



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina



**ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LAS REDES DE
APOYO EN EL ADULTO MAYOR EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Dra. García Arévalo Guadalupe Miroslava

Dirigido Por:

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Querétaro, Qro. Febrero de 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar



ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Dra. García Arévalo Guadalupe Miroslava

Dirigido Por:

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Presidente

Med. Esp. Elsa Jenifer Cárdenas Maldonado

Secretario

Med. Esp. Ma. Del Carmen Ponce Martínez

Vocal

Med. Esp. Miguel Ángel Pimentel Araujo

Suplente

Mtra. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero 2025. México

Resumen

Introducción: Uno de los problemas más importantes en la etapa del adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Los adultos mayores tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria y/o instrumentales. La importancia del apoyo social en la vejez puede estudiarse desde dos puntos de vista: social e individual. Las redes sociales son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico de asociación, en adultos mayores con dependencia física en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marques, Querétaro. Se analizaron 264 pacientes de ambos sexos, 132 adultos mayores dependientes y 132 independientes. A los cuales se agregaron las variables sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad, dependencia funcional y red de apoyo. Se seleccionó la muestra mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizaron los cuestionarios de Barthel y Cuestionario de apoyo social SSQ-6. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalo de confianza) y para el análisis inferencial, prueba de chi-cuadrada y razón de momios. **Resultados:** Se estimó una razón de momios de 0.361 (IC 95%; 0.298-0.439) entre los adultos mayores dependientes en comparación con adultos mayores independientes. La red de apoyo es un factor asociado a la independencia del adulto mayor encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 20$, $p < 0.05$). **Conclusión:** La red de apoyo es favorable para el adulto mayor con dependencia funcional en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marques, Querétaro.

Palabras clave: Dependencia funcional, redes de apoyo, adulto mayor.

Summary

Introduction: One of the most significant problems in the elderly stage is the loss of functional, emotional, and cognitive abilities. Elderly individuals require substantial assistance to perform daily and instrumental activities. The importance of social support in old age can be studied from two perspectives: social and individual. Social networks are a symbolic-cultural practice that includes the set of interpersonal relationships integrating a person with their social environment and enabling them to maintain or improve their material, physical, and emotional well-being. **Objective:** To identify the association between functional dependence and support networks in elderly individuals at the Mexican Social Security Institute's Family Medicine Unit 8. **Materials and Methods:** An observational, cross-sectional, analytical study of the association type was conducted. The study included elderly individuals with physical dependence at the Mexican Social Security Institute's Family Medicine Unit 8 in El Marqués, Querétaro. A total of 264 patients of both sexes were analyzed, comprising 132 dependent and 132 independent elderly individuals. Sociodemographic variables such as sex, age, education, functional dependence, and support network were added. The sample was selected through simple random probability sampling. The Barthel questionnaire and the SSQ-6 social support questionnaire were used. **Statistical Analysis:** Descriptive statistics (percentages, means, standard deviation, and confidence interval) and inferential statistics (chi-square test and odds ratio) were used. **Results:** An odds ratio of 0.361 (95% CI: 0.298-0.439) was estimated between dependent and independent elderly individuals. A chi-square test yielded a p-value <0.05 between elderly individuals with and without a support network. **Conclusion:** Social support is beneficial for elderly individuals with functional dependence at the Mexican Social Security Institute's Family Medicine Unit 8 in El Marqués, Querétaro.

Key words: Functional dependence, support networks, elderly.

Agradecimientos

Principalmente agradezco a Dios por guiarme y darme la fortaleza para concluir esta etapa, ya que sin él no hubiera podido realizarla.

A mis padres, por su amor, comprensión, por su ejemplo y motivación a superarme en todo momento de mi vida. Gracias por ser los principales motores de mis sueños, por confiar en todo momento en mí y por alentarme a mejorar. Gracias por su gran esfuerzo, por darme la oportunidad de terminar cada uno de mis estudios. Y principalmente gracias por amarme tal cual soy.

A mis hermanos, sobrinos, cuñada por su apoyo incondicional, consejos, por su amor y motivación constante, por darme ese empujoncito cuando más lo necesitaba.

A mis amigos por su apoyo y comprensión. Gracias por su motivación y palabras de aliento, por estar ahí en los momentos difíciles de este proyecto y de cada etapa de mi vida.

A mis coordinadores por la paciencia durante la residencia y la realización de este proyecto.

Índice

Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Índice.....	iv
Índice de Cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	1
II. Antecedentes.....	4
III. Fundamentación teórica	6
3.1 Dependencia funcional.....	6
3.1.1 Índice de Barthel	8
3.2 Red de apoyo.....	11
3.3 Adulto mayor	18
3.4 Población	21
3.4.1 Uso de servicios de salud	24
IV. Hipótesis	25
V. Objetivos	26
5.1 Objetivo general	26
VI. Material y métodos.....	27
6.1 Tipo de investigación.....	27
6.2 Población	27
6.3 Muestra y tipo de muestreo	27
6.3.1 Técnica muestral.....	27
6.4 Criterios de selección	28
6.4.1 Criterios de inclusión:.....	28
6.4.2 Criterios de exclusión:.....	28
6.4.3 Criterios de eliminación.....	28
6.5 Variables estudiadas	29
6.6 Técnicas e instrumentos	¡Error! Marcador no definido.
6.7 Procedimientos.....	29
6.7.1 Análisis estadístico.....	30

VII. Consideraciones éticas.....	31
VIII. Resultados.....	32
IX. Discusión	¡Error! Marcador no definido.
X. Conclusiones	41
XI. Propuestas.....	42
XII. Bibliografía.....	43
XIII. Anexos.....	46
13.1 Hoja de recolección de datos	46
13.2 Instrumentos	47
13.2.1 Índice De Barthel (Actividades Básicas De La Vida Diaria).....	47
13.2.2 SSSQ-6.....	48
13.3 Carta de consentimiento informado	49

Índice de Cuadros

Cuadro	Contenido	Página
I	Frecuencia según el sexo	35
II	Frecuencia según la edad	36
III	Frecuencia según el estado civil	37
IV	Frecuencia según la escolaridad	38
V	Asociación entre adultos mayores con dependencia funcional y red de apoyo	39

Abreviaturas y siglas

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

ACVA: Accidente Cerebro Vascular Agudo

CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Statistical Package for Social Sciences/ Paquete Estadístico para Ciencias Sociales

SSQ: Cuestionario de Apoyo Social

SSQN: Calificación del Cuestionario de Apoyo Social

UMF: Unidad de Medicina Familiar

I. Introducción

Los adultos mayores envejecen y se vuelven más vulnerables ante enfermedades, trastornos físicos y cognitivos. La reducción de la fuerza y la rigidez muscular, sumada a factores como el envejecimiento del sistema nervioso motor y auditivo, genera efectos funcionales como una disminución en la rapidez al caminar, una disminución en la habilidad para llevar a cabo las tareas fundamentales de la vida y un incremento en el riesgo de sufrir caídas. Todo esto contribuye a convertirse en individuos dependientes y a reducir la calidad de vida. (Campo Torregroza et al., 2018)

No se ha determinado la esperanza máxima de vida de una persona, aunque algunos científicos la estiman entorno a los 120 años, pero lo importante no es vivir hasta esta edad e incluso prolongar la vida, sino poder vivir muchos años en buena salud y con una buena calidad de vida, para que la población adulta sea activa dentro de los límites de su vida. (Fuentes & Díaz, 2008)

De acuerdo a estudios del INEGI, el envejecimiento va en aumento a nivel mundial ya que los datos del censo de 1990 y 2020 muestran que la población de 60 años y más ha aumentado de 5 millones a 15,1 millones, representando el 6 y el 12% de la población total. Por grupos de edad para el 2020, el 56% de los adultos mayores tiene entre 60 y 69 años, el 29% entre 70 y 79 años y el 15% 80 años o más. (INEGI, 2020).

Existen diversos factores de riesgo que determinan la dependencia en el adulto mayor, no sólo factores como la edad o presencia de enfermedades, sino también la relación familiar, nivel educacional y realización de ejercicio físico. (Flórez et al., 2015)

A pesar de conocer las dificultades funcionales, psicológicas y sociales con los que se enfrentan los adultos mayores, son pocas las estrategias que se tienen para mejorar estas condiciones. (Senama, 2009)

No existen o son limitados los sistemas de protección para las personas con necesidades de salud principalmente para apoyar a los adultos mayores y en estos casos, el apoyo primordial para las personas mayores son las redes de apoyo familiar, amistades o comunitarias. (Lambiase et al., 2020)

El envejecimiento conlleva a ser una persona vulnerable, susceptible y a presentar algún nivel de dependencia, para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que complica de manera relevante su interacción con el medio físico y social, por lo cual es importante que cuente con una red de apoyo. (Loredo-Figueroa et al., 2016)

La familia representa el principal interés en el respaldo material y psicológico de los ancianos. Las familias llevan a cabo un sistema de acciones justas donde se forman relaciones complejas y variadas debido a los retos de la relación y a la relevancia de sus impactos. Su efectividad se basa en la historia de la familia, los patrones culturales, la vida actual y los sistemas de bienestar. (Villegas et al., 2020)

La presencia de redes de apoyo, ya sean familiares o sociales, mitiga el sufrimiento, ayuda a superar las dificultades económicas y otros desafíos materiales. (Arias, Sabatini, Scolni, & Tauler, 2020)

En nuestra unidad de medicina familiar se cuenta con una población total de adultos mayores de 8203, de los cuales 4,244 son de sexo femenino y 3,959 sexo masculino. los cuales cuentan con diversas patologías crónico degenerativas lo que ocasiona en cierta medida una limitante para acudir a los servicios de salud. Esto es importante dado que el que se cuente con una red de apoyo suficientemente bien estructurada puede favorecer su autocuidado, tenga buen apego a tratamiento y mejore la calidad de vida. (ARIMAC, UMF 8. 2021).

Se realizó esta investigación para reconocer la red de apoyo de los adultos mayores dependientes y el impacto sobre ellos, ya que al tener estos datos nos permite brindar un mejor servicio y una mejor atención por parte del médico familiar, así como la derivación a servicios como psicología y/o trabajo social, y así mejore

el envejecimiento del adulto mayor. Gracias a la red de apoyo se puede asegurar el apego a tratamiento y tener una vejez sana con menos complicaciones. (Fernández Aragón et al., 2020)

La aplicación de los cuestionarios de dependencia funcional y red de apoyo permitieron avalar la importancia y relevancia de la consulta de medicina familiar. Se dio a conocer el nivel de satisfacción del adulto mayor con su red social, detectando si su red de apoyo es favorable para él.

II. Antecedentes

Existe un aumento en la población de personas de edad avanzada. Aunque la esperanza de vida ha aumentado, esto no significa necesariamente que las condiciones de salud mejoren. Uno de los principales retos durante el envejecimiento es la reducción de las capacidades funcionales, emocionales y mentales. (Hernández, Linares, & Marín, 2015)

Los adultos mayores requieren de asistencia o apoyo significativo para llevar a cabo las tareas cotidianas y/o instrumentales. La relevancia del respaldo social en la vejez puede analizarse desde dos perspectivas: la social y la individual. (Lambiase et al., 2020)

Las redes sociales representan una práctica cultural y simbólica que abarca el uso del grupo de interacciones personales que conectan a un individuo con su ambiente social, facilitando conservar y/o potenciar su salud material, física y emocional. (Palomba, 2003)

Los sistemas de apoyo social son importantes a lo largo de la vida porque influyen en el bienestar general. Los amigos, parejas y hermanos son uno de los lazos más importante de la vida. La red de apoyo social de los jóvenes es más amplia por los amigos, compañeros de trabajo/estudio y esta va sufriendo cambios a lo largo de la vida, lo que puede influir en el bienestar general durante la adultez. (Arias, Sabatini, Scolni, & Tauler, 2020)

Las personas mayores contribuyen en forma positiva, ya sea en el entorno familiar, en las comunidades locales o en la sociedad en general. Si las personas viven más años saludables, habrá menos limitaciones en su capacidad para realizar sus actividades. Pero si estos suplementos se caracterizan por una reducción de sus capacidades físicas y mentales, el impacto en los adultos mayores y en la sociedad será más negativo. (OMS, 2015)

Cuando un individuo de edad avanzada es dependiente, la familia se encuentra con un desafío nuevo e incierto. Es necesario que los padres sean protegidos por sus hijos y ellos son constantemente demandados, dado que al mismo tiempo tienen familia que proteger. (Senama, 2009)

Existen cuatro categorías de transferencias o apoyo: material, instrumental, emocional y cognitivo (Sluzki, 1996). El apoyo material: Recursos monetarios (efectivo, obsequios, etc.) y recursos no monetarios: apoyo material (vivienda, alimentos, vestimenta, pago de servicios, etc.). Instrumental: Transporte, ayuda en las tareas de la vivienda, cuidados y acompañamiento. Apoyo emocional (cariño, confianza, empatía, preocupación por las otras personas, etc.). Apoyos cognitivos (intercambio de experiencias, opiniones, consejos, etc.). (Lambiase et al., 2020)

El respaldo social es una herramienta psicosocial crucial para solucionar conflictos o crisis habituales en el ciclo vital. Sin embargo, en la etapa de la vejez, las redes sociales parecen tener un rol de protección mucho más notorio. (Lambiase et al., 2020)

III. Fundamentación teórica

3.1 Dependencia funcional

La dependencia funcional hace referencia a la dificultad o incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente, entendiéndose por ello la pérdida, limitación o incapacidad para realizar las actividades cotidianas de manera habitual o dentro de los límites considerados normales, lo que lleva a una gran necesidad de ayuda. (Loredo-Figueroa et al., 2016)

El grado de dependencia de los adultos mayores en la ejecución de las tareas diarias y en el autocuidado afecta las percepciones de calidad de vida y salud, de modo que a un nivel de dependencia más bajo y un autocuidado más elevado, la calidad del individuo es mayor. (Loredo-Figueroa et al., 2016)

Las personas de edad avanzada aportan a la sociedad en diversas áreas, incluidos sus seres queridos, la comunidad local o la comunidad en su conjunto. No obstante, la magnitud de estos recursos humanos y sociales y las capacidades que adquiriremos al envejecer dependerá de la evaluación de algo fundamental: nuestra salud. (OMS, 2015)

Si las personas mantienen una buena salud durante muchos años, su habilidad para realizar lo que aprecian no será restringida. Pero si estos suplementos se caracterizan por una disminución en las habilidades físicas y mentales, las consecuencias de los adultos mayores y la sociedad serán mucho más negativo. (OMS, 2015)

Los cambios que se presentan con el paso del tiempo hacen de los adultos mayores una persona sensible y pueden alcanzar un cierto nivel de dependencia. Por disminución o nula capacidad física, psíquica o intelectual, algunas personas mayores necesitan la ayuda o el apoyo que necesitan para realizar las actividades cotidianas y/o actividades instrumentales. (Rodríguez Ávila, 2018)

Cuando la dependencia es permanente y se requiere de cuidados a largo plazo, diversos factores influyen en el estado de dependencia de una persona mayor

como la fragilidad, problemas de movilidad y enfermedades que afectan el funcionamiento de varios sistemas corporales, como el respiratorio y el cardiovascular, lo que disminuye la forma física, la movilidad y el equilibrio. Por lo general, esto implica una reducción en la capacidad de una persona para realizar actividades esenciales e instrumentales de la vida diaria.(Rodríguez Ávila, 2018)

Además, las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad de Parkinson, la demencia, la artrosis, la osteoporosis y las fracturas provocadas por caídas o accidentes, entre otras, también contribuyen a la dependencia.(Rodríguez Ávila, 2018)

La sensación limitante (problemas de visión y audición), el consumo de medicamentos, los factores psicológicos, los factores ambientales y la depresión conduce al aislamiento social, causando un aumento en las quejas y mayor disminución cognitiva y de función, todo esto aumenta la dependencia.(Rodríguez Ávila, 2018)

Cuando un adulto mayor se vuelve dependiente, la familia enfrenta una situación nueva y desconocida. Esto resulta en un cambio de roles, donde los hijos deben cuidar de sus padres, quienes necesitan su apoyo. Esta responsabilidad adicional puede sobrecargar a los hijos, especialmente si también tienen que ocuparse de sus propios hijos. Las condiciones familiares actuales no son las mejores para atender adecuadamente a los padres. (Senama, 2009)

Esta situación exige a la familia reorganizarse para cuidar de los adultos mayores y mantenerlos en equilibrio. El problema más grave ocurre cuando los adultos mayores desarrollan demencia. La enfermedad se presenta con alta frecuencia con la edad, hasta en un 50% a partir de los 85 años, y afecta a toda la familia. (Senama, 2009)

En el reporte Global sobre el Envejecimiento emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, el modelo de Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) se explicó en términos de envejecimiento y pérdida de

rendimiento, que la capacidad funcional se refiere a las características relacionadas con la salud que facilitan o dificultan que las personas realicen actividades significativas para ellas. (Martín Aranda, 2018)

Es importante que los adultos mayores mantengan una actividad física regular y se relacionen con otras personas de su edad, quienes pueden ofrecerles apoyo social; Todo ello acompañado de un sentido de vida a través de la espiritualidad, religiosa o no religiosa, que permita una óptima calidad de vida.(Martín Aranda, 2018)

Aunque existe un consenso general sobre lo que significa la dependencia funcional, aún persisten discrepancias respecto a cuáles actividades son vistas como cotidianas y, por ende, cruciales para conservar un alto grado de autonomía.

- A. Escala de Actividades de la Vida Diaria (Katz, 1983).
- B. Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody 1989)
- C. Escala de Barthel

La Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz (1983) tiene como objetivo el identificar problemas graves de autonomía, como el control de esfínteres y levantarse de la cama o la silla. Por otro lado, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1989) abarcan actividades más complejas, como realizar tareas domésticas y administrar medicamentos, lo que permitiría abordar un mayor rango de dependencia con mayor precisión. (Campo Torregroza et al., 2018)

3.1.1 Índice de Barthel

Evalúa la capacidad de independencia para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Esta evaluación puede llevarse a cabo por el propio individuo, a través de observación directa o mediante entrevistas con el paciente o su cuidador. (Campo Torregroza et al., 2018)

En relación con la evaluación de la consistencia interna, se ha registrado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 en la versión original y de 0,90-0,92 en la versión modificada por Shah. (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997)

Wade y Hower²⁷ llevaron a cabo un estudio para evaluar la validez del IB en 572 pacientes con Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA), comparándolo con un índice de motricidad. Los resultados mostraron correlaciones significativas que oscilaron entre 0,73 y 0,77. (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997)

La evaluación se realiza en una escala de 0 a 100, con intervalos de 5 puntos. Si la persona utiliza una silla de ruedas, la puntuación máxima es 90. Las actividades se califican con 0, 1, 2 o 3 puntos, dando un rango global de 0 a 20. Los puntos de corte sugeridos para facilitar la interpretación son: 0-20 para dependencia total, 21-60 para dependencia severa, 61-90 para dependencia moderada, 91-99 para dependencia leve y 100 para independencia. Registrar las puntuaciones parciales de cada actividad es útil para identificar las deficiencias específicas de cada persona. (Campo Torregroza et al., 2018)

Índice de Barthel: Actividades básicas de la vida diaria.

Comer	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Lavarse	-Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Arreglarse	-Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Deposiciones	-Continente	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	-Incontinente	0
Micción	-Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	-Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	-Incontinente	0
Usar el retrete	-Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	-Necesita ayuda para ir al QX, pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Trasladarse	-Independiente para ir del sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión	10
	-Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	-Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Escalones	-Independiente para subir o bajar escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión	5
	-Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

- 100: Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- 60: Dependencia leve
- 25-55: Dependencia moderada
- 20-35: Dependencia severa
- 20: Dependencia total

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista española de salud pública, 71, 127-137

3.2 Red de apoyo

El incremento en la esperanza de vida hace que exista mayor susceptibilidad a enfermedades y discapacidades tanto físicas como cognitivas. Por un lado, imposibilitan que la familia otorgue cuidados concretos y continuos y por otro lado, quienes viven solos o sin una familia que los apoye tienen las mismas necesidades.(Campo Torregroza et al., 2018)

Para ambos grupos, las instituciones geriátricas representan una alternativa para atender estas necesidades de atención. Otros factores igualmente importantes influyen en la institucionalización y la importancia de los cuidadores familiares incluyen la vulnerabilidad, la falta de conocimiento, la carencia de apoyo, las disputas familiares, las condiciones de vivienda deficientes, las dificultades económicas y, finalmente, el abandono..(Campo Torregroza et al., 2018)

Se ha argumentado que un hogar de adultos mayores es un ambiente que provoca estrés psicológico debido al aislamiento de las personas de sus redes de apoyo social a lo largo de toda su vida, así como a la falta de control sobre sus actividades cotidianas, su situación financiera personal e incluso sobre su propio cuerpo.(Rodríguez Díaz et al.,2014)

Los individuos socialmente aislados tienen una mayor respuesta del sistema nervioso simpático, lo que a su vez se asocia con un mayor riesgo de enfermedad. Encontrarse en esta situación implica la pérdida de la libertad, el desprecio de los hijos, el abandono y la exclusión.(Rodríguez Díaz et al., 2014)

Según los estudios sobre el bienestar general de las personas mayores, esta se clasifica como positiva o negativa. Se considera positiva cuando los adultos mayores mantienen relaciones familiares y sociales, saludables y se asocian a una buena condición física, y se realiza una valoración negativa cuando son dependientes, funcionalmente limitadas, infelices o reducen las redes sociales.(Loredo-Figueroa et al., 2016)

Las redes sociales se consideran una práctica simbólica cultural que abarca todas las relaciones interpersonales. Estas relaciones ayudan a una persona a integrarse en su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar físico, mental y emocional. (Palomba, 2003)

Los cambios culturales tienen una relación con el abuso del adulto mayor ya que el desarrollo de la sociedad ha llevado a cambios en los roles de las personas en los grupos. Desde la visión capitalista, la representación social afirma que el aporte económico de cada miembro de la familia, le otorga un lugar en el núcleo familiar. Este concepto cambia el papel tradicional de las personas mayores, que en las últimas décadas eran consideradas respetables, sabias y líderes, para ser consideradas las más débiles, enfermas y una carga para la sociedad. (Núñez, Fajardo et al., 2020)

Se sugiere establecer redes de apoyo a los adultos mayores, así como promover el mantenimiento de hábitos de vida saludables y también proporcionar recursos para hacer frente al envejecimiento, especialmente en tiempos de dependencia. (Cheix Dieguez et al., 2015)

Vivir con una familia brindará a los adultos mayores una red de apoyo más amplia que aquellos que viven solos. (Villegas et al., 2020)

El ambiente hogareño es visto como uno de los puntos de referencia más significativos para las personas mayores, necesitan estar en un ambiente con cariño y atención que ayude a su salud, pero si ocurre lo contrario si se encuentran en un ambiente hostil y se tiene poco interés, el adulto comenzará a sentirse abandonado y existe riesgo de depresión. Por lo tanto, las familias de personas mayores deberían estar dispuestas y ser sensibles a convivir y brindarles la atención que necesitan. (Castillo, 2015)

Problemas multigeneracionales como los que se observan en las redes familiares también son relevantes debido a su influencia en las vivencias y en los sistemas de soporte mutuo. La conducta y estructura de la familia, el empleo de la

mujer, y los medios materiales para el cuidado y la satisfacción individual de las personas mayores son aspectos a considerar. (Hernández Vergel et al., 2021)

El Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) es un cuestionario de encuesta cuantitativo y psicométricamente sólido, su objetivo es evaluar el apoyo social y la satisfacción con este apoyo desde la perspectiva del entrevistado. Se ha demostrado que el grado de apoyo social influye en la aparición y el curso de ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión clínica o la esquizofrenia. El SSQ fue aprobado para su publicación en 1981 por Irwin Sarason, Henry Levine, Robert Basham y Barbara Sarason bajo el Departamento de Psicología de la Universidad de Washington, abarca 27 preguntas. (Acrich de Gutmann, 2006)

Descripción de SSQ:

El instrumento está diseñado para que cada pregunta tenga una respuesta en dos partes. La primera parte pide al entrevistado que enumere hasta nueve personas disponibles para brindar apoyo que cumplan con los criterios establecidos en la pregunta. Estos individuos de apoyo se especifican utilizando sus iniciales además de la relación con el entrevistado. Las preguntas de ejemplo de la primera parte incluyen preguntas como "¿Con quién podría contar para que lo ayude si acaba de ser despedido de su trabajo o expulsado de la escuela?" y "¿Quién cree que ayudaría si un familiar muy cercano a usted muriera?".

La segunda parte pide al entrevistado que especifique qué tan satisfecho está con cada una de las personas señaladas en la primera parte. Los encuestados del SSQ utilizan una escala Likert de 6 puntos para indicar su grado de satisfacción con el apoyo de las personas anteriores, que van desde "1 - muy insatisfecho" a "6 - muy satisfecho".

El Cuestionario de apoyo social tiene varias formas breves, como el SSQ3 y el SSQ6.

Tiempo de aplicación: 25 minutos versión original y 5 minutos la versión corta.

Puntuación:

La puntuación de apoyo general (SSQN) se calcula tomando un promedio de las puntuaciones individuales en los 27 elementos. [5] Una puntuación alta en el SSQ indica más optimismo sobre la vida que una puntuación baja. Los encuestados con puntuaciones SSQ bajas tienen una mayor prevalencia de eventos vitales negativos y enfermedades. [6] La puntuación es la siguiente:

1. Se suma el número total de personas para los 27 elementos (preguntas). (Máx. 243). Dividir por 27 para obtener la puntuación media de los elementos. Esto le da SSQ Number Score, o SSQN.

2. Sumar los puntajes totales de satisfacción para los 27 ítems (preguntas). (Max 162). Dividir por 27 para obtener la puntuación media de los elementos. Esto le da un puntaje de satisfacción SSQ o SSQS.

3. Por último, puede promediar lo anterior para el número total de personas que son miembros de la familia; esto da como resultado la puntuación de la familia SSQ.

Validez:

El SSQ se comparó con la escala de depresión y las pruebas de validez muestran una correlación negativa significativa que va de -0,22 a -0,43. El SSQ y la escala de optimismo tienen una correlación de 0,57. El SSQ y la puntuación de satisfacción tienen una correlación de 0,34. El SSQ tiene una alta coherencia interna entre los elementos. (Acrich de Gutmann, 2006)

En población universitaria, los autores informan de elevados coeficientes alfa de Cronbach para ambas dimensiones, situándose entre 0.90 y 0.93. Además, se observa una adecuada validez convergente, demostrada mediante las correlaciones con otras medidas de apoyo social percibido, como la ISEL (Interpersonal Support Evaluation List Perceived Social Support from Friends and Family). (Martínez-López et al., 2014)

El Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) de Sarason et al. (1983) fue creado y validado con una muestra de 602 estudiantes. En términos de fiabilidad, se registraron coeficientes test-retest de 0.90 para SSQ-N y de 0.83 para SSQ-S, con un intervalo de 4 semanas entre las pruebas y una submuestra de 105 participantes. Además, la consistencia interna mostró puntuaciones muy sólidas, con 0.97 para SSQ-N y 0.94 para SSQ-S.

El análisis factorial del SSQ-N muestra que la varianza explicada es del 82%, mientras que para el SSQ-S es del 72%. Las cargas factoriales para el SSQ-N son todas mayores a 0.60, y para el SSQ-S son superiores a 0.30.

SSQ3

El SSQ-3 es una forma corta del SSQ y solo tiene tres preguntas. El SSQ3 tiene una fiabilidad de prueba-prueba aceptable y una correlación con las variables de personalidad en comparación con la forma larga del Cuestionario de apoyo social. La confiabilidad interna estuvo en el límite, pero este bajo nivel de confiabilidad interna es el esperado ya que solo hay tres preguntas.

SSQ-6

El SSQ-6 es una forma corta del SSQ. Se ha demostrado que el SSQ-6 tiene una alta correlación con: el SSQ, las variables de personalidad del SSQ y la confiabilidad interna. En el desarrollo del SSQ-6, la investigación sugiere que el apoyo social profesado en los adultos puede estar conectado con la "experiencia de apego temprano". El SSQ-6 consta de las siguientes 6 preguntas:

1. ¿Con quién puede confiar realmente cuando necesite ayuda? (explora la percepción del apoyo social, que puede abarcar la ayuda material, el apoyo instrumental en la vida cotidiana y en situaciones de crisis).

2. ¿Con quién puede confiar realmente para que le ayude a sentirse más relajado cuando está bajo presión o tenso? (Se orienta hacia el apoyo emocional, psicológico en la vida cotidiana y en situaciones de crisis).

3. ¿Quién te acepta totalmente, incluyendo tus peores y mejores puntos o aspectos? (Examina las relaciones interpersonales que reafirman a las personas, proporcionando una sensación de integración en la sociedad, así como de ser queridos y considerados).

4. ¿Con quién puede confiar realmente para que se preocupe por usted, independientemente de lo que le esté sucediendo? (Se refiere a relaciones que podemos considerar incondicionales, como apegos y alianzas confiables. Esta pregunta generalmente incluye a las personas más íntimas y queridas, y la figura de apego suele ser la primera respuesta.).

5. ¿Con quién puede contar realmente para que lo ayude a sentirse mejor cuando se siente generalmente deprimido? (Se enfoca en brindar apoyo emocional y compañía durante momentos difíciles.).

6. ¿Con quién puede contar para que lo consuele cuando está muy molesto? (Se enfoca en el apoyo emocional y el bienestar psicológico que proviene del apoyo social.). (Acrich de Gutmann, 2006)

SSQ-6

Identificación Fecha

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuantas personas puede contar para ayudarle (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios:

A: Muy satisfecho **B:** Bastante satisfecho **C:** Poco satisfecho

D: Un poco insatisfecho **E:** Bastante insatisfecho **F:** Muy insatisfecho

	A	B	C	D	E	F
1.- Contar realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado						
Número de personas:						
2.- Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión ...						
Número de personas:						
3.- Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades						
Número de personas:						
4.- Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo						
Número de personas:						
5.- Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido ..						
Número de personas:						
6.- Alguien que le consuele cuando está muy disgustado						
Número de personas:						

APOYO GENERAL:

SATISFACCIÓN GENERAL:

3.3 Adulto mayor

Un adulto mayor Un adulto mayor se define como una persona mayor de 55 años que presenta un alto agotamiento físico, vital y psicológico, o como una persona de 60 años o más.(Campo Torregroza et al., 2018)

El aumento en la proporción de personas de edad avanzada en comparación con el resto de la población se conoce como envejecimiento demográfico, o es un cambio en la pirámide de edades, ya que no solo existe aumento de la proporción de adultos mayores, También se observa una disminución en la proporción de niños y jóvenes de entre los 0 y 14 años.(Hernández, Linares, & Marín, 2015)

La vejez se conceptualiza como una etapa dentro del ciclo de vida que incluye la infancia, juventud y madurez, y se caracteriza por experiencias propias, que hace que algunos adultos mayores reconozcan la vejez de manera satisfactoria (individual, amistad, familiar, sociedad). (Fernández Aragón et al., 2020)

Es inalterable el envejecimiento biológico de las personas, ya que éste comienza inicia en el nacimiento. El envejecimiento poblacional conlleva un aumento en el número de personas mayores, e implica factores como la disminución de la fecundidad y la mortalidad. El aumento de personas de la tercera edad, va a requerir de nuevas cuestiones relacionadas con estos y tendrá efecto en economía, educación, social, sanitario, recreativo, medioambiental, y generacionales, y otros. (Fuentes & Díaz, 2008)

Desde una perspectiva social y cultural, el proceso de envejecimiento está condicionado por el tiempo, las sociedades y las culturas. Hace referencia a que es formada por reglas y elementos culturales y sociales. La definición de envejecimiento varía según el contexto, el grupo poblacional y del tiempo. (Flórez et al., 2015) (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015)

El envejecimiento implica diversos cambios en la estructura del cuerpo y fisiológicas en todos los tejidos, y su entendimiento facilita la comprensión de las variaciones fisiopatológicas entre las personas mayores y los demás miembros de la comunidad de edad avanzada. Las modificaciones vinculadas al envejecimiento son numerosas, y su estudio detallado podría resultar en una lista infinita. (Salech, Jara, & Michea, 2012)

Para preservar la autonomía funcional, es crucial conservar una correcta masa muscular. La fuerza y la masa muscular llegan al máximo entre la segunda y la cuarta década de la vida, y a partir de ese momento se produce una reducción progresiva, lo cual causa envejecimiento muscular. (Salech et al., 2012)

En las personas, el envejecimiento está vinculado con una reducción de la función y el desempeño neuromuscular, en cierta medida debido a una reducción de la fuerza muscular a causa de la pérdida de masa muscular esquelética (sarcopenia) y modificaciones en la estructura muscular. (Landinez Parra et al., 2012)

La disminución de la fuerza y la rigidez muscular, junto con el envejecimiento del sistema nervioso motor y auditivo, provoca efectos funcionales como una reducción en la velocidad al caminar, y una disminución en la habilidad para llevar a cabo las tareas fundamentales de la vida, y un incremento en el riesgo de sufrir caídas. Todo esto contribuye a convertirse en individuos dependientes y a reducir la calidad de vida. (Landinez Parra et al., 2012) (Landinez Parra, Contreras Valencia, & Castro Villamil, 2012)

La principal razón por la que las personas mayores se enferman más que las personas más jóvenes es debido a su mayor esperanza de vida, han estado expuestas a factores externos, ambientales y de comportamiento que han causado la enfermedad por más tiempo que los más jóvenes. (Vélez et al., 2019)(Vélez, Centeno, Zevallos, & Vélez, 2019)

No se ha determinado la esperanza máxima de vida de una persona, aunque algunos científicos la estiman en torno a los 120 años, pero lo importante no es vivir hasta esta edad e incluso prolongar la vida, sino poder vivir muchos años sin discapacidad, en buena salud y con una buena calidad de vida, para que seamos actores activos dentro de los límites de nuestra vida. (Fuentes & Díaz, 2008)

En diferentes artículos se menciona que los hombres mueren antes que las mujeres porque los estilos de vida (actividad y descanso) y el ordenamiento (hormonas) los exponen a lesiones y enfermedades degenerativas. La esperanza de vida de las mujeres supera en cinco años a la de los hombres. (Hernández Triana, 2014)

Para entender la edad real de una persona se puede determinar teniendo en cuenta cuatro categorías de edad:

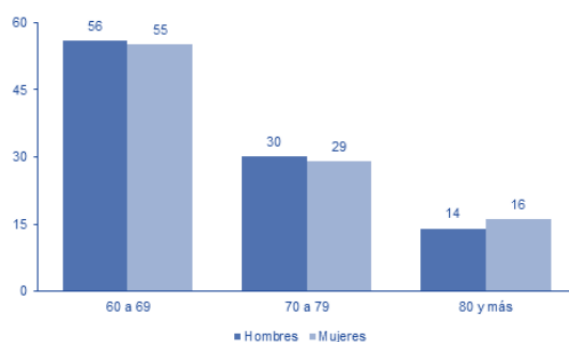
- Cronología: el número de años desde que nació una persona.
- Edad biológica: determinada por el grado de degradación de sus órganos.
- Edad psicológica: muestra el desempeño de un individuo en términos de capacidad conductual y adaptabilidad.
- Edad social: determinar el papel del individuo en la sociedad en la que se desarrolla. (Alvarado García & Salazar Maya, 2014)

El envejecimiento es un logro de la vida en el que las personas que viven en las mejores condiciones de vida pueden vivir hasta la vejez, pero al mismo tiempo también plantea desafíos a diferentes sectores de la sociedad, tales como: servicios, producción física, seguridad y otros. (Benítez Pérez, 2017)

Los factores favorables incluyen la adaptabilidad, la cooperación, la satisfacción, la afectividad y la capacidad de resolución de problemas en las personas mayores, los cuales son factores importantes ya que pueden servir como factores protectores contra los cambios característicos de esta etapa. Por ejemplo, depresión, ansiedad, desesperanza, falta de participación, etc. (Fernández Aragón et al., 2020)

3.4 Población

De acuerdo a estudios del INEGI, el envejecimiento va en aumento a nivel mundial ya que los datos del censo de 1990 y 2020 muestran que la población de 60 años y más ha aumentado de 5 millones a 15,1 millones, representa el 6% y el 12% de la población total. Por grupos de edad, para 2020, el 56% de los adultos mayores tiene entre 60 y 69 años, el 29% tiene entre 70 y 79 años y el 15% tiene 80 años o más. Esta tasa es ligeramente superior en mujeres de 80 años o más. (INEGI, 2020).



Gráfica I. Distribución porcentual de la población de 60 años y más por sexo según los grupos de edad 2020.

El proceso de cambio demográfico en la República Mexicana es heterogéneo debido al período inicial, el ritmo al que cambian las tasas de fecundidad y mortalidad, y la forma en que los procesos demográficos se entrelazan con el contexto socioeconómico de cada entidad. (González, 2015)

Según datos del censo, en 2020, por cada 100 niños y niñas menores de 15 años, habrá 48 personas mayores. Los estados de Chiapas, Quintana Roo, Aguascalientes, Baja California Sur y Tabasco presentan las tasas más bajas de envejecimiento (entre 29 y 39 adultos mayores por cada 100 niños o niñas menores de 15 años). México, Veracruz, Morelos, Sinaloa, Colima y Yucatán presentan las tasas más altas (51 a 90 adultos mayores por cada 100 niñas y niños menores de 15 años). (INEGI, 2020).

La Ciudad de México tiene la tasa de envejecimiento más alta del país (90 de cada 100 niñas y niños menores de 15 años). Este índice nos permite evaluar los cambios provocados por el envejecimiento, revelando así necesidades sociales diferentes a las de sociedades menos envejecidas. (INEGI, 2020).

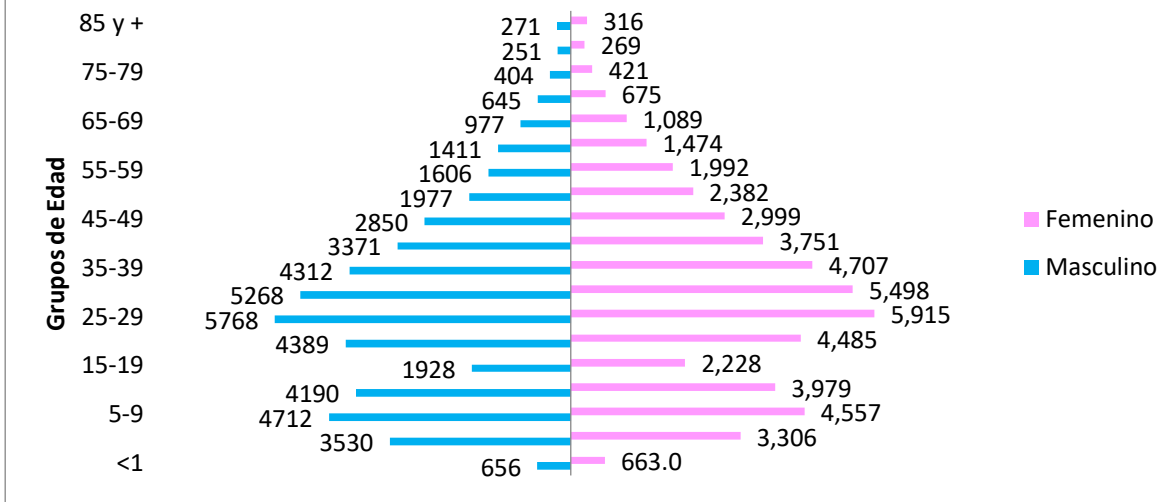


Fuente: INEGI. Centro de Población y Vivienda 2020.

En el estado de Querétaro habita un total de 2,368,467 personas, de las cuales 242,000 son adultos mayores, 111,000 hombres y 131,000 mujeres. (INEGI, 2020).

La Unidad de Medicina Familiar 8 al año 2021 cuenta con un total de población de adultos mayores de: 8,203 pacientes, de los cuales 4,244 son de sexo femenino y 3,959 sexo masculino. (ARIMAC UM8, 2021).

Piramide Poblacional de la UMF 08



Fuente: ARIMAC de la UMF 8. 2021

Aumentar la esperanza de vida no significa necesariamente mejorar la salud, por el contrario, uno de los problemas importantes en la vejez es la pérdida de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, la evaluación funcional forma parte de la Evaluación Geriátrica Integral (VGI), entendida a grandes rasgos como un proceso multidimensional y proceso de diagnóstico interdisciplinario, teniendo como objetivo las capacidades funcionales, médicas y psicosociales de los ancianos, para desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento. (Jiménez-Aguilera et al., 2016)

Contrariamente a factores atribuidos a la migración de poblaciones jóvenes como la búsqueda de espacio y mejor posicionamiento en el mercado laboral, oportunidades de matrimonio y formación, la migración de adultos mayores se explica por las características de la etapa de vida de las personas mayores. Tales como la jubilación, la salud, la búsqueda de apoyo y reunificación familiar, la viudez y la búsqueda de lugares que ofrezcan "conveniencias" como un clima agradable, bajo costo de vida, acceso accesible, seguridad y facilidad de acceso a los servicios de salud.(Garcia, 2017)

La transición demográfica es una teoría surgida por la modernización iniciada en los países industrializados a partir de finales del siglo XVIII, es la principal guía teórica para explicar el envejecimiento que atraviesa el mundo. Muestra la transición en el tiempo de tasas de natalidad y mortalidad altas a bajas o muy bajas de manera regular, situación que inicialmente se dio en los países involucrados pero que ahora se ha extendido a todo el planeta.(Vea & Demetrio, 2017)

3.4.1 Uso de servicios de salud

El derecho social que permite mejorar la calidad de vida de las personas se traduce en la capacidad de afiliarse a un servicio de salud, especialmente para las personas de 60 años y más, que muchas veces luchan contra enfermedades crónico degenerativas. En México, cerca de tres millones (2,993,653) de adultos mayores (20%) no están conectados a ningún establecimiento de salud. (Latinoamericano & de Demografía, 2006)

Porcentaje de la población de 60 años y más sin afiliación a instituciones de servicios de salud por entidad federativa 2020



Fuente: INEGI, 2020.

En 2020, el 98% de la población de 60 años y más utiliza los servicios de salud. Las instituciones con mayor número de usuarios son el IMSS (38%) y la Secretaría de Salud (25%).(Latinoamericano & de Demografía, 2006)

IV. Hipótesis

Hi: La red de apoyo es favorable para el adulto mayor con dependencia funcional.

Ho: La prevalencia de la dependencia funcional del adulto mayor con red de apoyo estable es igual o menor a 35% y la dependencia funcional del adulto mayor con red de apoyo inestable es igual o menor que 50%.

Ha: La prevalencia de la dependencia funcional del adulto mayor con red de apoyo estable es mayor al 35% y la dependencia funcional del adulto mayor con red de apoyo inestable es mayor que 50%.

V. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI. Material y métodos

6.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de tipo asociación.

6.2 Población

Adultos mayores con dependencia física en la Unidad de Medicina Familiar 8, Campamento Mesa de León del Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marques, Querétaro.

6.3 Muestra y tipo de muestreo

6.3.1 Técnica muestral

La muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones con nivel de confianza del 95 %.

La fórmula empleada es la siguiente:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(k)}{(p_1 - p_2)^2}$$

N	Tamaño de la muestra	Valor
p1	Proporción de individuos portadores del fenómeno de estudio Grupo 1	0.35
q1	1-p(sujetos no tienen la variable del estudio)	0.65
p2	Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio Grupo 2	0.50
q2	1-p	0.5
K	$(Z\alpha + Z\beta)^2$	6.2

En donde se sustituye:

$$n = \frac{[(0.35)(0.65) + (0.5)(0.5)](6.2)}{(0.35 - 0.5)^2}$$

$$n = \frac{[(0.2275) + (0.25)](6.2)}{(-0.15)^2}$$

$$n = \frac{(0.4775)(6.2)}{0.0225}$$

$$n = \frac{2.9605}{0.0225}$$

$$n = 131.57$$

Grupos:

- **Grupo 1:** Adultos mayores con dependencia funcional
- **Grupo 2:** Adultos mayores con independencia funcional

Se seleccionaron mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron pacientes adultos mayores de ambos sexos, que aceptaron participar en el estudio tras otorgar su consentimiento informado.

6.4.2 Criterios de exclusión:

Pacientes que estaban en otro estudio de investigación.

6.4.3 Criterios de eliminación.

Encuestas incompletas.

6.5 Variables estudiadas

En ambos grupos, se analizaron variables sociodemográficas como la edad, el género, el estado civil, la ocupación y la escolaridad. Se interrogaron variables relacionadas la dependencia funcional y las redes de apoyo de los pacientes.

6.7 Procedimientos

Posterior a recibir la aprobación del comité local de investigación, se solicitó autorización a las autoridades pertinentes para llevar a cabo la investigación en la unidad especificada, mediante un oficio firmado por el Director de Tesis.

En horario matutino y vespertino se acudió a la Unidad de Medicina Familiar 8 de la Delegación de Querétaro, se seleccionaron a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán de decidir participar en el mismo.

Al encontrar al posible participante del estudio, se pasó a un consultorio y ahí se le explicó en qué consistía y una vez que se contó con la autorización se firmó el consentimiento informado y se procedió al llenado del formato de la escala de Barthel para valorar la dependencia funcional, esta escala fue contestada por el paciente (observación directa).

La evaluación se efectuó utilizando una escala de 0 a 100 con incrementos de 5 puntos. Si la persona usa silla de ruedas, la puntuación máxima es 90. Las actividades se valoran con 0, 1, 2 o 3 puntos, resultando en un rango total de 0 a 20. Los puntos de corte recomendados para interpretar los resultados son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia leve y 100 independencia.

Una vez confirmada la dependencia funcional se aplicó el cuestionario de SSQ, en el cual se va a observar el tipo de red de apoyo que tiene el paciente (el

apoyo social y el grado de satisfacción con la ayuda existente), fue autoadministrado y constó de 6 ítems. En cada caso, se investigó con cuántas personas cuentan para recibir apoyo y qué tan satisfechos están con la ayuda.

El cuestionario permite registrar hasta un máximo de 9 personas y la satisfacción se mide en una escala de 6 puntos, que va desde "muy satisfecho" hasta "muy insatisfecho". Una puntuación más alta indica un mayor número de personas (rango de 0 a 9) y una mayor satisfacción (rango de 1 a 6).

La red de Apoyo se evaluó como: Muy satisfecho y bastante satisfecho= Si cuenta con una red de apoyo. Poco satisfecho, un poco insatisfecho, bastante insatisfecho y muy insatisfecho= No cuenta con una red de apoyo.

Los datos se vaciaron en una hoja diseñada para recolección, después de completar los cuestionarios, se procedió a analizar los resultados. Se le informó al paciente sobre el resultado del nivel de dependencia y su red social, si se detectaba alguna alteración se envió a la consulta de medicina familiar para la derivación oportuna (de requerirlo) a servicios de trabajo social o psicología.

6.7.1 Análisis estadístico

Todos los datos obtenidos durante este estudio de investigación, a través de los cuestionarios que se les realizaron a los pacientes, Cuestionario de Barthel y Cuestionario de apoyo social, fue organizado y procesado en el programa informático SPSS para poder facilitar un adecuado análisis descriptivo.

Para la protección y confidencialidad de los datos personales de los pacientes se empleó la herramienta "Cryptomator" para encriptarlos.

El análisis estadístico se obtuvo mediante la prueba de Chi cuadrada, razón de momios, porcentajes, promedios, intervalos.

VII. Consideraciones éticas

Este estudio se realizó con apego a las normas éticas de acuerdo a la Ley General de Salud de México, así como en la Declaración de Helsinki.

Haciendo hincapié en el artículo 17, el cual menciona que toda investigación médica en seres humanos debe comenzar con una cuidadosa evaluación de los riesgos y costos para los participantes y los grupos involucrados, comparados con los beneficios esperados tanto para ellos como para otros afectados por la enfermedad en estudio. Es crucial implementar medidas para minimizar los riesgos, los cuales deben ser monitoreados, evaluados y documentados constantemente por el investigador.

Se emplearon principios bioéticos como el respeto a la autonomía de las personas, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Autonomía: Dado que se trató de un protocolo con participación del paciente, se requirió su autorización a través de una carta de consentimiento informado, donde se explicó el objetivo de la investigación en un lenguaje claro para el paciente. Además, se resguardó la información y la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes.

Se respetó la voluntad de los participantes en la investigación, se informaron los principales objetivos, metodología de investigación. No se reveló la identidad de los investigados.

Beneficencia: Los datos obtenidos nos permitieron identificar la dependencia funcional en el adulto mayor y su red de apoyo en primer nivel de atención.

No maleficencia: Al tratarse de un estudio observacional, no se modificaron variables fisiológicas o psicológicas de los individuos, por lo cual no se expusieron a riesgos a los sujetos de investigación.

VIII. Resultados

Se analizaron 264 pacientes de ambos sexos de los cuales predominó el sexo femenino con el 59.5%, 157 mujeres (IC 95%; 53.6-65.4). Seguido del sexo masculino con el 0.5%, 107 hombres (IC 95%, 34.6, 46.4).

La edad de los participantes varió entre los 60 y 92 años, con un promedio de 72 años. (IC 95%; 2-7).

Respecto al estado civil predominó Casado, con el 57.2% (151 personas, IC 95%; 51.2-63.2).

En cuanto a la escolaridad predominó la escolaridad analfabeta 26.9% (71 personas, IC 95%; 21.6-32.2), seguido de primaria 26.1% (69 personas, IC 95%; 20.8-31.4).

De acuerdo a la categoría de las actividades básicas de la vida diaria: El ítem con menos dependencia funcional fue la de comer: Dependiente 3.4% (IC 95%;1.2-56.6), independiente 96.6% (IC 95%;94.4-98.8), y el ítem con el que más dependencia funcional fue el de escalones: Dependiente 53% (IC 95%;16-90), independiente 47% (IC 95%;10-84).

El 75.8% (200 personas) si cuentan con red de apoyo (IC 95%; 44.1-107.5), mientras que el 24.2% (64 personas) no cuentan con una red de apoyo (IC 95%;7.5-55.9).

De las personas con red de apoyo predominan los adultos mayores independientes en un 65%, 130 personas (IC 95%; 58.4-71.6). Mientras que los adultos mayores dependientes tienen red de apoyo en un 35%, 70 personas (IC 95%; 63.6-76.4).

De las personas sin red de apoyo predominan los adultos mayores dependientes en un 96.9%, 62 personas (IC 95%; 50.1-73.9). Mientras que los

adultos mayores independientes sin una red de apoyo fueron del 3.1% (2 personas, IC 95%; 1.1-7.3).

Se estimó una razón de momios de 0.361 (IC 95%; 0.298-0.439) entre los adultos mayores dependientes en comparación con adultos mayores independientes. Se encontró que la red de apoyo es un factor asociado a la independencia del adulto mayor encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2= 20$, $p<0.05$). (Cuadro VI)

Cuadro I. Frecuencia según el sexo

n=264

		Frecuencia	Porcentaje	IC	
				Inferior	Superior
Válidos	Masculino	107	40.5	34.6	46.4
	Femenino	157	59.5	53.6	65.4
	Total	264	100		

Fuente: Cuestionario sobre la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención en la UMF 8, IMSS Querétaro, en marzo 2023.

Cuadro II: Frecuencia según la edad

n=264

		Frecuencia	Porcentaje	IC	
				Inferior	Superior
Válidos	60-70	115	43.6	37.6	49.6
	71-80	100	37.9	32	43,8
	81-90	46	17.4	12.8	22
	91-100	3	1.1	0.9	5.1
	Total	264	100		

Fuente: Cuestionario sobre la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención aplicado a hombres y mujeres de la UMF 8, IMSS Querétaro, en marzo 2023.

Cuadro III: Frecuencia según el Estado Civil

n=264

	Frecuencia	Porcentaje	IC	
			Inferior	Superior
Válidos Soltero	14	5.3	2.6	8
Casado	151	57.2	51.2	63.2
Unión libre	7	2.7	0.7	4.7
Divorciado	9	3.4	1.2	5.6
Separado	9	3.4	1.2	5.6
Viudo	74	28	22.6	33.4
Total	264	100		

Fuente: Cuestionario sobre la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención aplicado a hombres y mujeres de la UMF 8, IMSS Querétaro, en marzo 2023.

Cuadro IV: Frecuencia según la Escolaridad

n=264

		Frecuencia	Porcentaje	IC Inferior	IC Superior
Válidos	Primaria	69	26.1	20.8	31.4
	Secundaria	35	13.3	9.2	17.4
	Preparatoria	18	6.8	3.8	9.8
	Universidad	32	12.1	8.2	16
	Analfabeta	71	26.9	21.6	32.2
	Sabe leer y escribir	39	14.8	10.5	19.1
	Total	264	100		

Fuente: Cuestionario sobre la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención aplicado a hombres y mujeres de la UMF 8, IMSS Querétaro, en marzo 2023.

Cuadro V. Asociación entre adultos mayores con dependencia funcional y red de apoyo

	Porcentaje		Chi	P	Razón de	IC	
	Dependiente	Independiente	cuadrada		Momios		
Si cuenta con red de apoyo	70	130	20	<0.05	0.361	-0.7	1.4
No cuenta con red de apoyo	62	2	60	<0.01	0.298	-0.6	1.2
Total		100%					

...

Fuente: Cuestionario sobre la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención aplicado a hombres y mujeres de la UMF 8, IMSS Querétaro, en marzo 2023.

IX. Discusión

De acuerdo con Lambiase et al., 2020, en la vejez las redes sociales parecen desempeñar un papel protector mucho más evidente. Los resultados de esta investigación y mis antecedentes sugieren que la red de apoyo juega un papel fundamental en la protección y bienestar de los adultos mayores con dependencia funcional.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los ya existentes de que en la Ciudad de México tiene la tasa de envejecimiento alta.(Geografía, 2013).Villegas et al., 2020 y Arroyo, año refieren que el incremento de la población adulta mayor y el vivir con ellos muchas veces son un factores protectores para los familiares envejecidos, en lo que conforma en este estudio, ya que se observó que la red de apoyo es favorable para los adultos mayores.

Alonso M.A.M., Barajas en el artículo calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento funcional y apoyo social en adultos mayores, concluyeron que la calidad de vida se basa en la autonomía funcional, el rol familiar y una visión favorable de la salud. La autonomía en tareas fundamentales y el correcto respaldo social potencian la calidad de vida tanto física como mental.

El método seleccionado en este estudio fue claro y preciso, pero podría aplicarse también un estudio cualitativo, para incluir entrevistas a los adultos mayores y ver las oportunidades de mejora como sociedad y atención médica hacia ellos.

En este estudio se logró el objetivo de identificar la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en los adultos mayores, así como la comprobación de hipótesis de que la red de apoyo es favorable para el adulto mayor con independencia funcional.

Los resultados obtenidos en este estudio podrían ser un precedente para futuras investigaciones, ya que es recomendable evaluar a los adultos mayores sobre su red de apoyo y considerar medidas para mejorar su calidad de vida.

X. Conclusión

La red de apoyo es favorable para el adulto mayor con dependencia funcional en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marques, Querétaro.

XI. Propuestas

Concientizar a la sociedad sobre el aumento de la población de adultos mayores, hacer de su conocimiento que las personas mayores contribuyen a la sociedad en muchos aspectos, en sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Que influyen sus condiciones de salud física, mental y social, y si éste es negativo aumentará la limitación o incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, lo que lleva a una necesidad de apoyo.

Involucrar a la familia, ya que esta constituye la primera red de apoyo social que tiene un individuo. Hacer de su conocimiento que hay términos de calidad de vida positiva o negativa. Recordarles que los adultos mayores deben mantener actividad física regular e interactuar con gente de su edad para mejorar su salud mental, y con esto mejorar la esperanza y calidad de vida, con la finalidad de que el adulto mayor conserve su independencia, su iniciativa y su libertad para realizar las cosas.

Se sugiere que el estudio para valorar la red de apoyo se realice de manera rutinaria para poder identificar a los adultos mayores que no cuenten con una y poderlos referir de manera oportuna a trabajo social o psicología, para un adecuado seguimiento. Y a igual manera a los adultos mayores que cuentan con red de apoyo darles seguimiento para poder mantener esa red de apoyo.

Se recomienda implementar un programa que se enfoque al apoyo del adulto mayor, y que haya servicio de psicología en la UMF, para mejorar la red de apoyo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

XII. Bibliografía

- Acrich de Gutmann, L. (2006). *La evaluación de las redes de apoyo social: el Cuestionario SSQ*. Paper presented at the XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.
- Arias, C. J., Sabatini, B., Scolni, M., & Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana, 38*(3), 1.
- Benítez Pérez, M. (2017). Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *Medisur, 15*(1), 8-11.
- Campo Torregróza, E., Laguado Jaimes, E., Martín Carbonell, M., & Camargo Hernández, K. d. C. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería, 34*(4).
- Castillo, Y. (2015). Depresión y Deterioro Cognitivo en el adulto mayor.
- Cheix Dieguez, M. C., Herrera Ponce, M. S., Fernández Lorca, M. B., & Barros Lezaeta, C. (2015). Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública, 71*, 127-137.
- Fernández Aragón, S., Cáceres Rivera, D., & Manrique-Anaya, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 16*(1), 55-64.
- Flórez, C. E., Villar, L., Puerta, N., & Berrocal, L. (2015). El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050.
- Fuentes, A. M., & Díaz, I. F. (2008). Ancianos y salud. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integral, 24*, 1-7.
- García, L. A. A. (2017). Reflexiones sobre el proceso de migración frente al envejecimiento poblacional. *Revista Familia, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 5*(3), 361-361.
- Geografía, INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *La situación demográfica de México. México: Consejo Nacional de Población, 113-129*.
- Hernández Triana, M. (2014). Envejecimiento. *Revista cubana de salud pública, 40*, 361-378.

- Hernández Vergel, V. K., Solano Pinto, N., & Ramírez-Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*, 26(95), 530-543.
- Hernández, Y. N., Linares, M. F., & Marín, R. C. (2015). Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(3).
- Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
- Lambiase, S. M., Tolli, M. V., Gonzalez Cuzi, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). *Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza*.
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de salud pública*, 38, 562-580.
- Latinoamericano, C., & de Demografía, C. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.
- Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.
- Martínez-López, Z., Fernández, M. F. P., Couñago, M. A. G., Vacas, C. T., da Silva Almeida, L., & González, M. S. R. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110.
- NUÑEZ, M. L., Fajardo, E., & Henao, A. M. (2020). Violencia contra las personas mayores: percepciones de actores de redes de apoyo social. *Espacios*, 41(47), 391-398.
- OMS, O. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>*.
- Palomba, R. (2003). Recomendaciones para realizar investigaciones sobre redes de apoyo y calidad de vida: agenda de investigación y métodos e instrumentos para estudios cualitativos y cuantitativos. *Notas de población*.
- Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, salud y sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88.

- Rodríguez Díaz, M. T., Cruz-Quintana, F., & Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de enfermería*, 23(1-2), 36-40.
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
- Senama, L. (2009). Manual de cuidados de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. *Sitio web: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>*.
- Veá, B., & Demetrio, H. (2017). Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Revista cubana de salud pública*, 43, 313-316.
- Vélez, E. E. E., Centeno, M. R. F., Zevallos, M. G. V., & Vélez, J. A. S. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74.
- Villegas, S. G., de Oca, V. M., & Arroyo, M. C. (2020). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 13(26), 70-88.

XIII. Anexos

13.1 Hoja de recolección de datos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN QUERÉTARO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8
 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO**



FOLIO:

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

**“DEPENDENCIA FUNCIONAL Y REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR
 EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION”**

Características sociodemográficas:			
Sexo 1.Masculino 2.Femenino	Edad ___años	Estado civil 1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre 4.Divorciado 5.Separado 6.Viudo	Escolaridad 1.Kinder 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Universidad 6.Analfabeta 7.Sabe leer y escribir
Características familiares:			
Dependencia funcional 1.Dependiente 2.Independiente		Red de Apoyo 1. Muy satisfecho y bastante satisfecho= Si cuenta con una red de apoyo 2. Poco satisfecho, un poco insatisfecho, bastante insatisfecho y muy insatisfecho= No cuenta con una red de apoyo	

13.2 Instrumentos

13.2.1 Índice De Barthel (Actividades Básicas De La Vida Diaria)

Folio: _____

Evaluación del grado de dependencia funcional mediante índice de Barthel. A continuación, se muestra una lista de actividades sobre las cuales deberá elegir una respuesta marcando con una X el número de acuerdo a su criterio.

Comer	-Totalmente independiente -Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. -Dependiente	10 5 0
Lavarse	-Independiente. Entra y sale solo del baño -Dependiente	5 0
Vestirse	-Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos -Necesita ayuda -Dependiente	10 5 0
Arreglarse	-Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc -Dependiente	5 0
Deposiciones	-Continente -Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas -Incontinente	10 5 0
Micción	-Continente o es capaz de cuidarse la sonda -Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda -Incontinente	10 5 0
Usar el retrete	-Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa -Necesita ayuda para ir al QX, pero se limpia solo -Dependiente	10 5 0
Trasladarse	-Independiente para ir del sillón a la cama -Mínima ayuda física o supervisión -Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda -Dependiente	15 10 5 0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros -Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m -Independiente en silla de ruedas, sin ayuda -Dependiente	15 10 5 0
Escalones	-Independiente para subir o bajar escaleras -Necesita ayuda física o supervisión -Dependiente	10 5 0
	TOTAL	

Valoración de la incapacidad funcional:

- **100:** Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- **60:** Dependencia leve
- **25-55:** Dependencia moderada
- **20-35:** Dependencia severa
- **20:** Dependencia total

13.2.2 SSQ-6

Identificación: _____ **Fecha:** _____

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuántas personas puede contar para ayudarlo (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios:

A: Muy satisfecho **B:** Bastante satisfecho **C:** Poco satisfecho
D: Un poco insatisfecho **E:** Bastante insatisfecho **F:** Muy insatisfecho
A B C D E F

1. Contar realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado.
Número de personas: _____
2. Contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión.
Número de personas: _____
3. Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y Mejores cualidades.
Número de personas: _____
4. Contar con alguien para cuidarlo, a pesar de todo lo que está sucediendo.
Número de personas: _____
5. Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido.
Número de personas: _____
6. Alguien que le consuele cuando está muy angustiado.
Número de personas: _____

Apoyo general: _____ **Satisfacción general:** _____

13.3 Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en el adulto mayor en un primer nivel de atención
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Campamento mesa de León, UMF. 08, El Marques, Delegación, Querétaro, 2023
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la asociación entre la dependencia funcional y las redes de apoyo en los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Procedimientos:	Obtener respuesta sobre la dependencia funcional en adultos mayores y red de apoyo, mediante cuestionarios, índice de Barthel y cuestionario SSQ6.
Posibles riesgos y molestias:	Se clasifica este estudio como una investigación sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Posible pérdida de tiempo sentida.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, a los pacientes que se detecten sin red de apoyo se canalizarán con trabajo social para dar seguimiento. Además estará colaborando con nuestra institución para generar estadística sobre la dependencia funcional y conocer la red de apoyo del adulto dependiente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos, se enviará a consulta de medicina familiar para su derivación a trabajo social o psicología si el paciente acepta.
Participación o retiro:	Los participantes cuentan con la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, no habrá prejuicios en caso de suspender su participación. Se ofrece la oportunidad de hacer preguntas y desprenderse en el instante que lo crea prudente.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada o identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	-Director de tesis: Med Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos, Matrícula: 99175412, Puesto: Médico familiar, Correo electrónico: manuel.herreraav@imss.gob.mx -Med. Gral. Guadalupe Miroslava García Arévalo, Residente de Medicina Familiar, Unidad de adscripción: UMF 08, Matrícula: 98234819, Correo electrónico: lupitam.712.m@gmail.
Colaboradores:	Med. Gral. Guadalupe Miroslava García Arévalo
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de ética en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs, al teléfono 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhqr1gro@gmail.com	


Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre y firma del familiar o testigo del paciente	Testigo:


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


Clave: 2810-009-013

GUADALUPE MIROSLAVA GARCIA AREVALO

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR EN UN PRIMER NIV...

 My Files

 My Files

 Universidad Autónoma de Querétaro

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::7696:430312028

Fecha de entrega

14 feb 2025, 1:43 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

17 feb 2025, 8:00 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

TESIS GARCIA AREVALO.docx

Tamaño de archivo

122.3 KB

40 Páginas

7,999 Palabras

42,241 Caracteres



Página 2 of 48 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::7696:430312028




15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe


- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Base de datos de Crossref
- ▶ Base de datos de contenido publicado de Crossref

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
154 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

GUADALUPE MIROSLAVA GARCIA AREVALO

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR EN UN PRIMER NIV...



My Files



My Files



Universidad Autónoma de Querétaro

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::7696:430312028

Fecha de entrega

14 feb 2025, 1:43 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

17 feb 2025, 8:03 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

TESIS GARCIA AREVALO.docx

Tamaño de archivo

122.3 KB

40 Páginas

7,999 Palabras

42,241 Caracteres

0 % detectado como IA

El porcentaje indica la cantidad de texto calificado en la entrega que probablemente se generó usando IA.

Precaución: Se requiere revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de la toma de decisiones acerca del trabajo del estudiante. Lo alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los educadores a identificar texto que podría haberse creado con una herramienta de IA generativa. Nuestra evaluación de escritura con IA puede no ser precisa en todos los casos (existe la posibilidad de identificar erróneamente texto humano como generado con IA y probablemente generado como texto creado por humanos), por lo que no debería usarse como la única prueba para tomar acciones adversas contra un estudiante. Se necesita mayor escrutinio y criterio humano junto con la aplicación de la organización de las políticas académicas específicas de la institución para determinar si se ha incurrido en alguna mala conducta académica.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje mostrado en el informe de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina si un texto se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje grande.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores a 20 %, que no aparecen en informes, tienen una mayor probabilidad de falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el informe (*%).

El porcentaje de escritura de IA no debe ser el fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes y/o usarlo para examinar el ejercicio enviado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa 'texto calificado'?

Nuestro modelo solo procesa el texto calificado en el formato de escritura de formato largo. La escritura de formato largo significa que los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltarán en color cian en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados del envío y el porcentaje mostrado.

