



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

“DR. JESÚS VARELA RICO”

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO

**GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON
POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LORENA GRISELDA GÓMEZ AGUILAR.

Registro de autorización: R-2017-1408-53



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

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO.

2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON
POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64.**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. LORENA GRISELDA GÓMEZ AGUILAR.

AUTORIZACIONES:

DRA. ELIZABETH NICOLAS CARRAZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO.60 "DR. JESÚS VARELA RICO".

DRA. EUGENIA DEL ROCÍO RIVERA TELLO.
ASESOR DE TESIS. MÉDICO FAMILIAR.

DR. FRANCISCO VARGAS HERNÁNDEZ.
ASESOR DE TESIS. MÉDICO FAMILIAR.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64

DR. ISAAC PÉREZ ZAMORA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.60

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN.
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA.
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.



DELEG. DEL ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO.



2020.

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

**GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON
POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64.**

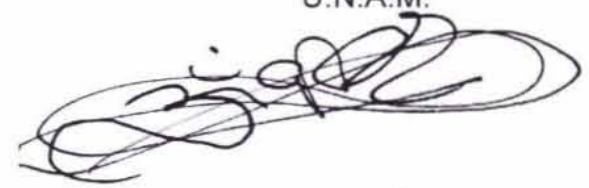
**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA. LORENA GRISELDA GÓMEZ AGUILAR.


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.



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

AGRADECIMIENTOS

A mis **padres** por ser ese roble que no me deja caer, por brindarme su apoyo incondicional.

A mis **hermanos** porque siempre han creído en mí, que a pesar de no estar físicamente juntos, siento su respaldo y cuidado.

Especialmente a la **Dra. Mónica Osorio Granjeno y la Dra. Zayda Benavides Orozco**; gracias por su paciencia, motivación, ayuda y guía durante la elaboración de este proyecto.

A todos **los médicos** que contribuyeron en mi formación así como a la afinación de mis conocimientos y a todos esos libros abiertos siempre dispuestos a enseñarnos algo nuevo: los pacientes.

ÍNDICE.

Capítulo 1.	Página.
Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	14
Justificación.	15
Hipótesis.	18
Objetivos.	19
Capítulo 2.	
Sujeto material y métodos.	20
Diseño.	20
Grupo de estudio.	21
Variables.	25
Descripción del estudio.	31
Factibilidad y aspectos éticos.	33
Recursos.	37
Capítulo 3.	
Resultados.	38
Tablas y gráficas.	41
Discusión.	54
Capítulo 4.	
Conclusiones.	58
Recomendaciones.	59
Referencias bibliográficas.	60
Capítulo 5.	
Anexos.	64

RESUMEN.

Gómez AL. **Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.**

Antecedentes. El apoyo social es un factor que contribuye para que el adulto mayor tenga un mejor estado de salud; su déficit se relaciona con descontrol en comorbilidades y mayor consumo de fármacos. **Objetivo.** Identificar el grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64. **Material y métodos.** Se realizó una encuesta descriptiva, transversal aplicada a adultos mayores de 60 años con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64. A los cuales, se les aplico el instrumento Medical Outcomes Study-Social Support Survery) MOSSSS; además se interrogó acerca del número de medicamentos, tipo de medicamentos y enfermedades presentes en los adultos mayores. La técnica de muestreo es no probabilístico por conveniencia. **Resultados.** Se entrevistaron 190 adultos mayores con polifarmacia de la UMF No. 64 del IMSS, todas las encuestas fueron contestadas en su totalidad por lo que no se eliminó ninguna. Los Resultados se obtuvieron por medio del cuestionario MOS-SSS: en cuanto al grado de apoyo social máximo se encontró un 53.7%; un grado medio en un 38.4% y grado mínimo en 7.9%. **Conclusiones:** Prevalencia del grupo etario entre 60 a 69 años; predominando el género femenino; con escolaridad primaria. Consumiendo mayormente 4 medicamentos diarios. Siendo los más utilizados para la presión alta en la población estudiada. Siendo la cantidad de 1 amigo la más frecuente. Se observó que el grado máximo de apoyo social fue el prevaleciente.

Palabras clave. Adultos mayores, apoyo social, polifarmacia.

ABSTRACT.

Gómez AL. **Level of social support for older adults with polypharmacy, assigned to the UMF 64.**

Background. Social support is a factor contributing to a better state of health for older adults; its deficits derive in comorbidities dyscontrol and higher consumption of drugs. **Objective.** To identify the level of social support for older adults with polypharmacy assigned to the UMF 64. **Material and methods.** A descriptive, cross-sectional survey was applied to adults older than 60 years with polypharmacy, assigned to the UMF No. 64. They were applied the Outcomes Study-Social Support Survey) MOS-SSS; additionally, they were questioned about the number of drugs, type of drugs and diseases present in older adults. The sampling technique is a non-probability convenience sampling. **Results:** 190 older adults with polipharmacy assigned to the IMSS' UMF No. 64 were interviewed; all surveys were fully answered, therefore, none was dismissed. Results were obtained through MOS-SSS scale; a maximum social support of 53.7%, a medium level of 38.4%, and a minimum level of 7.9% have been shown. **Conclusions:** There is prevalence of people aged 60 to 69, females, with primary schooling, consuming mainly 4 daily drugs. The most used drugs in the studied population were for high blood pressure. 1 friend was the most frequent amount shown. The maximum level of social support prevailed.

Keywords. Older adults, social support, polipharmacy.

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES.

El envejecimiento saludable está relacionado con el proceso demográfico, sin embargo, modificaciones orgánicas y funcionales son fruto del envejecimiento individual y biológico, y aceptarlo es relevante como parte esencial de la vida. El aumento de la esperanza de vida ha sido un gran avance en salud pública, no obstante, los individuos están viviendo en condiciones que no son las más adecuadas; pobreza, desigualdad, discriminación, abandono y problemas sociales, comprometiendo la salud de los adultos mayores y favoreciendo la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, lo que conlleva a un fenómeno llamado polifarmacia.

En América latina y el Caribe, se está produciendo un envejecimiento poblacional y constituye un proceso generalizado, todos los países se van convirtiendo en sociedades más envejecidas, las causas: el descenso de mortalidad y fecundidad, el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, el incremento de la población y los procesos de migración; la esperanza de vida se ha incrementado, en especial para los grupos con mayor nivel de instrucción e ingresos económicos. La población de 60 años o más presenta tasas de crecimiento del orden 2.4% contra 1.7% que se advierte en el total de la población; el grupo de adultos aumento de 616 millones en el año 2000 a 1 209 millones en el 2025. En América latina, del total de la población 7.2% cuenta con 60 años o más y 4.8% con 65 y más. Los individuos de la tercera edad han pasado de 42.5 millones en el año 2000 a 96.9 millones en el 2015, lo que significa una duplicación en menos de 25 años. ⁽¹⁾

APOYO SOCIAL.

Se ha encontrado que el apoyo social influye en la aparición de enfermedades crónicas degenerativas. Varios estudios muestran que las personas con menos relaciones tienen un mayor riesgo de enfermarse que aquellos con más relaciones sociales, y que el riesgo de enfermarse disminuye con el aumento en el número de contactos personales. El apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre la salud en la vejez. Varios estudios revelaron una asociación entre la falta de red social y la mortalidad. ⁽²⁾

Las personas mayores pierden progresivamente las capacidades funcionales, favoreciendo así la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y sus consecuencias, siendo una de ellas la polifarmacia, requiriendo cuidados en el hogar y cambiar la vida cotidiana. Los cambios a causa del envejecimiento generan que muchas personas mayores necesiten ayuda para realizar las actividades diarias. ⁽³⁾

En las últimas décadas son numerosos los estudios que se han venido desarrollando acerca de 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. ⁽⁴⁾

La interacción entre lo individual y lo social de la vejez y el envejecimiento crean un escenario social que determina las acciones en los adultos mayores, es decir, hablar de polifarmacia en el adulto mayor, implica considerarlo como parte de un núcleo familiar, ya que la familia es fundamental en el apoyo social que todo paciente necesita. ⁽⁵⁾

Cabe mencionar, la definición de apoyo social enunciada por Cobb et al. (1976) quienes afirman que el apoyo social es la extensión con la que los individuos perciben o creen que son amados, estimados, e incluidos en la familia, grupos de amigos y otros significativos. Además Vaux et al. (1986) sostienen que el apoyo social es un meta-constructivo compuesto al menos por tres constructos: (a) el apoyo como una red de recursos de apoyo (por ejemplo, el tamaño de red, estructura y subagrupaciones de apoyo), (b) actos de apoyo específico (por ejemplo, escuchar, reconfortar, préstamo de dinero, socialización, asistencia y ayuda en tareas pertinentes), (c) apreciación de apoyo (por ejemplo percepción o creencias de que uno es amado, cuidado por otro, respetado y/o que es auxiliado cuando se tienen necesidades sociales).⁽⁶⁾

El apoyo social permite obtener los recursos necesarios del ambiente cuando estos resultan indispensables para los individuos (Pierce et al., 1996), de modo que puedan afrontar apropiadamente las exigencias que les presenta una determinada situación. En el caso del adulto mayor con múltiples patologías, la principal fuente de recursos para afrontar los efectos de las mismas, es la familia.⁽⁷⁾

Otro término utilizado al hablar de apoyo social es la red de apoyo social, la cual está conformada por un conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan, efectiva o potencialmente, uno o varios tipos de ayuda que incluyen la compañía, el apoyo emocional, la ayuda práctica, económica y la guía cognitiva o consejo (Sluzki 1996).⁽⁸⁾

La red de apoyo social de las personas adultas mayores abarca distintos elementos como componentes de la red. Entre ellos se encuentran el tamaño, los integrantes que forman parte de la familia (abuelos, padres, hijos, nietos), otros miembros de la red (amigos, vecinos, profesionales de instituciones, otros), el apoyo emocional, material, instrumental o informativo (de la red en general, la familia cercana y extensa, los amigos, otros), la satisfacción con el apoyo recibido y frecuencia de contacto general con los miembros. Cabe mencionar que la red de apoyo se clasifica en primaria, secundaria o extrafamiliar y redes institucionales o

formales. La red social primaria está conformada por la familia, los amigos y los vecinos; las redes secundarias o extrafamiliares son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas así como las relaciones laborales o de estudio; y las redes institucionales o formales integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo en los distintos niveles (federal, estatal y municipal).⁽⁹⁾

Morlan et al. (2011) realizaron una investigación acerca del apoyo familiar en adultos mayores diabéticos de la UMF 64 donde encontró predominio del apoyo familiar alto en adultos mayores diabéticos con deterioro cognitivo y en segundo lugar un apoyo familiar medio, con predominio de apoyo familiar alto en hombres y medio en mujeres.⁽¹⁰⁾

Herrera et al (2015) realizaron una investigación donde se encontró apoyo social normal 83%, bajo 17% y la calidad de vida sumamente afectada en un 60%, y 40% nada afectada, referente a la escolaridad la más frecuente fue la primaria en un 44%, ocupación actividades de apoyo en un 41.9%.⁽¹¹⁾

El constructo de apoyo social intenta contemplarse como un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo o estructural de apoyo social se refiere al abanico e interconexión de recursos que lo posibilitan, y como indicador se utilizan 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 refieren 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: a) emocional (empatía, cuidado, amor y confianza), b) instrumental (conductas específicas que ayudan a quien lo necesita), c) informativo (otorga conocimientos a persona afectada, a fin de que pueda enfrentar situaciones problema), d) evaluativo (transmisión de información); y e) redes, dimensiones que se refiere a la fuente de donde proviene el apoyo: familia, amigos, vecinos, etc. Algunos de los instrumentos contruidos para evaluar el apoyo social parten de este modelo para establecer sus unidades de medida. ⁽¹²⁾

Existen varios instrumentos que se utilizan para evaluar el apoyo social que reciben los adultos mayores, que se caracterizan principalmente por su heterogeneidad, sin embargo, en México existen pocas investigaciones donde se utilicen estos instrumentos en ancianos con polifarmacia. ⁽¹³⁾

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el apoyo social, es el cuestionario *Medical Outcomes Study* (MOS por sus siglas en ingles) que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, mantiene la ventaja de su brevedad y sencillez, que permite su aplicación en las consultas de los centros de salud. ⁽¹⁴⁾

El instrumento MOS-SSS, 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. Dicho instrumento ha sido validado en población latina, específicamente en Colombia. Los resultados reportaron un alfa de Cronbach entre el componente bastante favorable, de .927. Se validó la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes.

El instrumento de medición para el apoyo social, MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survery), 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 (número de amigos íntimos y familiares cercanos), es decir, la red social primaria, mientras que con los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: a) apoyo emocional/informacional, como expresión de afecto o comprensión empática, guía de consejo e información (formado por 8 ítems: 10,11, 15,16,20,23,24 y 26); b) interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien (formado por 4 ítems: 14,18,21 y 25); c) apoyo afectivo, con demostraciones reales de amor, cariño o empatía (formado por 3 ítems: 13,17 y 27), y d) apoyo instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir (formado por 4 ítems: 9;12,19 y 23). Se puede obtener un índice global de apoyo social por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional. ⁽¹⁵⁾

A continuación, se citan algunas investigaciones relacionadas con el apoyo social y redes de apoyo en el adulto mayor: Zapata et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo transversal, donde determinaron a través de la experiencia de la población, el apoyo social recibido por los 239 adultos mayores del área urbana del municipio de Angelópolis, Antioquia, Colombia. Los encuestados principalmente fueron mujeres (59.8%) y el restante fueron hombres (40.2%). Se encontró que la edad mínima fue de 60 años y la máxima edad de 100 años con un promedio de edad de 71 años. El nivel educativo predominante en esta población es la primaria, un alto porcentaje de adultos mayores (69.8%) tenía este nivel de escolaridad; en segundo lugar se encuentra el grupo de adultos mayores sin ningún nivel educativo (16.7%), continuando con los adultos mayores que realizaron secundaria en un (13%) y solo un (0.8%) tenían estudios universitarios. Se encontró que hay diferencias entre la percepción de soledad por sexo, encontrando mayor percepción de soledad en las mujeres (53.8%), en comparación con la percepción de los hombres (30.3%); diferencia que es estadísticamente significativa ($p < 0.0000$). Adicionalmente se evidencio que la mayoría de los adultos mayores de sexo masculino convivían con la esposa, representando un 57.3% contra el 39.9% de las

mujeres que convivían con el esposo. El apoyo de otras personas del ámbito social como es el caso de los amigos, satisface a los adultos mayores de ambos sexos, quienes en un alto porcentaje opinaron que se sienten satisfechos con el apoyo que reciben de sus amigos (78.1% en hombres y 61.5% en mujeres). La convivencia familiar fue satisfactoria en un 70% por parte de las mujeres y en los hombres en un 80%. El 16.7% se encontraron insatisfechos, con la convivencia familiar y el 4.5% se encontraron altamente insatisfechos, pero no hubo diferencia estadísticamente representativa por diferencia de sexo. ⁽¹⁶⁾

Asimismo, Fong et al. (2013) realizaron una evaluación de los recursos sociales en algunos ancianos ingresados en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario “Dr. Ambrosio Grillo” Portuondo de Santiago de Cuba. Identificaron que 103 ancianos tenían de 60 a 69 años (42.7%), seguidos del grupo de 70 a 79 años. El sexo masculino predominó en los longevos (5.8%). Respecto a escolaridad, 46.6% tenían escolaridad primaria, 4.9% tenían escolaridad universitaria y 16.5% eran analfabetas. En cuanto a las relaciones sociales (60.2%), adultos mayores sus relaciones sociales no eran satisfactorias. Respecto a los recursos sociales, fueron excedentes en mujeres (45%), en tanto que en 36.5% de los hombres fueron medianamente deteriorados. ⁽¹⁷⁾

Por otro lado, respecto a la red de apoyo social, Domínguez et al. (2013) seleccionaron por un muestreo no probabilístico, a 464 personas (87.4% mujeres) que cuidan a familiares adultos mayores dependientes funcionales. Las edades de los adultos mayores que reciben cuidados fluctuaron entre los 60 y los 102 años (media 78.5, desviación estándar igual 8.5). Respecto al parentesco con el adulto mayor, 38.1% reciben los cuidados, 76.2% tenían una relación filial con el receptor de cuidados, 6.9% era cónyuge, 5.2% nieta(o), 4% hermano, y el 7.8% reportó otro parentesco (nuera, sobrina, prima etc.). De los participantes, 61.1% vivían con el adulto mayor y 38.9% no, pero lo visitaban por lo menos una vez a la semana. ⁽¹⁸⁾

Respecto a investigación relacionada con redes de apoyo social en adultos mayores, Suarez et al. (2015) realizaron una investigación descriptiva simple en 85

adultos mayores que asistieron a consulta de geriatría del Policlínico “Joaquín Albarrán” Cuba. Predominó el sexo femenino, representando el 68.24%, mientras que 31.75% fueron hombres. Se evidencio la carencia de redes de apoyo social en el 83.87%.⁽¹⁹⁾

De igual forma, Yarce et al. (2015) en la ciudad de Bogotá Colombia, realizaron una investigación descriptiva simple a fin de determinar las redes de apoyo en el adulto mayor, obteniendo los siguientes resultados: 28% nunca se comunican con alguien cuando necesitan hablar, 32% no tienen quien los aconseje cuando tienen algún problema, 34% nunca han necesitado de ayuda de otro, 36% nunca han necesitado de otra persona y un 37% nunca ha necesitado a alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. Respecto a la dimensión instrumental, 36% siempre necesitan de otro, 41% siempre tienen quienes los lleven al médico, 46% siempre requieren que le preparen la comida, el 38% necesitan que les ayuden a sus tareas domésticas. En cuanto a la dimensión de interacción social, el 38% de los adultos mayores pocas veces tienen tiempo de esparcimiento. 37% tiene a alguien con quien relajarse, 39% nunca tienen con quien divertirse. Por último, en el análisis de la dimensión apoyo afectivo, 39% nunca ha tenido quien le demuestre afecto u amor. 35% tienen a alguien que los abrace y el 34% han sentido ser queridos.⁽²⁰⁾

No existen investigaciones donde se describa el apoyo social en adultos mayores con polifarmacia, sin embargo Serra et al. (2014) realizaron una investigación descriptiva simple en 261 adultos mayores con polifarmacia de Cuba, donde 243 (93.1%) pacientes vivían acompañados de familiares, 6 (2.3%) vivían solos y 12 (4.6%) acompañados por otra persona. Según el sexo, se observó que la polifarmacia predomino en el sexo femenino (67.5%); se encontraron diferencias en comparación con el masculino. En cuanto al nivel educacional, predominó el primario con 102 casos (39.1%). El grupo de edad que más casos de polifarmacia presentó fue el de 60 a 64 años, con 80 pacientes (30.6%), resulto menos frecuente en el grupo entre 80 y más años, con solo 18 pacientes (6.9%). Con respecto al comportamiento del consumo de medicamentos y su relación con la edad, se

apreció que el grupo de 60 a 64 años fue el mayor consumidor de medicamentos de forma habitual, con un promedio de hasta 5 fármacos. No se comportó de igual manera para el consumo de 6 medicamentos o más, en el que el grupo más afectado fue el de 70 a 74 años. Respecto al tipo de medicamento consumido, 234 pacientes (89.6%) consumían medicamentos cardiovasculares, 223 pacientes (85.4%) consumían analgésicos y antiinflamatorios y 118 pacientes (45.2%) consumían diuréticos. En relación con las enfermedades que se vinculan con mayor frecuencia a la polifarmacia en el anciano, existe una mayor correlación entre la polifarmacoterapia y los que sufren enfermedades del sistema cardiovascular, 227 pacientes (86.9%); seguidas de las osteomioarticulares en 198 pacientes (75.8%) y las endocrinas metabólicas en 124(47.5%). (21)

El ser humano precisa ayuda de sus semejantes, especialmente en 2 etapas de la vida: la infancia y la senectud. Como ya se ha observado, los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en la tercera edad, se asocian a las numerosas patologías que padecen en esta etapa de la vida. Es por esta razón, que no resulta extraño pensar que el adulto mayor que cursa con múltiples patologías y que por ende toma varios medicamentos, requiera de mayor ayuda de su familia y otras redes de apoyo. (22)

ADULTO MAYOR.

Queda claro que uno de los grupos más vulnerables, son los adultos mayores, tanto por la aparición de enfermedades crónicas degenerativas como por la falta de apoyo social, por lo que a continuación se hace mención de aspectos importantes a considerar en este grupo etario. De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS), se considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. El envejecimiento de la población es un fenómeno que no es exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general. (23)

La población de adultos de 60 años o más, en México representó en 2010 el 9.06% del total de la población y se espera que para 2050 alcance una cifra de

27.7%. La esperanza de vida es de 74.5 años con cinco años más para las mujeres. El analfabetismo en mayores de 60 años es de 24.6% y 63.1% presenta rezago educativo. ⁽²⁴⁾

Garrocho y Campos (2005), establecen que la vejez es fijada mediante la legislación de cada país. En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana considera adulto mayor a la persona de 60 años o más, al igual que el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), 2011. ⁽²⁵⁾

En la actualidad, México se considera un país joven, sin embargo presenta un proceso de envejecimiento moderado de su población que ocasionara a mediano y largo plazo consecuencias en aspectos como la salud, la economía y las relaciones sociales. ⁽²⁶⁾

El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo que se produce en el individuo, es condicionado por la sociedad, la calidad de vida y los modos de vida, es en sí mismo un proceso que está directamente relacionado con la forma en que la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. De tal forma que los cambios sociales, limitaciones en la calidad de vida y estilos de vida pocos saludables tienen un impacto directo en la salud de los individuos, sobre todo en el adulto mayor, donde aparecen enfermedades o bien, complicaciones de las mismas. ⁽²⁷⁾

POLIFARMACIA.

Debido al acelerado envejecimiento poblacional, el problema de la polifarmacia entre los adultos mayores se ha convertido en una preocupación cada vez mayor para los sistemas de salud y la población en general. La polifarmacia es cada vez más reconocida como un problema importante de salud en países en vías de desarrollo, donde un menor control en la prescripción y entrega de medicamentos es frecuente. ⁽²⁸⁾

Vale la pena mencionar que la polifarmacia se define como el uso de múltiples medicamentos por un mismo paciente. Según la guía de práctica clínica la definición

de polifarmacia está dado por la utilización de 4 o más fármacos. Mientras que la polifarmacia más comúnmente se refiere a los medicamentos prescritos, es importante tener en cuenta también el número de recetas y suplementos herbarios que son utilizados. (29)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de uso irracional de medicamentos al hecho de recibir un medicamento apropiado para la necesidad clínica del paciente, en las dosis necesarias a sus requerimientos, por un tiempo adecuado y a un menor costo para él y la comunidad. Por otro lado, se reporta que más del 50% de todos los medicamentos expedidos son consumidos por adultos mayores; más del 80% de las personas adultas mayores toman al menos una medicación diaria y 75% no informa a su médico que usa tratamientos no convencionales. (30)

Al respecto, Serra et al. (2013) realizaron una revisión bibliográfica utilizando métodos de análisis documental, análisis-síntesis e inducción- deducción, concluyendo lo siguiente: entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y medicageriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no solo a nivel científico, sino también familiar y social. Además, Serra et al. Refieren que la presencia de varias enfermedades y dolencias lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos. Según estudios en nuestro país, 81% de los ancianos toman medicamentos y de ellos dos terceras partes ingieren más de un fármaco habitualmente, esta cifra aumenta con la edad y hasta 30% de las personas mayores de 75 años toman más de tres fármacos. (31)

Respecto a las investigaciones relacionadas con polifarmacia en el adultos mayor, se pueden citar las siguientes: Santibáñez-Beltrán et al. (2013) realizaron un estudio descriptivo simple en 131 adultos mayores con polifarmacia, pertenecientes

a dos Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Querétaro, México. Predomino el sexo masculino con 50.4% (IC 95% 62.0-77.8), la escolaridad primaria o menos con 41.2% (IC 95% 33.0-49.8) y tener remuneraciones económicas con 63.7% (IC 95% 55.5-71.9). Las patologías predominantes fueron la hipertensión arterial sistémica con 89.3% (IC95% 84.0-94.6), la diabetes mellitus con 59.5% (IC 95% 51.1-67.9) y la enfermedad articular degenerativa con 23.7% (IC 95% 16.4-31.0). El promedio de fármacos en los pacientes con polifarmacia fue de 7.46 (IC 95% 6.97-7.95) y predomino el uso de seis fármacos con 16.8% (IC 95% 10.4- 23.2). ⁽³²⁾

Asimismo, Martínez-Arroyo et al. (2014) en Monterrey, Nuevo León realizaron un estudio ambispectivo en pacientes mayores de 70 años ingresados al servicio de cardiología. La polifarmacia estuvo presente en 337 pacientes (84.5%) y ausente en 69 pacientes (15.5%). La cantidad de medicamentos administrados vario en un rango de 0 como mínimo, a 15 medicamentos como máximo con una media de 6.9 más menos 2.7 medicamentos. ⁽³³⁾

Por otro lado, Cervantes et al. (2014) realizaron un estudio transversal descriptivo, en usuarios ambulatorios, de ambos sexos, derechohabientes del IMSS en atención primaria de 5 UMF de Querétaro, México, a fin de determinar la frecuencia de polifarmacia y los recursos sociales. Donde el promedio de edad correspondió a 72.32 años (Intervalo de Confianza 95% 67.3 – 77.4), predomino el sexo femenino con 63.3% (IC 95%; 57.8-68.8), la prevalencia de polifarmacia fue de 54.7% (IC 95% 49.1-60.3) y predominó tener recursos sociales medianamente deteriorados en el 48% (IC 42.3-53.7). ⁽³⁴⁾

Como podemos observar, derivado del aumento de la población adulta mayor, esta constituye hoy un elemento primordial en investigación médica y social, y aunque es importante la longevidad también lo es que transcurra con una mejor calidad de vida para el adulto mayor, siendo uno de los aspectos esenciales a considerar en el manejo de la polifarmacia, el apoyo familiar.

El bienestar en los ancianos con múltiples comorbilidades y polifarmacia, depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico; de ahí la importancia de identificar, dentro de la evaluación integral del adulto mayor con polifarmacia, el apoyo social con que este cuenta.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La frecuencia de polifarmacia varía según el ámbito donde se estudie y la definición utilizada. En los Estados Unidos de América, la población adulta mayor, en general está expuesta a polifarmacia entre 14 y 37%. En Europa, la frecuencia varía entre 12 a 80%, cifra más alta en residencias geriátricas. En nuestro país, 81% de los ancianos toman medicamentos y de ellos dos terceras partes ingieren más de un fármaco habitualmente, esta cifra aumenta con la edad y hasta 30% de las personas mayores de 75 años toman más de tres fármacos.

No existen investigaciones donde se describa el apoyo social en adultos mayores con polifarmacia, sin embargo Serra et al. (2014) realizaron una investigación descriptiva simple en 261 adultos mayores con polifarmacia de Cuba, donde 2.3% vivían solos y 4.6% vivían acompañados de otra persona, predominó la polifarmacia en mujeres (67.5%) y en el nivel escolar primaria (39.1%). El grupo de edad que más casos de polifarmacia presentó fue el de 60 a 64 años (30.6%), con un promedio de consumo de hasta 5 fármacos. Respecto al tipo de medicamento consumido, 234 pacientes (89.6%) consumían medicamentos cardiovasculares, 223 pacientes (85.4%) consumían analgésicos y antiinflamatorios y 118 pacientes (45.2%) consumían diuréticos.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 64 se tienen adscritos 54,556 adultos de 60 años y más, de estos un alto porcentaje hace uso de 4 o más medicamentos, factor que les confiere un mayor riesgo de efectos secundarios y complicaciones. Un aspecto importante, es el hecho de que cuando los adultos mayores con polifarmacia acuden a consulta, con frecuencia acuden solos o bien, durante el interrogatorio se hace evidente la falta de apoyo familiar. Sin embargo, no existe un registro o bien una investigación que nos permita identificar el grado de apoyo familiar con el cuentan los adultos mayores que cursan con polifarmacia. Por lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64?

II. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación, se llevó a cabo con el objetivo de conocer el grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64. Como objetivo secundario se planteó identificar las variables sociodemográficas más frecuentes de dicha muestra, aspecto que permitirá determinar grupos con mayor riesgo de polifarmacia. Considero que este estudio, tiene relevancia ya que no hay investigaciones que consideren el apoyo social en la evaluación integral del adulto mayor con polifarmacia. Cabe mencionar, que los resultados de esta investigación pueden ser trascendentes a nivel nacional, ya que invitan a una atención integral con enfoque de riesgo en la atención del adulto mayor, dentro del primer nivel de atención. No omito mencionar que esta investigación fue factible derivado de que contamos con los recursos materiales y métodos necesarios, así como el apoyo de las autoridades de la UMF 64 para hacer uso de las instalaciones y acceder a la población, para su realización. Por último, viabilidad de esta investigación, fue posible derivado de que el costo total de la investigación fue absorbido por el investigador responsable.

Magnitud: A causa de los cambios sociales, demográficos, económicos, así como hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo y la mala alimentación, sin olvidar el aumento en los niveles de estrés, se ha hecho evidente la adición de enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones en adultos mayores, lo cual ha propiciado el incremento del fenómeno de la polifarmacia. Aunado a lo anterior, con frecuencia el adulto mayor debe enfrentar los efectos secundarios, aparición de nuevas patologías y limitaciones en su calidad de vida sin contar con un apoyo social adecuado.

Trascendencia: Sin embargo, a pesar de que el problema de la polifarmacia en el adulto mayor, atañe principalmente a médicos geriátricos, internistas y médicos familiares, estos últimos son los encargados de realizar una evaluación integral que incluya la identificación del apoyo social con el que cuentan los adultos mayores,

aspecto que pocas veces se evidencia en la consulta médica y del que no se tienen datos estadísticos específicos.

Vulnerabilidad: Determinar el grado de apoyo social de los adultos mayores con polifarmacia es susceptible de ser realizado, ya que como los investigadores contamos con experiencia en la aplicación de instrumentos para evaluar el apoyo familiar así como para determinar la presencia de polifarmacia. Cabe mencionar, que se cuenta con experiencia y formación en el área de investigación para llevar a cabo el presente proyecto.

Factibilidad: No omitimos mencionar que se contó con los recursos necesarios para llevar a cabo la presente investigación, comenzando por el apoyo de las autoridades de nuestra unidad, quienes nos permitieron el acceso a la población de adultos mayores a fin de identificar aquellos que contaron con polifarmacia. Además, existe el cuestionario MOS-SSS que mide apoyo social percibido y se encuentra validado en México, con una confiabilidad alta (alfa de Cronbach .97), por lo que se pudo utilizar para identificar el apoyo social.

Beneficios de la investigación:

Científica: Esta investigación al ser de tipo descriptivo simple, sirvió como punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con polifarmacia y apoyo social en el adulto mayor.

Epidemiología: El aporte epidemiológico de esta investigación es que se pudo calcular la frecuencia con que se presenta el fenómeno de la polifarmacia en el adulto mayor, además de describir la frecuencia con que se presenta de acuerdo a variables sociodemográficas.

Social: Con esta investigación, se beneficiaron, en primer lugar los adultos mayores con polifarmacia, ya que fue posible reconocer el grado de apoyo social con el que cuentan a fin de realizar una intervención que permita mejorar su calidad de vida. Por otro lado, los resultados de esta investigación, serán de utilidad a médicos de primer contacto y personal de salud de la UMF 64, ya que podrán considerarlo en la evaluación integral del paciente adulto mayor.

Económica: Con los resultados de esta investigación, se pudo identificar grupos de mayor riesgo, en los cuales se pudo realizar una intervención con enfoque de riesgo, considerando la integración de redes apoyo donde se propicie el apoyo social, aspecto que pudo impactar económicamente, en el sentido de mejorar el control de comorbilidades y disminuir el consumo de medicamentos, disminuyendo con esto los efectos secundarios de la polifarmacia

Académica: La presente investigación, resulto de utilidad al Investigador; ya que me permitió mejorar sus habilidades en el área de investigación así como en el abordaje integral del adulto mayor con polifarmacia, considerando el grado de apoyo social, aspecto fundamental en su formación como médico de familia. Cabe mencionar, que la conclusión de esta investigación, permitió al investigador responsable obtener el título de especialista en Medicina Familiar.

IV. HIPÓTESIS

Los adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64 presentan con mayor frecuencia mínimo apoyo social global, emocional, de ayuda material o instrumental, de relaciones sociales de ocio, distracción y apoyo afectivo.

La hipótesis no coincide ya que se encontró que los adultos mayores con polifarmacia contaron con apoyo social máximo con respecto a todas las dimensiones estudiadas como son: el apoyo emocional; el apoyo material; ocio y el apoyo afectivo de la población encuestada descrita en la investigación.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos (edad, género y escolaridad) de adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64.
2. Enumerar los medicamentos que consumen adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64.
3. Especificar el tipo de medicamentos que consumen adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64.
4. Identificar los padecimientos con los que cursan los adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64.
5. Distinguir la red de apoyo social de adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF No. 64.
6. Describir el grado de apoyo emocional en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.
7. Clasificar el grado de ayuda material o instrumental en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.
8. Estimar las relaciones sociales de ocio y distracción en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.
9. Exponer el grado de apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.

CAPÍTULO 2

VI. SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS.

1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.

Lugar donde se desarrolló el estudio: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 64 Tequesquahuac. Ubicada en Av. de los Bomberos s/n, Unidad Habitacional del Seguro Social, Tequesquahuac, Tlalnepantla, Estado de México. La UMF No. 64 presta servicios de consulta externa de Medicina Familiar, Atención médica continua, Rehabilitación, Estomatología en Primer Nivel de Atención Médica, cuenta con 39 consultorios en los turnos matutino y vespertino. La población que se encuentra adscrita pertenece a la zona urbana del Estado de México. Ofrece sus servicios a los municipios de Atizapán de Zaragoza, Tultitlan, Cuautitlán Izcalli y Tlalnepantla.

2. DISEÑO

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

- **Observacional:** No se realizó ninguna manipulación de variables. Solo se observó el fenómeno, en este caso, se observó el grado de apoyo social percibido de los adultos mayores con polifarmacia, para posteriormente analizarlo.
- **Transversal:** Se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, es decir, se aplicó el cuestionario de MOS para identificar el apoyo social percibido.
- **Descriptivo:** Ya que tiene el objetivo fue indagar sobre la frecuencia de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia.

2.2 GRUPO DE ESTUDIO.

a) Características de los casos:

1. Adultos de 60 años a 85 años con enfermedades crónico degenerativas no transmisibles y polifarmacia, adscritos a la UMF 64.

b) Criterios de inclusión:

1. Adultos de 60 años a 89 años que fueran derechohabientes vigentes en la UMF 64, de turno matutino o vespertino, y que acudieran a la consulta externa.
2. Adultos que cursaran con al menos una enfermedad crónico degenerativa de las siguientes: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, osteoartrosis e insuficiencia venosa, enfermedad ácido péptica.
3. Adultos mayores en los que se identificará la toma de 4 medicamentos o más, o bien, que tomando menos de 3 medicamentos, refirieran tomar algún otro medicamento alternativo o herbolario que no esté descrito en el expediente y que en suma, tomen 4 medicamentos o más.
4. Además, todos los adultos que participaron en el estudio debían dar su consentimiento para participar en el estudio.

c) Criterios de exclusión:

1. Adultos mayores con alguna discapacidad mental o física que les impidiera contestar el cuestionario, como hipoacusia severa, afasia motora, deterioro cognitivo severo, etc.

d) Criterios de eliminación:

1. Adultos mayores que no contestarán el cuestionario en su totalidad o que hayan dado más de 2 respuestas en alguno de los ítems.
2. Pacientes que decidieran retirarse del estudio antes de concluirlo.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para realizar el cálculo del tamaño de muestra, no se contó con el número total de adultos mayores que cursan con polifarmacia, por lo que se utilizó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones infinitas, considerando que la prevalencia de la población de adultos mayores que cursan con polifarmacia en México es del 45%.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

n= Tamaño de la muestra

Z_{α} = Valor correspondiente a la distribución de gauss: 1.96

p= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar (45%)

q= 1- p (1 - 0.45 = 0.55) = 55%

i= error que se prevé cometer = 5%

Sustitución:
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.45) (0.55)}{.005}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.45) (0.55)}{.005}$$

$$n = \frac{(1.728) (0.55)}{.005}$$

$$n = \frac{0.950796}{.005}$$

$$n = 190.15$$

n= 190 adultos mayores con polifarmacia.

Por lo tanto, se calculó un tamaño de muestra de **190 adultos mayores con polifarmacia**.

El **tipo de muestreo** que se utilizó fue no **probabilístico por conveniencia**, ya que participaron adultos de 60 a 85 años de edad, que consumían 4 o más medicamentos, o bien, 3 medicamentos prescritos por su médico y 1 o más medicamentos de tipo alternativo, que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y que cumplían con los criterios de inclusión.

2.4 VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. ⁽³⁵⁾	Se midió en años cumplidos al momento de contestar.	Cuantitativa	Discreta.	1. Años cumplidos.
Género	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en los organismos heterogaméticos. Diferencia genital que distingue al macho de la hembra. Condición orgánica masculina o femenina de los animales o plantas. ⁽³⁵⁾	Se midió en la clasificación de femenino o masculino.	Cualitativa	Nominal	1. Mujer 2. Hombre
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽³⁵⁾	Ultimo grado escolar completo cursado.	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
Número de medicamentos	Cantidad de sustancias que, administra interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta. ⁽³⁵⁾	Lo referido por el adulto mayor respecto al número de medicamentos que utiliza por día.	Cuantitativa	Discreta	1. Número de medicamentos por día.

Tipo de medicamentos	Clase, índole, naturaleza de las sustancias que, administra interior o exteriormente a un organismo. Es equivalente al medicamento original pero puede tener diferente tamaño, forma, empaque y período de actividad.(36)	Lo referido por el adulto mayor al contestar el cuestionario respecto al tipo de medicamentos que utiliza.	Cualitativa	Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovasculares 2. Analgésicos 3. Diuréticos 4. Antidiabéticos orales 5. Inhibidor bomba protones 6. Antihipertensivos 7. Dermatológicos 8. Vitaminas 9. Otros
Enfermedades	Procesos o fases que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición de salud. Un solo ser vivo puede tener varias enfermedades.(35)	Lo referido por el adulto mayor respecto a las enfermedades con las que cursa al momento de contestar el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial sistémica. 3. Cardiopatías. 4. Osteoartritis 5. Insuficiencia venosa 6. Enfermedad ácido péptica. 7. Síndrome de colon irritable. 8. Otras.
Red de apoyo social (primaria)	Vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, donde se da o solicitan cosas recíprocamente. (37)	Se evaluó con la primera pregunta del cuestionario MOS-SSS, en una escala del 1 al 10 en la que se ubica el número de personas que conforman la red de apoyo del adulto mayor con polifarmacia sean estos familiares o amigos.	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de amigos o familiares.

Apoyo social	Son todos los recursos del entorno, favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. (37)	El apoyo social se evaluó con el cuestionario MOS-SSS que consta de 20 ítems, cada uno con 5 opciones de respuesta (escala tipo liker), cada respuesta equivale a una puntuación: nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, algunas veces 3 puntos, la mayoría de las veces 4 puntos y siempre 5 puntos. De acuerdo a la puntuación obtenida por el paciente, se considerará que cuenta con un apoyo social alto cuando obtenga una puntuación de 58 a 94, apoyo social medio cuando obtenga una puntuación de 20 a 57 y apoyo social mínimo con una puntuación de 19 o menos.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo social máximo. 2. Apoyo social medio. 3. Apoyo social mínimo.
Apoyo emocional	Son las muestras de empatía, amor y confianza. (37)	El cuestionario incluye 8 ítems de respuesta positiva	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo social emocional máximo.

		(caso positivo) correspondientes a las preguntas 10, 11, 15, 16, 20,23, 24 y 26 con 5 opciones de respuesta, cada una equivale a una puntuación: nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, algunas veces 3 puntos, la mayoría de las veces 4 puntos y siempre 5 puntos. La puntuación obtenida de este segmento en el instrumento, considerará como un máximo de 40 puntos, medio de 24 puntos y mínimo de 8 puntos.			<ol style="list-style-type: none"> 2. Apoyo social emocional medio 3. Apoyo social emocional mínimo.
Ayuda material o instrumental	Son conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora. (37)	El cuestionario incluye 4 ítems de respuesta positiva (caso positivo) correspondientes a las preguntas 9, 10,19 y 23 con 5 opciones de respuesta, cada una equivale a una puntuación: nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, algunas veces 3	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo material o instrumental máximo. 2. Apoyo material o instrumental medio 3. Apoyo material o instrumental mínimo.

		<p>puntos, la mayoría de las veces 4 puntos y siempre 5 puntos. La puntuación obtenida de este segmento en el instrumento, considerará como un máximo de 20 puntos, medio de 12 puntos y mínimo de 4 puntos.</p>			
<p>Relaciones sociales de ocio y distracción</p>	<p>Disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, posibilidad de contar con personas para comunicarse.⁽³⁷⁾</p>	<p>El cuestionario incluye 4 ítems 14, 18, 21 y 25 con 5 opciones de respuesta, cada una equivale a una puntuación nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, algunas veces 3 puntos, la mayoría de las veces 4 puntos y siempre 5 puntos. La puntuación obtenida de este segmento en el instrumento, considerará como un máximo de 20 puntos, medio de 12 puntos y mínimo de 4 puntos.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales de ocio y distracción máximo. 2. Relaciones sociales de ocio y distracción medio. 3. Relaciones sociales de ocio y distracción mínimo.

Apoyo afectivo	Demostraciones reales de amor, cariño o empatía. ⁽³⁷⁾	El cuestionario incluye 3 ítems de respuesta positiva (caso positivo) correspondientes a las preguntas 13, 17 y 27, con 5 opciones de respuesta, cada una equivale a una puntuación: nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, algunas veces 3 puntos, la mayoría de las veces 4 puntos y siempre 5 puntos. La puntuación obtenida de este segmento en el instrumento, considerará como un máximo de 15 puntos, medio de 9 puntos y mínimo de 5 puntos.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo afectivo máximo. 2. Apoyo afectivo medio. 3. Apoyo afectivo mínimo.
----------------	--	--	-------------	---------	--

2.5 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 ubicada en Av. de los Bomberos s/n, Unidad Habitacional del Seguro Social, Tequesquahuac, Tlalnepantla, Estado de México, en el servicio de Consulta Externa, con el fin de determinar el apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.

Se trató de un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo simple, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, para el cual se calculó una tamaño de muestra de 190 adultos mayores con polifarmacia, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.

En el estudio participaron adultos mayores, adscritos a la UMF 64 que cumplían con los siguientes criterios: edad entre 60 y 89 años, utilización de 4 medicamentos o más, o bien, que tomando menos de 4 medicamentos, refirieran tomar algún otro medicamento alternativo o herbolario que no estuviera descrito en su expediente y que en suma, tomarán 4 medicamentos o más.

Previo consentimiento informado, en donde se especificó la participación libre y voluntaria del participante, así como la confidencialidad de los datos obtenidos, informando sobre los objetivos del estudio, se entregó al participante un cuestionario autoaplicable para determinar al grado de apoyo social, utilizando el instrumento "Medical Outcomes Study" (MOS-SSS) que consta de 20 ítems, estructurado por una escala tipo Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre), y que está integrado por 4 escalas: apoyo emocional, ayuda material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño. De acuerdo a la puntuación obtenida en cada dimensión, se determinó si el adulto mayor tenía un apoyo social máximo, medio o mínimo.

Dicho cuestionario, también incluía factores sociodemográficos como: edad, sexo y escolaridad, así como aspectos relacionados con polifarmacia, como son: número de medicamentos y tipo de medicamentos.

Una vez que se recabo la información de las encuestas, quedaron resguardadas por el investigador responsable, se realizó el análisis de resultados a través de estadística descriptiva y se elaboraron gráficas.

2.6 ANALISIS DE DATOS.

La captura y validación de la información se realizó utilizando el programa Microsoft Excel 2013 y el programa estadístico SPSS versión 19. Se realizó un análisis estadístico descriptivo; para las variables cuantitativas discretas (edad, redes de apoyo y número de medicamentos), se graficó mediante polígono de frecuencias; y para variables cualitativas (sexo, escolaridad, apoyo social, apoyo emocional, ayuda material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo) se calcularon porcentajes que se representaron utilizando gráficos de sectores.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

FACTIBILIDAD.

Se realizó una investigación para determinar el apoyo social en adultos mayores con polifarmacia, la cual fue susceptible de llevarse a cabo, ya que la población a la que se le aplicó el instrumento, fueron adultos mayores derechohabientes de la UMF 64. Además, se contó con el instrumento que esta validado y tiene una alta confiabilidad para determinar el grado de apoyo social.

Cabe mencionar, que se contó con el apoyo de las autoridades de la UMF No. 64 y de la Delegación Oriente del Estado de México para llevar a cabo la presente investigación, haciendo uso de las instalaciones y brindando el acceso a los pacientes para la aplicación del instrumento.

ASPECTOS ÉTICOS.

Riesgo de la investigación.

De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud, esta investigación es de categoría 1, es decir, una investigación sin riesgo ya que en este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental de tipo retrospectivo y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores con polifarmacia.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Se trató de un estudio clínico no invasivo, por lo que no se ocasiono dolor, incomodidad o riesgo alguno. Los adultos mayores no recibieron pago por su participación en este estudio, ni este estudio implico gasto alguno para los participantes. No recibieron ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que recibieron los adultos mayores con polifarmacia es que al término de su participación se les proporcionó información sobre la puntuación obtenida en el instrumento respecto al grado de apoyo social percibido con el que contaban. No omito mencionar que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en la investigación acerca del apoyo social que tienen los adultos mayores con polifarmacia, información de utilidad para futuros programas de prevención primaria.

Confidencialidad.

El cuestionario a realizar no llevo nombre a fin de guardar la confidencialidad y privacidad de los participantes, el consentimiento informado se llenó por separado para ser depositado en una base datos anónima.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento.

En el momento en que se identificó al adulto mayor que cursaba con polifarmacia y que contaba con los criterios de inclusión, el investigador responsable le explico al participante ampliamente la forma en que se llevaría a cabo el estudio, se le pidió que leyera la hoja de consentimiento informado y se dio respuesta a todas las preguntas que tuvo el participante respecto al estudio. No habiendo dudas, se llevó a cabo la firma del consentimiento en presencia de 2 testigos. Cabe mencionar que la presente investigación se llevó a cabo tomando en cuenta la disposición del adulto mayor para participar en el estudio, siempre bajo un ambiente de respeto, consideración, amabilidad, tolerancia y buena actitud.

Forma de selección de los participantes.

En la consulta externa de medicina familiar, se identificó a los adultos de 60 y 89 años, que utilizaron 4 o más medicamentos y que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Cabe mencionar que, la presente investigación se realizó considerando los siguientes lineamientos éticos.

Declaración de Helsinki (1964). Esta declaración introduce en su enmienda la revisión de las investigaciones por un comité de ética independiente de los investigadores y da origen a los comités de ética para la investigación a nivel internacional.

PROY-NOM-012-SSA3-2007. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación. Dichos aspectos fueron considerados en la realización de esta investigación.

Informe Belmont. Describe 3 principios fundamentales aplicables en investigación:

1. Respeto a las personas. El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas.

2. Beneficencia Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Se siguen las 2 reglas fundamentales: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. Los investigadores y los miembros de la institución tienen obligación de poner los medios

que permitan la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio e investigación.

3. Justicia. En el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Se deben seguir estas formulaciones: (1) a cada persona una parte igual, (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito.

El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse.

VIII. RECURSOS

- a) **Humanos:** La realización del estudio estuvo a cargo del investigador responsable Lorena Griselda Gómez Aguilar Médico General en formación en el curso de especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales IMSS, con apoyo de los asesores Eugenia del Rocío Rivero Tello y Francisco Vargas Hernández y la autorización de directivos de la Unidad de Medicina Familiar No 64.
- b) **Físicos:** Se utilizó un equipo de cómputo personal e impresora del Médico responsable del estudio. 10 lápices, 10 bolígrafos, 1 engrapadora, 570 hojas blancas, 190 sobres de resguardo, 190 impresiones, 190 copias.
- c) **Financieros:** Todos los gastos estuvieron a cargo del investigador responsable del estudio. Quien proporcionó el monto total de impresiones, lápices, bolígrafos, hojas, sobres de resguardo y equipo de cómputo.
- d) **Factibilidad:** En todo momento se contó con las instalaciones y apoyo de las Autoridades.

CAPÍTULO 3.

IX. RESULTADOS.

Se entrevistaron 190 adultos mayores de 60 años con polifarmacia captados en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS. Todas las encuestas fueron contestadas en su totalidad por lo que no se eliminó a ninguno paciente. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Con respecto a la edad, el estudio refleja que el 63.6 % (n=121) se encuentra en rango de edad entre 60-69 años; el 30.4% (n=58) se encuentra entre 70 y 79 años de edad y por último, el 5.9% (n=11) corresponde a adultos mayores de 80 años. Con prevalencia del grupo etario entre 60 a 69 años. (Ver tabla y grafica No.1).

Los resultados referentes al género indican que el 44.2% (n=84) son hombres y el 55.8% (n=106) son mujeres, predominando en género femenino en el estudio. (Ver tabla y grafica No. 2).

El 63.7% (n=121) de los encuestados refirió tener pareja, mientras que el 36.3% (n=69) refirieron no tener pareja. (Ver tabla y grafica No. 3).

Las enfermedades que padecían los participantes del estudio fueron: Diabetes Mellitus en 50% (n=95); Hipertensión arterial en 67.4% (n=128); Cardiopatías 10% (n=19); Dolores articulares 37.4% (n=71); Varices 35.3% (n=67); Gastritis 33.2% (n=63); Colitis 18.4% (n=35); problemas para dormir 24.7% (n=47); otras 14.2% (n=27). Siendo la más frecuente, la Hipertensión arterial. (Ver tabla y grafica No. 4).

En cuanto a la escolaridad, los datos registrados fueron: 13.2% (n=25) no tenían ningún grado de estudios; 51.6% (n=98) tenían nivel de escolaridad primaria; 17.9% (n=34) contaban con escolaridad secundaria; 10.5% (n=20) tenían bachillerato; el 2.1% (n=4) refirieron tener licenciatura; 1.1% (n=2) posgrado; 3.7% (n=7) refirieron otro tipo de estudios. Observamos que la escolaridad más reportada fue primaria. (Ver tabla y grafica No. 5).

El número de medicamentos consumidos por los pacientes fueron: 4 medicamentos en el 54.2% (n=103); 5 medicamentos en el 11.6% (n=22); 6 medicamentos en 9.5% (n=18), 7 medicamentos en 2.6% (n=5), 8 medicamentos en 8.4% (n=16), 9 medicamentos en 3.7% (n=7), 10 medicamentos en 1.6% (n=3) y más de 10 medicamentos en 8.4% (n=16). Se observó que el mayor porcentaje pertenecía a 4 medicamentos diarios. (Ver tabla y grafica No. 6).

El empleo más frecuente de estos medicamentos fue: cardiopatía en 18.4% (n=35); dolor en 54.2% (n=103); diuréticos en 12.6% (n=24), Diabetes 48.4% (n=92); Gastritis en 36.3 % (n=69); hipertensión arterial 64.2% (n=122), dermatológicos en 4.2% (n=8); vitaminas en 30.5% (n=58); otros 16.3% (n=31). Prevalciendo los medicamentos utilizados para hipertensión arterial en la población estudiada. (Ver tabla y grafica No. 7).

Los resultados obtenidos con base en la red de apoyo social fueron: ningún amigo en 7.4% (n=14); 1 amigo en 17.4% (n=33); 2 amigos en 15.3% (n=29); 3 amigos en 12.6% (n=24); 4 amigos en 13.2% (n=25); 5 amigos en 8.9% (n=17); 6 amigos en 10.5% (n=20), 7 amigos en 2.1% (n=4); 8 amigos en 5.3% (n=10); 9 amigos en 0.5% (n=1), 10 amigos en 6.8% (n=13). Siendo la cantidad de 1 amigo, la más frecuente. (Ver tabla y grafica No. 8).

En cuanto al grado de apoyo social valorado por medio del cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), los resultados fueron: pacientes con grado mínimo de apoyo social 7.9% (n=15); grado medio de apoyo

social 38.4% (n=73) y grado máximo de apoyo social 53.7% (n=102). Se observó que el grado máximo de apoyo social fue el prevaleciente. (Ver tabla y grafica No.9).

Con respecto a la dimensión de apoyo emocional, las encuestas reportaron un grado mínimo del 8.4% (n=16); apoyo medio emocional 38.9% (n=74) y apoyo máximo emocional en 52.6% (n=100). (Ver tabla y gráfica No. 10).

Acerca del grado de apoyo material, se obtuvieron: grado mínimo de apoyo 11.1% (n=21); grado medio de apoyo material 39.5% (n=75); grado máximo de apoyo material 49.5% (n=94), siendo este último el más frecuente. (Ver tabla y gráfica No. 11).

Los resultados referentes al grado de ocio son: grado mínimo 8.9% (n=17); grado medio de ocio 36.8% (n=70); grado máximo de ocio 54.2% (n=103); encontrándose el grado máximo más predominante. (Ver tabla y gráfica No.12).

En lo que corresponde al grado afectivo, las encuestas reportaron un grado mínimo en 6.8% (n=13); grado medio afectivo en 25.8% (n=49); grado máximo afectivo en 67.4% (n=128). Con predominio de grado máximo afectivo. (Ver tabla y gráfica No. 13).

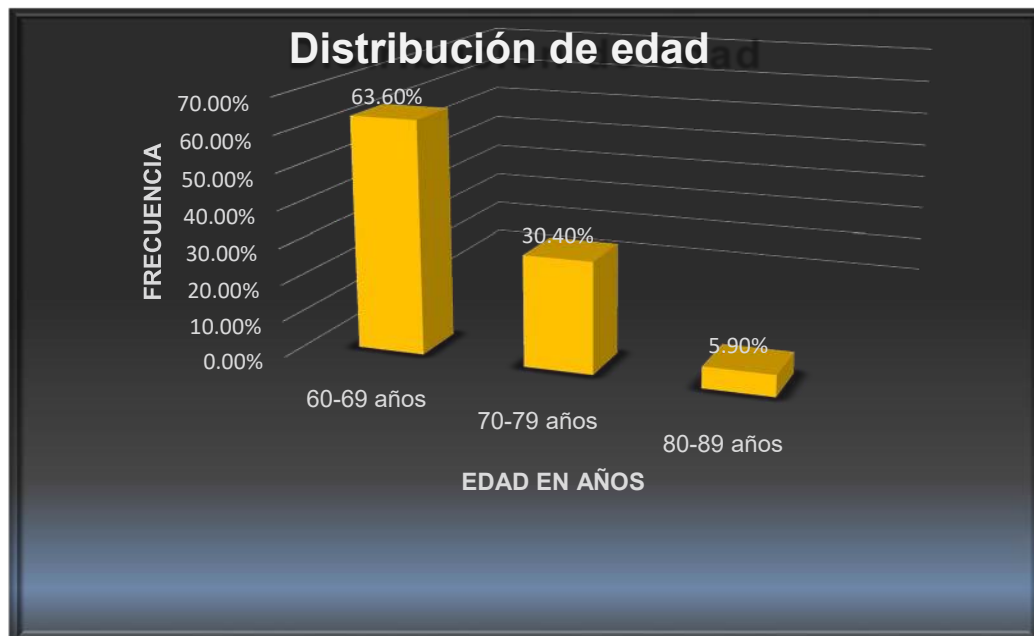
X. TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLA1. Distribución de acuerdo a edad de los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64 que participaron en el estudio.

Edad	N	Porcentaje
60 a 69 años	121	63.6%
70 a 79 años	58	30.4%
80 a 89 años	11	5.9%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 1. Distribución de acuerdo a edad de los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64 que participaron en el estudio.



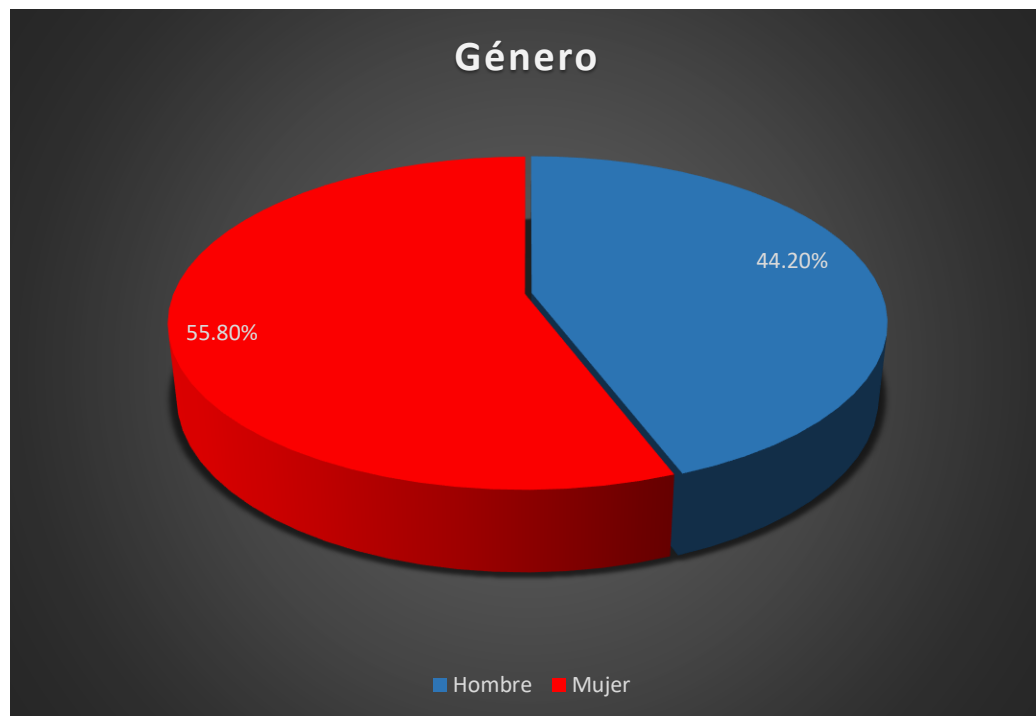
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 2. Distribución de acuerdo al género en adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Género	N	Porcentaje
Masculino	84	44.2%
Femenino	106	55.8%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 2. Distribución de acuerdo al género en adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



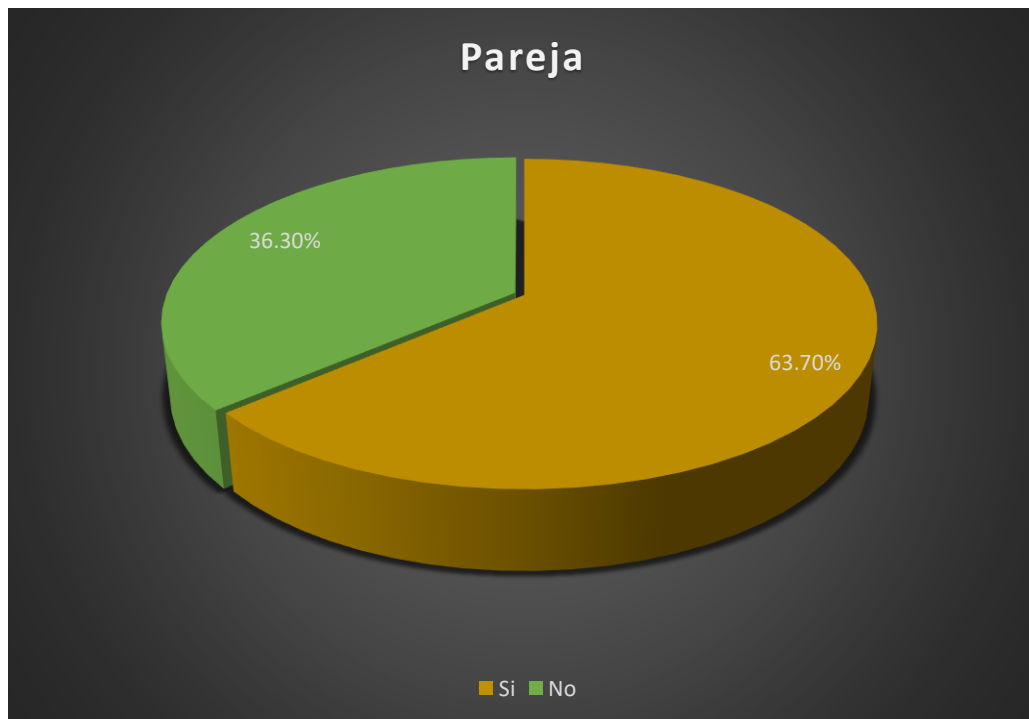
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 3. Distribución de acuerdo a la presencia de pareja en adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Pareja	N	Porcentaje
Si	121	63.7%
No	69	36.3%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 3. Distribución de acuerdo a la presencia de pareja en adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



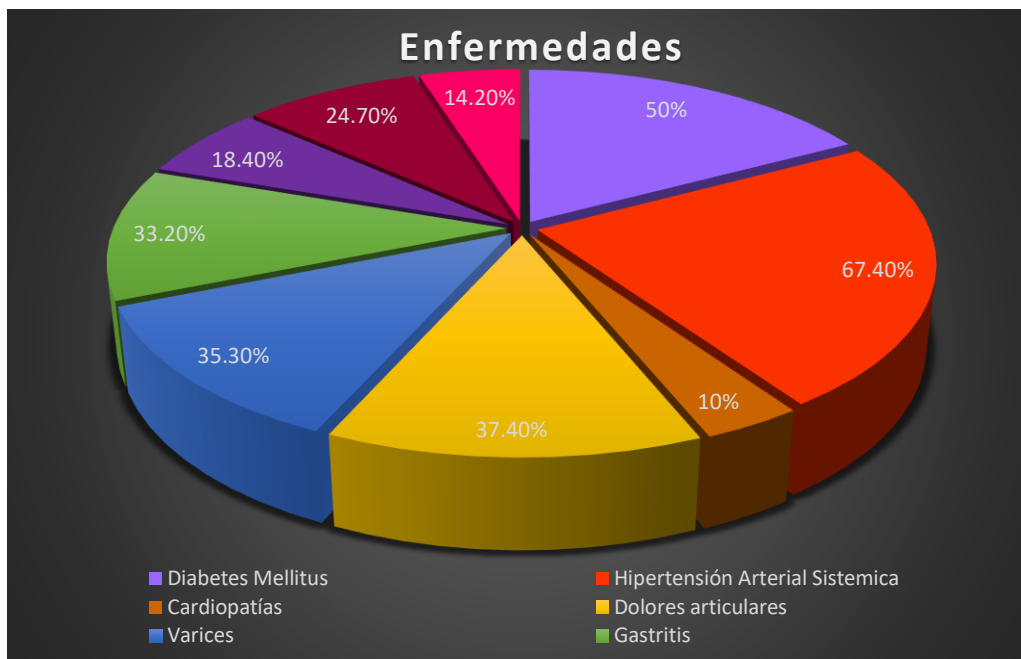
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 4. Distribución de acuerdo a las enfermedades que padecen los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Enfermedad	N	Porcentaje
Diabetes Mellitus	95	50%
Hipertensión Arterial Sistémica	128	67.4%
Cardiopatías	19	10%
Dolores articulares	71	37.4%
Varices	67	35.3%
Gastritis	63	33.2%
Colitis	35	18.4%
Trastornos del sueño	47	24.7%
Otras	27	14.2%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 4. Distribución de acuerdo a las enfermedades que padecen los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



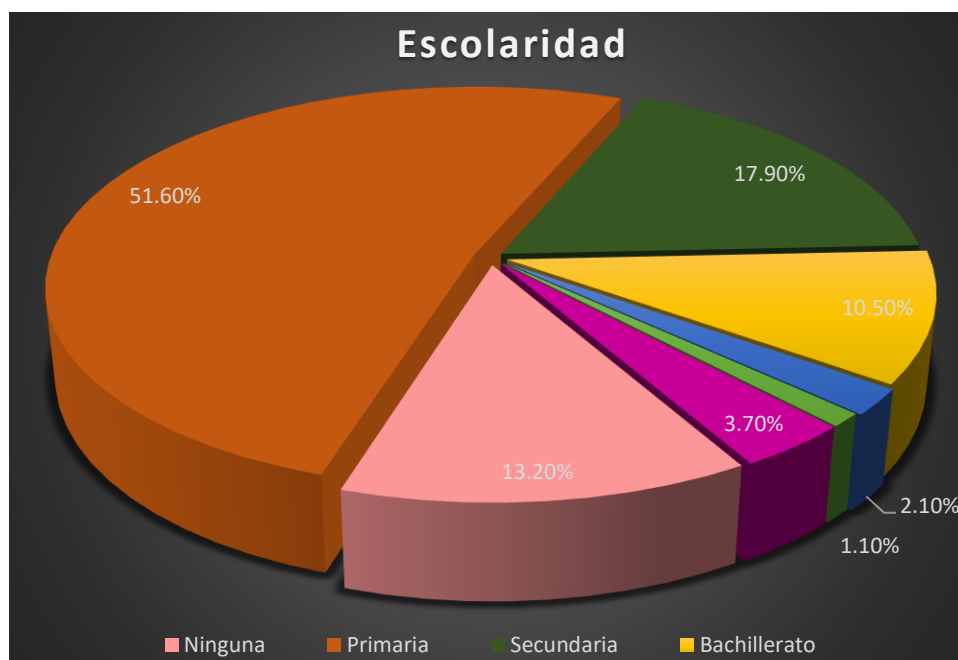
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 5. Distribución de acuerdo a la escolaridad en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Escolaridad	N	Porcentaje
Ninguno	25	13.2%
Primaria	98	51.6%
Secundaria	34	17.9%
Bachillerato	20	10.5%
Licenciatura	4	2.1%
Posgrado	2	1.1%
Otras	7	3.7%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 5. Distribución de acuerdo a la escolaridad en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



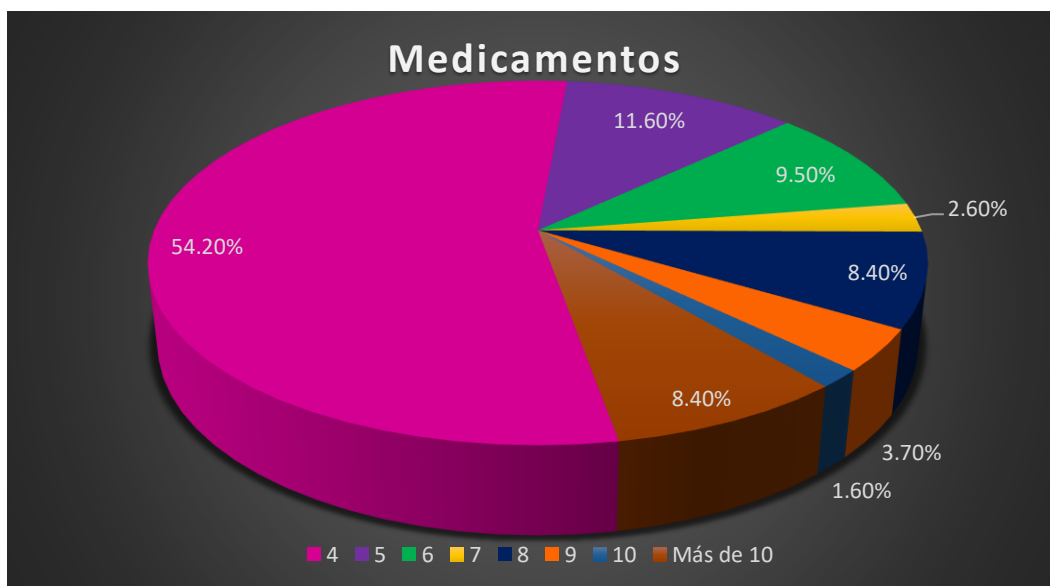
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 6. Distribución de acuerdo al número de medicamentos consumidos en los adultos mayores con polifarmacia en la UMF 64.

Número de medicamentos.	N	Porcentaje
4	103	54.2%
5	22	11.6%
6	18	9.5%
7	5	2.6%
8	16	8.4%
9	7	3.7%
10	3	1.6%
Más de 10	16	8.4%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 6. Distribución de acuerdo al número de medicamentos consumidos en los adultos mayores con polifarmacia en la UMF 64.



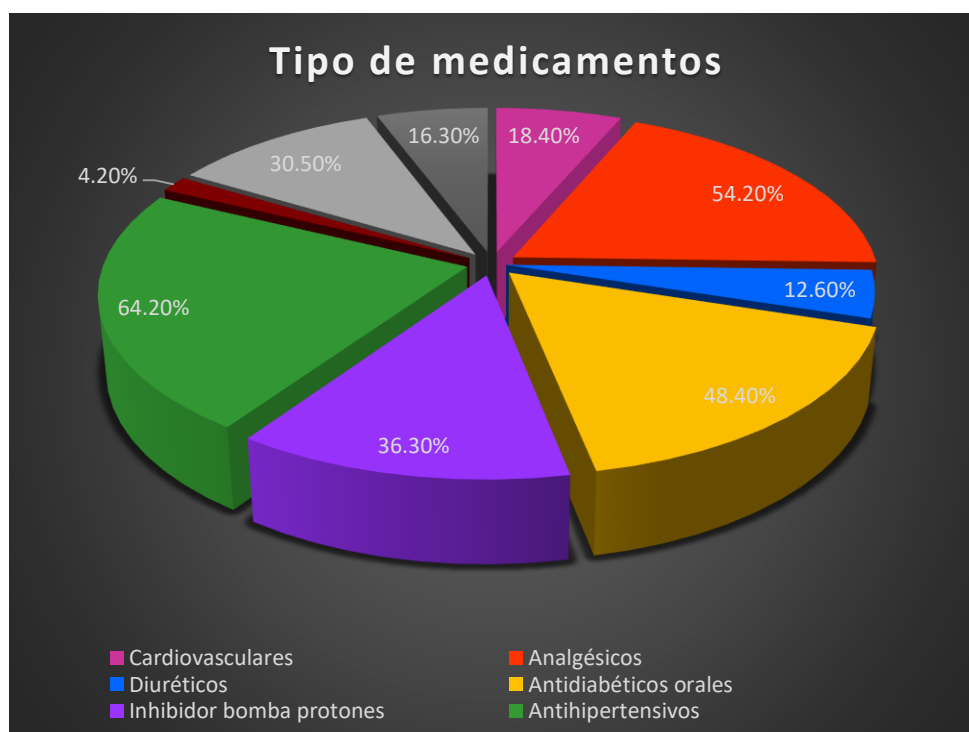
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 7. Distribución de acuerdo al tipo de medicamentos más empleados en los adultos mayores con polifarmacia en la UMF 64.

Tipo de medicamentos	N	Porcentaje
Cardiovasculares	35	18.4%
Analgésicos	103	54.2%
Diuréticos	24	12.6%
Antidiabéticos orales	92	48.4%
Inhibidores de la bomba de protones	69	36.3%
Antihipertensivos	122	64.2%
Dermatológicos	8	4.2%
Vitaminas	58	30.5%
Otros	31	16.3%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 7. Distribución de acuerdo al tipo de medicamentos más empleados en los adultos mayores con polifarmacia en la UMF 64.



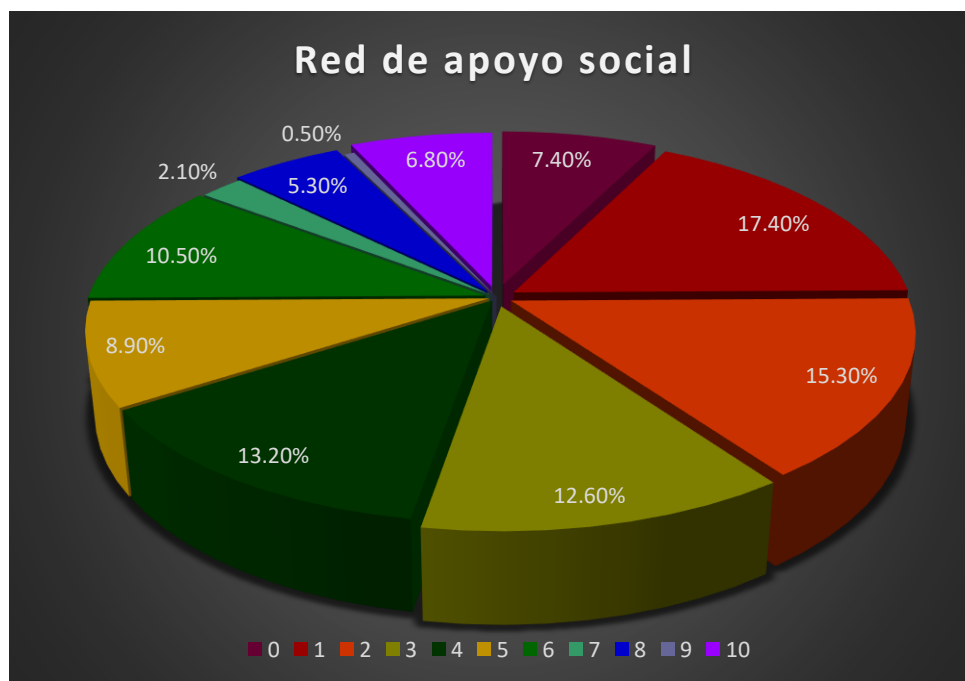
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 8. Distribución de acuerdo a la red de apoyo social en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Número de amigos	N	Porcentaje
0	14	7.4%
1	33	17.4%
2	29	15.3%
3	24	12.6%
4	25	13.2%
5	17	8.9%
6	20	10.5%
7	4	2.1%
8	10	5.3%
9	1	0.5%
10	13	6.8%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 8. Distribución de acuerdo a la red de apoyo social en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 9. Distribución de acuerdo al grado de apoyo social en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Red de Apoyo	N	Porcentaje
Mínimo	15	7.9%
Medio	73	38.4%
Máximo	102	53.7%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 9. Distribución de acuerdo al grado de apoyo social en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



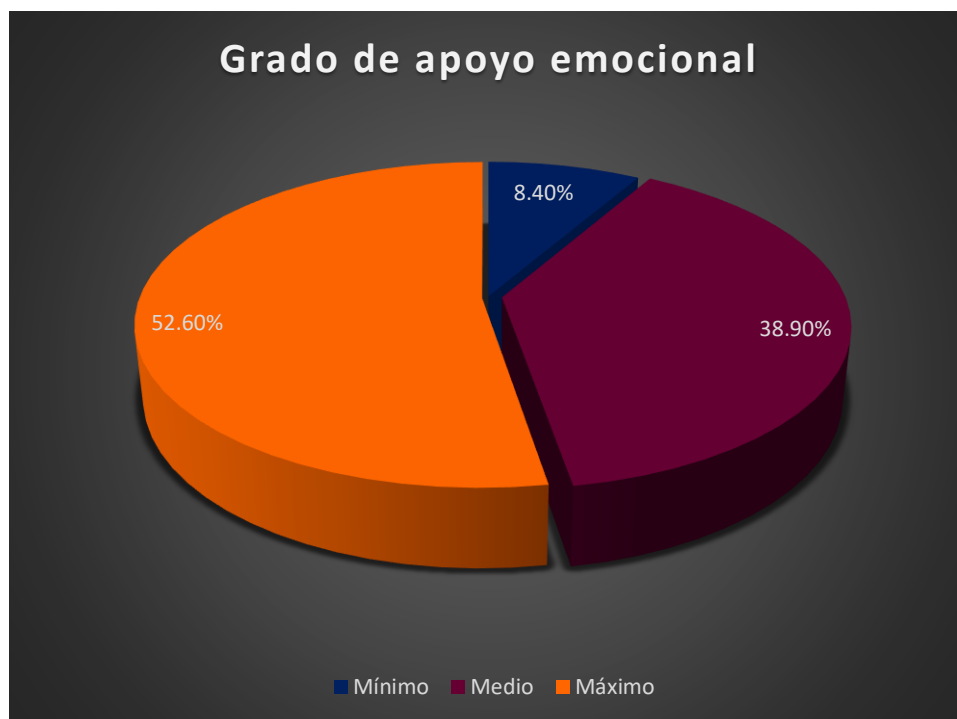
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 10. Distribución de acuerdo al grado de apoyo emocional en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Grado de apoyo emocional	N	Porcentaje
Mínimo	16	8.4%
Medio	74	38.9%
Máximo	100	52.6%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 10. Distribución de acuerdo al grado de apoyo emocional en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



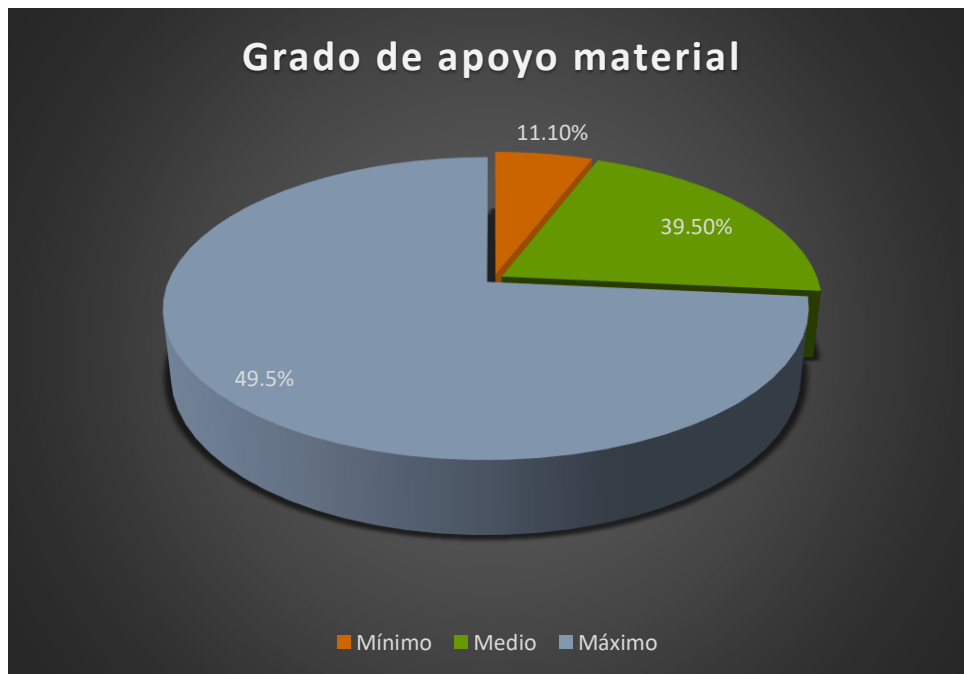
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 11. Distribución de acuerdo al grado de apoyo material en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Apoyo material	N	Porcentaje
Mínimo	21	11.1%
Medio	75	39.5%
Máximo	94	49.5%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 11. Distribución de acuerdo al grado de apoyo material en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



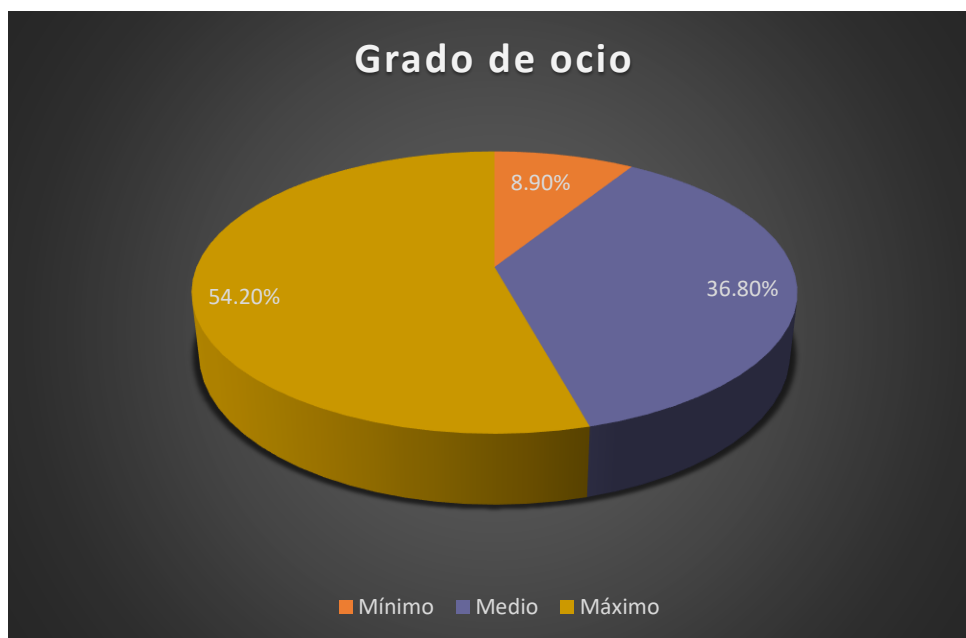
Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 12. Distribución de acuerdo al grado de ocio en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Grado de ocio	N	Porcentaje
Mínimo	17	8.9%
Medio	70	36.8%
Máximo	103	54.2%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 12. Distribución de acuerdo al grado de ocio en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

TABLA 13. Distribución de acuerdo al grado de afecto en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.

Grado de afecto	N	Porcentaje
Mínimo	13	6.8%
Medio	49	25.8%
Máximo	128	67.4%
Total	190	100%

Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

GRÁFICA 13. Distribución de acuerdo al grado de afecto en los adultos mayores con polifarmacia de la UMF 64.



Fuente: Cuestionario "Grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64".

X. DISCUSIÓN.

La población estudiada en esta investigación corresponde a los adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64 los cuales se mostraron motivados en todo momento durante el desarrollo del estudio, se obtuvo una muestra de 190 adultos, a los cuales se les realizaron las encuestas en su totalidad. Se utilizó el cuestionario MOS-SSS previamente validado y con alta confiabilidad debido a su estabilidad y coherencia interna; además cuenta con calidad alta, validez de contenido, criterio y construcción.

El apoyo social fue evaluado mediante el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survery), que evalúa el apoyo estructural o cuantitativo es decir, la red social primaria, además evalúa 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: apoyo emocional/informacional; interacción social positiva; apoyo afectivo; apoyo instrumental con la suma de estas dimensiones se obtiene el grado de apoyo funcional. ⁽¹⁵⁾

Los resultados obtenidos fueron: En cuanto al grado de apoyo social valorado por medio del cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survery): pacientes con grado mínimo de apoyo social 7.9%; grado medio de apoyo social 38.4% y grado máximo de apoyo social 53.7%. Se observó que el grado máximo de apoyo social fue el prevaleciente lo que coincide con la investigación realizada por Morlan en el año 2011 en adultos mayores diabéticos de la UMF 64; difiriendo con la investigación solamente en el predominio del apoyo ya que refiere que los hombres cuentan más con este apoyo que las mujeres.

Herrera en el año 2015 realizó un estudio en la UMF 64 donde encontró apoyo social normal en un 83% de la población estudiada y bajo en 17% lo cual difiere con esta investigación ya que predominó el grado máximo de apoyo social con un 53.7%, grado medio de 38.4% y un grado mínimo en 7.9%. Con respecto al nivel de estudios

prevaleció la escolaridad primaria en ambas investigaciones; en dicho estudio se reportó un 44% y en este estudio 51.6%.⁽¹¹⁾

En el 2015 Zapata realiza un estudio descriptivo transversal en el municipio de Angelópolis; Antoniquia, Colombia; respecto al apoyo social encontró prevalencia en mujeres en el 59.8% y en hombres 40.2%; lo cual coincide con esta investigación ya que se encuentra predominio de mujeres en un 55.8% y hombres 44.2%. Con respecto a la percepción de soledad se encuentra predominio en las mujeres con un 53.8% y en hombres 30.3%; lo cual no coincide con este estudio ya que se encontró que las mujeres en un 63.7% tienen pareja a diferencia de los hombres que solo representan el 36.3%.⁽¹⁶⁾

Fong en el 2013; realizó una investigación en el servicio de Geriatría Del Hospital Universitario “Dr. Ambrosio Grillo” en Portuondo de Santiago de Cuba donde encontró prevalencia de adultos mayores entre 60-69 años en 42.7%, seguidos del grupo de 70 a 79 años en un 29.2%, concordando con esta investigación ya que se obtuvo una prevalencia entre el mismo grupo de edad de 60-69 años en un 30.4% y un 5.9% entre los 70 y 79 años. En ambas investigaciones predomina el grado de escolaridad primaria, en el estudio de Fong se encontró que 4.9% cursaron la universidad y 16.5% son analfabetas; lo que difiere con esta investigación donde se obtuvo que el segundo grado prevalente fue secundaria en 17.9% y 1.1% cuentan con licenciatura y el analfabetismo se observó en 13.2%.⁽¹⁷⁾

En el 2015 Suarez realiza una investigación descriptiva en adultos mayores en el policlínico “Joaquín Albarrán” en Cuba donde reporto que un 83.87% de la población estudiada carencia de redes de apoyo social lo que difiere con este trabajo ya que se encuentra predominio de apoyo social máximo en un 53.7%.⁽¹⁹⁾

Yance en el 2015; realiza una investigación descriptiva simple a fin de determinar las redes de apoyo en el adulto mayor en la ciudad de Bogotá; Colombia obteniendo: que un 28% nunca se comunican con alguien cuando necesitan hablar, 32% no tiene quien los aconseje cuando tienen algún problema, 34% nunca han necesitado de ayuda de otro, 36% nunca han necesitado de otra persona y un 37%

nunca ha necesitado a alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. En la presente investigación se observó una diferencia importante ya que prevaleció el apoyo máximo emocional en 52.6%, apoyo medio emocional 38.9% y el apoyo emocional se encontró un grado mínimo del 8.4%. En el estudio realizado en Colombia en cuanto a la dimensión instrumental se observó que 36% siempre necesitan de otro, 41% siempre tenían quien los llevara al médico, 46% siempre requerían que les prepararan la comida, el 38% necesitaban ayuda en sus tareas domésticas. En esta investigación con respecto al apoyo material se obtuvo una diferencia importante encontrando un grado máximo en un 49.5%, un grado medio 39.5% y un grado mínimo de apoyo 11.1%. En el estudio realizado por Yance; en cuanto a la interacción social, se reportó que un 38% de los adultos mayores pocas veces tienen tiempo de esparcimiento; 37% tienen a alguien con quien relajarse y 39% nunca tienen con quien divertirse. Referente al ocio en mi investigación se encontró una gran diferencia prevaleciendo el grado máximo en un 54.2%; grado medio en 36.8% y grado mínimo en 8.9%. En el estudio realizado en el 2015, de acuerdo a la dimensión de apoyo afectivo el 39% nunca ha tenido quien le demuestre afecto y amor; el 35% tiene a alguien que los abraza y el 34% han sentido ser queridos. En lo que respecta a esta investigación difiere ya se encontró en la categoría afectiva un grado máximo afectivo 67.4%, grado medio en un 25.8% y grado mínimo de 6.8%.(20)

En el 2014 Serra realizó una investigación descriptiva simple en adultos mayores con polifarmacia en Cuba; donde encontró prevalencia de polifarmacia en el sexo femenino en un 67.5% coincidiendo con este estudio. Con respecto al número de fármacos en dicha investigación predomina el consumo de 5 fármacos mientras que en el presente estudio se obtuvo una prevalencia de 4 medicamentos en un 54.2%; seguido de 5 fármacos en el 11.6%. En el estudio realizado por Serra se encontró 89.6% de prevalencia en el consumo de medicamentos cardiovasculares; 85.4% de analgésicos y antiinflamatorios y un 45.2% en diuréticos; entre las enfermedades más frecuentes se encuentran las

cardiovasculares en 86.9% seguida de 75.8% de enfermedades osteomioarticulares, un 75.8% de enfermedades endocrinas y 47.5% de enfermedades metabólicas, lo cual cuenta con similitudes en esta investigación ya que la hipertensión arterial cuenta con 67.4% de prevalencia en este grupo estudiado, difiriendo en segundo lugar con un 50% en diabetes mellitus, enfermedades articulares en un 37.4% seguidas por varices en el 35.3%, gastritis 33.2%, colitis 18.4% y problemas para dormir 24.7%. Respecto al consumo de medicamentos se encuentran coincidencias para la hipertensión arterial en un 64.2%, medicamentos para dolor articular en un 54.2%, seguidos de antidiabéticos en 48.4%, para gastritis 36.3%; diuréticos 12.6%, dermatológicos 4.2%, vitaminas en un 30.5% y otros 16.3%.⁽²¹⁾

En el 2013 Santibáñez-Beltrán realizó un estudio descriptivo simple en adultos mayores con polifarmacia en dos unidades de medicina familiar del IMSS en Querétaro, México donde encontró predominio de polifarmacia en el sexo masculino con un 50.4% y la primaria como grado de escolaridad preponderante en el grupo estudiado, predominando la hipertensión arterial sistémica en un 89.3% seguida de la diabetes mellitus tipo 2 en el 59.5% y enfermedad articular degenerativa 23.7% y destaca el uso de 6 fármacos en esa población lo cual concuerda con esta investigación en el grado escolar, en la frecuencia de las patologías, sin embargo yo obtengo 4 medicamentos como numero de fármacos más frecuentemente observado y prevalece el sexo femenino.⁽³²⁾

Cervantes en el 2014; realizó un estudio transversal descriptivo en derechohabientes del IMSS en la UMF 5 Querétaro; México donde se encontró prevalencia de polifarmacia en el 54.87% en el sexo femenino lo cual concuerda con la presente investigación. ⁽³⁴⁾

CAPÍTULO 4.

XII. CONCLUSIONES.

Los hallazgos encontrados en el presente estudio en relación de grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64 son:

Se encontró que prevalece el grado máximo de apoyo en la población estudiada con polifarmacia lo cual no concuerda con la hipótesis propuesta.

La edad más prevaleciente fue entre los 60-69 años de edad; predominando el sexo femenino de los adultos mayores participantes; el grado de escolaridad primaria se reporta en más de la mitad de la muestra estudiada.

El número de fármacos usados más frecuente fue de 4 medicamentos.

La enfermedad prevaleciente en esta población fue la hipertensión arterial sistémica, por lo tanto los fármacos más utilizados fueron los antihipertensivos.

Con respecto al apoyo emocional, el apoyo material, ocio y el apoyo afectivo se encontró un grado máximo en dichas dimensiones de la población encuestada, lo cual discrepa con la hipótesis estudiada.

Por lo anteriormente descrito la hipótesis no pudo ser probada en su totalidad ya que grado de apoyo global y todas sus dimensiones no coinciden con la hipótesis descrita en la investigación.

XIII. RECOMENDACIONES.

Promover estilos de vida saludable.

La valoración integral de los adultos mayores en el primer nivel de atención con la finalidad de lograr un envejecimiento exitoso y por lo tanto prevención de enfermedades crónico de generativas.

Capacitar a los médicos de primer nivel de atención sobre el diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades que prevalecen en el adulto mayor de 60 años.

En caso de detectar pacientes con apoyo social envió a trabajo social por el médico tratante o asistente médica de la UMF 64.

En caso de detectar enfermedades crónicas degenerativas realizar tratamiento multidisciplinario por parte de medicina preventiva, nutrición, dental. En caso de ameritar envió a segundo nivel de atención. Con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar la polifarmacia.

El apoyo social es un factor importante para la preservación de la salud de los adultos mayores, por lo tanto se debe abordar de manera biopsicosocial.

XIV. BIBLIOGRAFÍA.

1. Castaño VD, Cardona AD. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. Salud Publica.* 2015; 17 (2):171-83.
2. Eisele M, Zimmermann T, Kohler M, Heser K, Tebarth F, Weeg D, Olbrinch J, Pentzek M, Funchs A, Weyerer S, Werle L, Leicht M, Koring H, Lupp M, Riedel-Heller S, Wolfgang M, Scherer M y AgeCoDe study Group. Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe. *BMC Geriatrics.* 2012; 12(9): 1-13. <http://www.biomedcontrol.com>.
3. Ferraz K, Narriman R, Pereira R, Chaves L, Alves A, Cruz V, De Oliveria D. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciencias y Saude Colectiva.* 2015; 20 (5):1321-330.
4. Vergara MI, Garin BU, Zubia ZI, Borde LB, Martin MI, Amiano EP. Las redes sociales como factor determinante en los hábitos de vida relacionados con la salud de las personas mayores. 2013; 15(1): 4-9.
5. Arroyo RM, Soto AL. La dimensión emocional del cuidador en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo social.* 2013; 26(2) 337-47.
6. Nava QC, Bezies AR, Vega VC. Adaptación y validación de la escala de percepción de apoyo social de Vaux. *Universidad Nacional Autónoma de México. México.* 2015; 21(1): 49-58.
7. Cárdenas CM, Barrientos DJ, Ricci AE. Estructura factorial de la escala de soporte social subjetivo validación en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Acta. Colomb. Psicol.* 2015,18 (1): 95-101.
8. Arias CL. La red de apoyo social: Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairos Gerontología.* 2015; 18 (20):149-72.

9. Acuña GM, González CR. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*.2010; 2(2):71-81.
10. Morlan LN, Apoyo familiar en adultos mayores diabéticos con deterioro cognitivo. 2011.
11. Herrera SA. Apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diabéticos tipo 2 de 20 a 59 años de la UMF 64 del IMSS. 2015.
12. Costa RG, Salamero M, Gil F. validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. España. Mayo 2007; 128(18): 687-91.
13. Terol M, López S, Neipp M, Rodríguez J, Pastor M, Marín AM. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. 2004; 35(1): 23-45.
14. Ahumada LR, Castillo JL, Muñoz EB, Moruno IM. Validación del cuestionario MOS de apoyo en atención primaria. *Medicina de familia*. 2005; 6(1):10-18.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-14.
16. Zapata LB, Delgado VN, Cardona AD. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelopolis, Colombia 2011. *Rev Salud Pública*. 2015; 17(6):848-60.
17. Fong EJ, Lam SJ, Guzmán NS, Oliva FJ. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el servicio de geriatría. *MEDISAN*. Santiago de Cuba. 17; (7):1-6.
18. Domínguez GM, Ocejo GA, Rivera SM. Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica*. 2013; 3(1):1018-30.
19. Suarez TM, Rodríguez LM, Pérez DR, Casal SA, Fernández G. Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del policlínico “Joaquín



- Albarrán". Rev Cubana Med Gen Integr. Ciudad de la Habana abril-jun 2015; 31(2): 1-8.
20. Yarce PE, Madroñero CK, Ortega BI, Zamudio AJ. Participación social del adulto mayor de 60 años institucionalizado de la ciudad de Pasto. Sep-Octubre 2015; 185-03.
21. Serra UM, German MJ. Caracterización de adultos mayores con polifarmacia evaluados en la consulta de geriatría. Rev Cub Med Mil. Ciudad de la Habana, 2014; 43 (3).
22. Rodríguez RJ, Zas TV, Silva JE, Sanchoyerto LR, Cervantes RM. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014; 9 (1): 35-41.
23. Varela PI. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Peruana de Medicina experimental y salud pública. 2016; 33 (2).
24. Juárez RC, Márquez SM, Salgado SN, Pelcastre VB, Ruelas GM, Reyes MH. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Pública. 2014; 35 (4):284-90.
25. Villegas VK, Montoya AB. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad en el Estado de México. UNAM. 2014; 79:133-39.
26. Razo GA. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. Rev CONAMED.2014; 19(2): 78-85.
27. Olivares RD, Rivera ML, Borges OL, González CF. Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA. 2015; 61: 1-7.
28. Cano GC, Samper TR, Cabrera J, Roselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (3): 1-6.
29. Guía de Práctica Clínica prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. México. IMSS-558-12. Secretaría de Salud. 2010.

30. Casas VP, Ortiz SP, Penny ME. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2) 335-41.
31. Serra UM, German MJ. Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de ciencias Médicas*. 2013; 12 (1):142-51.
32. Santibáñez BS, Villareal RE, Galicia RL, Martínez GL, Vargas DE, Ramón LJ. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51(2): 192-9.
33. Martínez AJ, Gómez GA, Saucedo MD. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150 (1): 29-38.
34. Cervantes BR, Villareal RE, Galicia RL, Vargas DE, Martínez GL. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria*. 2015; 47(6):329-35.
35. Diccionario Real academia española. 23 ed. Madrid. 2016. Edad, Sexo, Escolaridad. Pp. 50-480.
36. Homedes N, Ugalde A. Políticas de medicamentos multiorigen en América Latina: encuesta de 10 países. *WHO Boletín*. 2005; 83(1):6470.
37. Suarez CM. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz*. 2011; 17(1): 60-67.

CAPÍTULO 5

XV. ANEXOS

Anexo 1. Dictamen

  **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 **1408** con número de registro **17 CI 15 104 043** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **18/12/2017**

DR. LORENA GRISELDA GÓMEZ AGUILAR

P R E S E N T E

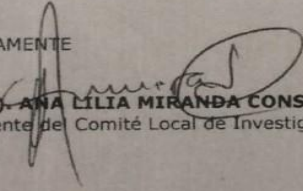
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64.

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-2017-1408-53

ATENTAMENTE


DR.(A) ANA LILIA MIRANDA CONSTANTINO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1 de 1 18/12/2017 08:11 a. m.

Anexo 2. Consentimiento informado.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64.
Lugar y fecha:	UMF 64 IMSS Tequesquahuac.
Número de registro:	R-2017-1408-53
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo. Identificar el grado de apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con el apoyo social, los medicamentos que usted toma y factores sociodemográficos. El tiempo máximo que usted puede tardar en contestar el cuestionario es de 10 minutos. El cuestionario está diseñado para que usted lo conteste sin ayuda, sin embargo, si tiene dificultad para leer, puede recibir apoyo del encuestador y seleccionar la respuesta que usted considere más adecuada.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no le ocasionara dolor, molestia, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información respecto al grado de apoyo social con que usted cuenta. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto al apoyo social y polifarmacia, información de utilidad para futuros programas de prevención primaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo(a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Lorena Griselda Gómez Aguilar. Matricula: 99158730 Médico General UMF 64 IMSS Tel 0445541875032
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____	Dra. Gómez Aguilar Lorena Griselda. Matricula: 99158730
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
Clave: 2810-009-013	

Anexo 3.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64

GRADO DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA ADSCRITOS A LA UMF 64 (FICHA DE IDENTIFICACIÓN)

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, el motivo es obtener información acerca del apoyo social en adultos mayores con polifarmacia adscritos a la UMF 64. La información que se obtenga será estrictamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Anote su edad y marque con una **X** la opción que más se asemeje a su realidad.

1. ¿Qué edad tiene? _____ años.
2. ¿Cuál es su género?
 - a) Hombre
 - b) Mujer
3. ¿Tiene usted pareja?
 - a) Si tengo pareja.
 - b) No tengo pareja.
4. De las siguientes ¿Qué enfermedades padece usted? (puede seleccionar más de una).
 - a) Diabetes
 - b) Hipertensión
 - c) Enfermedades del corazón
 - d) Dolores articulares
 - e) Varices
 - f) Gastritis
 - g) Colitis (estreñimiento)
 - h) Problemas para dormir
 - i) Otras _____

5. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Ninguna
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Bachillerato.
- e) Licenciatura.
- f) Posgrado
- g) Otra _____.

6. ¿Cuántos medicamentos toma al día? (incluya los que usted toma sin prescripción médica)

- a) ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ más _____.

7. ¿Para qué enfermedades toma usted estos medicamentos? (Puede seleccionar varias opciones)

- a) Para el corazón.
- b) Para el dolor.
- c) Para orinar o la hinchazón.
- d) Para la diabetes.
- e) Para la gastritis.
- f) Para la presión alta.
- g) Para la piel.
- h) Para el cansancio (vitaminas).
- i) Otros _____.

8. Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) tiene usted?

- a) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ otro _____.

Instrucciones: Marque con una **X** la opción que más se asemeje a su realidad.

¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
9.	Qué le ayude cuando tenga que estar en la cama					
10.	Con quién pueda contar cuando necesita hablar					
11.	Qué le aconseje cuando tenga problemas					

12.	Qué le lleve el medico cuando lo necesite					
13.	Qué le muestre amor y afecto					
14.	Con quién pasar un buen rato					
15.	Qué le informe y ayude a entender la situación					
16.	En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones					
17.	Qué le abrace					
18.	Con quién pueda relajarse					
19.	Qué le prepare la comida si no puede hacerlo					
20.	Cuyo consejo realmente desee					
21.	Con quién hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
22.	Qué le ayude hacer sus tareas domésticas si está enfermo					
23.	Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos					
24.	Qué le aconseje como resolver sus problemas personales					
25.	Con quién divertirse					
26.	Qué comprenda sus problemas					
27.	A quién amar y hacerle sentir querido					

La siguiente información será registrada por el investigador:

	Puntos	Máximo	Medio	Mínimo
Apoyo emocional: Respuestas número: 10, 11, 15, 16, 20, 23, 24 y 26.		40	24	8
Ayuda material/instrumental: Respuesta a las preguntas: 9, 12, 19 y 23.		20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción: respuestas a las preguntas: 14,18, 21 y 25.		20	12	4
Apoyo afectivo: respuestas a las preguntas: 13, 17 y 27.		15	9	3
Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.		94	57	19

Anexo 4.

DESGLOSE FINANCIERO.

INSUMO	CANTIDAD	COSTO
Hojas blancas	190	\$100.00
Impresiones de instrumento	190	\$ 375.00
Impresiones de consentimiento informado.	190	\$187.00
Bolígrafos y lápices	20	\$50.00
Sobres de resguardo	190	\$750.00
	TOTAL	\$1462.00

