- Velázquez Rodríguez R, Godínez Gómez R, Estado Actual de Capacidades del Adultos Mayores institucionalizados de Colima México, Facultad De enfermería de universidad de colima México Rev. De enfermería, instituto mexicano de seguro social 2012: 20 (2): 91-96.

17.- Valdez E, Román Pérez R, y Cubillas rodríguez M, Centro de investigación y desarrollo sonoro, Género y condiciones de vida en el adulto mayor en Hermosillo sonora. ; revista del adulto mayor volumen 6 año 2005.

18.- Sahueza parra M, Castro Salas M, Merino Escobar, Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de auto cuidado av. enferm, XXX (1) 23-31- 2012.

19- Portilla González M, Bascaran Fernández M, Saiz Martínez P, Parellada Redondo M, Bousoño García M, Boves García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 1ra Ed. Oviedo, Ed; CYESAN; 2015. P226-7.

20.- Portilla-García, Sainz P, Bousono M, Validación de la versión Española de la escala de funcionamiento personal y social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable Rev. Psiquiatría y salud mental 2011, (4) 16-17.

21.-Pinillos Patiño Y, Prieto Suarez E. Funcionalidad física de personas mayores no institucionalizados e institucionalizados en barranquilla Colombia Rev. Salud publica 14(3): 438- 447, 2012.

22. . Aguilar R, Félix A, Martínez M, Vega M, Quevedo M, et al. Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [En línea]. Vol 6. Año. 6 No. 4 Oct-Dic 2009 (fecha de acceso: 17 de enero de 2015) disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu2009/eu094c.pdf>

23. . Zavala M. Vidal D. Castro M. Quiroga P. Klassen G. Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. Ciencia Y Enfermería XII (2): 53-62, 2006 Pagina 54 – 55  
(Fecha De Acceso: lunes 30 De abril Del 2012. Disponible en:  
[Http://Www.Scielo.Cl/Pdf/Cienf/V12n2/Art07.Pdf](http://www.Scielo.Cl/Pdf/Cienf/V12n2/Art07.Pdf)

24, Takase I, Mendes M, Martins M, Modesto S, Zunino R, La dinámica de la Familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [En línea]. Mayo-jun. 2011 (fecha de Acceso: 27 de noviembre de 2014). 19(3): disponible en  
: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf)

25. Berezaluce G, Palacios N. Rol social del adulto mayor en las familias del Municipio de Centro, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco 2007  
(Fecha de acceso: 15 de enero de 2014) disponible en:  
[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2007\\_sep\\_dic/04%20Rol%20social%20del%20adulto%20mayor%20en%20las%20famili](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_sep_dic/04%20Rol%20social%20del%20adulto%20mayor%20en%20las%20famili)

a s%20del%20municipio%20de%20Centro.pdf

.Hernández. Y, Pérez. C, Pérez. R, Alejandro Saavedra. A, Alejandro

26. Hernández. Y, Pérez. C, Pérez. R, Alejandro Saavedra. A, Alejandro Tápanes.

A, Legón. A, Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos

Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. La Habana (en línea) 2012. (Fecha de

Acceso: 05 de febrero de 2013 disponible

<http://www.revistahph.sld.cu/rev12012/hph03112.html>

27. Bustos. L, Sánchez. J prevalencia de depresión en adultos mayores

institucionalizado en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su

relación con la percepción de la funcionalidad familiar (en línea) año 2011, pág. 42,

(fecha de acceso: 28 de enero de 2014) disponible en:

<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2082/1/Luisa%20F>

e rnanda%20Bustos%20Angulo.pdf

## XV.- ANEXOS

### Anexo: 2

<p><b>ANEXO 1.</b> <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> 	<p><b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</b> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>	
<p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b></p>		
Nombre del estudio:	Funcionalidad Personal y social del adulto mayor en el ámbito familiar en Derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora.	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	Magdalena de Kino sonora. 03 julio 2016	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Las enfermedades de evolución crónica y las lesiones que padece el adulto mayor lo han delimitado en su actividad física y mental presentando en ocasiones modificaciones para la actividad en su vida y en el autocuidado del adulto mayor es importante tomar en cuenta su funcionalidad y capacidad que este presenta dados los cambio fisiológicos.	
Procedimientos:	Se aplicará encuesta Escala tipo Likert elaborada por Moronsini y colaboradores, por el encuestador al inicio de la jornada de consulta en sala de espera de la unidad de turno vespertino.	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento del estado y función del paciente para mejorar el grado de respuesta y corresponsabilidad del paciente ante su enfermedad y cumplimiento de su tratamiento correctamente para mejorar la evolución de la enfermedad.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregaran confidencialmente al participante.	
Participación o retiro:	Voluntario	
Privacidad y confidencialidad:	Se respetaran ambos principios	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. Elizabeth Martínez, Matricula: 10965297. Adscrito a la Unidad Medicina Familiar Número 21 en Magdalena de Kino, Sonora, Tel: 632 32 88493, Correo Electrónico: erraux2047.lux@gmail.com	
Colaboradores:	Dr. Leopoldo Hernández Chávez Matrícula 99271823 Adscripción Medicina Familiar Adscrito Hospital General de zona con Medicina Familiar No 5 Nogales, Sonora. Teléfono 631130288 correo electrónico. Leopoldo hernandezc@imss.gob.mx Dra. Celina Quintero Lugo, Matrícula 10964789 Adscripción: Medicina Familiar adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 5, Nogales, Sonora. Teléfono 63194489. Correo electrónico: celina.quintero@imss.gob.mx	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
Nombre y firma del sujeto		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1		Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		
<b>Clave:</b>		



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**



Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en los Derechohabientes  
De una Unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino, Sonora

**Escala de Funcionamiento Personal y Social  
(Personal and Social Performance Scale, PSP)**

**14.1.4. Escala de Funcionamiento Personal y Social**

**(Personal and Social Performance Scale, PSP)**

1.- Puntee el grado de disfunción del paciente durante el **último mes** en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los **criterios operativos** que a continuación se facilitan. Observe que existen unos criterios comunes para las áreas a) a c) y otros criterios específicos para el área d).

Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy Grave
a) Autocuidado	( )	( )	( )	( )	( )
b) Actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio	( )	( )	( )	( )	( )
c) Relaciones personales y sociales	( )	( )	( )	( )	( )
d) Comportamientos perturbadores y agresivos	( )	( )	( )	( )	( )

**Niveles de gravedad áreas a a c**

- 1.- Ausente
- 2.- leve: solamente conocida por alguien muy cercano a la persona
- 3.- Manifiesta dificultades claramente perceptibles por cualquiera, aunque no interfieren sustancialmente con la capacidad de la Persona para realizar su rol en dicha área. Teniendo en cuenta el contexto sociocultural, edad, sexo y nivel de educación de la Persona.
- 4.- Marcada las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño del rol en esta área. Sin embargo, la persona todavía es capaz de realizar algunas cosas sin ayuda profesional o social, si bien inadecuada u ocasionalmente; si es ayudado por alguien es capaz de alcanzar el nivel de funcionamiento anterior.
- 5.- Grave; dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar cualquier rol en esa área si no es ayudada profesionalmente, o lleva a la persona a un rol destructivo, sin embargo no hay riesgos de supervivencia.
- 6.- Muy grave: deterioros y dificultades de tal intensidad como para poner en peligro la supervivencia de la persona. El riesgo de Suicidio debe tenerse en cuenta tan solo en la medida en que la rumiación suicida interfiere con el funcionamiento social

**Niveles de Gravedad área d**

1. Ausente.
2. Leve: grosería, insociabilidad o quejas leves.
3. Manifiesta: hablar demasiado alto o hablar con otros de una forma demasiado familiar o comer de una forma socialmente inaceptable.
4. Marcada: insulta a otros en público, rompe o tira objetos, actúa frecuentemente de una forma socialmente inapropiada pero no peligrosa (p.ej., desnudarse u orinar en público), no ocasionalmente.
5. Grave: amenazas verbales o agresiones físicas frecuentes, sin intención ni posibilidad de lesiones graves, no ocasionalmente.
6. Muy grave: actos agresivos dirigidos a o con gran probabilidad de causar lesiones graves, no ocasionalmente.

Un comportamiento perturbador o agresivo se considera sólo ocasionalmente si ha tenido lugar sólo 1-2 veces durante el periodo evaluado y los profesionales y cuidadores creen que es muy improbable que vuelva a producirse en los próximos 6 meses. Si el comportamiento se considera «ocasional», la puntuación debería reducirse 1 grado (p.ej. de grave a marcada)

2. Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: a) actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio) relaciones personales y sociales) autocuidado; y d) comportamientos perturbadores y agresivos.

100-91 Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado/a en un amplio rango de intereses y actividades.

90-81 Funcionamiento bueno en las 4 áreas, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes.

80-71 Dificultades leves en una o más áreas de la a) a la c).

70-61 Dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas de la a) a la c),o dificultades leves en d).En el área b) incluya aquí el empleo protegido si el rendimiento es bueno.

60-51 Dificultades marcadas en sólo una área de la a) a la c) o dificultades manifiestas en d).

50-41 Dificultades marcadas en dos o tres áreas de la a) a la c),o dificultades graves en sólo una área de la a) a la c) sin dificultades marcadas en las otras 2 áreas; no dificultades marcadas en d).

40-31 Dificultades graves en sólo una área de la a) a la c) y dificultades marcadas en al menos una de las otras dos; o dificultades marcadas en d).

30-21 Dificultades graves en dos áreas de la a) a la c);o dificultades graves en d),incluso si no hay dificultades graves o marcadas en las áreas de la a) a la c).

20-11 Dificultades graves en todas las áreas de la a) a la c);o muy graves en d),incluso si no hay dificultades graves en las áreas de la a) a la c).Si la persona reacciona a provocaciones externas, se sugiere puntuaciones entre 20 y 16;si no, las puntuaciones sugeridas son entre 15 y 11

10-1 Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgo de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, por ejemplo riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5).

3. Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos.

\*El nivel de disfunción en otras áreas deberá tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (p. ej., de 31 a 40),como:

- Cuidados de salud física y psicológica.
- Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda.
- Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial.
- Relaciones íntimas y sexuales.
- Cuidado de los niños.
- Red social, amigos y colaboradores.
- Ajuste a las normas sociales.
- Intereses generales.
- Uso del transporte, teléfono.
- Estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis.

\*El riesgo y el comportamiento suicida no se tienen en cuenta en esta escala.

4. Registre, entre 1-100,la puntuación final:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**



**Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el ámbito Familiar en  
Derechohabientes de una unidad de Medicina Familiar en Magdalena de Kino,  
Sonora.**

**Anexo 3: TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

<b>Encue sta</b>	<b>Ed ad</b>	<b>Gen ero</b>	<b>Esta do Civil</b>	<b>Grado Acadé mico</b>	<b>Jubil ado</b>	<b>Pensio nado</b>	<b>Funciona lidad personal</b>	<b>Funciona lidad social</b>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								



ANEXO 4.- Consentimiento de la Unidad



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21  
MAGDALENA DE KINO, SONORA

Magdalena de Kino, sonora a 04 de julio 2016

**DR ABELARDO MEDINA SERRANO**

Director Unidad De Medicina Familiar No.21

Por medio de la presente y de la manera más atenta me permito solicitar su autorización para realizar recopilación de datos mediante la aplicación de una encuesta a los derechohabientes como parte del proyecto de investigación: **Funcionalidad Personal y Social del Adulto Mayor en el Ámbito Familiar en derechohabientes de Una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Magdalena de Kino, Sonora.** La encuesta se aplicara a un total de 70 pacientes en etapa de adultos mayores. Es relevante mencionar que esta investigación cubre con los códigos de ética vigentes para la investigación en seres humanos, además de que su nivel de riesgo es mínimo ya que no implica intervención invasiva, solo la recopilación de la información mediante la encuesta, quedando implícito que los datos aquí recabados solo serán usados para fines estadísticos, no mostrando ni exponiendo identidad del participante. Por las características del tema, los hallazgos del presente serán de gran relevancia y utilidad para la unidad.

Sin más por el momento agradezco su atención me pongo a sus órdenes para cualquier aclaración.

Dra. Elizabeth Martínez M.  
Alumno del Curso de Especialización  
De Medicina Familiar para médicos Generales.  
De I.M.S.S. Nogales, sonora

Dr. Abelardo Medina Serrano  
Director de unidad de, Medicina Familiar, 21  
Magdalena de Kino, sonora

**ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

<b>AÑO</b>	<b>SEMESTRE</b>	<b>ACTIVIDAD PROGRAMADA</b>	<b>PRODUCTO ESPERADO</b>
2016	Febrero	Capacitación sobre metodología de investigación.	Obtener la información necesaria para la elaboración de un protocolo de investigación.
	Marzo	Planteamiento del problema Realización de bibliografía Investigación del tema Construcción del marco teórico Justificación Objetivos Hipótesis Materiales y métodos	Seleccionar el tema de estudio basado en la formulación de la pregunta de investigación y las necesidades de ambos. Obtener un banco de referencias para la elaboración del protocolo Inicio de redacción de marco teórico.
	Abril	Revisión del proyecto por colaborador	Completar la elaboración del protocolo de acuerdo a guía IMSS.
	Mayo	Recursos humanos, físicos y financieros.	Obtener el protocolo completo
		Cronograma de actividades	Concluir el protocolo de investigación.
		Revisión con colaborador.	Terminar el protocolo de investigación.
	Septiembre	Registro ante SIRELCIS	Obtener respuesta favorable del CLIES. Autorización protocolo de investigación y respuesta puntual de revisores del CLIEIS.
		Espera de resultados para continuar con el proyecto.	Esperar resultados.
2017	Febrero-marzo	Realización de Encuestas	Inicio de encuestas.
2018	Febrero -Jun	Redacción de Tesis	Culminación de proyecto de investigación.