



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL IMSS

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LAS
REDES DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL
PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A DOMICILIO
(ATHODO) EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1,
IMSS, AGUASCALIENTES “**

TESIS PRESENTADA POR:

EDGAR ALEJANDRO ALMANZA ROMERO

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR.**

ASESOR:

DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES.

AGUASCALIENTES, AGS FEBRERO, 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR EDGAR ALEJANDRO ALMANZA ROMERO.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A DOMICILIO
(ATHODO), EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1, IMSS, AGUASCALIENTES.**

Número de Registro: F-2020-101-089 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Edgar Alejandro Almanza Romero asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA SARAHI ESTRELLA MALDONADO PAREDES.

ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO 2021

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR EDGAR ALEJANDRO ALMANZA ROMERO.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A DOMICILIO (ATHODO), EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1, IMSS, AGUASCALIENTES.

Número de Registro: F-2020-101-089 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

El Dr Edgar Alejandro Almanza Romero asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos A. Prado

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 15/02/21

NOMBRE: EDGAR ALEJANDRO ALMANZA ROMERO LU 251911

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRASMITIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TITULO: CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A DOMICILIO (ATHODO) EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1, IMSS, AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): VALORACIÓN DE REDES DE APOYO PARA ADULTOS MAYORES

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutoral, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI x
No

FIRMAS

Revisó: Dr. Ricardo Ernesto Ramirez Orozco

Autorizó: Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado
En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a la vida, a las circunstancias y a Dios por permitirme la gratificante experiencia de haber podido cursar una residencia médica, donde a través de múltiples experiencias crecí como ser humano, conociendo gente magnífica que por siempre quedará en mi corazón.

Agradezco a mis padres Martín Almanza Méndez y Silvia Romero Hernández, que, sin su incondicional apoyo y su guía durante estos 3 años, no hubiera sido posible esto.

A mis hermanas, y a mi sobrino que siempre estuvo ahí esperando cada que regresaba a casa.

A mis dos amigas que siempre estuvieron ahí durante estos 3 años, a Yahaira Jhoana Aguilar Guerrero y a Cyntia Anais Briceño Lamas por su ayuda y siempre estar ahí presentes en mi vida.

E infinitas gracias a mi asesora la dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes, por su paciencia, tiempo, enseñanza y guía durante mi formación médica, siempre brindándome su confianza y amistad.

INDICE

INDICE	1
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEORICO	8
2.1 Antecedentes científicos	8
2.2 Desarrollo del Marco Teórico	12
2.3 Marco conceptual	14
2.3.1 Apoyo social	14
2.3.2 Funcionalidad del adulto mayor	15
2.3.3 Las Actividades de la vida Diaria	16
3 JUSTIFICACIÓN	19
4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	20
4.2 Descripción del panorama del estado de salud	21
4.3 Descripción del panorama del sistema nacional de salud	21
4.4 Descripción del sistema de atención de la salud	22
4.5 Descripción de la naturaleza del problema	23
4.6 Pregunta de investigación	23
5 OBJETIVOS	24
5.1 Objetivo general	24
5.2 Objetivos específicos	24
6 HIPOTESIS	25
6.1 hipótesis alternativa	25
6.2 hipótesis nula	25
7 MATERIAL Y MÉTODOS	26
7.1 Tipo de Estudio	26
7.2 Universo de trabajo	26

7.2.1 Universo.....	26
7.2.2 Población de estudio.....	26
7.2.3 Unidad de observación y análisis.....	26
7.3 Criterios de selección.....	26
7.3.1 Criterios de inclusión.....	26
7.3.2 Criterios de exclusión.....	27
7.3.3 Criterios de eliminación.....	27
7.4 Muestreo.....	27
7.4.1 Unidad de muestreo.....	27
7.4.2 Tipo de muestreo.....	27
7.4.3 Tamaño de la muestra.....	27
7.5 Definición operacional de las variables.....	28
7.6 Descripción de instrumentos de medición.....	32
7.6.1 Índice de Barthel.....	32
7.6.2 Escala Multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support MSPSS).....	32
7.6.3 Validación del instrumento.....	33
7.7 Plan y técnica de recolección de datos.....	34
7.8 Logística.....	34
7.9 Plan de análisis.....	35
8 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
9 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	36
9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	38
10 RESULTADOS.....	39
11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
12 SESGOS Y LIMITACIONES.....	57
13 RECOMENDACIONES.....	57
14 CONCLUSIONES.....	57
15 GLOSARIO.....	58
16 REFERENCIAS.....	59
17. ANEXOS.....	60
17.1 ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	60
17.2 ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	61

17.3 ANEXO C. INSTRUMENTO TIPO ENCUESTA..... 63
 17.4 ANEXO D MANUAL OPERACIONAL..... 68
 17.5 ANEXO E. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO..... 74
 17.6 ANEXO F CARTA DE NO INCONVENIENTE. 75

índice de Tablas	
Tablas	Página
Tabla 1. Genero	39
Tabla 2. Edad	39
Tabla 3. Estado civil	40
Tabla 4. Escolaridad	40
Tabla 5. Número de comorbilidades	40
Tabla 6. Comorbilidades	41
Tabla 7. Grado de dependencia para comer	43
Tabla 8. Grado de dependencia para trasladarse entre la silla y la cama	43
Tabla 9. Grado de dependencia para aseo personal	43
Tabla 10. Grado de dependencia para uso del retrete	44
Tabla 11. Grado de dependencia para bañarse/ ducharse	44
Tabla 12. Grado de dependencia para desplazarse	45
Tabla 13. Grado de dependencia para subir y bajar escaleras	45
Tabla 14. Grado de dependencia para vestirse y desvestirse	45
Tabla 15. Grado de dependencia para control de heces	46
Tabla 16. Grado de dependencia para control de orina	46
Tabla 17. Nivel de dependencia	46
Tabla 18. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	47
Tabla 19. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	47
Tabla 20. Mi familia realmente intenta ayudarme	47
Tabla 21. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	48
Tabla 22. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	48
Tabla 23. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	48
Tabla 24. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	49
Tabla 25. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.	49
Tabla 26. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías.	50
Tabla 27. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	50
Tabla 28. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	50
Tabla 29. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	51
Tabla 30. Puntajes de las dimensiones de apoyo social	51
Tabla 31. Apoyo Social de Pares	52

Tabla 32. Apoyo de la familia	53
Tabla 33. Apoyo de la pareja u otros significantes	54
Tabla 34. Puntaje general de apoyo social	55
índice de Graficas	
Grafica	Página
Grafica 1. Genero	39
Grafica 2. Estado civil	40
Grafica 3. Escolaridad	40
Grafica 4. Numero de comorbilidades	40
Grafica 5. Porcentaje de incapacidad por ítem	42
Grafica 6. Grado de dependencia para comer	43
Grafica 7. Grado de dependencia para trasladarse entre la silla y la cama	43
Grafica 8. Grado de dependencia para aseo personal	43
Grafica 9. Grado de dependencia para uso del retrete	44
Grafica 10. Grado de dependencia para bañarse/ducharse	44
Grafica 11. Grado de dependencia para desplazarse	45
Grafica 12. Grado de dependencia para subir y bajar escaleras	45
Grafica 13. Grado de dependencia para vestirse y desvestirse	45
Grafica 14. Grado de dependencia para control de heces	46
Grafica 15. Grado de dependencia para control de orina	46
Grafica 16. Nivel de dependencia	46
Grafica 17. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	47
Grafica 18. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	47
Grafica 19. Mi familia realmente intenta ayudarme	47
Grafica 20. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	48
Grafica 21. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	48
Grafica 22. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	48
Grafica 23. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	49
Grafica 24. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.	49
Grafica 25. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías.	50
Grafica 26. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	50
Grafica 27. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	50
Grafica 28. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	51
Grafica 29. Puntajes de las dimensiones de apoyo social	51
Grafica 30. Apoyo Social de Pares	52
Grafica 31. Apoyo de la Familia	53
Grafica 32. Apoyo de la Pareja u Otros Significantes	54
Grafica 33. Apoyo social general	55

RESUMEN

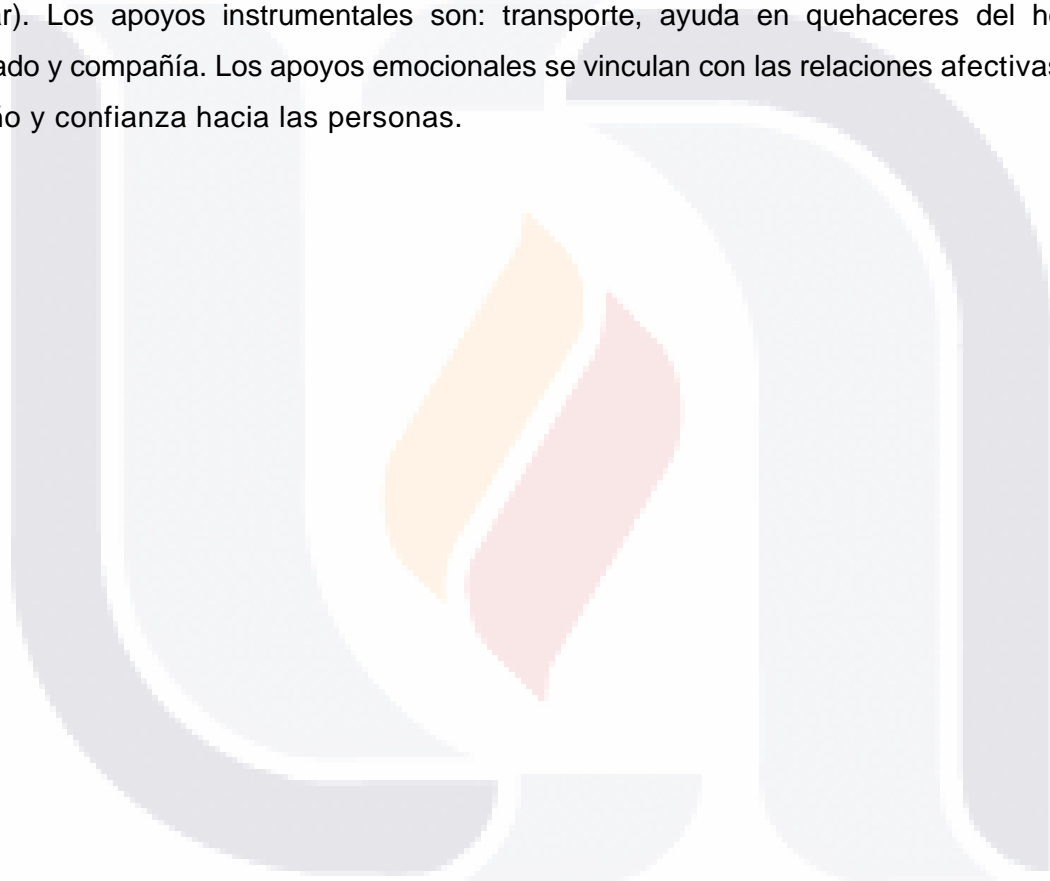
Introducción: En países como México, en donde una gran parte de las personas mayores tiene escasos recursos económicos y protección social limitada, las redes informales surgen como estrategias de las familias para cubrir necesidades de diversa índole. Los apoyos se pueden dividir en cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los materiales consideran los flujos de recursos monetarios (dinero, remesas, transferencias) y no monetarios (alimentación, vestimenta, pago de servicios del hogar). Los apoyos instrumentales son: transporte, ayuda en quehaceres del hogar, cuidado y compañía. Los apoyos emocionales se vinculan con las relaciones afectivas, de cariño y confianza hacia las personas. **Objetivo:** Determinar la relación entre la capacidad funcional y redes de apoyo social en adultos mayores del programa Atención Hospitalaria a Domicilio (ATHODO) en el Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes. **Material y métodos:** Descriptivo transversal simple, utilizando el índice de Barthel que valora diez funciones básicas y la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) en una muestra de 150 adultos mayores, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y test ANOVA para identificar diferencias de promedios significativos. **Resultados:** de la población en estudio se obtuvo que el 68% corresponden al género femenino con una edad promedio de 81 años (edad mínima de 65 y Máximo de 97); de los cuales el 46% son viudos y el 41% son casados y el 40% no terminó ningún grado académico; 41% de la población tiene dos enfermedades crónicas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confiabilidad del 95% entre los puntajes promedio de promedio de cada dimensión de la escala de apoyo social según el grado de incapacidad reportado. **Discusión:** Está nula identificación de diferencias entre estos puntajes puede deberse a que la escala utilizada para la medición del apoyo social no permite una clasificación final entorno a una métrica que permita caracterizar diferentes niveles en una escala ordinal que pueda permitir mayor grado de variación entre la población, siendo éste el supuesto elemental para poder establecer diferencias estadísticamente significativas entre grupos de individuos. **Conclusiones:** El abordaje de estudios científicos en población con un nivel de vulnerabilidad y de dependencia hacia otras personas debido a enfermedades invalidantes es un reto para la mejora de los programas en el IMSS debido a que la calidad de vida de estas personas se ve significativamente reducida por la falta de autogestión de sus actividades más básicas

ABSTRACT

Introduction: In countries like Mexico, where a large part of the elderly have scarce economic resources and limited social protection, informal networks emerge as strategies for families to meet needs of various kinds. Supports can be divided into four categories: material, instrumental, emotional, and cognitive. The materials consider the flows of monetary resources (money, remittances, transfers) and non-monetary (food, clothing, payment for household services). The instrumental supports are: transportation, help with household chores, care and companionship. Emotional supports are linked to affective, caring and trusting relationships towards people. **Objective:** To determine the relationship between functional capacity and social support networks in older adults of the Home Hospital Care program (ATHODO) at the General Hospital of Zone No. 1, IMSS, Aguascalientes. **Material and methods:** Simple cross-sectional descriptive, using the Barthel index that assesses ten basic functions and the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) in a sample of 150 older adults, absolute and relative frequencies and ANOVA test were used to identify differences of significant averages. **Results:** of the study population, it was obtained that 68% correspond to the female gender with an average age of 81 years (minimum age of 65 and Maximum of 97); of which 46% are widowers and 41% are married and 40% did not finish any academic degree; 41% of the population has two chronic diseases. No statistically significant differences were found with a confidence level of 95% between the average mean scores of each dimension of the social support scale according to the degree of disability reported. **Discussion:** This null identification of differences between these scores may be due to the fact that the scale used to measure social support does not allow a final classification around a metric that allows characterizing different levels on an ordinal scale, which can allow a greater degree of variation between the population, this being the elementary assumption to be able to establish statistically significant differences between groups of individuals. **Conclusions:** The approach of scientific studies in a population with a level of vulnerability and dependence towards other people due to disabling diseases is a challenge for the improvement of the programs in the IMSS because the quality of life of these people is significantly reduced due to the lack of self-management of their most basic activities.

1. INTRODUCCIÓN

En países como México, en donde una gran parte de las personas mayores tiene escasos recursos económicos y protección social limitada, las redes informales surgen como estrategias de las familias para cubrir necesidades de diversa índole. Los apoyos se pueden dividir en cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los materiales consideran los flujos de recursos monetarios (dinero, remesas, transferencias) y no monetarios (alimentación, vestimenta, pago de servicios del hogar). Los apoyos instrumentales son: transporte, ayuda en quehaceres del hogar, cuidado y compañía. Los apoyos emocionales se vinculan con las relaciones afectivas, de cariño y confianza hacia las personas.

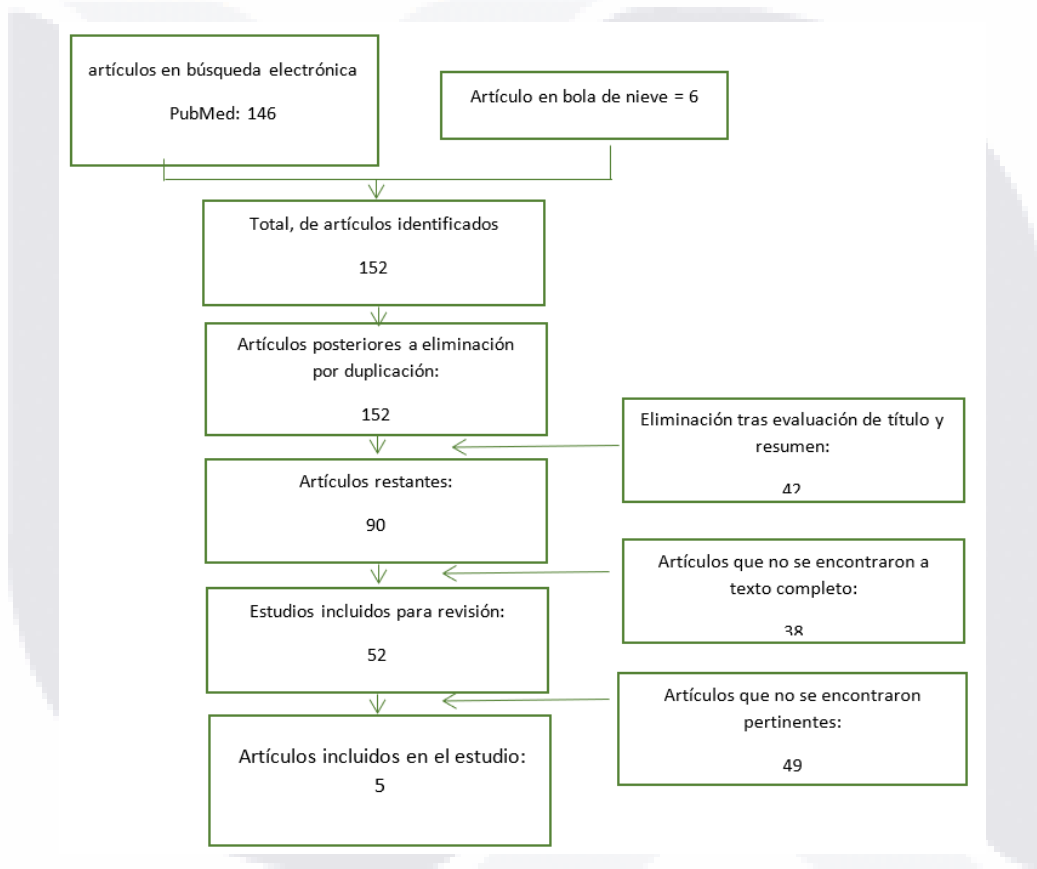


2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes científicos

Se realizó una búsqueda sistematizada de la información con los siguientes descriptores: adulto mayor /aged, Actividades de la vida diaria/Activities of daily living; en las siguientes bases de datos:

-**PubMed**, con la siguiente sintaxis:



Tomioka Kimiko, et al (2016): Estudio descriptivo. “Asociación entre la participación social y las actividades instrumentales de la vida diaria entre los adultos mayores que viven en la comunidad “, con una muestra de 14956 adultos mayores a través de una encuesta comunitaria transversal que se envió por correo cuyo objetivo es examinar la relación transversal entre las AIVD y apoyo social según el tipo de frecuencia de participación en grupos sociales con respecto al género entre ancianos residentes en la comunidad. El número, tipo y frecuencia de participación en grupos sociales se utilizó para medir apoyo

social, los grupos sociales incluyeron grupos de voluntarios, grupos deportivos, grupos de pasatiempos, clubes de personas mayores, asociaciones comunitarias de vecinos y grupos culturales. Los resultados mostraron que la participación en variedad de grupos sociales se asocia con las actividades instrumentadas diarias, independientemente del género del adulto mayor que vive en la comunidad, siendo los efectos más importantes de la participación social en las actividades diarias más en mujeres que en hombres, ya que entre los 14956 sujetos, la prevalencia de actividades instrumentales de la vida diaria deficientes fue del 19% para los hombres y del 12.3% para las mujeres, lo que mostró una diferencia significativa entre géneros,. Se concluye que la participación en grupos sociales ofrece efectos benéficos en la salud, sugiriendo que un mayor nivel de actividad social se asocia con un menor riesgo de discapacidad incidente en las actividades instrumentadas de la vida diaria. (3)

Carri Hand, Et al (2014): Estudio descriptivo transversal , “Un examen de las influencias del apoyo social en la participación de los adultos mayores con enfermedades crónicas “, con una muestra de 614 personas adultos mayores que fueron elegibles para el estudio si su historial médico mostraba que tenían uno más de las los siguientes criterios: artritis, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica a través de una encuesta transversal denominada escala de participación de Keele, cuyo objetivo es evaluar áreas de la vida como la movilidad, el autocuidado , el trabajo y las actividades sociales. Los resultados muestran que los participantes que percibieron un apoyo tangible y un apoyo de interacción social tuvieron una mayor satisfacción que los participantes con niveles más bajos de este tipo de apoyo. El examen inicial de los datos reveló que las correlaciones entre los diferentes tipos de apoyo social iban desde los rangos 0.63 hasta 0.84 ($p \leq 0.05$) sugiriendo que la multicolinealidad puede ser un problema. La multicolinealidad se examinó utilizando el factor de inflación de la varianza son superiores a 10, o si un índice de condición es superior a 30 combinando con dos o más proporciones de varianza superiores a 0.50 para cualquier variable, se indica multicolinealidad. Se concluyó que la focalización y el desarrollo de apoyo de interacción tangible y social puede ayudar a facilitar la satisfacción con la participación de los adultos mayores con enfermedades crónicas. Crear redes de compañerismo parece tan importante como brindar apoyo para las necesidades de la vida diaria. (4)

Kimiko Tomioka, Norio Kurumatani y Hiroshi Hosoi (2016): Estudio descriptivo, con el título “relación de los pasatiempos y un propósito en la vida con la mortalidad, las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentadas de la vida diaria entre los adulto mayores que viven en la comunidad “, cuyo objetivo es aclarar la relación de tener pasatiempos y un propósito en la vida, con la mortalidad y un descenso de las actividades básica de la vida diaria y actividades instrumentadas de la vida diaria entre los ancianos que viven en la comunidad, se utilizó una muestra de 1853 adultos de 65 años o más, a través de una encuesta que evaluaba la relación transversal entre la participación social y las actividades instrumentadas y las no instrumentadas de la vida diaria. Los resultados mostraron que 62.4% tenían pasatiempos y propósitos de vida, 7.4% solo tenían pasatiempos, el 16.4% solo tenían propósitos de vida y el 13.9% no tenían ni pasatiempos ni propósitos de vida. Concluyéndose que la participación dentro de una variedad de grupos sociales se asocia con un efecto benéfico sobre las actividades instrumentadas de la vida diaria. (5).

Bélanger E., Ahmed T., Vafael A., et al. (2016). Estudio transversal, con el título “ Fuentes de apoyo social asociadas a la salud y calidad de vida: un estudio transversal entre adultos mayores canadienses y latinoamericanos” , cuyo objetivo es determinar la asociación entre apoyo social e indicadores de salud y calidad de vida entre adultos mayores canadienses y latinoamericanos , la muestra incluye 400 adultos (200 hombres, 200 mujeres) de entre 65-74 años de edad, en cada comunidad (Manizales, Kingston, Saint-Hyacinthe, Natal) para una muestra total de 1600, el apoyo social se midió mediante varios vínculos sociales como amigos familiares, hijo y pareja, para ello se realizó una escala desarrollada y validada por el equipo IMIAS, llamada escala de redes de apoyo social, esta se centra en el apoyo emocional y los sentimientos de utilidad los vínculos sociales antes mencionados, la calidad de vida se evaluó con una escala analógica visual, pidiendo a los participantes describir su calidad de vida de las últimas dos semanas. Los resultados mostraron que existen grandes diferencias entre las muestras canadienses y latinoamericanas en términos de variables sociodemográficas, actividades básicas diarias y apoyo social. En cuanto a discapacidad de las actividades básicas diarias fue significativamente más prevalente en América Latina, afectando al 26% de adultos mayores en Manizales y 81% en Natal, mientras que en Kingston un 22% y 16 % en Saint-Hyacinthe; en cuanto a apoyo social, fue más común encontrar valores altos en Canadá con 87.50% en Kingston y el más bajo entre las mujeres

que habitan Natal (22.95%), la mayoría de los participantes latinoamericanos informaron tener mala salud.(6)

MV Zunzunegui, F Béland y A Otero (2001). Estudio transversal, con el título “ Apoyo de los niños, arreglos de vivienda, salud autoevaluada y síntomas depresivos de las personas mayores en España”, cuyo objetivo es evaluar la asociación entre el apoyo emocional e instrumental de los niños y las condiciones de vida con la salud mental y física del adulto mayor en España, mediante una entrevista presencial domiciliaria con 1284 personas mayores de 65 años residentes en la comunidad muestreadas aleatoriamente según un esquema de muestreo estratificado por edad y sexo en 1993 en Leganés (España). Cerca del 93% de los participantes tenían hijos y el 45% de ellos co- residía con ellos. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el CES-D (escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos) y la salud autoevaluada mediante una pregunta de un solo ítem. El apoyo emocional se midió con una escala de seis ítems sobre afecto y reciprocidad. El apoyo instrumental se evaluó mediante la ayuda recibida de los niños en 17 actividades de la vida diaria. Los resultados mostraron asociaciones significativas de apoyo emocional e instrumental con salud autoevaluada y síntomas depresivos. De los participantes, el 50% recibió ayuda de sus hijos y el 46% compartió alojamiento con ellos, el 70% de los que viven solo con su cónyuge no reciben ayuda de sus hijos en comparación con el 10% de los viudos que viven con hijos. El apoyo emocional no varía mucho según los arreglos de vivienda, aunque los viudos tienden a informar que tienen menos apoyo de los niños que las personas casadas.

El apoyo social según Cassel (1974) señaló que este es ofrecido por los grupos primarios más importantes para la persona, Caplan (1974) estableció las funciones del apoyo social, caracterizando estas por aporte de realimentación, validez y dominio del ambiente”, Weiss (1974) estableció seis términos: integración a nivel social, sentido de logro, aprendizaje, información de validación, orientación y sentido de fiel alianza, fue en 1976 que Coob nos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dijo que los beneficios de las redes de apoyo social vienen de la pertenencia de estos como participantes de un grupo social.

Todas estas ideas se basan en la teoría de que el apoyo social es un refuerzo del sentido de sentirse querido y sentido de valía de la persona, al percibirse como integrante de un grupo social. (7)

House en 1981 definió que el apoyo social es una transacción entre dos personas o más, en las que hay un componente emocional, una ayuda instrumental e información, mientras que Shumaker y Brownell en 1984 hicieron énfasis en que el apoyo social es un intercambio con participación de proveedor y receptor, incrementando el bienestar de este último.(7)

Hobfoll y Stokes las definieron como las interacciones y relaciones sociales que brindan un sentido de conexión y asistencia a otra persona o grupos percibiéndose como querida y aceptada, en base a este último se concluye que el apoyo social incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda.

El apoyo social tiene dos efectos importantes, siendo uno directamente sobre la salud física y otro sobre la salud mental de los individuos, los diversos estudios se concentran en los efectos de las redes de apoyo social sobre la morbi-mortalidad de las personas, concluyendo que las personas que tienen relaciones y conexiones sociales tienen mejor calidad de vida y una mejor salud física y mental en comparación con aquellos que no la tienen. (1)

La hipótesis del efecto amortiguador (Cobb 1976; Cohen y Wills, 1985) afirma que el estrés psicosocial tiene efectos negativos sobre los individuos que no tienen apoyo social, y en los individuos que si lo tienen los efectos negativos se verán reducidos, por otra parte, el apoyo social no influirá en personas que no están bajo situaciones de estrés. (7)

2.2 Desarrollo del Marco Teórico

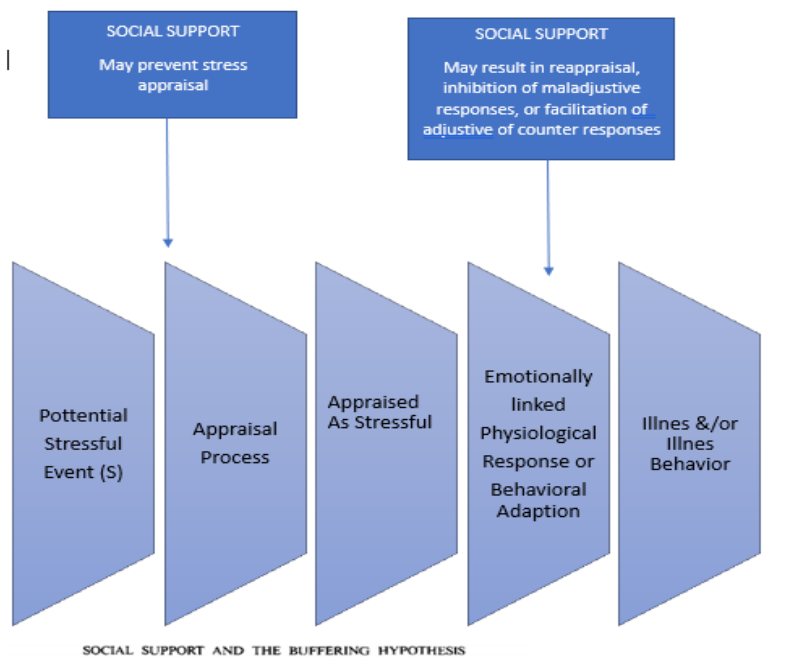
Teoría del apoyo social como amortiguador de estrés

El estrés surge como respuesta a una situación de amenaza o exigencia y no contar con el nivel de respuesta o afrontamiento adecuado (cf. Lázaro, 1966; Lázaro y Launier, 1978). Existen ciertos efectos característicos de la evaluación del estrés que incluyen afecto negativo elevación de la respuesta fisiológica y conductual. (8)

Un evento estresante aislado puede que no sea un gran reto en cuanto a exigencias en la mayoría de las personas, el problema es cuando los problemas se acumulan, persisten y hacen que la capacidad de resolución del individuo se refuerce, produciendo el potencial de un trastorno grave (cf. Wills y Langner, 1980). (8)

La definición de estrés está relacionada con el estrés evaluado, con sentimientos de impotencia y la posible pérdida de la autoestima, surgirán sentimientos de importancia cuando exista una incapacidad percibida para afrontar situaciones que requerirán una respuesta válida.

La amortiguación del estrés con los diversos mecanismos de apoyo social se representa con esta figura:



El apoyo tiene un rol importante primero en la cadena de causas que vinculara el estrés con la enfermedad (cf. S. Cohen y McKay, 1984; Gore, 1981; House, 1981).(8)

El apoyo podrá intervenir primero entre el evento estresante y una posible reacción para atenuar o prevenir una respuesta de evaluación de estrés, y también puede intervenir un apoyo adecuado entre la experiencia del estrés con el inicio del resultado patológico reduciéndolo y por ende eliminar la reacción de estrés por la influencia directa en los procesos fisiológicos. (8)

El apoyo puede aliviar el impacto de la evaluación del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida del problema, calmando el neuroendocrino sistema para que la gente sea menos reactiva a la percepción estrés, o facilitando comportamientos saludables (cf. House, 1981).(8)

2.3 Marco conceptual.

2.3.1 Apoyo social.

Los instrumentos que se usan para evaluar el apoyo social se dividen en 3:

1. Los que evalúan la conexión social.
2. Los referidos al apoyo social percibido
3. Los que describen las conductas de apoyo social (Barrera, 1981; Gottlieb, 1983; Heller y Swindle, 1983).

El primer bloque de instrumentos considerados también como “medidas estructurales”, en el sentido de que evalúan el “rango e interconexión de recursos que posibilitan el apoyo social” (Ganster y Víctor, 1988). En estos se utilizan indicadores como lo son el tamaño, la densidad, la frecuencia de utilización, o la accesibilidad de determinadas redes de apoyo social. (7)

El segundo bloque de instrumentos considera más aspectos cognitivos o subjetivos de apoyo social, se centran en la valoración cognitiva que tiene el sujeto al estar interconectado con otros. Estas medidas han sido denominadas como “funcionalistas”.(7)

Las mediciones sobre apoyo social percibido incorporan dos dimensiones: “disponibilidad percibida de lazos sociales” y “adecuación percibida de los mismos”

El apoyo social se evalúa también a través de acciones que otros realizan para ayudar a una persona. Tardy (1985) se refirió a las descripciones conductuales del apoyo como “apoyo activado”, para tener una diferencia del apoyo “disponible”, que se evaluaba con las escalas de disponibilidad percibida. Existen estudios que han utilizado este tipo de medida: Barrera y Balls (1983), Carveth y Gottlieb (1979), Henderson, Duncan-Jones, Byrne y Scott (1980), Sandler y Lakey (1982). La mayoría de estos instrumentos son escalas de autoinforme basándose en evaluaciones retrospectivas del propio sujeto, concluyendo que lo que están midiendo es el apoyo “recibido percibido”: (7)

2.3.2 Funcionalidad del adulto mayor

Se refiere al conjunto de las diferentes capacidades para realizar por el mismo distintas actividades de carácter indispensable para satisfacer sus necesidades.

La dependencia que existe a cualquiera de las actividades básicas diarias o a las instrumentadas se relaciona con aumento de la mortalidad en la población del adulto mayor. El proceso de la función en geriatría se da cuando un adulto mayor con independencia empieza a desarrollar cierta limitación funcional manifestándose con una vulnerabilidad que le dará algún grado de discapacidad. Se define como adulto mayor a toda persona que tenga 65 años o más , más sin embargo en México, la edad es menor siendo de 60 años, para el año 2030 se esperará que los adultos mayores van a representar a uno de cada seis mexicanos y para el año 2050, más de un adulto mayor de cada cuatro en el país.(9)

En la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSA 2012) que dentro de la población de adultos mayores estaba la mayoría de las personas que tienen discapacidad en este país, con todo el contexto que llevan las consecuencias sociales, económicas y culturales propias del resultado del envejecimiento de la población. Se concluyó que en las próximas décadas el inminente aumento del número de adultos mayores aumentará por consiguiente la prevalencia de discapacidad. (9)

La discapacidad en los adultos mayores es más alta en las mujeres que en hombres. Los procesos degenerativos asociados a la edad y la morbilidad se han descrito como las causas principales de discapacidad en esta población, estadísticamente siendo 8 de cada 10 casos de discapacidad relacionadas con la morbilidad y la edad .(9)

La calidad de vida tiene la tendencia a disminuir al envejecer las personas y dependerá de la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, las que proporcionan al individuo independencia física y funcional. (9)

La Escala de Barthel es una escala o instrumento que mide el grado de la autonomía de las funciones del adulto mayor que se encuentra en asilos o dentro de la comunidad, evaluándose la capacidad para poder realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. Es una escala utilizada frecuentemente y una de los que mejor miden la dependencia funcional de las personas. (9)

2.3.3 Las Actividades de la vida Diaria.

El término de las actividades de la vida diaria es novedoso, su primer uso se dio en la obra "The physical demands of daily life" (Deaver y Brown, 1945), pero no se logró definir que eran éstas. En el año de 1950 se publicó otra escala que media las actividades básicas de la vida diaria, la cual fue desarrollada por un grupo expertos, en las cuales se evaluaban la capacidad de niños con parálisis cerebral. (10)

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria, estableciéndose que estos los componentes de estas antes mencionadas incluían el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas. (10)

Después, se agregaría que las actividades de la vida diaria como aquellas funciones que un individuo debería de ser capaz de realizar para su autocuidado, incluyéndose personal, y la capacidad para la comunicación y desplazamiento. (10)

Ann Catherine Trombly en el año de 1983 enfatizo la importancia que tienen las mismas para el desempeño en los rubros personal y profesional. También se consideró a actividades diarias a las tareas de mantenimiento personal, movilización, comunicación, liderazgo en el hogar, dándole sensación de independencia dentro del medio donde se desarrolla. Tiempo después se amplió la definición, agregándose actividades que daban sentido de independencia monetaria, y autonomía en otros rubros tales como participación en actividades comunitarias, de entretenimiento y de participación en roles sociales, con lo que se determinó en los años 90s hacer una subdivisión siendo unas las actividades básicas y otras las instrumentales de la vida diaria.(10)

Por lo que se vuelve necesario diferenciar las actividades básicas de la vida diaria según el grado de complejidad cognitiva y así definir por ende si estas serán básicas o instrumentadas. Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas que se realizan con un sentido innato de supervivencia, a las necesidades esenciales y primordiales y suponen tener un esfuerzo mínimo en cuanto a capacidad cognitiva se refiere, siendo adquiridas automáticamente aproximadamente a la edad de 6 años incluyéndose aquí la alimentación, el baño, vestido, aseo movilidad, sueño y descanso. (10)

Moruno (2003) la definió como una función social básica, porque son indispensables para lograr el reconocimiento como individuo dentro de una comunidad, ayudan para la

integración social, permitiendo realizar actividades que ayuden a incorporarse y darle reconocimiento dentro de una sociedad. (10)

Las actividades instrumentadas diarias están ligadas al entorno, son la manera para la obtención y realización de otra acción, tienen un mayor grado de complejidad motriz y cognitiva, algunos ejemplos son la utilización de las vías de comunicación, llamar por celular, movilización (conducir autos y uso de transporte publico) manejo económico (dinero) realización de compras, manejo del hogar, cuidado de otros, y saber cómo actuar ante protocolos de seguridad y situaciones de emergencias. (10)

La Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento en el año 2001, no distingue entre unas y otras, por lo que propone una nueva clasificación:

- **Aprendizaje y utilización del conocimiento:** incluyen el aprendizaje de manera básica, como se aplican estos conocimientos, la capacidad para resolver ciertas situaciones y ante esto tomar la mejor decisión.
- **Tareas y demandas generales:** organización e itinerario de tareas, y saber cómo controlar el estrés.
- **Comunicación:** saber llevar una conversación fluida, saber dar y recibir mensajería y utilizar las diferentes herramientas para la comunicación.
- **Movilidad:** la capacidad para desplazarse utilizando múltiples medios de transporte, así como el uso de múltiples posiciones corporales.
- **Autocuidado:** Saber lavar, realizar secado, aplicación de productos para cuidado corporal, ponerse la vestimenta, comer alimentos y tomar líquidos.
- **Vida doméstica:** Establecerse en un hogar, dar sustento para la obtención de vestido, alimento, involucrarse en los quehaceres del hogar.
- **Interacciones y relaciones interpersonales:** relacionarte con su entorno y medio mediante diversas interacciones, en un adecuado contexto, llevado en armonía.
- **Áreas principales de la vida:** las áreas laborales, educacionales, económicas.
- **Vida comunitaria, social y cívica:** participación dentro de la comunidad.

Las actividades de la vida diaria van íntimamente relacionadas con la independencia personal y el ser autónomo. Viendo el contexto la independencia a nivel propio es la capacidad para poder satisfacer sus necesidades básicas diarias o realización de estas mismas. La autonomía por si propia incluye la independencia económica y la toma decisiones correctas y que el actuar sea coherente con las normas, ideales y creencias

propias. La dependencia se definirá como el estado permanente en el que se están los individuos por distintas razones como la edad, el estado de salud o las limitaciones funcionales, y pueden estar íntimamente relacionadas a la pérdida de autonomía física, intelectual, mental y precisarán de la atención y auxilio de otras personas para la realización de las actividades básicas diarias. (10)

Las actividades son importantes para la construcción de la identidad personal, son una manifestación particular de diferenciación y expresión propia. Los rasgos característicos de las actividades básicas e instrumentadas diarias se definirán en base a:

- **Los objetivos:** son las actividades que son parte importante y primordial son las que utilizamos para llegar a un objetivo, y que se pueden realizar por otros individuos.
- **La complejidad:** son sencillas y simples, pero de características cognitivas y sociales que las que son instrumentadas.
- **La privacidad:** Las básicas son meramente de función personal, mientras que las instrumentadas, se suelen llevar de manera conjunta y sirve de interacción con grupos sociales. (10)

3 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un principio primordial y este es reconocer a los adultos mayores como pieza fundamental para el desarrollo de un país, es por eso por lo que las políticas actuales tienden a crear medidas para su protección. En México, los individuos de 60 años o más presentan una condición de vulnerabilidad, debido a sus pocas redes de apoyo con las que cuentan en el momento en que se presentan condiciones económicas muchas veces precarias.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2018 reportó que en México el número de individuos de 60 años o más que residen en el país son 15.4 millones representando un 12.3% de la población total del país, de los cuales cuatro de cada diez viven solas y son económicamente activas. Además, se ubicó como principal fuente de ingreso de estos la jubilación o pensión en 36.7%, programas gubernamentales (36.6%) y por su trabajo (34.4%); 27.1% de las personas de edad que viven solas tienen discapacidad y 42.3% presentan alguna limitación para realizar actividades básicas diarias. (15)

El envejecimiento trae consigo un deterioro de las funciones orgánicas y de la funcionalidad ya sea esta psicológica o social, destacándose el efecto directo sobre la funcionalidad, injiriendo directamente la capacidad de la realización de sus actividades básicas de la vida diaria sobre la calidad de vida del adulto mayor. (16)

Con lo anteriormente citado nos damos cuenta de que en México existe una relación con el incremento de la edad y la discapacidad, y una múltiple fuente de ingresos entre las personas de este grupo etario, por lo que es primordial determinar el impacto de las múltiples redes de apoyo que tiene el adulto mayor y su relación directa con la independencia física y funcional.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.

En México según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática la población de adultos mayores fue de 10,055,379, de los cuales 5, 375, 841 fueron mujeres y 4, 679, 538 fueron hombres.

El 26.2% de la población adulta mayor habita en localidades rurales, números que van incrementándose conforme avanza la edad.

En las zonas rurales la población es longeva. La población adulta mayor representa el 10.1% de total la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de hombres) y 8.6% de la población que vive en zonas urbanas (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres) estos números son del 2010. Esto debe de llamar la atención ya que se aumenta la demanda de servicios de salud aumentará.

En el año 2014 la esperanza de vida de los mujeres ascendió a 77.5 años y la de los hombres a 72.1 años, números que se prevé que en el año 2050 se incrementen a 81.6 y 79.4 años en 2050 respectivamente; estas diferencias en estilo de vida son por características físicas y fisiológicas, las cuales corresponden a diferentes estilos de vida, un ejemplo de ello es de los 20 años de edad en adelante , el número de mujeres supera a los hombres , a causa de la sobremortalidad masculina, secundaria a una mayor predisposición de los hombres a accidentes, lesiones o agresiones

En el 2010, en uno de cada cuatro hogares mexicanos habitaba un adulto mayor de 60 años y un 20% de los hogares en México tenía como jefa o jefe a una persona adulta mayor, de estas personas que son jefes de hogar, 35.2% corresponden a mujeres y 64.8% a hombres.

Los adultos mayores viven en su mayoría en hogares familiares: casi la mitad de los hombres (49.7 %) en nucleares, 38.1% en ampliados y 1.7% en compuestos; en cambio las mujeres habitan en menos frecuencia en hogares nucleares y ampliados de 37.9 y 47%, respectivamente.

Las personas adultas mayores habitan junto a sus familiares, tiene un rol importante para el bienestar emocional y físico, de manera particular de los que ocupan apoyo y cuidado por una patología o discapacidad y en hogares donde no hay violencia intrafamiliar.

Un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores radican solos en hogares compuestos por una sola persona, conllevando un mayor riesgo para situaciones de vulnerabilidad ante situaciones de emergencia o actividades básicas de la vida diaria que no puedan satisfacer ellos mismos.

El estado civil que más se presenta en las personas adultas mayores es la vida en pareja (unión libre o casados), la viudez es una situación relevante en las personas de edad avanzada, siendo el 37.9% mujeres y 13.7% hombres, explicándose la mayor sobrevivencia de las mujeres.(17)

4.2 Descripción del panorama del estado de salud.

En el ámbito nacional según la ENSANUT 2012, aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores (26.9%) tuvieron cierto grado de discapacidad, tenían al menos dificultad para realización de una actividad básica de la vida diaria, mientras que en relación con las actividades instrumentales de la vida diaria 24.6% de los adultos mayores tenía dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentadas. Es importante recalcar que en ambas condiciones la prevalencia aumentara conforme aumente la edad, y es mucho mayor en las mujeres versus los hombres, siendo 29.6% frente a 23.8% respectivamente para actividades básicas diarias y de 28.4% frente a 20.3% para las actividades instrumentadas diarias (18).

4.3 Descripción del panorama del sistema nacional de salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-2213-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Esta tiene por objeto establecer características de funcionamiento, infraestructura y organización que todos los establecimientos ya sea de sectores sociales, públicos y/o privados cuya función sea prestar servicios de asistencia social a personas adultas mayores que se encuentren en riesgo de vulnerabilidad.

Esta norma es de carácter obligatorio en todo el país para todos los establecimientos sociales públicos y/o privados que den apoyo servicios social al adulto mayor.

Algunos de sus objetivos son promover el bienestar presente y futuro de la persona adulta mayor a través de áreas de prevención, promoción de la salud, cultural, recreativa, de estimulación y productiva. Además, hace énfasis en la importancia de la detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas de discapacidad, mantener y prolongar la funcionalidad y autonomía física, emocional, mental y social del adulto mayor, siempre conservado un buen estado de salud biopsicosocial. (19)

4.4 Descripción del sistema de atención de la salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como parte de una estrategia para otorgar atención médica y además disminuir la estancia intrahospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas o terminales, en el año de 1991, implemento como programa prioritario, la atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC), el cual actualmente se conoce bajo el nombre de atención hospitalaria a domicilio (ATHODO) con el fin de extender la cobertura médica hasta el domicilio particular de los pacientes con enfermedades crónicas. Como requisito indispensable para formar parte de este programa el paciente debe ser previamente valorado por un equipo multidisciplinario de salud, además de tener un cuidador primario, aceptar la atención médica mediante este servicio, tener un impedimento que se justifique para no poder salir de su hogar, ser llevado a su atención medica independientemente de la causa de la enfermedad y que el tiempo previsto para su cuidado supere los dos meses. (20)

Las actividades que lleva a cabo el programa ATHODO son las siguientes:

- Visitas a pacientes en hospitalización para valorar posibles candidatos al programa.
- Constante comunicación con el médico tratante.
- Constante comunicación y coordinación con familiares del paciente.
- Visitar domiciliarias al paciente.
- Programación de visitas, una vez por semana.
- Capacitación a familiares en procedimientos.
- Proveer de recursos materiales y recetas médicas.
- Registro de acciones en expediente clínico en base a norma oficial mexicana.

Para que el programa sea funcional, se debe tener equipos integrados por médico, enfermera, trabajadora social y chofer con el único objetivo de brindar la mejor atención, la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cual debe de ser de forma integral, activa y continua a pacientes que estén en condición de cronicidad o de dependencia. El objetivo médico no es la curación, sino más bien otorgar cuidados que aumenten o mejoren la calidad de vida de paciente y las personas que estén allegadas a él. (20)

4.5 Descripción de la naturaleza del problema.

En base a la información recabada y encontrada se encontró que en un estudio realizado en tres estados del Occidente de México los autores (Velázquez et al 2015) en adultos mayores institucionalizados donde se valoró que por encima del 50% del total de la población, presentaron capacidad funcional deficiente con mínimo apoyo percibido, el cual se podría considerar como una red de apoyo(16).

Mientras que otros autores (Carri Hand et al. 2014) comentan importancia crear redes de compañerismo parece tan importante como brindar apoyo para las necesidades de la vida diaria. (4)

Cabe recalcar que las redes de apoyo pueden ser institucionalizadas y no institucionalizadas, o llamadas informales o formales, entonces es de mucha utilidad encontrar la relación directa de las redes de apoyo con las que cuenta el paciente adulto mayor y su relación directa con la capacidad funcional de las actividades instrumentadas de la vida diaria y las no instrumentadas, ya que en esta parte hay un vacío en el estado del arte de conocimiento, no encontrando un estudio en México que nos muestre la relación directa que existe y tampoco que este realizado en pacientes pertenecientes al programa primordial ATHODO del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.6 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de la capacidad funcional y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio (ATHODO) en el Hospital General de Zona No 1, IMSS, Aguascalientes?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad funcional y las redes de apoyo social en adultos mayores del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio (ATHODO) en el Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes.

5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a los pacientes adultos mayores, según las variables sociodemográficas y epidemiológicas en tiempo lugar y persona.
- 2.- Identificar los grados de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
3. Evaluar el nivel de apoyo social familiar con las que cuentan los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
4. Valorar el grado de apoyo social de pares con las que cuentan los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
5. Identificar el nivel de apoyo social de pareja u otros significantes con las que cuentan los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
6. Evaluar el nivel general de apoyo social con las que cuentan los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
7. Identificar la relación entre el apoyo social familiar y los niveles de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
8. Identificar la relación entre el apoyo social de pares y los niveles de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.
9. Identificar la relación entre el apoyo social de pareja u otros significantes y los niveles de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

10. Identificar la relación entre el apoyo social general y los niveles de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

6 HIPOTESIS

6.1 hipótesis alternativa

Los puntajes promedio de apoyo social familiar son diferentes entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Los puntajes promedio de apoyo social de pares son diferentes entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Los puntajes promedio de apoyo social de pareja u otros significantes son diferentes entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Si existe diferencia entre los puntajes promedio de apoyo social en general para cada nivel de invalidez de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes

6.2 hipótesis nula

Los puntajes promedio de apoyo social familiar son iguales entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Los puntajes promedio de apoyo social de pares son similares entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Los puntajes promedio de apoyo social de pareja u otros significantes son similares entre cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

No existe diferencia entre los puntajes promedio de apoyo social en general para cada nivel de capacidad funcional de los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7 MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudio

Observacional, Descriptivo, transversal simple

7.2 Universo de trabajo

7.2.1 Universo

Pacientes adultos mayores adscritos al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7.2.2 Población de estudio

Pacientes Adultos mayores usuarios al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7.2.3 Unidad de observación y análisis

Paciente adulto mayor usuario del programa ATHODO, del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de inclusión

- Paciente adulto mayor de 65 años que sea portador de alguna enfermedad crónica y pertenezca al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7.3.2 Criterios de exclusión

- Paciente adulto mayor con deterioro cognitivo que les impida comprender el cuestionario.
- Paciente adulto mayor perteneciente al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes, con privación sensorial auditiva.
- Paciente adulto mayor perteneciente al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes que no deseen contestar el cuestionario.
- Paciente adulto mayor perteneciente al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes, que no firmen el consentimiento informado.

7.3.3 Criterios de eliminación

- Paciente adulto mayor perteneciente al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes, que no conteste el 80 por ciento del cuestionario.

7.4 Muestreo

7.4.1 Unidad de muestreo

Adultos mayores pertenecientes al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

7.4.2 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia donde se seleccionará a los pacientes adultos mayores que pertenezcan al programa ATHODO del HGZ1, del IMSS Delegación, Aguascalientes, del período diciembre del 2020 a enero del 2021

7.4.3 Tamaño de la muestra

Se utilizó un muestreo por conveniencia, ya que esta se fue en base a la disponibilidad de las personas para formar parte de nuestra muestra, teniendo como población en estudio a los pacientes que pertenecen al programa ATHODO del HGZ1, del IMSS Delegación, Aguascalientes, del período diciembre del 2020 a enero del 2021, teniendo una muestra de

100 personas, ya que dentro de la población del programa previamente mencionado, muchos no cumplían con el rango de edad seleccionado, otros pacientes fallecieron y otros no cumplían con los criterios de inclusión.

7.5 Definición operacional de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Variable	Definición Conceptual	Escala de Medición	Ítems	Índice
Características Sociodemográficas	Características socioeconómicas, biológicas, y culturales que están presentes en una población de estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que la componen	Edad	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa.	Fecha de Nacimiento	Número de años.
			Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Cualitativa	Sexo	1 hombre 2 mujer
			Estado civil	Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga	Cualitativa	Estado Civil	1.Soltero. 2.Casado. 3.Unión Libre 4.Separado. 5.Divorciado. 6.Viudo

				ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles			
			Nivel de escolaridad.	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa Nominal	Escolaridad.	1. Ninguno. 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria. 5. Preparatoria o Bachillerato. 6. Licenciatura.
			Enfermedades Crónicas	Son enfermedades de duración larga y lenta progresión	Cualitativa nominal	Enfermedades crónicas.	1. Diabetes Mellitus tipo 2. 2. Hipertensión Arterial. 3. Enfermedades cardíacas. 4. Enfermedades reumatológicas. 5. Otras.
Actividades básicas de la vida diaria.	Tareas típicas de la necesaria para el cuidado de sí mismo y el auto mantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación, la limpieza de la casa, lavandería.	Actividad que realiza el adulto mayor dentro de su rutina.	Comer	Evaluación de la capacidad de alimentarse con o sin ayuda	Ordinal	Comer	1. Incapaz 2. Necesita ayuda para contar, extender mantequilla, usar condimentos. 3. Independiente.
			Trasladarse entre la silla y la cama	Evaluación de la capacidad de trasladarse de la silla y la cama con o sin ayuda.	Ordinal	Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado 2. Necesita ayuda importante, puede estar sentado 3. Necesita algo de ayuda 4. Independiente

			Aseo personal	Evaluación de poderse asear con o sin ayuda	Ordinal	Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal. 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
			Uso del retrete	Evaluación de poder usar el retrete con o sin ayuda	Ordinal	Uso del retrete	1. Dependiente. 2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. 3. Independiente
			Bañarse o ducharse	Evaluación de poder bañarse con o sin ayuda	Ordinal	Bañarse o ducharse	1. Dependiente. 2. Independiente.
			Desplazarse	Evaluación de poder desplazarse con o sin ayuda.	Ordinal	Desplazarse	1. Inmóvil. 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
			Subir y bajar escaleras	Evaluación de subir y bajar escaleras con o sin ayuda.	Ordinal	Subir y bajar escaleras	1. Incapaz 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

				3. independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse	Evaluación de la capacidad de vestirse con o sin ayuda	Ordinal	Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces	Evaluación de la capacidad de controlar las deposiciones	Ordinal	Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Continente.
Control de orina	Evaluación de la capacidad para controlar las micciones	Ordinal	Control de orina.	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días.

7.6 Descripción de instrumentos de medición

7.6.1 Índice de Barthel

Es un instrumento y escala que mide la capacidad del individuo para realizar diez actividades básicas de la vida diaria, consideradas como básicas, donde se obtiene una estimación cuantitativa del grado de independencia, todo esto en su versión original.

7.6.2 Escala Multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support MSPSS)

Escala creada por Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet y Gordon K. Harley el año 1988 en Estados Unidos, cuyo objetivo es medir efectivamente el Apoyo Social Percibido. Esta escala cuenta con validación internacional en países como EEUU en su estudio original y en Tailandia, mostrando excelentes características métricas en los siguientes grupos: estudiantes universitarios, embarazadas, adolescentes que viven en el extranjero, residentes pediátricos, adolescentes de una unidad psiquiátrica y pacientes psiquiátricos ambulatorios. Lo que nos da seguridad de uso en nuestra población en estudio.

La escala está formada por 12 ítems que miden el Apoyo Social Percibido. Estos ítems se dividen en 3 factores, el primer ítem mide Apoyo Social de Pares (6-7-9-12), el segundo mide Apoyo de la Familia (3-4-8-11) y el tercer ítem mide percepción de Apoyo de la Pareja u Otros Significantes (1-2-5-10). Las respuestas están en formato tipo Likert, de 4 puntos (1= casi nunca; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre), a mayor puntaje obtenido, mayor apoyo social percibido.

La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. El desarrollo y mayores antecedentes de esta escala se encuentra en Zimet *et al.* 1988.

El instrumento fue traducido al español por los autores del presente artículo, versión que fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. Con la escala MSPSS traducida al español se realizó una aplicación piloto en un grupo de

adultos mayores hipertensos, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados fueron: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. Este criterio se adoptó debido a que una serie de estudios relativamente amplios concluyen que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de respuestas que tengan los ítems, y debido a que la población de adultos mayores en que se realizó el estudio piloto presentó dificultad frente a términos muy similares (escala de acuerdo) y a la gran diversidad de respuestas

7.6.3 Validación del instrumento

En relación con la evidencia de validez del Cuestionario del Contenido del Trabajo, se han realizado numerosos estudios, por ejemplo, en España, Escribà-Argüir, Más-Pons y Flores-Reus (2001) realizaron la validación del cuestionario en su tres dimensiones: demanda, control y apoyo social, en la versión castellana reducida, conformada por 29 ítems, en una población de 330 profesionales de enfermería, mediante un análisis factorial exploratorio concluyendo que el cuestionario presentó una estructura factorial similar a la versión original americana y a la de otros países, con un índice de confiabilidad superior a 0.90 en cada una de su tres dimensiones y una alta consistencia interna mostrando un coeficiente alfa de Cronbach superior al 0.7.

En México se validó en 277 trabajadores mexicanos del sector salud. Con un alfa de Cronbach para la escala general de 0.70; para apoyo social del jefe 0.86, apoyo social de los compañeros de 0.79, demandas psicológicas 0.72, latitud de decisión 0.71 y utilización de habilidades 0.44. Concluyendo que el cuestionario del contenido del trabajo mostró ser válido y confiable en la población de estudio.(21)

El cuestionario DER ha sido analizado en términos de su validez y consistencia interna en varios idiomas y países. Por ejemplo, en Corea, un estudio realizado en trabajadores de una refinería reportó alfas de Cronbach de 0.71, 0.86 y 0.75 para esfuerzo, recompensa y sobreinvolucramiento respectivamente, lo cual refleja niveles de confiabilidad satisfactorios.

Para la versión española, Macías-Robles, Fernández-López, Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist (2003) en una muestra de trabajadores de la salud, señalaron que el instrumento presentó niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) aceptables

superiores a 0.8 con excepción de la escala esfuerzo intrínseco que presentó un puntaje de 0.63.

En su adaptación para la población mexicana por Juárez-García. Para la confiabilidad se obtuvieron puntajes de alfa Cronbach satisfactorios para las escalas de recompensa 0.9 y esfuerzo Extrínseco 0.82 e Intrínseco 0.69. La escala es válida y confiable para la población mexicana.

La escala Multidimensional de apoyo social percibido fue validada en Chile por Arechabala y Miranda en 2002 luego de una adaptación transcultural en una muestra Adultos Mayores adscritos a un Programa de Hipertensión en Atención Primaria. El instrumento fue traducido al español por los autores del presente artículo, versión que fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. Con la escala MSPSS traducida al español se realizó una aplicación piloto en un grupo de adultos mayores hipertensos, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert. Este criterio se adoptó debido a que una serie de estudios relativamente amplios concluyen que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de respuestas que tengan los ítems, y además las 7 respuestas existentes se tornaban confusas por los símiles de su significado. La escala original, presenta una consistencia global reflejada en el alfa de Cronbach por cada subescala (otros significantes, familia, amigos) de 0,91; 0,87; 0,85 respectivamente. La escala completa presenta una fiabilidad de 0,80.

7.7 Plan y técnica de recolección de datos

Debido a la situación actual a nivel mundial, debido a la pandemia por la enfermedad por COVID-19, la mayoría de nuestra población en estudio son grupos de alto riesgo de contagio por la enfermedad antes mencionada debido a su condición de vulnerabilidad por las múltiples patologías, por lo que se encuentran en confinamiento en casa y ante el semáforo epidemiológico en color naranja en que se encontró el estado de Aguascalientes durante el mes de enero, considerando que es de alto riesgo para el paciente que se realice las encuestas de manera presencial, por lo que se optó en la realización de la encuesta vía telefónica.

1. Se dará a conocer el objetivo del estudio y los beneficios que se obtendrán de este.
2. Se procedió a dar lectura al documento de consentimiento informado, explicando detalladamente y con lenguaje claro la importancia de su aprobación para la realización de dicho estudio.
3. Se procedió a dar lectura a cada una de las preguntas iniciando con la escala de Barthel, para después proceder a la escala multidimensional de apoyo social percibido (MPSS).

7.8 Logística

Posterior a la aprobación de nuestro trabajo por parte del comité local de investigación se acudió con la directora del hospital general de zona no.1 dándole a conocer el objetivo general de nuestro estudio, así como el instrumento a aplicar, solicitando autorización para acudir a los domicilios de las personas pertenecientes al programa ATHODO durante el mes de Enero del 2021, donde se les invitó a participar en nuestro estudio dándoseles a conocer el objetivo general, con posterior aplicación el test mini mental, se verificó que no existiera privación sensorial y se realizó la encuesta la cual constó de 2 secciones. Al completar nuestra muestra de estudio, se dió por terminado nuestro estudio y se procedió a hacer la captura de la base de datos de Excel para procesar los datos y realización de análisis estadístico.

7.9 Plan de análisis

Para la captura de los datos se empleó el software Excel 2016, mediante el cual se calcularon los puntajes totales para cada observación, así como las recodificaciones pertinentes.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de estudio mediante frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y estadísticos de tendencia central y de dispersión para las variables continuas.

Se identificó una correlación entre los puntajes promedio de la escala de apoyo social por dimensión entre cada nivel de incapacidad para realizar actividades básicas mediante ANOVA para identificar diferencias estadísticamente significativas de promedios, con un nivel de confiabilidad del 95%

8 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, vamos a explicar a cada participante el motivo del estudio, donde sus datos personales, socioeconómicos, sociodemográficos y de salud se utilizarán solo con fines de investigación y del presente estudio. En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado anexo a este documento firmada por el investigador y el participante, toda su información permanecerá anónima, se tendrá además por escrito la declaración donde se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos. Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo de acuerdo con el reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17 fracción II.

9 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Tecnológicos y Materiales:

- computadora personal
- Impresora
- Conexión a Internet
- Programas de Software (Programa Estadístico SPSS v21)
- Calculadora
- Fotocopias
- Hojas de impresión
- Lápices y bolígrafos

Presupuesto:

Todos los recursos necesarios para la realización de este estudio serán financiados por el tesista interesado en el presente protocolo.

Hoja de gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encargo de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes.

El mismo se encarga de realizar las encuestas a los cuidadores, mediante los instrumentos previamente realizados.

CATEGORIA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$ 10.00 pesos	5	\$ 50.00 pesos
Gomas	\$ 10.00 pesos	3	\$ 30.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 80.00 pesos (paquete)	2	\$ 160.00 pesos
Cartucho de tinta	\$340.00 pesos	1	\$340.00 pesos
Memoria USB 16GB	\$400.00 pesos	1	\$400.00pesos
Engrapadoras	\$80.00 pesos	2	\$160.00 pesos
Grapas	\$20.00pesos (caja)	2	\$40.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	400	\$200.00 pesos
Tabla recolectora	\$50.00 pesos	3	\$150.00 pesos
Laptop Dell	\$7000.00 pesos	1	\$7.000 pesos
Alimentos y bebidas	\$70.00 pesos	15	\$1050.00 pesos
Transporte a domicilio de pacientes.	\$1500.00 pesos	1	\$1500.00 pesos
		TOTAL	\$12,100.00 pesos.



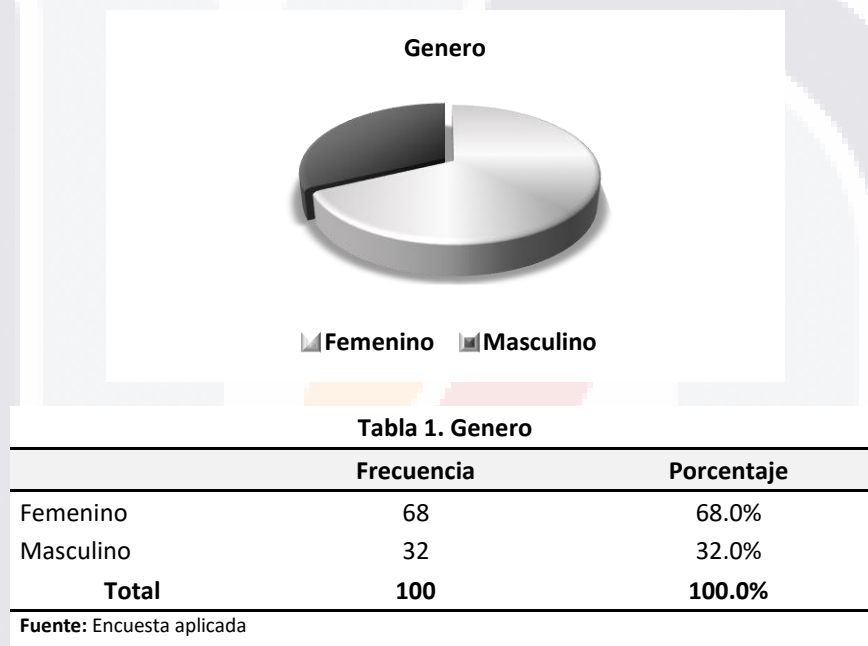
9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Mar 2020	Abr 2020	May 2020	Jun 2020	Jul 2020	Ago 2020	Sep 2020	Oct 2020	Nov 2020	Dic 2020	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021
Acopio de Bibliografía.	X	X	X										
Revisión de literatura.	X	X	X										
Hacer Planteamiento.	X	X	X										
Revisión de Planteamiento	X	X	x										
Hacer Marco Teórico y Conceptual	X	X	X	X									
Revisión de Marco Teórico y Conceptual	X	X	x	X	X								
Diseño y Revisión Protocolo	X	x	x	X	X	X	X	X					
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.								X	X				
Aprobación de Protocolo									X				
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.									X	X			
Acopio y Captura de Datos.										X	X		
Análisis e Interpretación de Resultados											X		
Hacer Discusiones y Conclusiones.												X	
Revisión de la investigación												X	
Difusión de resultados.												X	X

10 RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación de las escalas de Barthel y la escala multidimensional de apoyo social, así como las variables sociodemográficas.

La **tabla 1** muestra la distribución de frecuencias en torno al género de los entrevistados, obteniendo que en su mayoría corresponden al género femenino con un 68%, y el restante 32% son del género masculino.



La siguiente tabla muestra la distribución en torno a la edad de los participantes, comprendo que la edad promedio es de 81 años, con una mínima de 65 y máxima 97 y una desviación estándar de 7.6 años. **Tabla 2**

Tabla 2. Edad

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Años cumplidos	65	97	81.56	7.66

Fuente: Encuesta aplicada

Con relación al estado civil se obtuvo que el 46% de los entrevistados son viudos, seguidos del 41% que son casados, en tercer lugar, el 11% que son solteros, y finalmente, el 2% que están divorciados. **Tabla 3**

Tabla 3. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 2
Casado(a)	41	41.0%	
Divorciado(a)	2	2.0%	
Soltero(a)	11	11.0%	
Viudo(a)	46	46.0%	
Total	100	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 4** muestra que en su mayoría no tienen ningún grado de escolaridad (40%), en segundo lugar, el 29% que tienen la primaria incompleta, seguidos del 25% que tienen la primaria completa, en cuarto lugar, aquellos con la secundaria incompleta, y finalmente, el 1% con la secundaria completa.

Tabla 4. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 3
Ninguna	40	40.0%	
Primaria Completa	25	25.0%	
Primaria Incompleta	29	29.0%	
Secundaria completa	1	1.0%	
Secundaria incompleta	5	5.0%	
Total	100	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada

En relación con el número de enfermedades se obtuvo que el 27% de la población tiene solamente una comorbilidad, 41% tienen dos enfermedades, y el 32% tienen 3. **Tabla 5**

Tabla 5. Número de comorbilidades

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 4
1	27	27.0%	
2	41	41.0%	
3	32	32.0%	
Total	100	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 6** muestra las comorbilidades más frecuentes que padecen los participantes de este estudio, obteniendo que la más frecuente es la hipertensión arterial sistémica (n=64); en segundo lugar, el EPOC oxígeno dependiente (n=31); seguidos de la diabetes mellitus tipo 2 (n=28); y en cuarto lugar el síndrome de inmovilidad (n=11).

Tabla 6. Comorbilidades

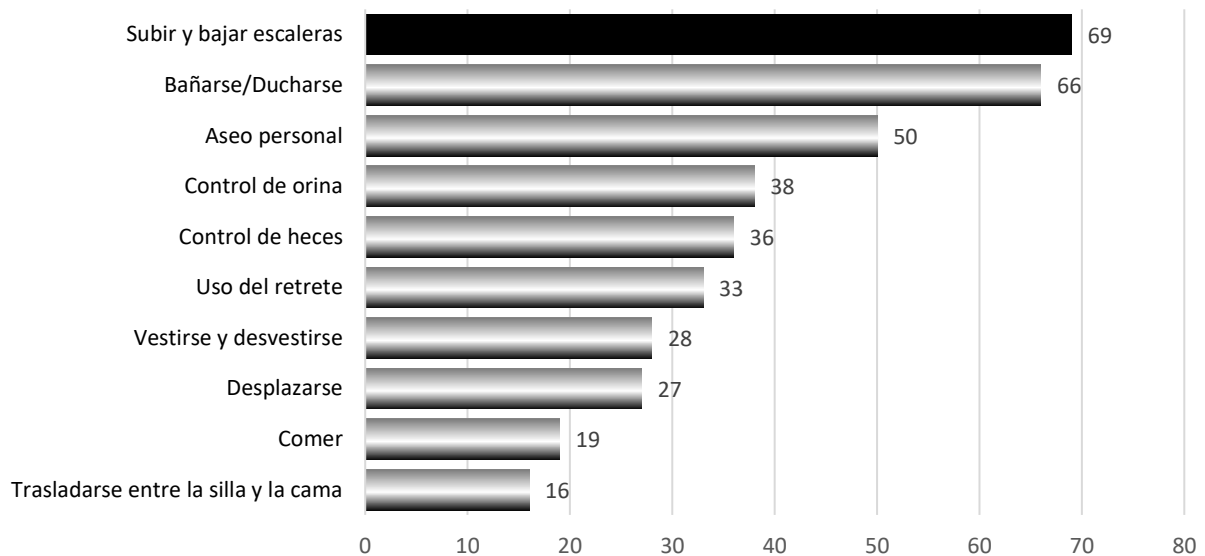
	Frecuencia
Hipertensión Arterial Sistémica	64
EPOC oxígeno dependiente	31
Diabetes mellitus tipo II	28
Síndrome de inmovilidad	11
Cardiopatía	9
EPOC	6
Obesidad mórbida	6
Temblor esencial	5
Parkinson	4
Artritis reumatoide	4
Asma	4
Depresión	4
Hipotiroidismo	3
Síndrome de fragilidad	3
Epilepsia	3
Esclerosis múltiple	5
Insuficiencia renal crónica	2
Neuropatía	2
Síndrome vertiginoso	2
Síndrome de caídas	2
Fibrilación auricular	1
Insuficiencia cardiaca	1
Gonartrosis	1
Osteoporosis	1
Neuralgia del trigémino	1
Mielitis	1
Hemicorea izquierda	1

Fuente: Encuesta aplicada

A continuación se muestra la distribución de frecuencias en torno al índice de Barthel que mide la capacidad de las personas para la realización de 10 actividades de la vida diaria las cuales son consideradas básicas, obteniendo que aquella actividad con mayor grado

de incapacidad para ser realizada es la de subir y bajar escaleras, ya que el 69% de los participantes contestaron ser incapaces; en segundo lugar, el 66% de participantes que manifestaron no poder bañarse o ducharse por sí solos; en tercer lugar, con un 50%, aquellos adultos mayores que no pueden atender su aseo personal de manera independiente. Por otro lado, la actividad con menor grado de invalidez es la de trasladarse entre la silla y la cama con un 16%, seguidos del 19% que no pueden comer por sí solos, y del 27% que necesitan una ayuda para desplazarse. **Grafica 5**

Grafica 5. Porcentaje de incapacidad por ítem



En relación con cada aspecto básico de la vida diaria, la **tabla 7** muestra la distribución de frecuencias en torno a la dependencia para comer, obteniendo que el 43% necesita algo de ayuda para realizar actividades sencillas como extender mantequilla o usar condimentos; por otro lado, el 38% de los entrevistados manifiesta ser completamente independientes para realizar estas funciones básicas y sólo el 19% se asume incapaz.

Tabla 7. Grado de dependencia para comer

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 6
Incapaz	19	19%	
Independiente (la comida está al alcance de la mano)	38	38%	
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	43	43%	
Total	100	100%	0 20 40 60

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 8** describe el grado de dependencia para trasladarse de la silla a la cama, siendo esta la actividad básica con menor grado de incapacidad para ser realizada, en donde solamente el 16% se mantiene sentado hasta que alguien le ayude; el 39% si necesita algo de ayuda física o verbal y el 45% necesita ayuda importante de una persona entrenada o dos personas para poder hacerlo.

Tabla 8. Grado de dependencia para trasladarse entre la silla y la cama

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 7
Incapaz, no se mantiene sentado	16	16%	
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	39	39%	
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	45	45%	
Total	100	100%	0 20 40 60

Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto al grado de dependencia para el aseo personal se obtuvo una repartición equitativa entre quienes manifiestan ser independientes para realizar estas actividades básicas y quienes necesitan ayuda de terceros, ambas proporciones con un 50% respectivamente. **Tabla 9**




Tabla 9. Grado de dependencia para aseo personal

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 8
Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	50	50%	
Necesita ayuda con el aseo personal	50	50%	
Total	100	100%	0 20 40 60

Fuente: Encuesta aplicada

En la siguiente tabla se muestra el grado de dependencia hacia el uso del retrete observando que sólo un 26% de la población encuestada manifiesta el ser independientes al momento de entrar, salir, limpiarse y vestirse; 41% de la muestra necesita algo de ayuda aunque pueda algo de esto sólo, y sólo el 33% manifiesta ser totalmente independiente para realizar estas actividades. **Tabla 10**




Tabla 10. Grado de dependencia para uso del retrete

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 9
Dependiente	33	33%	
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	26	26%	
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	41	41%	
Total	100	100%	0 20 40 60

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 11** se muestra la distribución de frecuencias en torno al grado de dependencia para bañarse, observando que el 33% puede hacer esto dependiendo siempre de apoyo externo; 41% de la muestra necesita algo de ayuda y sólo el 26% poder realizar esta actividad de manera totalmente independiente.

Tabla 11. Grado de dependencia para bañarse/ ducharse

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 10
Dependiente	33	33%	
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	26	26%	
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	41	41%	
Total	100	100%	0 20 40 60

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 12** se muestra la distribución del grado de dependencia para poder desplazarse, obteniendo que la mayor parte de la población puede desplazarse con una pequeña ayuda física o verbal (33%); 30% independiente en silla de ruedas para poder avanzar 50 metros; 30% manifiesta ser independiente en silla de ruedas para poder recorrer 50 m y el 27% se asume como inmóvil totalmente.

Tabla 12. Grado de dependencia para desplazarse

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 11
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	33	33%	
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	10	10%	
Independiente en silla de ruedas en 50 m	30	30%	
Inmóvil	27	27%	
Total	100	100%	0 20 40

Fuente: Encuesta aplicada

La siguiente tabla muestra el grado de dependencia para poder subir y bajar escaleras, en dónde se obtuvo que el 69% es incapaz para realizar esta actividad; 27% necesita algo de ayuda física o verbal y requiere el apoyo de algún tipo de muleta, y sólo el 4% puede hacerlo de manera independiente. **Tabla 13**

Tabla 13. Grado de dependencia para subir y bajar escaleras

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 12
Incapaz	69	69%	
Independiente para subir y bajar	4	4%	
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	27	27%	
Total	100	100%	0 20 40 60 80

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 14** muestra la distribución de frecuencias en torno a poder vestirse y desvestirse, alguien más para realizar esta actividad; 12% necesitan algo de ayuda, pero puedo hacer la mitad por sí solos la mitad de esta actividad, y el 28% manifiesta ser independiente para poder vestirse y realizar actividades ligeramente más delicadas como subir cremalleras, atarse cordones o acomodar botones.

Tabla 14. Grado de dependencia para vestirse y desvestirse

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 13
Dependiente	60	60%	
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	12	12%	
Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	28	28%	
Total	100	100%	0 20 40 60 80

Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto al control de heces, se obtuvo que el 36% de la muestra es incontinente o necesita la colocación de un enema; el 32% tiene una evacuación ocasionalmente y el restante 32% puede contener sus heces de manera normal. **Tabla 15**

Tabla 15. Grado de dependencia para control de heces

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 14
Accidente excepcional (uno/semana)	32	32%	
Continente	32	32%	
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	36	36%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 16** muestra el grado de dependencia para el control de su orina, obteniendo que entran de 8% de los pacientes son incontinentes o son incapaces de cambiar su propia bolsa; 27% tienen un accidente ocasional al menos en 24 horas, y el restante 35% pueden contener orina de manera normal durante toda la semana.

Tabla 16. Grado de dependencia para control de orina

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 15
Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	27	27%	
Continente, durante al menos 7 días	35	35%	
Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	38	38%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 17** nos muestra la distribución en torno a la escala global de dependencia, obteniendo que el 46% de los entrevistados tienen una dependencia severa; 24% tienen una dependencia moderada y grave respectivamente, y sólo el 6% tiene una dependencia ligera.

Tabla 17. Nivel de dependencia

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 16
Grave	24	24.0%	
Ligera	6	6.0%	
Moderada	24	24.0%	
Severa	46	46.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 18** muestra la frecuencia con la que las personas entrevistadas perciben una persona cerca cuando éstas se encuentran en una situación difícil, obteniendo que el 89% esto lo perciben de siempre o casi siempre, 10% lo persiguen con una frecuencia relativa y solamente el 1% casi nunca lo percibe.

Tabla 18. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 17
Casi nunca	1	1.0%	
Con frecuencia	10	10.0%	
Siempre o casi siempre	89	89.0%	
Total	100	100%	0.0% 50.0% 100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la **tabla 19** se registran las frecuencias en torno al apoyo que perciben los entrevistados por parte de una persona especial con la cual pueden compartir sus penas y alegrías, obteniendo que el 89% de los entrevistados lo perciben siempre o casi siempre, 9% lo percibe con frecuencia; y 2% de ellas lo perciben a veces.

Tabla 19. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 18
A veces	2	2.0%	
Con frecuencia	9	9.0%	
Siempre o casi siempre	89	89.0%	
Total	100	100%	0.0% 50.0% 100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La siguiente tabla describe la frecuencia con la que los entrevistados perciben un apoyo real por parte de su familia, obteniendo que el 89% de ellos asumen que esto ocurre siempre o casi siempre y solamente en el 11% ocurre con frecuencia. **Tabla 20**

Tabla 20. Mi familia realmente intenta ayudarme

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 19
Con frecuencia	11	11.0%	
Siempre o casi siempre	89	89.0%	
Total	100	100%	0.0% 50.0% 100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La siguiente tabla describe la medida en que los participantes reciben el apoyo emocional y la ayuda que necesitan por parte de su familia, en donde el 83% de ellos respondió que esto ocurre siempre o casi siempre; EL 16% respondió con frecuencia, y sólo el 1% respondió que esto ocurre a veces. **Tabla 21**

Tabla 21. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 20
A veces	1	1.0%	
Con frecuencia	16	16.0%	
Siempre o casi siempre	83	83.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 22** muestra la distribución de frecuencias con la que los entrevistados perciben que pueden contar realmente con una persona que es una fuente de bienestar para ellos, obteniendo que esto ocurre en el 86% de las veces siempre o casi siempre, en el 8% ocurre con frecuencia, y en el restante 6% ocurre a veces.

Tabla 22. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 21
A veces	6	6.0%	
Con frecuencia	8	8.0%	
Siempre o casi siempre	86	86.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 23** muestra el grado en que los participantes perciben que sus amigos tratan de ayudarles, obteniendo que el 30% de los participantes respondió que esto ocurre siempre o casi siempre, el 24% manifestó que esto ocurre con frecuencia, 18% casi nunca y el restante 28% respondió que a veces.

Tabla 23. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 22
A veces	28	28.0%	
Casi nunca	18	18.0%	
Con frecuencia	24	24.0%	
Siempre o casi siempre	30	30.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La siguiente tabla muestra las frecuencias con la que los participantes perciben que pueden contar con sus amigos cuando las cosas van mal, obteniendo qué es ocurre siempre o casi siempre en el 30% de ellos, en el 18% ocurre con frecuencia, en el 32% ocurre a veces y en el restante 20% ocurre casi nunca. **Tabla 24**

Tabla 24. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 23
A veces	32	32.0%	
Casi nunca	20	20.0%	
Con frecuencia	18	18.0%	
Siempre o casi siempre	30	30.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 25** muestra los resultados en torno al ítem que mide el grado en que los participantes perciben que pueden contar con su familia para poder hablar de sus problemas, ocurriendo que en el 63% de ellos pueden hacerlo siempre o casi siempre, el 18% puede hacerlo con frecuencia, 12% a veces y 7% casi nunca.

Tabla 25. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 24
A veces	12	12.0%	
Casi nunca	7	7.0%	
Con frecuencia	18	18.0%	
Siempre o casi siempre	63	63.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto al grado en que los participantes perciben que cuentan con amigos con los que pueden compartir penas y alegrías se obtuvo que el 43% manifiesta que esto ocurre

siempre o casi siempre; el 21% ocurre con frecuencia; 24% ocurre a veces y en el restante 12% casi nunca. **Tabla 26**

Tabla 26. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 25
A veces	24	24.0%	
Casi nunca	12	12.0%	
Con frecuencia	21	21.0%	
Siempre o casi siempre	43	43.0%	
Total	100	100%	0.0% 20.0% 40.0% 60.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto a la medida en que los participantes perciben que existe una persona en su vida tan especial que se preocupa por sus sentimientos, se obtuvo que el 73% de los participantes respondió que esto ocurre siempre o casi siempre; en el 17% ocurre con frecuencia y en el restante 10% ocurre a veces. **Tabla 27**

Tabla 27. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 26
A veces	10	10.0%	
Con frecuencia	17	17.0%	
Siempre o casi siempre	73	73.0%	
Total	100	100%	0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En relación con la medida en que los participantes sienten que su familia se muestra dispuesta a ayudarlo a tomar decisiones se obtuvo que en el 78% de ellos ocurre siempre o casi siempre; en el 15% ocurre con frecuencia y en 7% de ellos ocurre a veces. **Tabla 28**

Tabla 28. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 27
A veces	7	7.0%	
Con frecuencia	15	15.0%	
Siempre o casi siempre	78	78.0%	
Total	100	100%	0.0% 50.0% 100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Finalmente, en relación con el último instrumento que mide la frecuencia con la que los participantes perciben que pueden hablar de sus problemas con sus amigos se obtuvo que esto ocurre siempre o casi siempre en el 35% de ellos; en el 18% ocurre con frecuencia; en el 31% ocurre a veces y en el restante 16% casi nunca ocurre. **Tabla 29**

Tabla 29. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.

	Frecuencia	Porcentaje	Grafica 28
A veces	31	31.0%	
Casi nunca	16	16.0%	
Con frecuencia	18	18.0%	
Siempre o casi siempre	35	35.0%	
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta aplicada

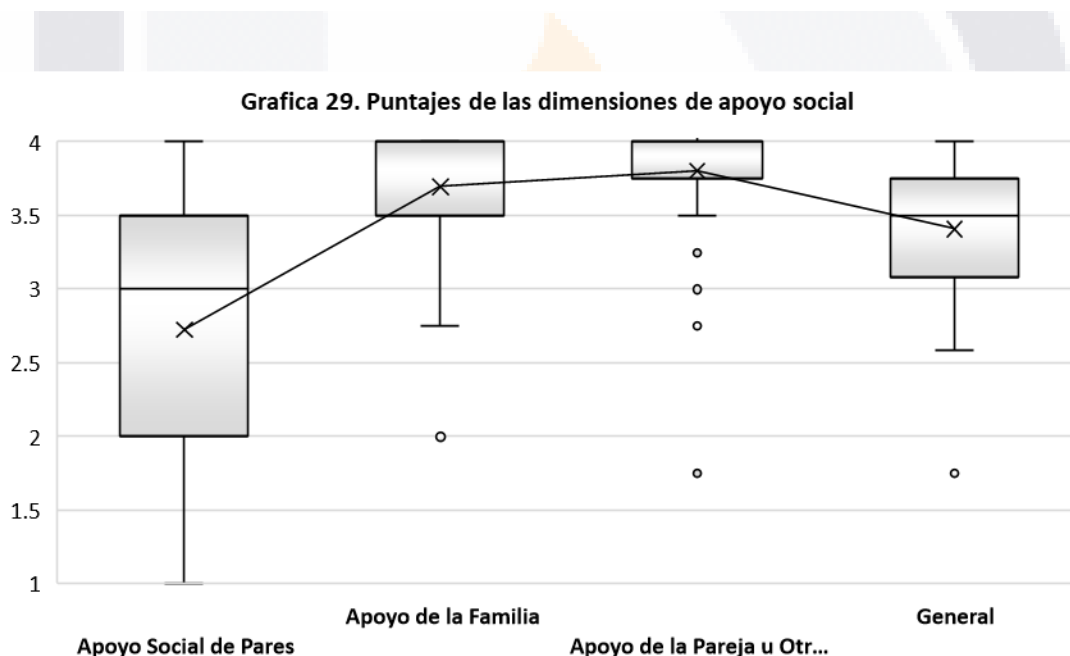


Tabla 30. Puntajes de las dimensiones de apoyo social

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Apoyo Social de Pares	1.00	4.00	2.73	.965
Apoyo de la Familia	2.00	4.00	3.71	.418
Apoyo de la Pareja u Otros Significantes	1.80	4.30	3.81	.376
General	1.80	4.00	3.41	.448

Fuente: Encuesta aplicada

A continuación, se describen los puntajes promedio para cada dimensión de la escala de apoyo social en torno a los valores entre los que los participantes pudieron responder que van del 1 al 4, siendo el 1 el nivel más bajo de apoyo y el cuatro el más alto. Se obtuvo que el apoyo social percibido con menor grado es aquel que proviene de sus pares amigos con un promedio de 2.73 y una desviación estándar de 0.965; en segundo lugar el apoyo percibido por parte de su familia con un promedio de 3.71 y una desviación estándar de 0.418, se obtuvo que los participantes reciben más apoyo por parte de su pareja u otros significantes con un promedio de 3.81 y una desviación estándar de 0.376 con lo que se obtuvo un promedio general de apoyo social de 3.41 con una desviación estándar de 0.448.

Tabla 29

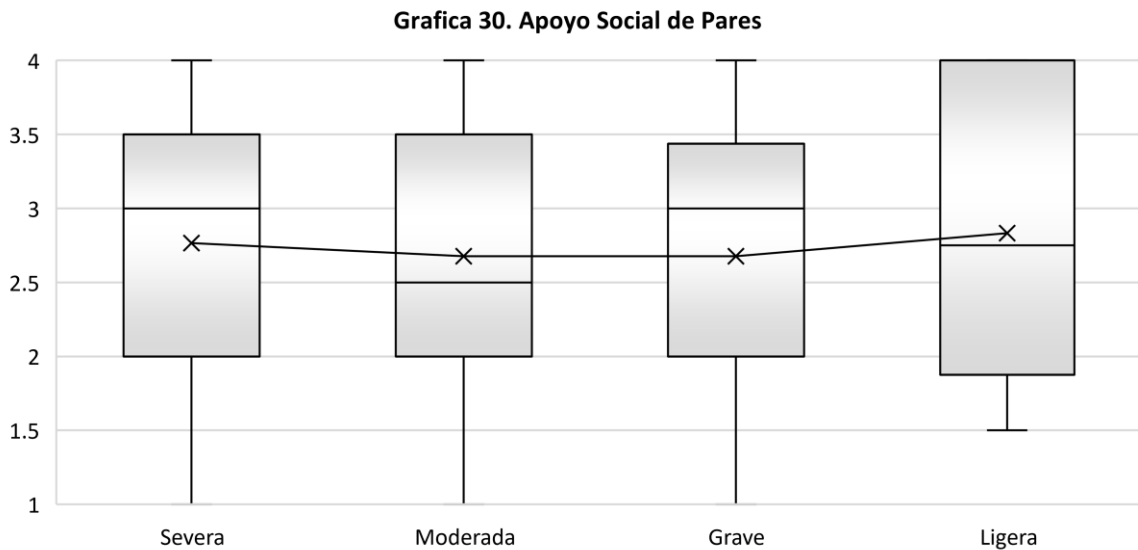


Tabla 31. Apoyo Social de Pares

Nivel de invalidez	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar	ANOVA	Valor p
Grave	1.00	4.00	2.68	0.98		
Ligera	1.50	4.00	2.83	1.03		
Moderada	1.00	4.00	2.68	1.00	0.092	0.964
Severa	1.00	4.00	2.77	0.96		
General	1.00	4.00	2.73	0.96		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 30** muestra la distribución de los promedios globales de la escala de apoyo social de pares según el grado de incapacidad, obteniendo un promedio general de 2.73 con una desviación estándar de 0.96 y siendo mayor entre aquellas personas con una incapacidad ligera para realizar sus actividades básicas con un promedio de 2.83 y menor en aquellas

personas con un nivel de incapacidad moderada y grave, ambos con un promedio de 2.68 y una desviación estándar de 0.98.

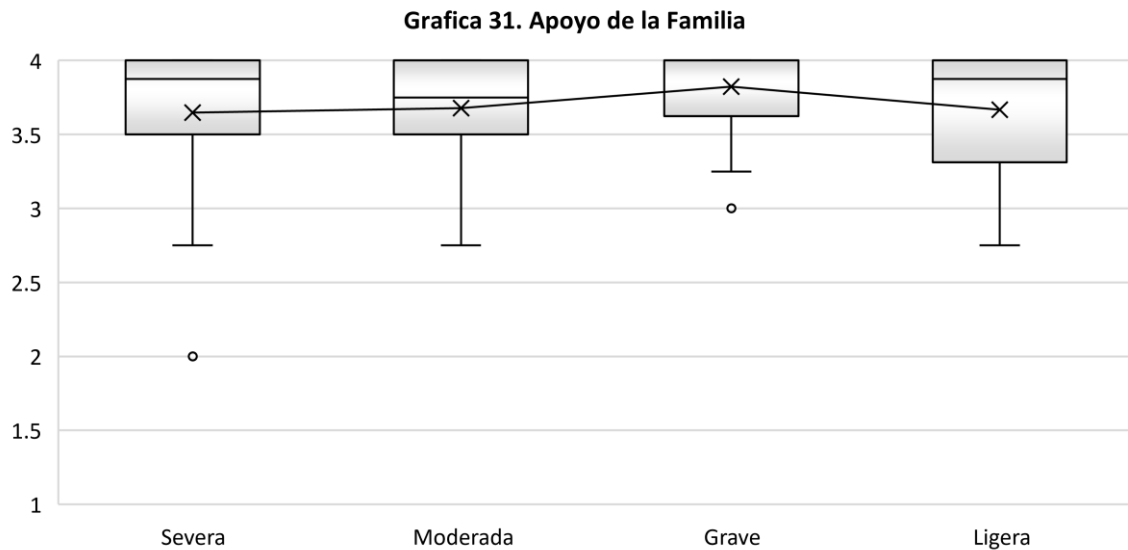


Tabla 32. Apoyo de la familia

Nivel de invalidez	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar	ANOVA	Valor p
Grave	3.00	4.00	3.82	0.33		
Ligera	2.75	4.00	3.67	0.49		
Moderada	2.75	4.00	3.68	0.40	0.822	0.485
Severa	2.00	4.00	3.65	0.48		
General	2.00	4.00	3.70	0.43		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 31** muestra el nivel de apoyo percibido por parte de la familia en relación con el nivel de invalidez de acuerdo a los puntajes globales de la escala de Barthel, obteniendo un promedio general de 3.7 con una desviación estándar de 0.43 y siendo menor en aquellos pacientes con un nivel de invalidez severo con un promedio de 3.65 y una desviación estándar de 0.48, asimismo, este fue mayor en aquellos pacientes con invalidez grave con un promedio de apoyo de familia de 3.82 y una desviación estándar de 0.33. esos promedios no fueron estadísticamente diferentes entre los niveles de incapacidad con valor p de 0.485 por lo tanto se puede asumir que estos promedios son estadísticamente similares.

En relación con el apoyo de pareja otros significantes se obtuvo el promedio general de apoyo social más elevado en comparación con las otras dos dimensiones, siendo de 3.81

con una desviación estándar de 0.38, y mostrando que éste fue más elevado en aquellas personas con un grado de invalidez grave y ligero, ambos con un promedio de 3.92 respectivamente, y más bajo en aquellas personas con un nivel moderado y severo con un promedio de 3.76. Estos puntajes mostraron no ser estadísticamente diferentes entre los cuatro grupos ya que se obtuvo un valor p de 0.31 por lo tanto se acepta la hipótesis nula de igualdad de promedios con un nivel de confianza del 95%. **Tabla 33**

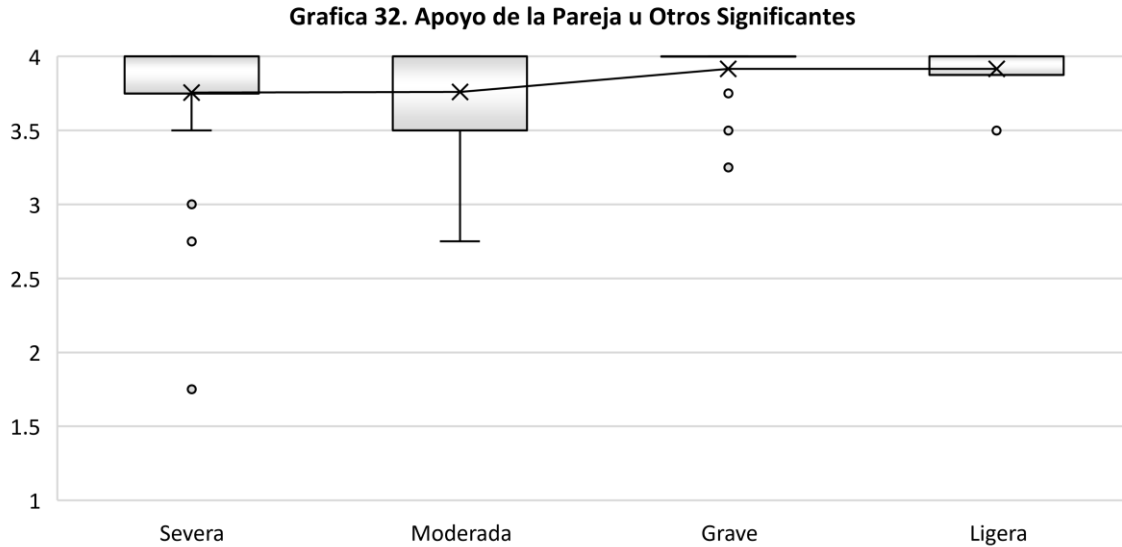


Tabla 33. Apoyo de la pareja u otros significantes

Nivel de invalidez	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar	ANOVA	Valor p
Grave	3.25	4.25	3.92	0.24		
Ligera	3.50	4.00	3.92	0.20		
Moderada	2.75	4.00	3.76	0.37	1.21	0.31
Severa	1.75	4.00	3.76	0.45		
General	1.75	4.25	3.81	0.38		

Fuente: Encuesta aplicada

Finalmente, en torno a los promedios globales de la escala de Barthel para cada nivel de invalidez de los participantes se tuvo que el puntaje promedio de apoyo fue más elevado en aquellos con un nivel de invalidez grave y ligero con un promedio de 3.47 respectivamente y más bajo en aquellos con un nivel de y cualidades moderado con un promedio de 3.37 y una desviación estándar de 0.47. estos promedios no fueron estadísticamente diferentes entre los cuatro niveles de invalidez ya que con un nivel de confianza del 95% y se acepta la hipótesis nula con un valor p de 0.895. **Tabla 34**

Grafica 33. Apoyo social general



Tabla 34. Puntaje general de apoyo social

Nivel de invalidez	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar	ANOVA	Valor p
Grave	3.00	4.00	3.47	0.34		
Ligera	2.58	4.00	3.47	0.53		
Moderada	2.58	4.00	3.37	0.47	0.202	0.895
Severa	1.75	4.00	3.39	0.48		
General	1.75	4.00	3.41	0.45		

Fuente: Encuesta aplicada

11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a la descripción sociodemográfica de la población en estudio se obtuvo que el 68% corresponden al género femenino con una edad promedio de 81 años (edad mínima de 65 y Máximo de 97); de los cuales el 46% son viudos y el 41% son casados y el 40% no terminó ningún grado académico. El 41% de la población tiene dos enfermedades crónicas, 32% tienen 3 y el 26% tiene solamente una enfermedad en donde la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica (n=64), seguidos de los 31 adultos mayores con EPOC oxígeno dependiente y de 28 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. la actividad básica con mayor grado de incapacidad reportados en este estudio fue la de subir y bajar escaleras con un 69% seguido del 66% que no es capaz de ducharse por sí solos y el 50% de aquellos que no pueden realizar actividades de aseo personal. Reflejando así que el 46% de la muestra tienen un grado de dependencia severa y sólo el 6% tienen un grado de dependencia ligera.

En relación con la escala de apoyo social multinacional se obtuvo que la dimensión con un menor grado de apoyo fue la proveniente de pares o amigos con un promedio de 2.73 y la más elevada fue la proveniente de pareja y otros significantes con un promedio global de 3.81, para con esto obtener un promedio general de 3.41 según la escala del 1 al 4 en que respondieron los participantes de este estudio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confiabilidad del 95% entre los puntajes promedio de promedio de cada dimensión de la escala de apoyo social según el grado de incapacidad reportado, así como en la escala global. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de igualdad de promedios entre estos grupos.

Esta nula identificación de diferencias entre estos puntajes puede deberse a que la escala utilizada para la medición del apoyo social no permite una clasificación final entorno a una métrica que permita caracterizar diferentes niveles en una escala ordinal que pueda permitir mayor grado de variación entre la población, siendo éste el supuesto elemental para poder establecer diferencias estadísticamente significativas entre grupos de individuos, por otro lado, los participantes respondieron en su mayoría entorno a las respuestas que reflejan un alto nivel de apoyo social, efecto conocido como sesgo de techo, ya que probablemente en algunas situaciones sintieron presión para no responder de manera más sincera, lo que permitiría conocer la situación real de esta variable.

12 SESGOS Y LIMITACIONES

Con respecto a los instrumentos utilizados, estos tienen puntajes de validez y confiabilidad aceptables, aunque tal vez sea necesaria una adaptación más exhaustiva de estos con la cual permite hacer una clasificación más correcta de la población entorno a sus categorías.

Otra limitante importante de este estudio relacionada con sesgos de selección fue el tamaño de la población, en donde una proporción importante de los participantes que fueron contemplados al inicio del estudio fueron eliminados de éste por motivos de fallecimiento, entre otros. lo cual genera problemas de validez externa al no poder extrapolar resultados hacia una población más general y tampoco contar con el poder suficiente para identificar diferencias estadísticamente significativas.

13 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones para futuros estudios que abordan este problema surgen en torno a garantizar un tamaño de muestra que contemple la salida de participantes en el estudio debido a causas naturales o pérdidas de seguimiento, con lo cual mejorar el poder de la muestra para obtener parámetros más válidos de la población. Asimismo, la identificación de otras variables que pudieran influir entre el grado de dependencia y el apoyo social recibido por familia y amigos, y un nivel de análisis mayor que permite modelar este fenómeno.

14 CONCLUSIONES

El abordaje de estudios científicos en población con un nivel de vulnerabilidad y de dependencia hacia otras personas debido a enfermedades invalidantes es un reto para la mejora de los programas en el IMSS debido a que la calidad de vida de estas personas se ve significativamente reducida por la falta de autogestión de sus actividades más básicas, lo que repercute también en la calidad de vida de sus redes de apoyo en un desgaste continuo, por lo cual, toma un particular interés el

desarrollar estrategias que permitan identificar áreas de oportunidad para mejorar su calidad de vida y la de sus pares sin que impliquen una carga excesiva para la institución.

15 GLOSARIO

Redes de apoyo social: Relaciones en conjunto que integran a una persona con el entorno social, o con personas que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.

Capacidad funcional: Facultad innata en una persona para la realización de actividades de la vida diaria sin tener supervisión, dirección o asistencias, de manera más sencilla es la capacidad para ejecutar tareas.

Adulto mayor: Toda persona mayor de 60 años.

Actividades básicas de la vida diaria: Actividades más elementales y consisten en poder realizar de forma independiente las actividades de la alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño.

Síndrome de inmovilidad: Es el descenso de la capacidad para el desempeño de las actividades diarias, por deterioro de funciones motoras.

Familia: grupo social, organizado como sistema abierto, el cual se constituye por un número variable de elementos, que conviven en un mismo lugar, y están vinculados por lazos ya sean de afinidad, consanguíneos y legales.

Amistad: afecto personal, puro y desinteresado, compartido con otra persona, que nace y se fortalece con el trato.

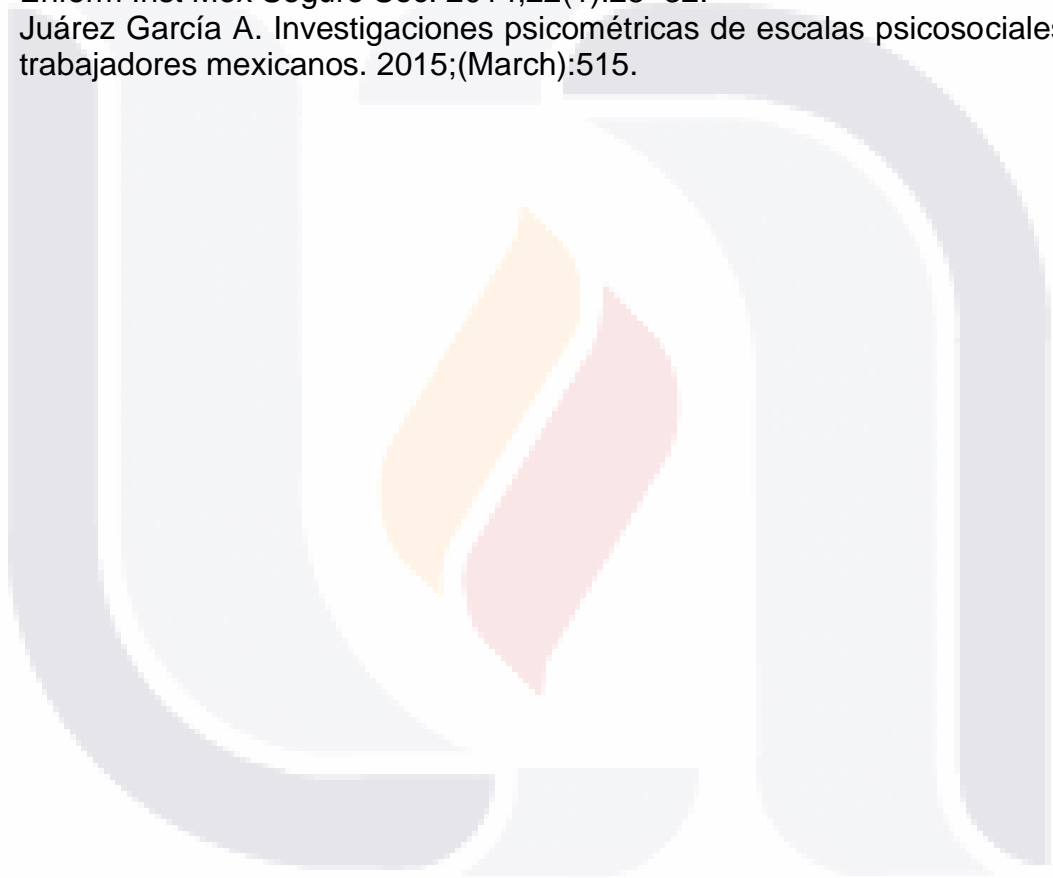
Pareja: conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza.

16 REFERENCIAS.

1. Garay Villegas S, Montés de Oca V, Arroyo MC. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Rev Latinoam Población*. 2019;14(0):73–87.
2. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51:843–57.
3. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Relationship of Having Hobbies and a Purpose in Life With Mortality, Activities of Daily Living, and Instrumental Activities of Daily Living Among Community-Dwelling Elderly Adults. *J Epidemiol*. 2016;26(0):361–70.
4. Hand C, Law M, McColl MA, Hanna S, Elliott S. An examination of social support influences on participation for older adults with chronic health conditions. *Disabil Rehabil*. 2014;36(0):1439–44.
5. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association Between Social Participation and Instrumental Activities of Daily Living Among Community-Dwelling Older Adults. *J Epidemiol*. 2016;26:553–61.
6. Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A. Sources of social support asociated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*. 2016;6.
7. Garcés Ferrer J, Ferrandis Durá E. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Int J Soc Psychol*. 1991;6:257–71.
8. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98:310–57.
9. Bejines Soto M, Velasco Rodríguez R, García Ortíz L, Barajas Martínez A, Aguilar Nuñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23:9–15.
10. Romero Ayuso DM, Universidad de Castilla-La Mancha. Actividades de la vida diaria. *An Psicol*. 2007;23:264–71.
11. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores [Internet]. 2006. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es#:~:text=paso del tiempo.-,Las redes de apoyo social son%3A “el conjunto de relaciones,comunicación para resolver necesidades específicas.>
12. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Gómez Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. 1995.
13. Albala B C, García G C, Lera M L, Universidad de Chile. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. 2000.
14. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp y Salud Pública*. 2016;33(2).
15. INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD (1º DE OCTUBRE) No Title. 2019.
16. Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sanches Gutierrez R. Envejecimiento

y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. Nure Investig. 2015;74.

17. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. 2015.
18. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. 2012.
19. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM -031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. 2012.
20. Villegas Ceja MH, Aguilar Chagoyan MA. Desempeño del rol del cuidador primario y eficacia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014;22(1):25–32.
21. Juárez García A. Investigaciones psicométricas de escalas psicosociales en trabajadores mexicanos. 2015;(March):515.



17. ANEXOS

17.1 ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	Mar	abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	mar
<i>Acopio de Bibliografía.</i>						X	X	X	X				
<i>Revisión de literatura.</i>						X	X	X	X				
<i>Hacer Planteamiento.</i>						X	X	X	X				

Revisión de Planteamiento						X	X	X	X			
Hacer Marco Teórico y Conceptual						X	X	X	X			
Revisión de Marco Teórico y Conceptual						X	X	X	X			
Diseño y Revisión Protocolo						X	X	X	X			
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.									X			
Aprobación de Protocolo										X		
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.										X	X	
Acopio y Captura de Datos.										X		
Análisis e Interpretación de Resultados												
Hacer Discusiones y Conclusiones.										X		
Revisión de la investigación											X	
Autorización.											X	
Elaboración de tesis.											X	
Difusión de resultados.												X

17.2 ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Variable	Definición Conceptual	Escala de Medición	Ítems	Índice
Características Sociodemográficas	Características socioeconómicas, biológicas, y culturales que están presentes en una población de estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que componen	Edad	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa.	Fecha de Nacimiento	Número de años.
			Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Cualitativa	Sexo	1 hombre 2 mujer
			Estado civil	Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, con relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos,	Cualitativa	Estado Civil	1.Soltero. 2.Casado. 3.Unión Libre 4.Separado. 5.Divorciado. 6.Viudo

				deberes y obligaciones civiles			
			Nivel de escolaridad.	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa Nominal	Escolaridad.	1.Ninguno. 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria. 5. Preparatoria o Bachillerato. 6. Licenciatura.
			Enfermedades Crónicas	Son enfermedades de larga duración y de progresión lenta.	Cualitativa nominal	Enfermedades crónicas.	1. Diabetes Mellitus tipo 2. 2. Hipertensión Arterial. 3. Enfermedades cardíacas. 4. Enfermedades reumatológicas. 5. Otras.
Actividades básicas de la vida diaria.	Tareas típicas de la necesaria para el cuidado de sí mismo y el auto mantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación, la limpieza de la casa, lavandería.	Actividad que realiza el adulto mayor dentro de su rutina.	Comer	Evaluación de la capacidad de alimentarse con o sin ayuda	Ordinal	Comer	1. Incapaz 2. Necesita ayuda para contar, extender mantequilla, usar condimentos. 3. Independiente.
			Trasladarse entre la silla y la cama	Evaluación de la capacidad de trasladarse de la silla y la cama con o sin ayuda.	Ordinal	Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado 2. Necesita ayuda importante, puede estar sentado 3. Necesita algo de ayuda 4. Independiente
			Aseo personal	Evaluación de poderse asear con o sin ayuda	Ordinal	Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal. 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
			Uso del retrete	Evaluación de poder usar el retrete con o sin ayuda	Ordinal	Uso del retrete	1. Dependiente. 2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. 3. Independiente
			Bañarse o ducharse	Evaluación de poder bañarse con o sin ayuda	Ordinal	Bañarse o ducharse	1. Dependiente. 2. Independiente.
			Desplazarse	Evaluación de poder desplazarse con o sin ayuda.	Ordinal	Desplazarse	1. Inmóvil. 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta,

					excepto andador		
			Subir y bajar escaleras	Evaluación de subir y bajar escaleras con o sin ayuda.	Ordinal	Subir y bajar escaleras	1. Incapaz 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 3. independiente para subir y bajar
			Vestirse y desvestirse	Evaluación de la capacidad de vestirse con o sin ayuda	Ordinal	Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
			Control de heces	Evaluación de la capacidad de controlar las deposiciones	Ordinal	Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/ semana) 3. Continente.
			Control de orina	Evaluación de la capacidad para controlar las micciones	Ordinal	Control de orina.	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días.

17.3 ANEXO C. INSTRUMENTO TIPO ENCUESTA.

TITULO DEL ESTUDIO: Capacidad funcional y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio (ATHODO) en el Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes.

INSTRUCCIONES: Se agradece su participación en nuestro estudio, lo cual le tomara como máximo 20 minutos para responder la encuesta, si tiene alguna duda hágasele saber al médico tesista, el cual con gusto le apoyará y resolverá su inquietud.

Características Sociodemográficas

¿Qué edad tiene?

Sexo: _____

1. Hombre
2. Mujer

Estado Civil: _____

1. Soltero
2. Casado
3. Unión Libre.
4. Separado
5. Divorciado
6. Viudo

Escolaridad: _____

1. Ninguno
2. Preescolar
3. Primaria
4. Secundaria
5. Preparatoria o Bachillerato
6. Licenciatura.

¿Padece alguna enfermedad crónica?

1. Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Hipertensión Arterial Sistémica.
3. Enfermedades Cardíacas.
4. Enfermedades Reumatológicas.
5. Otras.

ÍNDICE DE BARTHEL.

Comer

0 = Incapaz
 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

	10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente
Aseo personal	0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete	0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	0 = Dependiente 5 = Independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse	0 = Inmóvil 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras	0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = Independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse	0 = Dependiente 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces	0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = Accidente excepcional (uno/semana) 10 = Continente
Control de orina	0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = Continente, durante al menos 7 días

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

Severa < 45 puntos.

Grave 45-59 puntos.

Moderada: 60-80 puntos.

Ligera 80-100 puntos

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

Casi nunca A veces Con Frecuencia Siempre, casi siempre.

1.	Hay una persona que				
----	---------------------	--	--	--	--

	está cerca cuando estoy en una situación difícil.				
2.	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.				
3.	Mi familia realmente intenta ayudarme				
4	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				
5.	Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.				
6.	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				
7.	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.				
8.	Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.				
9.	Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías.				
10.	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos				

11.	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.				
12.	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				



17.4 ANEXO D MANUAL OPERACIONAL.

Sección I

I.1 Ficha de Identificación.

I.1.a Número de folio: /___/___/___/___/___/

- 4)Separado.
- 5)Divorciado.
- 6)Viudo.

I.3 Antecedentes Patológicos.

I.3.a ¿Padece alguna de estas enfermedades? / _____/

- 1) Diabetes Mellitus tipo 2
- 2) Hipertensión Arterial.
- 3) Enfermedades cardíacas.
- 4) Enfermedades reumatológicas.
- 5) Otras

Sección II

En esta sección se realiza un cuestionario llamado escala de Barthel para evaluar las actividades de la vida diaria (AVD) que puede realizar el paciente adulto mayor perteneciente al programa ATHODO del HGZ1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

La encuesta se divide en varias actividades que se realizan dentro de su propio domicilio, se le indicó contestar si fue:

- Incapaz.
- Necesita ayuda importante.
- Necesita algo de ayuda.
- Independiente.

Se calificó con un rango de diferencia de 5 puntos en cada ítem, haciendo la observación de que, en algunas preguntas, solo se daban 3 probables respuestas y en otras 4 probables respuestas.

Comer	<p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.</p> <p>10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)</p>
Trasladarse entre la silla y la cama	<p>0 = Incapaz, no se mantiene sentado</p> <p>5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado</p> <p>10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)</p> <p>15 = Independiente</p>
Aseo personal	<p>0 = Necesita ayuda con el aseo personal</p> <p>5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse</p>
Uso del retrete	<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo</p> <p>10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</p>
Bañarse/Ducharse	<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Independiente para bañarse o ducharse</p>
Desplazarse	<p>0 = Inmóvil</p> <p>5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m</p> <p>10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)</p> <p>15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador</p>
Subir y bajar escaleras	<p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta</p> <p>10 = Independiente para subir y bajar</p>
Vestirse y desvestirse	<p>0 = Dependiente</p>

	<p>5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda</p> <p>10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.</p>
Control de heces	<p>0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)</p> <p>5 = Accidente excepcional (uno/semana)</p> <p>10 = Continente</p>
Control de orina	<p>0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa</p> <p>5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)</p> <p>10 = Continente, durante al menos 7 días</p>
<p>Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).</p> <p>Severa < 45 puntos.</p> <p>Grave 45-59 puntos.</p> <p>Moderada: 60-80 puntos.</p> <p>Ligera 80-100 puntos.</p>	

El otro cuestionario que se realizó es la escala multidimensional de apoyo social percibido, la cual está compuesta por 12 ítems que evalúan el Apoyo Social Percibido.

Estos ítems se dividen en 3 factores:

1. Mide Apoyo Social de Pares (6-7-9-12).
2. Mide Apoyo de la Familia (3-4-8-11).
3. Mide percepción de Apoyo de la Pareja u Otros Significantes (1-2-5-10).

Las respuestas están en formato tipo Likert, de 4 puntos.

1= casi nunca

2= a veces

3= con frecuencia


4= siempre o casi siempre.

El objetivo de esta escala es medir que, ante mayor puntaje obtenido, mayor apoyo social percibido, en este caso aplicada a los adultos mayores.

		Casi nunca	A veces	Con Frecuencia.	Siempre, casi siempre.
1.	Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.				
2.	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.				
3.	Mi familia realmente intenta ayudarme				
4	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				
5.	Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.				
6.	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				
7.	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.				
8.	Yo puedo hablar de mis				

	problemas con mi familia.				
9.	Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías.				
10.	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos				
11.	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.				
12.	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				

17.5 ANEXO E. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
	Nombre del estudio:	_____
	Lugar y fecha:	Noviembre 2020 Aguascalientes, Ags.
Número de registro:	En tramite	_____

Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La capacidad funcional en adultos mayores es un tema relevante hoy en día ya que cada vez existen más adultos mayores en la población en México, por lo que la valoración de la capacidad para realizar sus actividades cotidianas las cuales van desde el ir al baño, balarse, vestirse y comer es importante para ver la calidad de vida de estos pacientes. Las redes sociales tales como la familia, los amigos, las instituciones de salud, las instituciones de gobierno o clubes a los cuales puede pertenecer el adulto mayor juegan también un papel importante para la calidad de vida del adulto mayor. Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores del programa ATHODO del HGZ No. 1, Delegación Aguascalientes
Procedimiento:	La participación será de manera voluntaria, en la cual el médico tesista acudirá a su domicilio con todas las medidas de protección adecuadas, donde le hará preguntas para valorar su estado mental, para después comenzar con dos cuestionarios los cuales evaluarán la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y otro donde se valora la percepción del apoyo social para usted (adulto mayor), esto se dará en un promedio aproximado de 20 minutos. Previa firma del consentimiento informado, posteriormente se le indicará que las respuestas estarán en anonimato.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos mínimos: 1. uso de un par de minutos para contestar los cuestionarios, 2. diferencias de comprensión e interpretación de los reactivos, 3. cansancio por parte del Adulto Mayor, Riesgos máximos: 1. Falta de sinceridad, 2. Falta de respuestas concienzudas 3. Sentimientos y significados que no se transmiten de forma correcta. 4. Falta de interés para contestar los reactivos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Un posible beneficio es que mi participación en este estudio proporcione información sobre la capacidad funcional y su relación con las redes de apoyo. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento y así posteriormente realizar futuros programas de prevención, etc.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados es conocer la capacidad funcional y su relación con redes de apoyo en adultos mayores en el programa ATHODO en el HGZ-1 IMSS Aqs para evitar trastorno ansioso depresivo, caídas, fracturas, además de este modo se promueve el desarrollo en la investigación respecto a este fenómeno en nuestro país y la promoción de la salud e integridad de nuestros Adultos Mayores.
Participación o retiro:	En caso de no querer continuar con la entrevista me puedo retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario.
Privacidad y confidencialidad	Los datos que otorgue durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
<input type="radio"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11 con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11.
Investigador asociado:	DOMICILIO: Mariano Hidalgo sin Número colonia Modelos 1, Aguascalientes, CP 20280, TELÉFONO: 9 77 42 72, CORREO: acane16@hotmail.com Dr. Edgar Alejandro Almanza Romero matricula 99018621, Residente de Medicina Familiar. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 1, DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Linda vista, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 4921447919 CORREO: almanzags77@gmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica	
Clave: 2810-009-013	

17.6 ANEXO F CARTA DE NO INCONVENIENTE.



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONORA VICARIO

Aguascalientes, Ags. 17 de noviembre Del 2020

Nº Oficio. 0101010200200/637/2020

Dr. Sergio Iván Sánchez
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que la **Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes** Medico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.11 Delegación Aguascalientes, realice el proyecto con el nombre: **Capacidad funcional y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores del programa Atención Hospitalaria a Domicilio** en el Hospital General de Zona No.1, IMSS, Aguascalientes.

El cual es un protocolo de tesis del médico Residente adscrito al Hospital General de Zona No.1, el Dr. Edgar Alejandro Almanza Romero

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentame

Dra. Ma. Del Carmen Bonilla Rodríguez
Médico Urgenciólogo
Subdirección Médica
Tel. 39010499
Ced. Prof. 3442111
IMSS
U.A.C.A.

Dra. Ma. Del Carmen Bonilla Rodríguez.
Directora de Hospital General de Zona No. 1
Delegación Aguascalientes.

