



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, DR. IGNACIO CHÁVEZ,
CIUDAD DE MÉXICO**

**INFLUENCIA DEL RIESGO SOCIAL EN LA PREFRAGILIZACIÓN
DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”**

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

**PRESENTA
JUAN MANUEL RIVERA RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. EDITH MIREYA VILLANUEVA ESTRADA**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



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.

**INFLUENCIA DEL RIESGO SOCIAL EN LA PREFRAGILIZACIÓN
DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”**

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

**PRESENTA:
JUAN MANUEL RIVERA RODRÍGUEZ**

AUTORIZACIONES:

DRA. ROSALINA MARTINEZ ARELLANO
DIRECTORA CMF DR. IGNACIO CHÁVEZ

DR. ANDRÉS BERNAL PAREDES
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CMF DR. IGNACIO CHÁVEZ

DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. EDITH MIREYA VILLANUEVA ESTRADA
DIRECTORA DE TESIS

CIUDAD DE MÉXICO, 2019

**INFLUENCIA DEL RIESGO SOCIAL EN LA PREFRAGILIZACIÓN
DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”**

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

**PRESENTA:
JUAN MANUEL RIVERA RODRÍGUEZ**

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
JUSTIFICACIÓN	27
OBJETIVOS	30
• GENERAL	30
• ESPECÍFICO	30
HIPÓTESIS	30
MATERIAL Y METODOLOGIA	31
• TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
• POBLACIÓN Y MUESTRA	31
• TIEMPO Y LUGAR	31
• CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
• VARIABLES DE ESTUDIO	32
• INSTRUMENTOS	32
• ANALISIS DE DATOS	33
• CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
RESULTADOS	36
GRAFICOS Y TABLAS	37
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIÓN	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

Debido a la gran pluralidad de factores biológicos, cronológicos, sanitarios, sociales, económicos, entre otros, el concepto de edad, y a partir de ella, el de anciano, viejo o persona mayor, es todavía hoy un tema de debate y por el momento no hay un criterio numérico estándar.

El propio Ortega y Gasset afirmaba: “Las edades son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro quehacer vital”.

La mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de “persona mayor”. Sin embargo, debido al aumento de la esperanza de vida y a la heterogeneidad del envejecimiento se distinguen tres grandes grupos para clasificar a las personas mayores. Las características sociales y biológicas de estos tres grupos son suficientemente diferentes como para ser significativas y describir cada una de las etapas:

- Ancianos jóvenes: personas de edades comprendidas entre los 65 a 74 años, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia, es independiente para realizar las actividades de la vida diaria; por ello, el profesional sanitario deberá desarrollar para este colectivo un plan educacional dirigido a prevenir la incapacidad.
- Se refiere a ancianos a personas de 75-84 años. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables.
- Y a ancianos viejos a personas de más de 85 años, donde la fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes.

En las últimas décadas, los avances en materia de salud, las situaciones de emigración, la disminución de la tasa de natalidad y de índices de mortalidad en países desarrollados como en vías de desarrollo han provocado cambios en la estructura por edad, aumentando el fenómeno de envejecimiento poblacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) estima que en el 2050 la población de adultos mayores alcanzará los 2000 millones a nivel mundial.

Estamos presenciando un proceso de envejecimiento demográfico en los países del mundo, que si bien para las sociedades latinoamericanas y primordialmente en nuestro país, es un fenómeno relativamente reciente, la celeridad de su ocurrencia nos sugiere la necesidad de prever sus consecuencias y alternativas de manejo en cuanto a políticas de salud, gestión de recursos sociales, bienestar y asistencia social, sin contar con el incremento de situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia que conllevan pensar en cuidados a largo plazo e implementación de un sistema de protección social para dar respuesta a situaciones prolongadas de dependencia(1).

Según información de la Encuesta Intercensal 2015, en México hay 12.4 millones de personas de 60 y más años, lo que representa 10.4% de la población total. La mayor parte de la población de 60 y más años (88.1%) forma parte de un hogar familiar, mientras que 11.1% forman hogares unipersonales. Durante el segundo trimestre de 2016, la población ocupada de 60 y más años representaba 33.6%. En 2014, 26% del total de la población de 60 y más años tienen discapacidad, mientras que 36.1% cuenta con alguna limitación.

El fenómeno del envejecimiento provocará nuevos retos a nivel social, familiar e institucional. Se ejercerá una presión importante en los sistemas de seguridad social, sistemas de asistencia sanitaria y atención hacia el cuidado de los adultos mayores, por lo que se tendrá que invertir en la capacitación de profesionales de salud e infraestructura de las instituciones para cubrir las demandas de atención, ya que llegar a la vejez no siempre va acompañado de una óptima calidad de vida. Las personas en edad avanzada son más vulnerables a padecer enfermedades crónicas, tener limitaciones en la movilidad física, presentar disminución en la percepción sensorial ó en la respuesta cognitiva. (Consejo de Desarrollo Social, 2010)

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento presenta variaciones personales y demográficas, así mientras algunos adultos mayores conservan gran parte de sus funciones, otros pueden presentar deterioro físico y cognitivo, fases que se determinan por los niveles de fecundidad y el índice de envejecimiento, es así como se distinguen cuatro grupos(2).

- Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser leve o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

La dimensión de género en el envejecimiento de la población es muy importante, ya que las mujeres mayores en los países en desarrollo sufren de manera especial los efectos de este proceso. En la vejez los problemas de las mujeres se pueden agudizar, sobre todo, por una vida previa de desigualdad y de exclusión social. Su mayor longevidad implica que un alto porcentaje de ellas se encuentre en situación de viudez, lo que conlleva muchas veces soledad y abandono(3). Las mujeres mayores, por lo general, tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales. Aun así, muchas mujeres mayores continúan desempeñando un papel importante en la familia, como jefas de hogar o encargadas de la crianza de los menores dependientes, e incluso, en edades avanzadas, constituyen la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad en la mayoría de los países.

Esta transformación demográfica mundial, no obstante, plantea desafíos diferentes para

las sociedades dependiendo de su grado de desarrollo y capacidades de inserción y funcionamiento dentro de la lógica de las economías globalizadas(3). Mientras en los países industrializados, cuyo proceso de envejecimiento ha sido gradual, las causas del envejecimiento de la población son consecuencia directa del mejoramiento de la calidad de vida de la población en general, en los países con economías en transición dicho proceso está vinculado al descenso de la fertilidad, el porcentaje elevado de la mortalidad infantil y las migraciones de la población económicamente activa, situaciones que se prevé que no cambiarán pronto.

Por otra parte, la existencia de una cultura de estigmatización a la vejez y el envejecimiento, entendidas como una época de pérdidas, conlleva la naturalización de la discriminación, maltrato, abuso y violencia contra las adultas y los adultos mayores, violencia ejercida en los espacios familiares, sociales y estatales(4). En las sociedades contemporáneas los procesos de desamparo se asocian a la desvalorización de lo que los viejos pueden hacer, esa pérdida de aprecio es equiparable a una pérdida de precio de los servicios que puede prestar una persona de edad a la sociedad.

Dentro de los cambios en el envejecimiento, como las ya mencionadas, cabe resaltar los cambios físico y psicopatológicos de los que se ven acompañados.

DETERIORO COGNITIVO

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas(5).

El Deterioro Cognitivo describe la alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia. Este constructo ha generado diversos criterios diagnósticos a lo largo de los últimos años.

Los avances tecnológicos en las neurociencias han aumentado los conocimientos sobre la función cerebral, sin llegar a clarificar si el deterioro cerebral global atribuido en gran medida al envejecimiento se percibe como el espectro de los trastornos que anteceden a la enfermedad de Alzheimer.

Con el avance de la edad, los adultos mayores se quejan de que su memoria “no es más la de antes”, los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales(6).

El primer problema se plantea con la denominación de esta entidad. Se proponen términos como alteración cognitiva leve, dado que un rendimiento por debajo de lo esperado no significa necesariamente deterioro. También se propone el término deterioro cognitivo, sin ningún tipo de adjetivos calificativos más o menos desafortunados. Utilizaremos el término deterioro cognitivo leve al ser el más ampliamente utilizado en la literatura.

El término deterioro cognitivo leve (DCL) fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA).

En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo y lo define como un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. Así mismo, establece que la alteración de la memoria es el problema principal y que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas.

La tasa de conversión del DCL a demencia se ha estimado para los ancianos en un rango anual de 8% a 16%. En la población normal, esta tasa de conversión es de 1% a 2% por año, la incidencia acumulativa de demencia en pacientes con DCL puede ser de 80% a seis años. El intervalo entre el diagnóstico de DCL y demencia puede ser hasta de ocho años en algunos casos.

La prevalencia del DCL se ha estimado que varía entre el 17% y 34% en la población de adultos mayores. Los trastornos cognitivos suponen una de las patologías crónicas más frecuentes en la población geriátrica. Según estudios epidemiológicos, el 10% de los individuos mayores de 65 años presentan, disfunción cognitiva clínicamente significativa y este porcentaje aumenta exponencialmente con la edad.

Diversos estudios que utilizan definiciones distintas de DCL han mostrado una prevalencia en la población general anciana entre el 3% y el 19%, con una incidencia de 8-58/1000

personas/año, y un riesgo de desarrollar demencia del 11% a 33% a los dos años. No obstante, hay acuerdo en que más de la mitad de pacientes con DCL progresan a demencia en cinco años, y que el subtipo amnésico de DCL tiene un alto riesgo de progresión a enfermedad de Alzheimer(7).

Los criterios de demencia, tal y como están especificados en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), requieren que el paciente tenga déficit cognitivo en dos o más áreas, tales como memoria, lenguaje, cálculo, orientación y juicio. Además, el déficit ha de ser lo suficientemente importante como para originar incapacidad social o laboral. El Deterioro Cognitivo Leve en el que sólo está presente el trastorno de la memoria ha sido denominado Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico, ya que se define mediante la enfatización del deterioro de la memoria aislado.

Existen varios criterios para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve, pero los más aceptados y utilizados son los de Petersen y colaboradores:

- Pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador fiable.
- Facultad de memoria inferior en 1.5 SD (desviaciones estándar) o más por debajo de la media para su edad.
- Cognición general normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Sin embargo, el DCL es una entidad clínica heterogénea nutrida de múltiples fuentes: factores etiológicos (varios tipos de lesiones degenerativas, factores de riesgo vascular, características psiquiátricas, asociación entre estados patológicos, etc.), síntomas clínicos, y un curso clínico con sujetos que empeoran y sujetos que no empeoran, presentando estos últimos un deterioro cognitivo estable o incluso reversible.

Por otra parte, los estudios existentes hacen posible subrayar las limitaciones de los criterios vigentes, que no permiten definir una población homogénea, tanto en términos de subtipo de DCL como de su modo de progresión.

El grupo de trabajo del European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC) sobre Deterioro Cognitivo Leve realizó en marzo de 2006 una revisión crítica del concepto, proponiendo un procedimiento nuevo de diagnóstico con tres pasos diferenciados:

En primer lugar, el Deterioro Cognitivo Leve debería corresponderse con lo siguiente:

- Quejas cognitivas procedentes del paciente y/o su familia.
- El sujeto y/o el informador refieren un declive en el funcionamiento cognitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.
- Trastornos cognitivos evidenciados mediante evaluación clínica: deterioro de la memoria y/u otro dominio cognitivo.
- El deterioro cognitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
- Ausencia de demencia.

Estos 5 criterios hacen posible identificar un DCL, lo que constituye el primer paso del procedimiento diagnóstico.

En segundo lugar, ha de reconocerse el subtipo de DCL:

- Tipo amnésico, con afectación exclusiva de la memoria, es el más conocido, estudiado y mejor definido.
- Tipo amnésico multidominio, en el que la alteración de la memoria se acompaña de alteración en otra área cognitiva, habitualmente la función ejecutiva.
- Tipo no amnésico, que cursa con alteración de la función ejecutiva, el área visuoespacial o el lenguaje.
- Tipo no amnésico multidominio, que cursa con afectación de más de un dominio diferente a la memoria

Finalmente, debe ser identificado el subtipo etiopatogénico, donde el deterioro cognitivo ha de detectarse y diagnosticarse mediante pruebas que pongan en juego las capacidades cognitivas del paciente, dentro del marco tradicional, pero insustituible, del método clínico, en el que cobran especial relevancia la información aportada por una persona allegada al paciente y el examen del estado mental.

El ámbito de la Atención Primaria (AP), por su accesibilidad, proximidad y perspectiva longitudinal, es el entorno idóneo para la detección y abordaje inicial del deterioro cognitivo. El segundo nivel asistencial confirmará el diagnóstico y la etiología, e iniciará el tratamiento específico.

En la mayoría de los casos, la instauración discreta del DCL hace difícil su distinción del envejecimiento normal, la depresión, la baja inteligencia previa o la demencia. Si esto se suma a que los test de cribado tan solo indican una sospecha fundada, el diagnóstico de certeza mediante la aproximación escalonada (añadir otros test de rendimiento cognitivo global o que exploren funciones específicas), anamnesis y exploración clínica, requerirá una cantidad de tiempo considerable difícil de compatibilizar con la realidad del tiempo disponible en la práctica totalidad de las consultas de AP. Lo anterior hace patente la necesidad de que el médico de AP emplee métodos de cribaje rápidos y sencillos que en pocos minutos le permitan identificar de una manera objetiva a los pacientes con probabilidad de padecer un DCL.

EL ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO FAMILIAR

En lo que respecta a la familia, para evaluar la eficacia del entorno de la misma como red de apoyo en un adulto mayor, es importante establecer el grado de funcionalidad, el rol que ejerce el adulto mayor dentro de dicho círculo, el tipo de jerarquía ejercida, la calidad de las relaciones interpersonales e intergeneracionales.

Un estado de salud adecuado es necesario conocer el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida(8). Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

La familia como grupo social debe cumplir 5 funciones básicas que son:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y del desarrollo psicológico personal.

- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Se ha propuesto que la calidad de vida en la vejez se asocia a familias funcionales, siendo evidente que aquellos adultos mayores con un inadecuado o ineficiente apoyo familiar presentan mayor morbimortalidad de padecimientos como depresión y alteraciones cognitivas, además de que refieren una autopercepción de salud deficiente(9).

El bienestar social se relaciona con la capacidad de manejar los problemas de salud y preservar la autonomía, a pesar de la posible existencia de limitaciones funcionales. Este estudio pretende evaluar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea, siendo sus principales aspectos las interacciones sociofamiliares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos. Esta valoración es muy difícil, porque utiliza parámetros subjetivos, como las relaciones interpersonales. Algunos de los instrumentos utilizados en esta valoración son la Escala Sociofamiliar de Gijón, que detecta riesgo social dentro de la problemática establecida en la comunidad; la *Socials Resources Scale* (OARS), que proporciona información sobre la actividad funcional, las interacciones sociales y de recursos; y la Escala de Philadelphia, recomendada para la cuantificación de la calidad de vida.

Uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo, es la ya comentada Escala Sociofamiliar de Gijón. La enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. La familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) siendo enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y

síntomas son debidos a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Indicadores para medir funcionamiento familiar:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones.
- El sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros", de manera que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para promover el desarrollo de todos los miembros.
- En el sistema familiar debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.
- En el sistema familiar debe haber una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.

Cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos.

- El sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios.
- La capacidad de adaptación es una de las funciones más importantes, ya que la familia está sometida a constantes cambios.

El funcionamiento familiar no es fijo sino en constante cambio, si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y comienzan aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible

que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Es necesidad saber más, acerca de la manera de atender a los ancianos, mantenerlos en buena salud y enseñarles buenos hábitos en su estilo de vida(10).

La aparición de una enfermedad crónica, como es el caso de el deterioro cognitivo, su condición de cronicidad, exige modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de sus miembros. Pero estos cambios adaptativos crean riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a la familia del enfermo.

Siendo de vital importancia, el abordaje familiar en el campo de la atención primaria, y reconocer la disfunción familiar, sobre todo en los pacientes con malestar psíquico(11).

Consideraciones terapéuticas en el paciente con deterioro cognitivo:

- En relación al conyugue, hay sentimiento de sobreprotección, hacia la pareja enferma, y hay mejor apego farmacológico.
- Posterior al diagnóstico, se presentan cambios esperados en la relación de pareja. Pueden permanecer unidos por sentimientos de culpa.
- Conforme avanza la enfermedad hay cambios en la estructura familiar.
- Los límites se pueden volver difusos.
- Importante que la familia sea flexible.
- Los cambios en la familia dependen del ciclo vital en que se encuentren.

REDES SOCIALES

La formación de redes sociales no es un fenómeno nuevo, se remonta a épocas tempranas de las sociedades humanas, en cuanto que han facilitado su supervivencia. La búsqueda de apoyo en otras personas, especialmente en situaciones particulares, ha sido una característica del ser humano(12). Las redes sociales tradicionalmente se han relacionado con las poblaciones más vulnerables, pues se han constituido en un mecanismo para la satisfacción de necesidades básicas. Sin embargo, es necesario precisar que no solo la satisfacción de necesidades básicas y materiales es la razón por la cual una persona decide formar parte de una red; para los adultos mayores las necesidades emocionales y cognitivas se convierten en la motivación principal.

Haciendo una revisión rápida de la génesis del término red social, se distinguen dos corrientes sobre el uso del concepto: la anglosajona y la latinoamericana, donde sobresalen los trabajos realizados en México (Lomnitz) y Argentina (Dabas).

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb (1976; citado en Chappell, 1992) ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental.

Walker y colaboradores (1977) definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire (1980) se refirió a las “redes” como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos(13).

Muy posteriormente se distinguió entre los apoyos sociales y las interacciones sociales a través de redes sociales asumiendo que las mismas pueden tener efectos negativos (depresivos, maltrato, violencia, negligencia) pero también positivos. Se reconoció que la extensión de los contactos como la estructura y composición de los mismos no era garantía de apoyos.

En América Latina se desarrolló también una fuerte tradición antropológica sobre redes

sociales. El énfasis estuvo centrado en la importancia de la redes sociales en las estrategias de reproducción social de aquellos que se encontraban en situación desventajosa (migrantes, sectores populares, jefatura femenina, desempleados, madres solteras, entre otros).

En México, Lomnitz en su clásico “Cómo sobreviven los marginados” (1977) concluye que “las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores, constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada”. Más tarde agregó que también permiten ubicar los vínculos verticales y las relaciones de apoyo existentes entre grupos empresariales, comunidades científicas y en lo que ella denominó, redes informales en sistemas formales.

TIPOLOGIA DE REDES SOCIALES

Existen diferentes formas de clasificar las redes sociales. Entre los criterios para tipificarlas se encuentran el tipo de intercambio y las interconexiones entre los miembros(14). De acuerdo al primer criterio, según Polanyi y Dalton (1968, en Lomnitz 1994) existirían tres tipos de redes:

- Redes basadas en la de reciprocidad, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.
- Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, que se centran primero en un individuo o institución para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad y, finalmente
- Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo. Polanyi destaca la reciente dominación del intercambio de mercado, por sobre otras formas de intercambio. Sin embargo, agrega que en ningún sistema social se excluye algún tipo de intercambio, mas bien coexisten unos con otros.

En términos de las interconexiones entre los miembros, se destaca el hecho que el concepto de redes hace referencia a las interconexiones con otros miembros del entorno sin que necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia. Según el grado de interconexión, pueden definirse al menos dos tipos de topologías de redes distintas, que en la práctica suelen ser complementarias(15).

- Redes basadas en contactos personales, semejante a lo que en lenguaje informático se define como redes con topología de estrella, en que cada persona se relaciona con individuos separados de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido que se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.
- Redes basadas en contactos grupales, la persona se relaciona con personas de grupos estructurados en torno a agrupaciones y/o organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se acerca a las redes de intercambio recíproco que en si constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser de tipo “democráticas”, en las que todos “valen” lo mismo o pueden ser redes mas o menos dirigidas por una o más personas.

REDES SOCIALES DE APOYO Y ADULTOS MAYORES

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la significación que tienen para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida, no solamente por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, las percepciones que desarrollan las personas mayores que participan con redes respecto al desempeño de roles sociales significativos es considerado un elemento clave en su calidad de vida.

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales, muchas de ellas de apoyo afectivo. Desde el nacimiento y durante todo el curso de vida pasan de unas redes a otras, formando parte crucial del desarrollo individual.

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos (16):

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)

Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.

Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.

FUENTES DE APOYO

Se distinguen las fuentes formales y las fuentes informales de apoyo. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. El sistema informal está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo (17).

Respecto al apoyo informal, en la familia la cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, aunque se da también sin ella, especialmente en cuanto al apoyo material y emocional. Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyos importantes. Los vínculos de amistad están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos dados por la red de amigos son más públicos que los que operan al interior de la familia pero más personales que los que vienen del sistema formal.

CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO

Diversas preocupaciones sobre el próximo milenio acerca de un planeta demográficamente envejecido han generado consenso para estudiar las condiciones objetivas de vida (institucionales, culturales y sociales) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel aceptable en su sobrevivencia cotidiana. El sostenido incremento en la esperanza de vida ha llevado a la pregunta de si el aumento en los años de vida van acompañados de aumentos en los años de vida saludable.

Dichas preocupaciones se relacionan con la necesidad de estudiar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud sino también la apreciación individual y valoración de estas condiciones en lo personal. Por ello, ha surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores como una combinación óptima de

factores objetivos y subjetivos (18).

FRAGILIDAD Y ADULTOS MAYORES

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se hizo evidente que el envejecimiento, un proceso universal, ocurre de manera diferente en cada individuo, y que dentro de la población geriátrica existen subgrupos de pacientes con mayor vulnerabilidad física y mental, con mayor dependencia de los servicios de salud.

El término “fragilidad” ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermarse, pérdida de la fuerza y la resistencia. Los fenotipos más comúnmente relacionados incluyen: debilidad muscular, fragilidad ósea, desnutrición, riesgo de caídas, vulnerabilidad al traumatismo, vulnerabilidad a infecciones, alto riesgo de confusión, presión arterial inestable y disminución de las capacidades(19).

Las diversas definiciones han incluido distintos focos, entre los que se encuentran: función física, función cognitiva y factores psicológicos y psicosociales. Numerosas investigaciones proponen que la fragilidad es un síndrome clínico basado en la presencia de signos y síntomas específicos. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.

Para definir la fragilidad como un síndrome, las alteraciones deben presentarse combinadas. Una sola manifestación no es suficiente para reconocerlo. Un consenso de geriatras italianos y norteamericanos publicaron que los criterios para definir fragilidad física deben basarse en alteraciones fisiológicas que afecten la movilidad, el equilibrio, la fuerza muscular, el procesamiento motor, la nutrición, la cognición, la resistencia y la actividad física(20).

FACTORES FISIOLÓGICOS

Un gran número de factores fisiológicos han sido descritos como factores de riesgo de fragilidad, e incluyen activación de la inflamación, deterioro del sistema inmunitario y

alteraciones del sistema endocrino y musculoesquelético. Se estudiaron varios marcadores de inflamación con relación a individuos frágiles y no frágiles, y se encontró que en los frágiles había niveles más altos de proteína C reactiva y factores relacionados con la coagulación, que incluían dímero D y el factor VIII, que podría relacionarse con un estado de inflamación crónica. La IL-6 se relaciona con sarcopenia, pérdida de peso y aumento de la susceptibilidad a infecciones. Puede contribuir a la anemia por inhibición directa de la eritropoyetina o por interferencia en el metabolismo del hierro. Este estado de inflamación crónico también podría relacionarse con otros efectos hematológicos, como la activación de la cascada de la coagulación: en ancianos frágiles se ha demostrado aumento de factor VIII, fibrinógeno y dímero D.

Los ancianos frágiles presentan niveles más bajos de dehidroepiandrosterona sulfato y de factor de crecimiento similar insulina (IGF-1), que los ancianos no frágiles. En una cohorte de mujeres ancianas se ha demostrado que los niveles bajos de IGF-1 se asocian con menor fuerza y movilidad.

Hay otras hormonas y nutrientes, como la vitamina D, que se ha demostrado que preservan la fuerza muscular y, por lo tanto, podrían desempeñar un papel en la prevención o el tratamiento de la fragilidad, pero son necesarios más estudios para determinarlo(21).

FACTORES CONTRIBUYENTES

Las estrategias para identificar un grupo de vulnerabilidades, debilidades, inestabilidad y limitaciones, que podrían ser útiles para ampliar los fenotipos de fragilidad, se beneficiarían a su vez con acercamientos multifactoriales para dilucidar los factores contribuyentes para cada uno de esos grupos. Actualmente se conocen factores de riesgo para varias condiciones, y otros genéticos, celulares, psicológicos, fisiológicos y ambientales. Los estudios de factores con efectos en múltiples sistemas fisiológicos, como por ejemplo las citoquinas y hormonas, podrían revelar algunos de los grupos. El valor de acercarse a características individuales y la identificación empírica de grupos contribuirían a ampliar la definición de fragilidad y son cruciales para ayudar a comprender las causas y consecuencias de la variedad de estas características subsumidas bajo la idea general de fragilidad.

CRITERIOS

Los criterios de Fried han servido de modelo para la valoración de fragilidad en escenarios clínicos donde se necesita un diagnóstico certero, fácil y rápido de emitir, incluyendo consulta de primer contacto para pacientes ambulatorios y tamizaje de fragilidad en poblaciones seleccionadas como: pacientes con insuficiencia renal, mujeres, mujeres obesas, minorías raciales, residentes de asilos, pacientes programados para cirugía electiva y pacientes con HIV.

La prevalencia e incidencia de fragilidad varían según la población estudiada y la definición operacional utilizada. En el trabajo original de Fried se reportó una prevalencia de 6.9% en la población ambulatoria, con una incidencia de 7.2% a 4 años. La fragilidad se relacionó con ser afroamericano, menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico, mayor número de comorbilidades y discapacidad.

En población méxicoamericana de 74 años de edad y mayores, se ha reportado una prevalencia de 54% de prefragilidad y 20% de fragilidad. En población mexicana residente en México, la prevalencia prefragilidad es de 17 a 21%, con una prevalencia de fragilidad de 24% en pacientes de 65 a 69 años y de 47.6% en pacientes de 85 años y mayores(22).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En varios estudios, el género femenino se asocia a fragilidad, más que el género masculino. El estatus socioeconómico bajo, medido por nivel educacional, también se asocia a fragilidad. Por otro lado, el nivel socioeconómico es atenuado por el estilo de vida. Por ejemplo, el bajo nivel educacional es predictor de fragilidad, pero se ve atenuado luego de ajustar por IMC (índice de masa corporal), etnicidad, tabaquismo, alcohol, autopercepción de salud y comorbilidad.

Durante años, se han realizado seguimientos a muy largo plazo y se han mantenido estos factores inamovibles. Y además, son los que abren la puerta a otros factores patológicos

que al final desequilibran la situación vital: la malnutrición, la depresión, las infecciones. Probablemente, los orígenes sean múltiples y, a la postre, no podamos ver sino una amalgama de hechos en contra, difíciles de diferenciar.

La fragilidad es un síndrome de vulnerabilidad fisiológica y declinación progresiva multifactorial. Los potenciales factores de riesgo permitirían identificar a un grupo de riesgo para eventuales intervenciones y cuidados adecuados, y, aunque aún se requieren estudios más profundos, éstos incluirían desde programas de ejercicios y modelos de evaluación geriátrica hasta cuidados al final de la vida para aquellos en estadio final de fragilidad. Asimismo, de algunos de estos estudios se extraen elementos para afirmar con mayor solidez que la fragilidad es un factor de riesgo muy elevado para el desarrollo de morbimortalidad en el adulto mayor.(23).

ESTUDIOS RELACIONADOS

La preocupación por estudiar los apoyos sociales de las personas mayores se deben ubicar en dos contextos fundamentales. Por un lado, en los países desarrollados existe preocupación por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicadas al mantenimiento físico y material de la población mayor. (J. Guzman, 2003). De ahí que sea la familia y las redes sociales, provistas en la comunidad, las áreas de investigación estratégicamente relevantes al analizar el bienestar de esta población.

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales, muchas de ellas de apoyo afectivo. Desde el nacimiento y durante todo el curso de vida pasan de unas redes a otras, formando parte crucial del desarrollo individual (Hogan, 1995). Muchas de estas redes caminan paralelamente a las instituciones que regulan el tránsito en la sociedad. Si bien su importancia no se puede estimar superior a la de la familia residencial, lo cierto es que los individuos como las familias están conectados a múltiples redes sociales sea en forma individual como grupal. (Sandra Huenchuan, 2003)

En los últimos años, en especial en los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá y países europeos) ha habido un incremento de investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores (Antonucci T. y Jackson J., 1987). El interés por el tema

toma fuerza en la discusión en la medida que los recursos públicos no son suficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico (24).

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos de los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad en la calidad de vida de las personas y en especial de las adultos mayores (Pillemer et al, 2000). Los autores sostienen que los apoyos sociales, promueven el bienestar entre las personas mayores y sus familias y mencionan las vías a través de las cuales estos efectos se producen.

Con base en lo cual, y debido a que la autoeficacia puede verse afectada por los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, es necesario que las personas adultas mayores realicen una reapreciación de su eficacia en las acciones que han sido afectadas por las modificaciones biológicas significativas, optimicen sus talentos, concentren esfuerzos en intereses focales y ejerzan control sobre sus comportamientos (Sánchez-Sosa & González- Celis, 2002).

Sin embargo, es en el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Antonucci y Akiyama (2001) en un balance de las evidencias empíricas en esta área concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. También concluyen que las relaciones de calidad pueden tener efectos en los niveles de depresión y también impactan la frecuencia de enfermedades y la respuesta inmunológica.

En un estudio realizado en Santiago de Chile, en mayores de 65 a los que viven en su propio hogar, lúcidos, a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, se ha encontrado que la pertenencia a una organización de adultos mayores contribuye al intercambio de información para cuidarse mejor, proporcionan compañía y afectos y contribuyen al mejoramiento de las relaciones familiares pues las personas mayores se hacen más independientes (25).

El WHI Fragility Study encontró que los individuos de 70-79 años aumentaban el riesgo de fragilidad a los tres años, comparados con los de 60-69. De igual manera, la evaluación del CHS indica que el riesgo aumenta la prevalencia por encima de los 90 años, lo que indicaría que la edad es un factor de riesgo para fragilidad. Las alteraciones fisiológicas

que han sido asociadas a fragilidad son complejas, al igual que la interacción con el sistema endocrino y la inflamación. También la nutrición inadecuada, la edad avanzada y los cambios fisiológicos, que llevan a la sarcopenia, se asociaron a fragilidad, y hay evidencia de que el círculo podría quebrarse con ejercicios que aumenten la fuerza de las extremidades inferiores, la velocidad de la marcha y el levantarse desde la sedestación en una silla, en individuos frágiles alojados en residencias geriátricas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ARGUMENTACIÓN

Este surge debido a que la atención del adulto mayor representa un reto, ya que enfrentan enfermedades crónico degenerativas, mentales, cardiovasculares y fracturas, las cuales la mayoría de la veces se acompañan de discapacidad, generando dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD).

En la relación causal que se realiza, la pérdida de precio se convierte en pérdida de valor, reafirmando la noción de “muerte social”, noción arraigada en las sociedades con respecto al envejecimiento y a la vejez. La muerte social excluye a los individuos que son estigmatizados, entre ellos a las adultas y a los adultos mayores, así su deseo sea continuar en la vida y contribuir a la sociedad que los margina y que paulatinamente destruye los hilos que los atan al mundo de lo significativo y significativo.

La demanda de atención gerontológica en primer nivel de atención va en ascenso debido a la transición epidemiológica del país.

El envejecimiento poblacional, producto de dicha transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas causantes de discapacidad, aunado a la pérdida gradual y progresiva de las capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad, colocan al individuo en una posición de vulnerabilidad al perder su autonomía ocasionando problemas de funcionalidad, ya que se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, requiriendo por tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental.

Por otro lado, la familia, como red social de apoyo primaria, es una parte fundamental para el manejo de estos pacientes, ya que así se puede disminuir la morbimortalidad y la carga del cuidador primario.

Se ha encontrado que pacientes con deterioro cognitivo que no tienen una adecuada red social de apoyo, ésta se ve exacerbada, lo cual llamó mi atención, pues no se encuentran con los programas adecuados para la atención de este padecimiento.

El médico de familia debe estar preparado para abordar el proceso de deterioro cognitivo de una forma integral, yendo más allá del proceso puramente médico y abarcar la evaluación de las características familiares en que se desenvuelven los pacientes mayores de 65 años ya que el deterioro cognitivo puede repercutir en la dinámica familiar pues el proceso de envejecimiento por si solo tiene repercusiones tanto psicológicos, sociales, económicos y familiares per se.

Lo anterior nos lleva a plantear la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Determinar cuál es la influencia del riesgo social en la prefragilización del adulto mayor, hombres y mujeres, sin deterioro cognitivo y en aquellos con deterioro cognitivo leve en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez”.

JUSTIFICACIÓN

La magnitud deriva debido a que la demanda de atención de adultos mayores en medicina familiar, se incrementará al 3.64% anual, de forma acelerada en los próximos 40 años, partiendo del 2010. Por lo cual debe incrementarse la atención primaria de asistencia, siendo el nivel de atención más cercano al anciano, con aplicación de estrategias para promover actividades preventivas, detectar grupos de riesgo, adecuar los servicios, recursos sanitarios y potenciar la atención médica domiciliaria.

La práctica profesional en el ámbito de la atención a los adultos mayores ha evolucionado de forma vertiginosa en los últimos 20 años; actualmente es imprescindible hacer uso de los diferentes niveles de asistencia de forma oportuna, así como dotar de recursos humanos y físicos adecuados para cada nivel.

El modelo de relación con el paciente basado en las habilidades clínicas asentadas en la propia experiencia y provisto de escasas opciones de tratamiento, ha sido desplazado por un enfoque invariablemente multidisciplinario con procedimientos en muchas ocasiones estandarizados basados en la revisión exhaustiva del conocimiento global, sustentado en el uso masivo de complejas o diferentes tecnologías diagnósticas y en la disponibilidad de un poderoso arsenal terapéutico.

También se ha modificado trascendentalmente la relación médico-paciente; las personas que requieren atención sanitaria tienen diferentes perfiles, pero todas desean ser cada vez más protagonistas de su proceso de enfermedad, reclaman mayor cantidad de información para ejercer su autonomía en la toma de decisiones y son más exigentes respecto a la calidad de su atención y el respeto de sus derechos.

Es en el primer nivel de atención donde se atiende a la mayor parte de la población de adultos mayores de una comunidad. En particular, la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, quien ha sido un parteaguas en la creación de programas adecuados a las necesidades de este sector. Dicha unidad es una de las más reconocidas en el ISSSTE como formadora de recursos humanos bajo una visión de integralidad y eficiencia. Actualmente cuenta con el programa de Especialidad en Medicina Familiar así como el de Alta Especialidad en Gerontología Médica, a través de los cuales se ha logrado formar profesionales con una visión global de las necesidades actuales de la población que atiende.

Según lo que informa el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, a nivel mundial en el año 2000 la prevalencia general de trastorno neurocognitivo menor, deterioro cognitivo actualmente, fue de 20 millones, con una proyección de duplicarse cada 20 años hasta alcanzar los 81.1 millones en 2040, estimándose una prevalencia de 8% en la población mayor de 65 años en México, siendo mayor en las mujeres debido a su longevidad.

Esta alta prevalencia en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez como diabetes mellitus, hipertensión arterial, evento vascular cerebral, depresión, neumopatía obstructiva, entre otras.

No obstante a estas cifras, debemos enfatizar en que es una condición infradiagnosticada por lo que la mayoría de los reportes sobre su incidencia y prevalencia deben tomarse con precaución.

Como ya se comentó anteriormente, debido a la alta tasa de conversión del deterioro cognitivo leve en demencia, se ha reconocido la importancia no solo del diagnóstico

oportuno de esta condición, sino también su abordaje adecuado que incluye el tratamiento no farmacológico y farmacológico, cuya instauración impacta directamente en prolongar el periodo libre de dependencia y con ello reducir el desgaste del cuidador así como el gasto social y de salud.

No se han reconocido intervenciones farmacológicas específicas para revertir o estabilizar el deterioro cognitivo. Si bien es cierto, deben reconocerse causas potencialmente reversibles durante su protocolo de estudio (hipotiroidismo, privación sensorial, depresión), así como controlar los aspectos relacionados a enfermedades crónicas (hiperglucemia, hipertensión arterial, dislipidemia, entre otros). No obstante, no existen medicamentos dirigidos específicamente a mejorar la reserva cognitiva del paciente. Se ha estudiado la eficacia de agentes vasodilatadores o neuroestimuladores, sin demostrarse un beneficio tangente en la incidencia de dicha condición. Tampoco está aceptado el uso de anticolinesterásicos para el uso de esta patología.

Sin embargo, las intervenciones no farmacológicas se han postulado como determinantes en el tratamiento del DCL; entre ellas se encuentran programas neurocognitivos, terapia ocupacional y programas de ejercicio físico, para las cuales se necesita una red de apoyo que permita al individuo implementar dichas intervenciones en su vida diaria.

Por otro lado, el proceso de fragilidad es un continuo que inicia desde que el individuo pierde autonomía en al menos un aspecto de su vida, como ocurre en el DCL que inicia alterando las actividades instrumentales. Siendo así que una vez que se instala, es bastante complejo de revertir. No obstante, al igual que en el DCL, en la fase de prefragilidad aún podemos aplicar terapias no farmacológicas que detengan el avance, para lo cual requerimos que el paciente tenga una red sociofamiliar robusta.

De lo anterior nace la trascendencia de cuantificar la importancia del riesgo social en el proceso de fragilidad del individuo, ya que una vez que identificamos el primero, es necesario enfocar el arsenal terapéutico en detener la progresión del paciente, con lo cual se impacta directamente en el gasto sanitario que este paciente representará.

Este estudio es factible en esta unidad, ya que al pertenecer al primer nivel de atención no se cuenta con disponibilidad de estudios bioquímicos o de apoyo para la evaluación de

muchas patologías, sin embargo tanto el deterioro cognitivo como la evaluación de la prefragilidad y del riesgo social se pueden medir clínicamente.

Esto reduce la vulnerabilidad del estudio, ya que la evaluación clínica se puede realizar en una sola sesión con el paciente.

OBJETIVOS

General:

- Determinar si el riesgo social influye de manera significativa en la prefragilización del paciente geriátrico con deterioro cognitivo leve y sin deterioro cognitivo que acude a la CMF “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Específicos:

- Evaluar la distribución por edad y sexo de la población estudiada, es decir, adultos mayores, hombres y mujeres, mismos que se dividirán por quinquenios para su análisis estadístico.
- Evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores mediante la Escala Mínima Mental (MMSE) en adultos mayores de 65 años que reciben atención en la CMD “Dr. Ignacio Chávez”.
- Clasificar el grado de riesgo social en base a la escala sociofamiliar de Gijon, en los pacientes de 65 años o más con y sin deterioro cognitivo que reciben atención en la CMF “Dr. Ignacio Chávez” (nulo/bajo, intermedio y avanzado).
- Determinar la prevalencia de prefragilidad en los pacientes de 65 años o más con y sin deterioro cognitivo en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”.

HIPÓTESIS

- En el paciente geriátrico el riesgo social se asocia con el desarrollo de prefragilidad.
- En el paciente geriátrico con deterioro cognitivo leve el riesgo social influye en el desarrollo de prefragilidad.
- En el paciente geriátrico sin deterioro cognitivo el riesgo social influye en el desarrollo de prefragilidad.

HIPÓTESIS NULA

- El riesgo social no se asocia con el desarrollo de prefragilidad
- En el paciente geriátrico con deterioro cognitivo leve el riesgo social no influye en el desarrollo de prefragilidad.
- En el paciente geriátrico sin deterioro cognitivo el riesgo social si influye en el desarrollo de prefragilidad.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Se trata de un estudio transversal analítico.

POBLACIÓN Y MUESTRA: se realizó de pacientes mayores de 65 años, hombres y mujeres, derechohabientes, y que aceptaron participar en el estudio, mismos que asistieron a consulta al módulo gerontológico de la CMF Dr. Ignacio Chávez. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se realizó la valoración geriatrica a todos los pacientes que acudieron al módulo gerontológico.

TIEMPO Y LUGAR: Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, ISSSTE, en un periodo comprendido de Julio de 2018 a Julio de 2019.

CRITERIOS DE SELECCIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión: adulto mayor de 65 años de edad, masculino o femenino, con vigencia derechohabencia, en control en consulta externa (módulo de Gerontología), que acudió solo o acompañado por algún familiar, y con deseos de participar en el estudio, que sepan leer y escribir.

Exclusión: Pacientes que se negaron a participar en el estudio, pacientes con demencia diagnosticada, analfabetas, deprivacion sensorial severa (auditiva o visual), y con síndrome de fragilidad.

Eliminación: aquellos que se negaran a la aplicación de la escala, aquellos con negativa de continuar participando en el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEPENDENCIA	TIPO	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN	DEFINICIÓN
DETERIORO COGNITIVO	Independiente	Cualitativa dicotómica	Mini-Mental de Folstein	1= Positivo 2= Negativo	Positivo= MMSE Menos de 24 puntos)
RIESGO SOCIAL	Independiente	Cuantitativa ordinal	Escala sociofamiliar de Gijón.	1= Riesgo social nulo o social bajo (RSNB) 2= Riesgo social intermedio (RSI) 3= Riesgo social elevado (RSE)	RSNB= <5 puntos RSI= 6-16 puntos RSE= ≥17 puntos
PREFRAGILIDAD	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Criterios de Ensrud para fenotipo de fragilidad	1= Positivo 2= Negativo	Fragil= 2 o mas criterios Prefragil= Un criterio

INSTRUMENTOS

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el médico debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano. Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano.

El examen Mini Mental es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria. Es una herramienta de tamizaje, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo, sin embargo, no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

La escala socio-familiar de Gijón, creada a finales de los años noventa, se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social.

El cuestionario para determinar fragilidad en el adulto mayor es el modificado por Ensrud consta de 3 criterios, si cumple con dos o tres se cataloga como anciano frágil, un criterio como prefrágil y ninguno como anciano robusto. Este cuestionario para valorar el fenotipo de síndrome de fragilidad fue propuesto en el 2008.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizará el sistema *STATA* en su versión 14, para la integración de los datos estadísticos.

Se realizó análisis descriptivo de las variables en estudio, utilizando frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central, dispersión, así como tablas y gráficos para resumir los datos, en la población general y por sexo.

Se realizó análisis inferencial para asociación de riesgo utilizando el cálculo de OR para estudios transversales con estimación de intervalos de confianza al 95%. También prueba de Chi² o prueba exacta de Fisher (cuando los valores esperados fueron menores a 5) para diferencia de proporciones.

Un IC95% que respete el valor nulo e incluya el parámetro estimado, así como un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

TESISTA

Juan Manuel Rivera Rodríguez

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Edith Mireya Villanueva Estrada

MATERIALES

Escalas de valoración, Computadora

FINANCIAMIENTO

Correrá por cuenta del investigador

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Bajo la declaración internacional de Helsinki en su última revisión en Octubre de 2008, en Corea del Sur y de acuerdo a la Ley General de Salud, Capítulo I, artículo 13, prevaleció en esta investigación el criterio del respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes.

En base al artículo 14, en su fracción I, se ajustó a los principios científicos y éticos que así la justifiquen, en la fracción V se contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal; en la fracción VI, este estudio se realizó por parte de profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación, y de acuerdo a la fracción VII de este artículo, se contó con aprobación de las comisiones de Investigación y Ética.

Por último, se respetó el Artículo 21, fracción I, VI, VII y VIII, ya que se le explicó el objetivo del estudio y la forma en que se llevaría a cabo, así como la aclaración de dudas conforme avanzara la aplicación de las pruebas. Se respetó la confidencialidad del participante ya que este fue identificado mediante una clave a la que solamente el investigador tuvo acceso. Se le enfatizó al participante que podía desistir de la investigación cuando el así lo deseara, sin que hubiera ninguna represalia por parte de los servicios de salud que recibía.

Al concluir la investigación se dará a conocer los resultados en forma general sin identificar la identidad de ninguno de los participantes, es decir, se otorgará de forma personal.

RESULTADOS

Un total de 198 adultos mayores, 67 hombres (33.84%) y 131 mujeres (66.16%) fueron incluidos para el presente estudio. La edad promedio fue de 72.51 años, con un rango de 65 a 95 años (Tabla 1).

Al realizar la evaluación de riesgo y problemas sociales de los adultos mayores que viven en domicilio, utilizando la escala de Gijón, se determinó que solo 27 pacientes (13.64%) tenían un riesgo social bajo y el resto riesgo social intermedio, no se identificaron sujetos con riesgo social elevado. La tabla 2 muestra la distribución del riesgo social por sexo y en la población general.

En cuanto a la prefragilidad, el 66.67% de los pacientes (n=131) cumplieron con los criterios para ser clasificados con prefragilidad. Al estudiar la distribución por sexo se encontró al 62.69% de los hombres y 68.70% de las mujeres con prefragilidad. Únicamente una mujer fue diagnosticada con fragilidad (Gráfico 1).

El Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) diagnosticó 86 pacientes (43.43%) con deterioro cognitivo leve (Gráfico 2.) Los hombres presentaron deterioro cognitivo en algún grado en el 44.78% (Gráfico 2.1), y el 48.09% de las mujeres también (Gráfico 2.2)

Se evaluó si existía diferencia y asociación entre el sexo y la presencia de mayor riesgo social, la presencia de deterioro cognitivo y fragilidad en la población estudiada. Se encontró 41% más posibilidad de riesgo social intermedio, 14% más posibilidad de deterioro cognitivo y 30% más riesgo de prefragilidad en las mujeres en comparación con los hombres, sin embargo, no se encontraron valores estadísticamente significativos, por lo que no existen diferencias para la presencia de estas situaciones entre hombres y mujeres (Tabla 3).

Se exploró la influencia relacionada entre el riesgo social y la prefragilidad. Los resultados mostraron que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar prefragilidad cuando cuentan con un riesgo social intermedio o mayor, con diferencias estadísticamente significativas tanto para hombres, mujeres y en el total de la población (Tabla 4).

Se realizaron también análisis estratificados, en pacientes con y sin deterioro cognitivo. En los pacientes con deterioro cognitivo se demostró mayor riesgo de presentar

prefragilidad cuando cuentan con un riesgo social intermedio o mayor, con diferencias estadísticamente significativas en la población general. Al realizar el análisis por sexo, ambos grupos presentan mayor riesgo, sin embargo, solo las mujeres presentaron diferencia estadísticamente significativa (Tabla 5).

En los pacientes sin deterioro cognitivo también se demostró mayor riesgo de prefragilidad en aquellos con riesgo social intermedio, en comparación con los pacientes con riesgo social bajo. La asociación para los hombres no pudo ser demostrada por no encontrarse ningún hombre sin deterioro cognitivo con prefragilidad y riesgo social bajo (Tabla 6).

GRAFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad y sexo

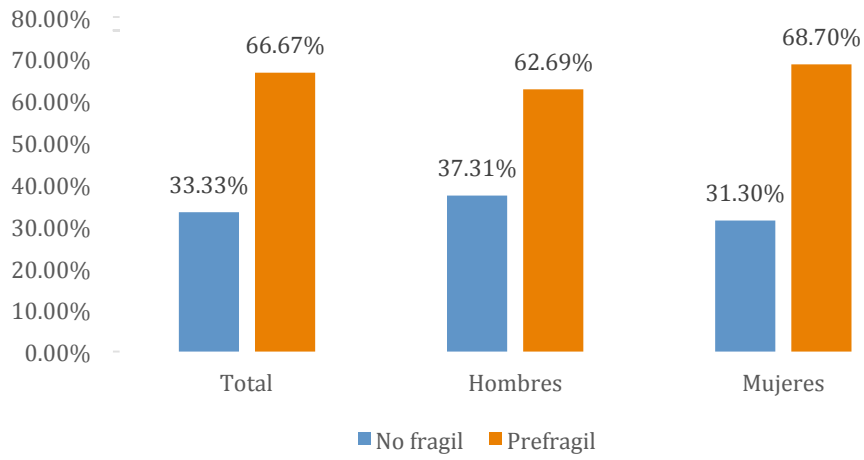
Edad	Frecuencia	%
65 a 69 años	87	43.94
70 a 75 años	57	28.79
76 a 85 años	45	22.73
86 a 95 años	9	4.55
Sexo		
Masculino	67	33.84
Femenino	131	66.16

Tabla 2. Riesgo social en adultos mayores

Riesgo Social	Hombres		Mujeres		Población General	
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción
Bajo	11	16.42%	16	12.21%	27	13.64 %
Intermedio	56	83.58%	115	87.79%	171	86.36 %

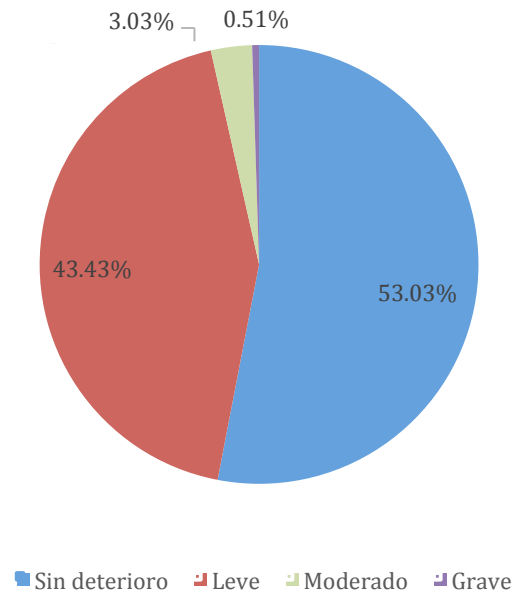
Fuente: escala sociofamiliar de Gijón

Gráfico 1. Prefragilidad por sexo



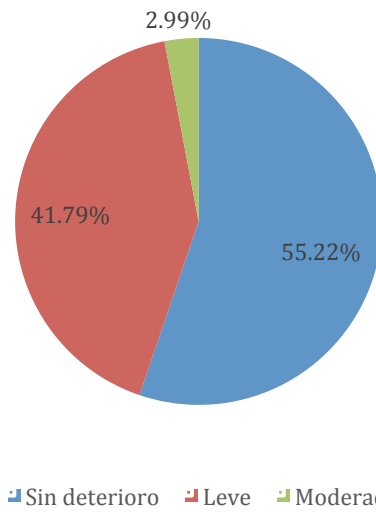
Fuente: Escala de Ensrud

Gráfico 2. Deterioro cognitivo en el adulto mayor



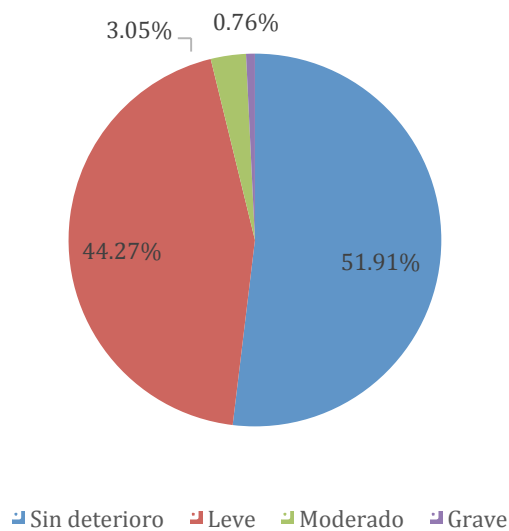
Fuente: Escala de Estado Mínimo Mental

Gráfico 2.1 Deterioro cognitivo en adultos mayores hombres



Fuente: Escala de Estado Mínimo Mental

Gráfico 2.2 Deterioro cognitivo en adultos mayores mujeres



Fuente: Escala de Estado Mínimo Mental

Tabla 3. Asociación entre el sexo y la presencia de riesgo social, deterioro cognitivo y fragilidad en el adulto mayor.

		Riesgo Social				
Sexo	Intermedio	Bajo	OR	IC95%	Valor p	
Mujeres	115/87.79%	16/12.21%	1.41	0.55-3.48	0.41	
Hombres	56/83.58%	11/16.42%				
		Deterioro cognitivo				
Sexo	Leve+*	Sin deterioro	OR	IC95%	Valor p	
Mujeres	63/48.09%	68/51.91%	1.14	0.61-2.15	0.66	
Hombres	30/44.78%	37/53.03%				
		Prefragilidad				
Sexo	Prefragil+**	Sin fragilidad	OR	IC95%	Valor p	
Mujeres	90/68.70%	41/31.30%	1.3	0.66-2.52	0.39	
Hombres	42/62.69%	25/37.31%				
* Deterioro cognitivo leve o mayor. **Prefragilidad o mayor						

Tabla 4. Riesgo de prefragilidad en función del riesgo social

		Prefragilidad		
		Mujeres		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*	
Intermedio	88/76.52%	27/23.48%	<0.0001	
Bajo	2/12.5%	14/87.50%		
OR(IC95%)	22.81 (14.65-113.15)			
		Hombres		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*	
Intermedio	41/73.21%	15/26.79%	<0.0001	
Bajo	1/9.09%	10/90.91%		
OR(IC95%)	27.33 (13.22-121.83)			
		Población general		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p	
Intermedio	129/75.44%	42/24.56%	<0.0001	
Bajo	3/11.11%	24/88.89%		
OR(IC95%)	24.57 (16.82-131.34)			

***Valor p calculado con prueba exacta de Fisher**

Tabla 5. Riesgo de prefragilidad en pacientes con deterioro cognitivo, en función del riesgo social

	Prefragilidad		
	Mujeres		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*
Intermedio	47/83.93%	9/16.07%	<0.0001
Bajo	1 /14.29	6/85.71%	
OR(IC95%)	31.33 (13.00- 146.9)		
	Hombres		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*
Intermedio	16/64%	9/36%	0.094
Bajo	1/20.00%	4 /80.00%	
OR(IC95%)	7.11 (0.55-171.49)		
	Población general		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*
Intermedio	63/77.78%	18/22.22%	<0.0001
Bajo	2/16.67%	10/83.33%	
OR(IC95%)	17.5 (13.19-171.64)		
*Valor p calculado con prueba exacta de Fisher			

Tabla 6. Riesgo de prefragilidad en pacientes sin deterioro cognitivo, en función del riesgo social

	Prefragilidad		
	Mujeres		
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p*
Intermedio	41/69.49%	18/30.51%	0.001
Bajo	1/ 11.11%	8/88.89%	
OR(IC95%)	18.22 (12.09-127.50)		
	Hombres		
Riesgo	Prefrágil+	No frágil	Valor p*

social			
Intermedio	25/80.65%	6/19.35%	<0.0001
Bajo	0	6/100%	
OR(IC95%)			
Población general			
Riesgo social	Prefrágil+	No frágil	Valor p
Intermedio	66/73.33%	24/26.67%	<0.0001
Bajo	1/6.67%	14/93.33%	
OR(IC95%)	38.5 (15.15-165.13)		
*Valor p calculado con prueba exacta de Fisher			

DISCUSIÓN

El deterioro cognitivo es una importante causa de morbilidad asociada con el envejecimiento poblacional en todo el mundo. La prevalencia global en mayores de 75 años se encuentra entre el 3 y el 20 %. Otros autores, tras analizar diversos estudios en diferentes países, informan sobre una prevalencia entre el 3 y el 19 % en población general de mayores y una incidencia de 8 a 58 por cada 1000 años/persona. En México, la incidencia de demencia en mayores de 65 años es de 30.4/1000 años/persona. Incluso se estima que el 8% de las personas mayores de 65 años podrían cursar con algún tipo de deterioro cognitivo. Por otro lado, el concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) surge de la necesidad de identificar a las personas que presentan un déficit de memoria o de otra capacidad cognitiva, pero que no es lo suficientemente grave para sustentar el diagnóstico de demencia. La presencia de DCL se ha asociado con un mayor riesgo de demencia, principalmente la forma amnésica, que es la que más a menudo progresa a enfermedad de Alzheimer (19).

Mantener la salud cognitiva en la vejez, es una prioridad de salud pública, ya que la población de personas mayores crece a un ritmo sin precedentes. Se debe fijar la atención en preservar la salud mental acorde al crecimiento poblacional, con la finalidad de mantener un grado de bienestar de las personas mayores, poniendo una mayor atención de los mecanismos formales e informales de apoyo social. Las redes sociales de apoyo juegan un papel importante en el mantenimiento de la salud mental de los adultos mayores, lo cual se ha demostrado a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos y vecinos(20).

Este estudio analizó los datos obtenidos a través de escalas aplicadas para asociar la presencia de mayor riesgo social con la presencia de prefragilidad en pacientes adultos mayores con y sin deterioro cognitivo leve. Mas del 80% de la población estudiada se encontró con riesgo social intermedio, más de 60% con prefragilidad y un poco menos de la mitad con deterioro cognitivo leve, cifras que demuestran la importancia de estudiar dichas condiciones de forma individual en los pacientes mayores de 65 años. En otros países las prevalencias documentadas se encuentran por debajo de lo demostrado en el presente estudio para población mexicana (21), (22).

Tal como lo dice Last (23) el nivel de salud de una persona es fuertemente influenciado por determinantes de la salud inscritos en su entorno a saber: educación, estado socioeconómico, vivienda, tradiciones, creencias, estructura familiar, etc. Los cuales están estrechamente relacionados entre sí. La red de apoyo es una forma de describir la posición de una persona en la sociedad, y comúnmente expresado utilizando criterios como ingresos, ocupación, vivienda. En un estudio realizado por Manrique Espinoza y colaboradores (24) se demostró que las personas que tienen un adecuado apoyo socio-familiar son menos susceptibles a ser frágiles. Respecto a las redes sociales y los índices globales según la fragilidad en la población mayor de Castellón, España, se puede apreciar que hay una prevalencia de fragilidad de un 13,7% (25), más elevada que las obtenidas por Fried de un 6,9% y Ávila-Funes de un 7%(26).

Como parte del análisis se realizó una evaluación para comparar el riesgo de las condiciones evaluadas, riesgo social, deterioro cognitivo y prefragilidad, entre hombres y mujeres. Se encontró 41% más posibilidad de riesgo social intermedio, 4% más posibilidad de deterioro cognitivo y 30% más riesgo de prefragilidad en las mujeres de la población estudiada, en comparación con los hombres, sin embargo, no se encontraron valores estadísticamente significativos. Los diferentes estudios citados anteriormente, observaron cifras igualmente elevadas en mujeres en comparación con los hombres: Alvarado y colaboradores 69.5%, Manrique Espinoza y colaboradores 54.2% y Ávila-Funes y colaboradores 77.2%. una posible explicación es el hecho de que las mujeres son más longevas, situación que implica mayor riesgo de fragilidad (24), (27).

La presente propuesta identificó solo un participante con fragilidad lo que representa un 4% de la población estudiada. Como se mencionó previamente, el estado de prefragilidad predominó con más del 60%, similar al del estudio de Ávila-Funes(28) donde se refiere la prevalencia de esta condición y su distribución por sexo, siendo mayor en mujeres, tal y como se comporta nuestra población.

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia,

aunque todavía estos temas siguen siendo de interés para investigadores internacionales (29).

El presente estudio no mostró asociación estadísticamente significativa ni diferencia entre el sexo y la presencia de las condiciones estudiadas, por lo que dichas situaciones afectan de forma similar a ambos géneros. El riesgo de presentar prefragilidad asociado a un riesgo social intermedio o mayor, fue alto tanto en la población general como por sexo. La evaluación de los adultos mayores, sin separar aquellos que tienen deterioro cognitivo leve de aquellos que no lo presentan, mostró un riesgo 20 veces mayor de prefragilidad asociado a la presencia de riesgo social intermedio. Dicha tendencia se repitió con mayor o menor magnitud en los pacientes al separarlos por estratos, con y sin deterioro cognitivo. Con estos resultados se refuerza la importancia de fortalecer las redes de apoyo y el entorno social de los adultos mayores, pues sin importar el nivel de deterioro cognitivo, por sí solo el riesgo social los hace susceptibles a desarrollar prefragilidad y las complicaciones o consecuencias de padecerla (30)

Un estudio de la Universidad Jaume I, España (31), evidenció que los adultos mayores a pesar de tener una importante red familiar y de amigos (con puntuaciones por encima de la media), son propensos a desarrollar fragilidad y con ello la dependencia. El estudio Envejecer en Leganés (2017) y al estudio Lleida en España (2016) reportan asociaciones similares, aunque con cifras menores, destacan la pobre participación social en algunas actividades comunitarias así como la pobre vinculación social, mostrando dificultad para desarrollar roles sociales y ocupacionales que les proporcionen sentimientos de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad, lo que propicia a la fragilidad y con ello a la dependencia del adulto mayor (32), (33).

Los resultados obtenidos deberían ser trasladados en forma de recomendaciones generales a las políticas sanitarias de prevención de salud de los organismos sanitarios. De hecho ya se han comenzado a redactar guías de prevención de la demencia basadas en el estilo de vida. Un ejemplo son las “Lifestyle Recommendations for Dementia Prevention: PASCAL”, que bajo el acrónimo PASCAL (34) recogen seis recomendaciones: “Physical activity, Anti-smoking, Social activity, Cognitive activity, Alcohol drinking in moderation, and Lean body mass and healthy diet”. (actividad física, evitar tabaquismo, vida socialmente activa, estimulación cognitiva, moderación en el consumo de alcohol,

índice de masa corporal y dieta saludable). Faltaría añadir tan sólo, la práctica habitual de ejercicio físico.

CONCLUSIÓN

En los adultos mayores de 65 años con y sin deterioro cognitivo, el riesgo social intermedio y mayor tiene una importante influencia aumentado el desarrollo de estados de prefragilidad.

Las personas adultas mayores pueden presentar situaciones sociales y personales caracterizadas por una serie de carencias y dificultades, que las coloca en una posición de riesgo o fragilidad. Los centros de atención primaria deben estar preparados para brindar una asistencia integral y evitar por este medio la progresión del deterioro cognitivo, fortalecer las redes sociales y prevenir la prefragilidad. Sin embargo, esta atención integral es solamente posible cuando dicho centro tiene el apoyo de las autoridades correspondientes.

Este estudio contribuye a la caracterización de la población adulta mayor de la CMF Dr. Ignacio Chávez, resaltando el nivel y las necesidades de salud de esta población. Se pretende también hacer énfasis en el papel de los determinantes sociales, en este caso, sobre la importancia de favorecer un entorno incluyente hacia los ancianos para la consecución de un envejecimiento saludable, así como la necesidad de hacer intervenciones específicas basadas en el género, ya que este síndrome afecta principalmente a mujeres. En un país como México, donde el envejecimiento demográfico está en marcha, la fragilidad representa un problema actual y venidero en la salud pública mexicana que requiere atención inmediata. Los adultos mayores utilizan los servicios de atención primaria 4 veces más que los demás grupos etarios, estadística que nos ayuda a identificar el mejor sitio para aplicar estrategias como la capacitación de médicos familiares en la prevención, el diagnóstico y atención oportuna de este síndrome geriátrico, así como la difusión de información sobre la fragilidad y su proceso que concientice a la población sobre la relevancia de este síndrome.

Es necesario fomentar los grupos de ayuda mutua, así como la realización de material didáctico de fácil comprensión para la población en general acerca de el riesgo social y la influencia de éste en la prefragilidad del adulto mayor.

Se debe fomentar una adecuada funcionalidad familiar para así reforzar los lazos de apoyo en los adultos mayores, orientando al paciente y la familia acerca de los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento, y con ello impulsar la participación del adulto mayor en forma activa en las actividades y tareas familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola Manchola E., Carnero Pardo C., Fraire Pérez, A., López Mongil R. Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. Documento de Consenso. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. 2017.
2. Barrero Solir. C. Lorena, Garcia Arrijoja C. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005.
3. Benavides-Caro. C. Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. Revista Mexicana de Anestesiología. Artículo de Revisión. Vol 40. No. 2 Abril-Junio 2017. Pp 107-112
4. Cardona D, Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de medellín. Biomédica(Colombia) 2006; 06 26(005): 206-215
5. Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Jesús Tánori Quintana, Raquel García Flores. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Catalálogo de Revistas. Universidad Veracruzana. Vol 27, No 2 (2017).
6. Contador, I.; Fernández-Calvo, B.; Ramos, F.; Tapias-Merino, E.; Bermejo-Pareja, F., Eil cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica.Revista de Neurología, 2010 DIC 1-15; 51 (11)
7. Cummings JL. Mini-mental state examination: norms, normals, and numbers JAMA 2013; 269:2420.
8. Fraire P, Alberto. Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Volumen 52, suplemento 1, Junio 2017, pp 15-19.
9. Guerra R, La Familia y su Futuro en México, Foro México más allá del 2006, México 2005
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos Nacionales. INEGI, México. 2017.
11. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Modelos de Atención Gerontológica. Gobierno Federal. INAPAM, México. 2015.
12. León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47
13. Organización Mundial de la Salud Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS, Ginebra (2015).
14. Serrano C, Deterioro Cognitivo Leve. Encuestas sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas. MEDICINA (Buenos Aires), 2007; 67: 19-25.
15. Suarez M, El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev. Pac. Medicina Familiar. 2006, 3 (4) 95-100.
16. T. Alarcón Alarcón, J I. González Montalvo. La Escala Socio-Familiar de Gijón. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 33. No. 3. Mayo 1998.
17. Valoración de la discapacidad física: el índice de Lawton y Brody. J. Cid- Ruzafa et al.Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.
18. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiat. Res. 1983; 17:37-49.
19. Sosa Ortiz A. L., Acosta Castillo I. Salud Mental en Adultos Mayores Mexicanos. Deterioro cognitivo, demencia y depresión. Foro envejecimiento y Salud 2015.
20. Gonzalez, Miriam. Influencia de las Redes sociales sobre el envejecimiento. Centro Novaire Alcoy. Septiembre 2016.
21. García de Alba-García JE, Barrera-Padilla IB. El síndrome del fragilidad, un estado crónico de la vida?. Boletín UISESS, 2011:2:8-10

22. Jürschik-Giménez P, Escobar-Bravo MA, Nuin-Orrio C. Criterios de fragilidad en el adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2011;43(4):190-6
23. Last JM: Social and behavioral determinants of health. En Last JM: *Public health and human ecology*. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 2008, pp. 231-268.
24. Manrique-Espinoza B-Rodriguez A, Salgado de Nyder N, Moreno-Tamayo K, Gutierrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. Frailty and social vulnerability in Mexican deprived and rural settings. *Journal of Aging and Health* 2015;53:1-13
25. Beaver, Marion L. y A. Miller. *Trabajo Social 5: La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Intervención primaria, secundaria y terciaria. España: PAIDOS, 2015.
26. Avila-Funes, JR, Aguilar-Navarro, S, Melano-Carranza, E. La Fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la Geriatria. *Clínica de Geriatria y Medicina Interna, INCMNSZ*, 29 de febrero, 2015.
27. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Belend F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016; 63(12):1399-1406.
28. J.A. Ávila-Funes, C. Helmer, H. Amieva, P. Barberger-Gateau, M. Le Goff, K. Ritchie, *et al.* Frailty among community-dwelling elderly people in France: The Three-City Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63A (2016), pp. 1089-1096.
29. Manuel Menéndez Gonzalez, Marta Martínez Rivera, Benjamin Fernández. Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. *Archivos de medicina*. 2011. Vol 7 .No 3:1.doi:10:3823/073
30. Escobar Bravo, Miguel Ángel. *Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez*. Universidad Autónoma de Barcelona, España, 2016.
31. María Pilar Molés Julio, Ana Lavedán Santamaría, Pilar Jürschik Giménez, Carmen Nuin Orrio, Teresa Botigué Satorra y Loreto Maciá Soler . Estudio de fragilidad en adultos mayores. Diseño metodológico. *Gerokomos*. 2016;27(1):8-12
32. Francois Béland. *Envejecer en Leganés*. Revista multidisciplinar de gerontología, ISSN 1139-0921, Vol. 5, No.4, 2017.
33. Nuin Orrio C. *Asociación entre las las relaciones sociales y la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad*. Lérida; 2016.
34. Lee Y, Na DL, Cheong HK, Hong CH, Back JH, Kim J, Kim SH, Kim YG. Lifestyle Recommendations for Dementia Prevention: PASCAL. *J Korean Geriatr Soc*. 2009;13(2):61-68

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DEL RIESGO SOCIAL EN LA PREFRAGILIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

El Dr. Juan Manuel Rivera Rodríguez me hace una cordial invitación a formar parte de su estudio de investigación para adultos mayores, el cual se realiza como requisito para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar. El me ha leído este documento donde se me informa el objetivo, los beneficios y los riesgos que tiene su estudio. Entiendo que después de haberme leído esta hoja decidiré libre y voluntariamente si acepto participar, y que si en algún momento deseo abandonar su estudio, lo podré hacer libremente sin que esto afecte los servicios de salud que yo tengo.

Me ha explicado que los datos que yo le dé serán utilizados en su investigación que tiene como fin conocer el estado de salud mental, las relaciones sociofamiliares y el riesgo de prefragilidad en adultos mayores. Sé que este estudio está coordinado con la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, ISSSTE.

Se me ha explicado el procedimiento el cual consta de una serie de preguntas personales, como edad, sexo, estado civil, de memorización de palabras y cuentas básicas, así como situación familiar, vivienda, y comparación de salud respecto a otros adultos mayores.

Me ha informado sobre los riesgos que conlleva, los cuales son la fatiga al estar respondiendo, así como preguntas de ámbito personal. Las cuales si es mi deseo, me negaré a responder.

De igual forma, me ha comentado que no obtendré beneficio alguno o compensación económica por participar. Pero que mi aportación ayudará a la realización de estudios a futuro en cuando a la prevención de enfermedades en el adulto mayor.

Sé que mi participación es libre y voluntaria, que la información es completamente confidencial y en caso de tener dudas o preguntas puedo realiarlas en cualquier momento, y que de ser así, puedo abandonar el estudio en cualquier momento sin que afecte mis servicios de salud.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE:

EDAD

FECHA:

CRITERIOS DE ENSRUD

Pérdida de peso 5% o mayor en los últimos 3 años

Inhabilidad para levantarse de una silla 5 veces, sin el empleo de los brazos

Pobre energía identificando como una respuesta a la pregunta: Se siente usted lleno de energía?

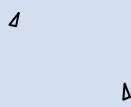
Ningún Criterio = Robusto

Un criterio= pre frágil

Dos o más = frágil

NOMBRE:
EDAD:
FECHA:

ESCALA MINIMA MENTAL DE FOLSTEIN

ORIENTACION	PUNTOS
Qué año, estación, fecha, mes, día, es?	5/
Dónde estamos? (país, estado, ciudad, hospital, piso)	5/
MEMORIA INMEDIATA	
Repetir 3 nombres (casa, zapato, papel) Repetirlos hasta que el paciente aprenda los nombres	3/
ATENCIÓN Y CALCULO	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear MUNDO al revés.	5/
RECUERDO DIFERIDO	
Repetir los 3 nombres aprendido antes	3/
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Nombrar un lápiz y un reloj mostrados al paciente	2/
Repetir la frase “Ni si es, ni no es, ni peros”	1/
Realizar correctamente las tres ordenes siguientes: “tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo”	3/
Leer y ejecutar la frase “cierre los ojos”	1/
Escribir una frase con sujeto y predicado	1/
Copiar este dibujo:	
	1/
PUNTUACIÓN TOTAL	

Mas de 24 puntos = Normal
 23-21 puntos = Deterioro cognitivo leve
 20-21 puntos = Deterioro cognitivo moderado
 Menos de 11 puntos = Demencia

NOMBRE:
EDAD:
FECHA:

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJON

SITUACIÓN FAMILIAR	PUNTOS
Vive con familia sin dependencia física/psíquica	1
Vive con cónyuge de edad similar	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONOMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuadas a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda (escalones, baños)	2
Humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño, agua)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (declarada en ruinas, sin equipamiento mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale del domicilio y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACION TOTAL	

De 5 a 9 = aceptable situación social
 De 10 a 14 = existe riesgo social
 Mas de 15 = riesgo social