



Universidad Autónoma de Querétaro

AISLAMIENTO SOCIAL Y ESTRÉS ASOCIADO A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR.

Tesis

Que como parte de los requisitos
para la obtención del diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Caery Yunuen González Martínez

Dirigido por:

Médico Especialista Verónica Escorcía Reyes

Co-Director:

Médico Especialista Erasto Carballo Santander

Querétaro, Qro. Marzo 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
Dirección de Investigación y Posgrado

**“AISLAMIENTO SOCIAL Y ESTRÉS ASOCIADO A LA DEPENDENCIA
FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR”**

Tesis

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

Presenta:

Médico General Caery Yunuen González Martínez

Dirigido por:

Médico Especialista Verónica Escorcía Reyes

Co-dirigido por:

Médico Especialista Erasto Carballo Santander

Querétaro, Qro. Marzo, 2025
México

Dedicatorias

Dra. Verónica Escorcía:

A través de su ejemplo he aprendido el valor del trabajo duro, la dedicación y la perseverancia en la búsqueda del conocimiento. Deseo a través de estas palabras expresarle mi más profunda gratitud por su incondicional apoyo y orientación durante la realización de esta tesis. Su conocimiento y experiencia han sido fuente constante de inspiración y motivación en mi camino académico.

A mis padres

Cuando se trata de agradecer el amor, los valores, el impulso, la motivación el cuidado, la protección, los desvelos y el sacrificio que han tenido para mí las palabras se evaporan, un nudo atraviesa mi garganta y una emoción recorre mi ser que acelera los latidos del corazón por el profundo y eterno agradecimiento de tenerlos a ustedes como padres.

En este momento los recuerdos tocan mi corazón, recuerdos hermosos de mi niñez donde por fortuna tuve dos personas que siempre estuvieron junto a mí, siempre impulsándome para lograr cada uno de los retos que la vida me imponía, doy gracias al creador por la oportunidad dada de tener unos padres que me han ayudado a realizar mis sueños y cumplir mis más grandes metas.

Este trabajo, lo dedico a Dios, a mis padres, hermanos y abuelos en agradecimiento a su apoyo incondicional a lo largo de este viaje académico, gracias por ser un pilar de fortaleza, su presencia en mi vida es un regalo invaluable, y este logro es nuestro.

Agradecimientos

Dr. Erasto Carballo Santander por su invaluable apoyo, dirección y enfoque crítico durante el proceso de investigación y redacción de esta tesis. Además de su amabilidad y disposición para ayudar en todo momento, ha sido un ejemplo de dedicación y compromiso con la enseñanza.

Expreso mi más sincera gratitud al Dr. Enrique Villarreal Ríos, cuya guía y sabiduría han sido parte trascendental de esta investigación.

Dr. José Luis Loya Martínez por su dedicación docente y su inestimable guía piezas fundamentales para la dirección y enriquecimiento de este proyecto de investigación.

Dr. Isaac Arcos Bautista por su orientación, por su apoyo y estímulo durante este proyecto de investigación.

La enseñanza puede ser el más grande de los artes, ya que el medio es la mente y el espíritu humano. Quisiera expresarle mi más sincero agradecimiento al Dr. Víctor Manuel Ledesma González por su fe inquebrantable en mi potencial y por estar siempre presente con una palabra de ánimo en los momentos más desafiantes.

Dr. Luis Martínez López gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y superación, por siempre estar a mi lado apoyándome incondicionalmente en todos mis proyectos.

Mi sincera apreciación al Dr. Argenes Huato Solorio, cuyo soporte y aliento han sido fundamentales en cada etapa de este proceso.

Especial agradeciendo a cada uno de los adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.6 de San Juan del Río, Qro. que aceptaron participar en este proyecto. Deseando que esta investigación sea de beneficio para determinar el impacto del Aislamiento social y estrés en la dependencia Funcional.

Índice

Contenido	Página
Dedicatorias	i
Agradecimientos	ii
Índice	iii
Índice de cuadros	iv
Resumen	v
Summary	vi
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Hipótesis	18
IV. Objetivos	19
IV.1 General	19
IV.2 Específicos	19
V. Material y métodos	20
V.I Tipo de investigación	20
V.2 Población o unidad de análisis	20
V.3 Muestra y tipo de muestra	20
V.3.1 Criterios de selección	21
V.3.2 Variables estudiadas	21
V.4 Procedimientos	22
V.4.1 Análisis estadístico	22
V.4.2 Consideraciones éticas	23
VI. Resultados y Discusión	31
VII. Conclusiones	34
VIII. Bibliografía o Referencias	35
IX. Anexos	41

Índice de cuadros

	Página
Cuadro 1. Comparación de las variables sociodemográficas con el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.	24
Cuadro 2. Comparación del nivel socioeconómico con el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.	26
Cuadro 3. Prevalencia de comorbilidades, hábitos y antecedentes de uso de servicios en el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.	27
Cuadro 4. Edad y número de hijos en el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.	28
Cuadro 5. Asociación entre estrés y aislamiento con dependencia leve en adultos mayores.	29
Cuadro 6. Asociación entre estrés y aislamiento con dependencia moderada en adultos mayores.	29

Resumen

Introducción: El envejecimiento ocasiona deterioro progresivo en las esferas física, social, afectiva y cognitiva. El estrés y aislamiento social en los adultos mayores afectan la calidad de vida, condicionando una mayor dependencia funcional. **Objetivo:** Determinar el aislamiento social y estrés como factor asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico realizado en 410 pacientes adultos mayores, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6, San Juan del Río Querétaro México, de marzo 2022 a agosto de 2023. Se trabajó con 130 pacientes con dependencia moderada, 69 pacientes con dependencia leve y 211 pacientes con independencia. La dependencia se evaluó con el índice de Barthel, el estrés con la escala de estrés percibido y el aislamiento social mediante la escala ESTE II. **Plan de análisis:** incluyó promedios, porcentajes, desviación estándar, prueba de ANOVA, prueba de Bonferroni, Chi², razón de momios e intervalos de confianza. **Resultados:** Por cada 9.4 (IC 95%; 3.43-25.75) pacientes con dependencia leve que presentan estrés y aislamiento existe un paciente independiente que también presenta estrés y aislamiento; en el primer grupo la prevalencia es 88.1% y en el segundo grupo la prevalencia es 44.0%. Por cada 28.91 (IC 95%; 9.91-84.31) pacientes con dependencia moderada que presentan estrés y aislamiento existe un paciente independiente que también presenta estrés y aislamiento; en el primer grupo la prevalencia de estrés y aislamiento es 95.8% y en el segundo grupo 44.0%. **Conclusiones:** El aislamiento social y estrés son factores que se asocian con la dependencia funcional en los adultos mayores.

Palabras clave: aislamiento social, estrés, dependencia funcional, adultos mayores.

Summary

Introduction: Aging causes progressive deterioration in the physical, social, emotional, and cognitive spheres. Stress and social isolation in older adults affect quality of life, leading to greater functional dependence.

Material and methods: Analytical cross-sectional study carried out on 410 elderly patients, beneficiaries of the Family Medicine Unit No.6, San Juan del Río Querétaro Mexico, from March 2022 to August 2023. We worked with 130 patients with moderate dependence, 69 patients with mild dependence and 211 patients with independence. Dependency was assessed with the Barthel index, stress with the perceived stress scale, and social isolation using the ESTE II scale. The statistical analysis included means, percentages, standard deviation, ANOVA test, Bonferroni test, Chi2, odds ratio and confidence intervals.

Results: For every 9.4 (95% CI; 3.43-25.75) patients with mild dependence who present stress and isolation, there is one independent patient who also presents stress and isolation; In the first group the prevalence is 88.1% and in the second group the prevalence is 44.0%. For every 28.91 (95% CI; 9.91-84.31) patients with moderate dependence who present stress and isolation, there is one independent patient who also presents stress and isolation; In the first group the prevalence of stress and isolation is 95.8% and in the second group 44.0%.

Conclusions: Social isolation and stress are factors that are associated with functional dependence in older adults.

Key words: Social isolation, stress, functional dependency, older adults.

I. Introducción

El envejecimiento es la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. La estadística revela que para el año 2050 la cifra total de adultos mayores se duplicará de un 11% a un 22%, por tanto, constituye un reto a nivel mundial. (Organización mundial de la salud (OMS, 2022), (Aceiro, 2020)

Envejecer genera cambios irreversibles y deterioro progresivo en las esferas cognitiva, afectiva, física y social, con frecuencia se presenta dependencia funcional y estrés, lo que conlleva a alteraciones en la funcionalidad familiar y deficiencia en el apoyo social, afectando la calidad de vida del adulto mayor. (OMS,2022), (Baracaldo, 2019), (Failache, 2022)

El mejor indicador de salud en el adulto mayor va dirigido a su funcionalidad, por consiguiente, hablar de dependencia implica la pérdida de autonomía y la necesidad de asistencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (Gallardo, 2023)

En este contexto la dependencia funcional se ha tornado como uno de los principales problemas en el envejecimiento, ya que se prevé que para el 2026 un 18.9% de la población mayor sufrirá dependencia funcional leve y un 9.3% dependencia funcional severa. Lo cual representa un destacado predictor de mortalidad. (Lara, 2023)

Además de la dependencia funcional en la vejez se presentan cambios normativos y paranormativos que incrementan la vulnerabilidad ante el afrontamiento de situaciones generadoras de estrés. Entendiendo como estrés a toda evidencia de desequilibrio percibida con mayor o menor conciencia en el adulto mayor. (Aceiro, 2020)

Los factores estresantes se encuentran asociados a diversos eventos en esta etapa de la vida como son: tiempo libre, soledad, falta de memoria, pérdida de los amigos, funcionalidad e ingresos económicos. Las enfermedades crónicas y la falta de red de apoyo son las fuentes de estrés más relevantes. (INEGI,2021), (González, 2023)

Otra entidad frecuentemente relacionada a la vejez es el aislamiento social el cual es una medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros. El individuo sufre una falta del sentido de pertenencia social, unión o compromiso con los demás, tiene pocos o casi nulos contactos sociales que no constituyen relaciones de calidad. (Barreto, 2020), (Gálvez, 2021)

II. Antecedentes

II.1 Envejecimiento

II.1.1 Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento se define como “La acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales ocasionando un aumento de riesgo de enfermedad y finalmente la muerte”. (OMS, 2022)

El proceso de envejecimiento se manifiesta de diversas formas en cada adulto mayor, debido a la interacción entre factores biológicos, sociales y ambientales que conllevan de manera inevitable a cambios de comportamiento, emocionales, físicos y cognitivos. La OMS y el Ministerio de salud de Perú consideran adulto mayor a toda persona con edad superior a 60 años, quienes son incluidos en un grupo denominado “tercera edad” subdividido en 3 grupos; edad avanzada de 60-74 años, viejos de 75-90 años y ancianos a los mayores de 90 años. (OMS, 2022), (MINSA,2014)

Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la salud han incrementado la esperanza de vida en la población, obteniendo una elevada repercusión en la tasa de natalidad, mortalidad y migración. El aumento de la esperanza de vida en países con nivel socioeconómico bajo resulta contraproducente ya que su población adulta mayor es afectada por enfermedades propias del envejecimiento lo que conlleva a un aumento en la demanda de los servicios especializados, generando altos costos para los servicios de salud y representando así una problemática importante para la sociedad. (Baracaldo, 2019)

El envejecimiento de la población constituye un importante reto para la sociedad dado que en la mayoría de los adultos mayores afecta progresivamente su salud y su cotidiano actuar. El envejecimiento genera cambios irreversibles y deterioro progresivo en las esferas cognitiva, afectiva, física y social las cuales implican problemas para la familia, para el sistema de salud y para el propio adulto mayor. (Baracaldo, 2019), (Aceiro, 2020)

II.1.2 Epidemiología

Se considera que una población esta envejecida cuando el porcentaje de personas de 65 años y más rebasa el 10% del total de la población. La OMS refiere que la población adulta mayor está en constante aumento, en este contexto se calcula que para el año 2050 la cifra total de adultos mayores se duplicará de un 11% a un 22%. (OMS, 2022)

De acuerdo con la OMS la población mundial de adultos mayores de 70 años se duplicará en un lapso de 50 años, por esta razón es de importancia enfocarnos en el estudio de los múltiples factores implicados en la modificación de la calidad de vida. (OMS, 2022)

En el ámbito internacional uno de los países con mayor número de adultos mayores es Japón, donde el 30% de la población cuenta con más de 60 años. En América latina más de 32 millones de personas tienen por lo menos 60 años y de estos al menos el 55% son mujeres. (Lara, 2023)

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) En el año 2021 se estimó que por cada 100 niños menores de 15 años existen 48 adultos mayores y en el 2020 residían 15.1 millones de personas mayores de 60 años lo que corresponde a un 12% del total de la población. (INEGI, 2021)

En el año 2020 el 98% de la población mayor de 60 años hacia uso de los servicios de salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió la mayor parte de esta población en un 38%, la secretaria de Salud en 25% y otro 20% (3 millones de personas) de adultos mayores no contaban con afiliación a servicios de salud. De acuerdo con la información del censo poblacional del año 1990 al 2020, la población mayor de 60 años paso de 5 a 15.1 millones, incrementando del 6 al 12% del total de la población, 56% de los adultos mayores correspondían al grupo de 60-69 años, 29% al grupo de 70-79 años y 15% a mayores de 80 de años, mostrándose una prevalencia ligeramente más alta en mujeres mayores de 80 años respecto a los hombres. (INEGI, 2021)

De acuerdo con el INEGI en el año 2021 en la población mayor de 60 años el estado civil predominante fue casado con 53%, el género femenino correspondió al 98% mientras que el masculino al 97% y el analfabetismo se presentó en 16%. (INEGI,2021).

El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) informa que en Querétaro en el año 2010 había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en el 2013 y para el 2030 se estima que habrá casi 38 adultos por cada 100 jóvenes, situación que lo ubica en el 27 lugar en el proceso de envejecimiento respecto al resto de la población en el país. (CONAPO,2014)

II.2 Dependencia funcional

II.2.1 Definición

La OMS define a la dependencia funcional como “La disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. (OMS,2022)

El comité de ministros del consejo de Europa, describen a la dependencia como “El estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos comunes de la vida diaria”. (Comité de ministros de Europa,1998)

La presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria, así como la disminución de las capacidades e interacción con el entorno son datos de dependencia funcional. (Gálvez, 2021)

La necesidad de recibir ayuda por parte de otras personas es dato de dependencia funcional, los adultos mayores consideran que la razón por la cual reciben ayuda de sus familiares es por limitación física, compasión, amor y cariño, para ellos ser dependiente es

un impedimento para realizar actividades de la vida diaria trayendo consigo sentimientos negativos como tristeza, pena, resentimiento y estado de ánimo depresivo. (Barreto, 2020)

II.2.2 Epidemiología

La dependencia funcional de los adultos mayores en los países desarrollados corresponde entre el 15 y 17%, mientras que en los países en vías de desarrollo oscila entre el 3 y el 16%. (Alonso, 2022)

En México las cifras de adultos mayores en situación de dependencia funcional oscilan entre un 26.9-30.9%.⁹ Debido a la prevalencia elevada de enfermedades crónico-degenerativas se estima que el número de adultos mayores en situación de dependencia tendrá un incremento considerable. (González, 2021)

Del total de la población de adultos mayores en México se ha identificado que aproximadamente el 21.7% presenta limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, mientras que el 5.1% es considerado totalmente dependiente. (Alonso, 2022)

Se calcula que para el periodo 2001-2026 aumentará 2.1 veces la prevalencia funcional, en este contexto, en México se ha tornado la dependencia funcional en el adulto mayor como uno de los principales problemas, ya que se prevé que para el 2026 un 18.9% de la población mayor sufrirá dependencia funcional leve y un 9.3% dependencia funcional severa. Lo cual representa un destacado predictor de mortalidad. (González, 2021)

II.2.3 Factores de Riesgo

La dependencia funcional no solo hace referencia a una condición de salud, también implica factores sociales y culturales que llevan a la afección de la autonomía y participación del adulto mayor, ya que forman parte de un grupo de población vulnerable con alto riesgo de desarrollar mal pronóstico para la calidad de vida. (Álvarez, 2019)

Existen factores que incrementan el riesgo de presentar dependencia funcional en el adulto mayor como son; antecedente de tener dependencia funcional en algún momento de su vida, haber presentado caídas con sus consecuentes limitaciones, edad y el nivel educativo bajo. (Alonso, 2022)

Por otra parte, el adulto mayor puede presentar comorbilidades que están estrechamente ligadas con la dependencia funcional, estas son; características socioeconómicas bajas, características demográficas, estado de salud, alteraciones de la función cognitiva, depresión, sedentarismo, restricción de movilidad, alteraciones visuales y auditivas, diabetes, hipertensión arterial, evento vascular cerebral, artritis reumatoide, sobrepeso, obesidad, alcoholismo y tabaquismo. (González, 2021)

La OMS dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud describe que la dependencia funcional dentro del contexto clínico se establece como consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud, referente al ámbito social la dependencia funcional no está dada por condición personal, sino por circunstancias generadas por el entorno, concluyendo que la dependencia del adulto mayor es resultado de la interacción de situaciones biológicas, sociales y personales. (OMS,2022), (Popoca, 2020)

II.2.4 Alteraciones emocionales secundaria a la dependencia funcional.

La valoración de la funcionalidad en el adulto mayor está dada por el estudio meticuloso de las funciones físicas, donde se evalúan las actividades motoras sencillas que desempeñan en su actuar diario, la capacidad de autocuidado, el ejercicio y su independencia en el ambiente que le rodea. (Pasaca, 2022)

La dependencia se presenta cuando el adulto mayor requiere apoyo de otras personas para poder efectuar las actividades de la vida diaria que incluyen cuidado personal y satisfacción de sus necesidades. (Barreto, 2020)

La dependencia funcional incluye deficiencias, limitaciones de la actividad y participación, esto como resultado de la relación entre factores personales, ambientales, y la condición de salud del individuo; viéndose afectada la cognición, movilidad, cuidado personal, capacidad para relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. (Popoca, 2020)

El adulto mayor presenta pérdidas físicas, sociales y económicas, aislamiento social y familiar, así como una deficiencia económica, situaciones que ocasionan limitaciones y sentimientos negativos ante la vida; en la mayoría de los casos el adulto mayor presenta un estado de adaptación y aceptación ante la situación, donde la familia se convierte en un respaldo, así como factor de protección. (Barreto, 2020)

Por lo anterior se considera que la dependencia funcional es uno de los mayores problemas de salud pública al estar íntimamente relacionada con mortalidad, discapacidad, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, problemas sociales y pobre calidad de vida. (Aray, 2022)

II.2.5 Clasificación

La dependencia funcional se clasifica con base al nivel de asistencia requerido por el adulto mayor, teniendo en cuenta esto se tienen los siguientes grados:

- Dependencia leve: personas que pueden ejecutar la mayoría de sus necesidades.
- Dependencia moderada: personas que realizan o satisfacen sus necesidades parcialmente y requieren de la participación de un cuidador.
- Dependencia severa o dependiente total: personas que no son capaces de valerse por sí mismos ni de cubrir sus necesidades prioritarias.

Por otra parte, se considera independiente aquel que no requiere de ningún tipo de asistencia en su cotidiano actuar. (Fuentes, 2021)

II.2.6 Evaluación de la dependencia funcional. Índice de Barthel

El índice de Barthel se basa en la evaluación de la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es la escala más empleada y recomendada por la British Geriatrics Society. Este índice fue elaborado por Mahoney y Barthel en 1958. (Fuentes, 2021)

Su validación para la población latinoamericana se realizó por Buzzini y colaboradores en el año 2002 en Buenos Aires, Argentina; validada en población mexicana, con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.96. (Pasaca, 2022)

El tiempo aproximado de aplicación es de 5 minutos. Este instrumento consta de 10 ítems en los cuales se evalúa la capacidad de una persona adulta mayor para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria, como son: baño/ducha, aseo personal, vestirse/desvestirse, uso de retrete, alimentación, traslado entre la silla y la cama, subir y bajar escaleras, deambulación, control de heces y control de orina. (Pasaca, 2022)

A cada actividad se le asigna una puntuación en función al grado de dependencia para la ejecución, estos puntajes son 5, 10 o 15, una vez obtenido el puntaje de cada ítem se suma el total de los 10 ítems y dará un porcentaje total. (Rodríguez, 2020)

De acuerdo con esta puntuación se clasificará a la persona en un grado de dependencia, cuanto más cerca del 0 se encuentre el valor, indica que el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuanto más cerca este del 100 indica menor dependencia, es decir si su puntaje es de 0-20 se considera dependencia total, de 21-60 dependencia severa, de 61-90 dependencia moderada de 91-99 dependencia leve y una puntuación de 100 se considera una persona independiente. (Fuentes, 2021)

II.3 Estrés en el Adulto Mayor

II.3.1 Definición

La vejez es una etapa de la vida que se acompaña de cambios normativos y paranormativos que incrementan la vulnerabilidad ante el afrontamiento de situaciones generadoras de estrés. Entendiendo como estrés a toda evidencia de desequilibrio percibida con mayor o menor conciencia en el adulto mayor. (Aceiro, 2020)

El estrés afecta de manera importante el bienestar, la salud y la calidad de vida del adulto mayor, es un fenómeno que implica relaciones complejas que enfrenta el mismo en el medio que lo rodea, generando alteración para cumplir las demandas del entorno. (Aceiro, 2020)

En el adulto mayor los factores desfavorables identificados como estresantes en la cotidianidad son manifestados de forma distinta de acuerdo con su edad, género, estado civil, nivel socioeconómico y educación. (Aceiro, 2020). Los factores estresantes se encuentran asociados a diversos eventos en esta etapa de la vida como son: tiempo libre, soledad, falta de memoria, pérdida de los amigos, funcionalidad e ingresos económicos. (Torres, 2021) Las enfermedades crónicas y la falta de red de apoyo son las fuentes de estrés más relevantes. (Barrionuevo, 2019).

II.3.2 Epidemiología

Estudios realizados en Cuba identificaron que el 36.47% de los adultos mayores fueron susceptibles a estrés, y los casos más severos se presentaron en hombres de entre 70 y 80 años, viudos, jubilados y con nivel de escolaridad primaria. (Barrionuevo, 2019).

En México los adultos mayores constituyen la población más susceptible, aproximadamente del 7 al 40% de la población total del país presentan estrés, de los cuales el 40.3% son mujeres y el 35.5% hombres. (Ricardo, 2022)

II.3.3 Fisiopatología

El estrés es una reacción psicofisiológica prolongada del individuo ante eventos externos e internos, la misma depende de la valoración cognitiva que hace el sujeto del evento, produciendo una activación de síntomas como respuestas psicosomáticas y comportamentales. Las situaciones estresoras pueden darse en el ambiente familiar, laboral, social y en circunstancias generadas en el propio individuo. (Gallardo, 2023)

En los adultos mayores el estrés puede ser un factor que los predispone al deterioro de su salud, ya que al enfrentarse a una situación que les generen altos niveles tensionales provocan que el organismo libere niveles elevados de cortisol también denominada hormona de estrés, lo que representa una reducción anormal en los telómeros ocasionando deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte. (Ordoñez, 2023)

El estrés conlleva a manifestaciones de impaciencia, irritabilidad, falta de consideración con las demás personas y molestias físicas constantes como síntomas abdominales, lumbalgia, cefalea, alopecia, deterioro cognitivo, el consecuente desempleo, la percepción de inutilidad, la baja calidad en las relaciones familiares. (Álvarez, 2019)

Otros síntomas son el enlentecimiento psicomotor y aislamiento social acompañado de una notable pérdida de la voluntad e interés, así como la incapacidad de experimentar placer. En este contexto, la aparición de enfermedades crónicas, el síndrome de fragilidad, el incremento en los niveles de discapacidad y las limitaciones cognitivas propias de la edad pueden ocasionar estrés y síntomas depresivos en esta etapa. (Álvarez, 2019)

II.3.4 Clasificación

Tipos de estrés:

- Eustrés:

Se describe como aquel tipo de estrés donde el individuo interactúa con su estresor, pero mantiene un equilibrio lo que le proporciona sensación de bienestar. Este tipo de estado es de gran importancia para preservar la salud del ser humano, trae consigo una variedad de beneficios o efectos positivos entre ellos: mejora los niveles de conocimiento, cognitivo y del comportamiento. (Torres, 2021)

- Diestrés

En este tipo de estrés es producido por una excesiva carga laboral, por lo que resulta en un tipo de estrés que clínicamente resulta perjudicial al organismo, afecta a las actividades diarias, produce enfermedades psicosomáticas y envejecimiento acelerado. Entre las situaciones que generan el diestrés tenemos: mal ambiente laboral, fracaso, ruptura familiar y duelos no resueltos. (Torres, 2021)

Clasificación de estrés de acuerdo con The American Psychological Association (APA):

- Estrés Agudo:

Ocurre en las situaciones diarias las cuales resultan en ocasiones demasiado agobiantes, es el tipo más común de estrés y los síntomas que se pueden presentar son: agonía psicológica, cefalea tensional, mialgias, artralgias o dolor abdominal. (Chalco, 2022)

- Estrés Agudo Episódico:

Se presenta de manera frecuente en las personas que en su vida diaria asumen demasiadas responsabilidades y se les presentan diversas eventualidades ante las cuales no logran una organización de acuerdo a la exigencia de la situación a la que se enfrentan. (Chalco, 2022)

Pueden ocasionar; cefalea, hipertensión, migraña, dolor torácico, agitación, irritabilidad, mal humor, ansiedad, enfermedades cardiacas, tienden a ser cortantes, hostiles y surge de una situación estresante constante donde persiste el negativismo. (Chalco, 2022)

- Estrés Crónico:

Se presenta en situaciones en las que las personas dejan de buscar soluciones, resulta agotador y desgastante día tras día a lo largo de sus vidas, por lo que a largo plazo se ve afectado el cuerpo, mente y vida, las situaciones en las que comúnmente está dado son: familias disfuncionales, pobreza, fracaso en el matrimonio, carrera o empleo no deseado. (Chalco, 2022)

Algunos tipos de estrés crónico se generan a partir de experiencias traumáticas de la niñez que afecta de manera importante la personalidad y que puede resultar en desenlaces fatales. (Chalco, 2022)

II.3.5 Instrumento de medición de estrés. Cuestionario de Estrés Percibido (PSS)

El cuestionario de estrés percibido (Perceived Stress Scale, PSS) es la escala que permite evaluar el grado de estrés mediante una puntuación que se otorga de acuerdo con el control ya sea total, parcial o ausencia de este ante cierta situación inevitable. Validada en México en el 2007 por González y Landero. Esta escala reporta un nivel de coeficiente de Cronbach de 0.82-0.85 para la escala total. (Arpasi, 2023)

Se cuenta con distintas versiones, la que se utilizará en este proyecto de investigación será la versión original compuesta de 14 ítems. Los ítems 1,2,3,8,11,12,14 evalúan el estrés percibido mediante la escala de tipo Likert en donde 0 es nunca, 1 casi nunca, 2 de vez en cuando, 3 a menudo y 4 muy a menudo. Los ítems 4,5,6,7, 9,10 y 13 tienen una puntuación inversa, es decir 4 es nunca, 3 casi nunca, 2 de vez en cuando, 1 a menudo y 0 muy a menudo. (Ricardo, 2022)

La puntuación total es directa, de tal manera que a mayor puntuación mayor nivel de estrés percibido, calificando como ausencia de estrés de 0-18 puntos, nivel bajo de estrés percibido 19-28 puntos, nivel moderado de estrés percibido 29 a 38 puntos y nivel alto de estrés percibido de 39-56 puntos. (Ricardo, 2022)

II.4 Aislamiento Social

II.4.1 Definición:

El aislamiento social se define como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros, a la persona le surge la necesidad de relacionarse con otras personas, sin embargo, no es capaz de establecer dicho contacto. El individuo sufre una falta del sentido de pertenencia social, unión o compromiso con los demás, tiene pocos o casi nulos contactos sociales que no constituyen relaciones de calidad. (Castillo, 2023)

En términos generales se denomina aislamiento social a la falta de relaciones sociales satisfactorias, así como a una escasa participación en la vida comunitaria. (Chalco, 2022)

Los factores de vulnerabilidad de mayor relevancia en el aislamiento social que se deben tomar en cuenta son: los sociales y de relaciones personales, tales como: pérdida de familiares y/o amigos, estilo de funcionamiento familiar, existencia de grupos de apoyo, relación con los vecinos y la dinámica social. Otros factores son los personales como: jubilación, desempleo y emigración. (Chalco, 2022)

El aislamiento social se compone de tres aspectos principalmente:

- No contar con apoyo familiar de ningún tipo ante situaciones de enfermedad o de dificultad.
- Existencia de conflicto vecinal

- Personas Institucionalizadas en hospitales, centros psiquiátricos, de drogodependencia y/o penitenciarias. (Castillo, 2023)

Existen evidencias en la literatura de que el aislamiento social en el adulto mayor no solo incrementa la mortalidad si no que altera totalmente su calidad de vida. (Alonso, 2023)

II.4.2 Factores de riesgo:

Los factores de riesgo asociados al aislamiento social:

- Factores físicos: múltiples enfermedades, sobrepeso, pérdidas sensoriales, incontinencia urinaria, insomnio, consumo excesivo de alcohol y discapacidad funcional.
- Factores psicológicos: depresión, deterioro cognitivo y pérdida de un ser querido.
- Factores relacionados con la comunicación: acceso a nuevas tecnologías y desconocimiento de alguna lengua.
- Factores ambientales: lugar de residencia, vivir solo, actitud negativa de la comunidad hacia las personas mayores y difícil accesibilidad a los servicios de transporte.
- Factores económicos: cambios en los ingresos, estatus económico y jubilación.
- Factores sociodemográficos: género, edad (propia del envejecimiento), raza, nivel educativo, estado civil y religión. (Castillo, 2023)

II.4.3 Epidemiología:

En las últimas décadas las sociedades occidentales están experimentando un rápido aumento de personas mayores de 65 años y el 36.8% prevalencia de aislamiento social y

soledad entre las personas mayores entre el 20 y el 40%, convirtiendo el problema en un importante reto para los actuales sistemas sanitarios y sociales. (Alonso, 2023)

Estudios realizados en EUA muestran una prevalencia de sentimiento de soledad de 16.9% a 19.3%.²⁶ En un estudio similar realizado en el 2017 reporta que el porcentaje de aislamiento social aumenta progresivamente con la edad, y de acuerdo con las cifras arrojadas en dicho estudio la prevalencia en las personas de 70 años es del 21% y en el grupo de 75 es de 26.1%. (Alonso, 2023)

En un estudio transversal realizado en el 2012 con una muestra de 580 personas de 70 años o más obtenidos del centro italiano de investigación Nacional en envejecimiento, se reportó una prevalencia de aislamiento social del 20%. (Ramírez, 2023)

La prevalencia de aislamiento social es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (21.4% vs. 14.0%). Los pacientes que realizan algún tipo de actividad física presentan menos prevalencia de aislamiento social (12.0% vs. 26.0%). La prevalencia es mayor en las personas que viven solas que en las que no (27.0% vs. 16.5%). Tanto en los hombres como en las mujeres la edad es significativamente mayor en las personas con aislamiento social. Tanto el índice de Barthel como el índice de Lawton tienen puntuaciones significativamente menores en las personas con aislamiento social. (Alonso, 2023)

II.4.4 Instrumento: Escala de ESTE II de aislamiento social.

Esta escala nos permite hacer una evaluación del grado de aislamiento social del adulto mayor, fue desarrollada por Mercedes Pinal Zafra, Laura Rubio-Rubio y la Dra. Ramona Rubio Herrera y la validación fue realizada en el 2010 en Madrid. Está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta, siempre, a veces y nunca. Esta escala se divide en 3 factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías

- Factor 3: Índice de participación social

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos la cual se obtiene de la suma de cada uno de los ítems.

Calificando el aislamiento social en 3 niveles:

- Bajo: 0-10 puntos
- Medio: 11-20 puntos
- Alto: 21-30 puntos

Esta escala reporta un nivel de coeficiente de Cronbach de 0.72.23

III. Hipótesis

Ho. La prevalencia de aislamiento social en adultos mayores con dependencia funcional es igual o menor de 64.7% y la prevalencia de aislamiento social en adultos mayores sin dependencia funcional es igual o menor de 33.8%.

Ha. La prevalencia de aislamiento social en adultos mayores con dependencia funcional es mayor de 64.7% y la prevalencia de aislamiento social en adultos mayores sin dependencia funcional es mayor de 33.8%.

Ho. La prevalencia de estrés en adultos mayores con dependencia funcional es igual o menor de 66.7% y la prevalencia de estrés en adultos mayores sin dependencia funcional es igual o menor de 55%.

Ha. La prevalencia de estrés en adultos mayores con dependencia funcional es mayor de 66.7% y la prevalencia de estrés en adultos mayores sin dependencia funcional es mayor de 55%.

Ho. La prevalencia de estrés en adultos mayores con aislamiento social es igual o menor de 60% y la prevalencia de estrés en adultos mayores sin aislamiento social es igual o menor de 40%.

Ha. La prevalencia de estrés en adultos mayores con aislamiento social es mayor de 60% y la prevalencia de estrés en adultos mayores sin aislamiento social mayor de 40%.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el aislamiento social y estrés con la dependencia funcional en el adulto mayor.

IV.2 Objetivo específico

Determinar la asociación del aislamiento social y la dependencia funcional.

Determinar la asociación de estrés y dependencia funcional.

Determinar la asociación de aislamiento social y estrés.

V. Material y métodos

V.1 Tipo de investigación

Transversal analítico, comparativo.

V.2 Población o unidad de análisis

Adultos mayores de 60 años que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.6, San Juan del Rio Querétaro del IMSS. Con dependencia y sin dependencia funcional.

V.3 Muestra y tipo de muestra

Se utilizó la fórmula para estudios de dos poblaciones de proporciones.

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (P_1q_1 + P_0q_0)}{(P_1 - P_0)^2}$$

Donde:

Z α Nivel de confianza: 95% con una zona de rechazo=1.64

Z β Poder de la prueba: 80%=0.842

p 1 Prevalencia del fenómeno en el grupo 1=0.667

q 1 $1 - p_1 = 0.333$

p 0 Prevalencia del fenómeno en el grupo 2 =0.55

q 0 $1 - p_0 = 0.45$

n= 211 por grupo. (Total 422)

Se utilizó técnica muestral no aleatoria. Muestreo por cuota.

V.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que participaron en el estudio, con previa autorización bajo consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Adultos mayores con amaurosis
- Adultos mayores con secuelas de evento vascular cerebral
- Adultos mayores con demencia
- Adultos mayores con antecedente de amputación de alguna extremidad.
- Adultos mayores con discapacidad visual, auditiva o motriz.
- Adultos mayores con dependencia funcional total y severa.

Criterios de eliminación

- Instrumento de recolección incompleto
- Adultos mayores que abandonaron el estudio

V.3.2 Variables estudiadas

Se analizaron variables sociodemográficas (edad, escolaridad, religión, estado civil, ocupación, zona geográfica de residencia, nivel socioeconómico), variables familiares (número de hijos), variables clínicas (comorbilidades, antecedente de cirugía, antecedentes de hospitalización en el último año, tabaquismo, alcoholismo), variables principales (dependencia funcional, estrés, aislamiento social).

V.4 Procedimientos

El procedimiento para la recolección de la información se inició después de la autorización del comité local de ética e investigación y la aprobación de las autoridades correspondientes de la UMF 6 de San Juan del Río para la realización de la investigación.

Se acudió a la sala de espera de la UMF 06 y se seleccionó a los usuarios que participaron en el estudio:

- Se realizó la explicación del proyecto de la investigación y posterior a la aceptación del participante se procedió a la firma del consentimiento informado.
- Se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos.
- Se realizó la aplicación del instrumento Índice de Barthel
- Se realizó la aplicación de la Escala de estrés percibido
- Se realizó la aplicación de Escala de ESTE II de aislamiento social.

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos para el análisis estadístico. Se utilizó el programa SPSS.

V.4.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico incluyó promedios, porcentajes, intervalos de confianza, desviación estándar, prueba de anova, prueba de Bonferroni, prueba de χ^2 , razón de momios e intervalo de confianza para razón de momios.

V.4.2 Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 17 CI 22014021. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2023-2201-050.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado, ya que la información se obtuvo directamente de las pacientes que aceptaron participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos. Estos datos se registraron en el instrumento de recolección de datos. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2013)

De acuerdo a los aspectos éticos en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud este estudio hace prevalecer el respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de las personas participantes, esta investigación es clasificada como riesgo leve de acuerdo al artículo 17 de la ley general de salud. (Ley general de salud, 2023)

VI. Resultados y Discusión

Se estudiaron 410 pacientes. Un grupo de dependencia funcional moderada de 130 pacientes, un grupo de dependencia funcional leve de 69 pacientes y un grupo de 211 pacientes con independencia.

En los tres grupos analizados predominó el sexo femenino, en el grupo independiente con 65.9%, en el grupo con dependencia leve con 63.8% y en el grupo con dependencia moderada con 60.0% ($p=0.548$). En el primer grupo predominó el estado civil casado con 64.0%, en el segundo grupo 72.5% y en el tercer grupo 54.6%, valores estadísticamente diferentes ($p=0.011$). En el cuadro 1 se presenta el resto de la información sociodemográfica por grupo.

Cuadro 1. Comparación de las variables sociodemográficas con el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.					n=410
Característica	Independiente (n= 211)	Dependencia Leve (n=69)	Dependencia moderada (n=130)	Chi²	p
Sexo					
Mujer	65.9	63.8	60.0	1.20	0.548
Hombre	34.1	36.2	40.0		
Escolaridad					
Sin escolaridad	10.4	11.6	19.2	13.80	0.182
Sabe leer y escribir	7.6	13.0	11.5		
Primaria	47.4	39.1	44.6		
Secundaria	15.6	21.7	11.5		
Preparatoria	9.0	4.3	5.4		
Licenciatura	10.0	10.1	7.7		
Estado Civil					
Soltero	7.6	4.3	3.8	19.87	0.011
Casado	64.0	72.5	54.6		

Divorciado	1.9	5.8	0.8		
Unión libre	0.5	0.0	0.8		
Viudo	26.1	17.4	40.0		
Religión					
Católica	94.3	92.8	95.4	0.59	0.743
Otra	5.7	7.2	4.6		
Ocupación					
Hogar	54.5	60.9	56.2		
Empleado	12.8	5.8	9.2		
Obrero	9.0	7.2	5.4	10.34	0.242
Comerciante	3.3	4.3	6.9		
Estudiante	0.5	0.0	0.0		
Pensionado	19.9	21.7	22.3		
Residencia del paciente					
Rural	44.1	53.6	53.8	3.85	0.146
Urbana	55.9	46.4	46.2		
Número de hijos					
Ninguno	1.4	2.9	1.5		
1-2 Hijos	18.0	13.0	13.1	21.18	0.002
3-4 Hijos	38.4	24.6	20.0		
5 o más	42.2	59.4	65.4		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor”

Cuadro 2. Comparación del nivel socioeconómico con el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.				n=410	
Nivel socioeconómico	Independiente (n= 211)	Dependencia Leve (n=69)	Dependencia moderada (n=130)	Chi ²	p
A/B	10.4	7.2	9.2	9.91	0.624
C+	17.5	15.9	13.1		
C	17.1	21.7	17.7		
C-	16.6	10.1	12.3		
D+	17.5	21.7	17.7		
D	19.0	23.2	26.2		
E	1.9	0.0	3.8		

Fuente: Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor” Cuestionario AMAI 2018

La prevalencia de comorbilidades en los grupos analizados estadísticamente es semejante excepto para la dislipidemia y para la osteoporosis, en el caso de la dislipidemia la prevalencia en el grupo independiente es 4.3%, en dependencia leve 21.7% y en dependencia moderada 8.5% ($p=0.000$); en el caso de la osteoporosis la prevalencia en el primer grupo es 0.9%, en el segundo grupo 0.0% y en el tercer grupo 5.4% ($p=0.010$). En el cuadro 3 se presenta la prevalencia de comorbilidades, hábitos y antecedente de uso de servicios de salud por grupo.

Cuadro 3. Prevalencia de comorbilidades, hábitos y antecedentes de uso de servicios en el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.					n=410
Comorbilidad	Independiente (n= 211)	Dependencia Leve (n=69)	Dependencia moderada (n=130)	Chi²	p
Hipertensión arterial	64.5	69.6	75.4	4.49	0.105
Diabetes tipo 2	41.2	49.3	43.1	1.37	0.504
Dislipidemia	4.3	21.7	8.5	20.33	0.000
Enfermedad Tiroidea	5.2	4.3	3.8	0.35	0.837
Insuficiencia Renal	1.4	0.0	4.6	5.68	0.058
Cardiopatías	2.4	4.3	7.7	5.43	0.066
Cáncer	2.4	2.9	1.5	0.45	0.798
Osteoporosis	0.9	0.0	5.4	9.23	0.010
Artritis Reumatoide	0.9	2.9	0.8	1.96	0.375
Obesidad	33.2	46.4	41.5	4.82	0.089
Hábitos					
Tabaquismo	35.1	29.0	38.5	1.77	0.411
Alcoholismo	54.4	52.2	42.3	4.90	0.086
Antecedentes de uso de servicios					
Cirugías	71.6	73.9	78.5	1.99	0.368
Hospitalizaciones en el último año	9.5	13.0	15.4	2.76	0.252

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor”

Para la edad en el grupo con dependencia moderada (74.74 años) fue diferente al compararlo con el grupo independiente (69.45 años) y con el grupo con dependencia leve (69.45 años) ($p < 0.000$). En el cuadro 4 se presenta el resto de la información y el promedio de hijos en cada grupo.

Cuadro 4. Edad y número de hijos en el grupo independiente, dependencia leve y dependencia moderada en adultos mayores.					n=410
Parámetro	Independiente (n= 211)	Dependencia Leve (n=69)	Dependencia Moderada (n=130)	F	p
Edad					
Promedio	69.45	69.45	74.74		
Desviación estándar	6.69	6.08	7.94	25.13	0.000
Independiente	Dependencia Leve	Independiente	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Dependencia Moderada
1.000		0.000		0.000	
Número de Hijos					
Promedio	3.21	3.41	3.49		
Desviación estándar	0.785	0.828	0.780	5.34	0.005
Independiente	Dependencia Leve	Independiente	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Dependencia Moderada
0.240		0.005		1.000	

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor” / Escala de Barthel

Por cada 9.4 (IC 95%; 3.43-25.75) pacientes con dependencia leve que presentan estrés y aislamiento existe un paciente independiente que también presenta estrés y

aislamiento; en el primer grupo la prevalencia es 88.1% y en el segundo grupo la prevalencia es 44.0%. En el cuadro 5 se presenta el resto de la información.

Cuadro 5. Asociación entre estrés y aislamiento con dependencia leve en adultos mayores.						n=151	
Estrés y Aislamiento	Independiente (n= 109)	Dependencia Leve (n=42)	Chi 2	p	RM	IC 95%	
	Porcentaje					Inferior	Superior
No	56.0	11.9	23.91	0.000	9.40	3.43	25.75
Sí	44.0	88.1					

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor” / Escala de estrés percibido/Escala de Barthel

Por cada 28.91 (IC 95%; 9.91-84.31) pacientes con dependencia moderada que presentan estrés y aislamiento existe un paciente independiente que también presenta estrés y aislamiento; en el primer grupo la prevalencia de estrés y aislamiento es 95.8% y en el segundo grupo 44.0%. En el cuadro 6 se presenta el resto de la información.

Cuadro 6. Asociación entre estrés y aislamiento con dependencia moderada en adultos mayores.						n=204	
Estrés y Aislamiento	Independiente	Dependencia	Chi 2	p	RM	IC 95%	
	(n= 109)	Moderada				Inferior	Superior
		(n=95)					
	Porcentaje						
No	56.0	4.2	62.62	0.000	28.91	9.91	84.31
Sí	44.0	95.8					

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Aislamiento social y estrés asociado a la dependencia funcional en el adulto mayor” / Escala de estrés percibido/Escala de ESTE II

VI.1 Discusión

La dependencia funcional se relaciona con múltiples factores determinantes, entre más se presenten o se agreguen, mayor será el grado de dependencia. Se ha demostrado que una persona adulta mayor que vive en forma unipersonal tiende a presentar estrés, mientras que una persona estresada habitualmente se aísla. En este contexto, se consideró integrar las variables estrés y aislamiento social en el estudio, ya que el comportamiento clínico de la dependencia funcional no está sujeta a una sola causa. (Alonso, 2022)

De acuerdo a la variable sociodemográfica sexo, se demostró predominio del sexo femenino en los tres grupos de estudio. Resultados que coinciden con el censo poblacional INEGI 2021 donde se reporta predominio del sexo femenino en la población de adultos mayores. (INEGI 2021)

En relación a la edad, los grupos independiente y con dependencia funcional leve presentaron una media de 69.4 años, mientras que para el grupo con dependencia moderada la media fue de 77.4 años; se estableció una diferencia de ocho años entre dependencia funcional moderada, dependencia funcional leve e independencia, resultados compatibles a la literatura donde se describe que la edad está directamente relacionada a la pérdida de las capacidades funcionales durante el proceso de envejecimiento. (Alonso, 2022), (González, 2021)

Estudios han demostrado que los adultos mayores viudos presentan desventajas en comparación con los que viven en pareja, puesto que envejecer en compañía de otras personas resulta benéfico al propiciar mejores condiciones de vida y de red de apoyo, información que concuerda con la presente investigación ya que la dependencia funcional moderada en los adultos mayores viudos predominó. (Gallardo, 2023)

En relación al número de hijos prevalecieron los adultos mayores que tuvieron 5 o más hijos, sin embargo, no se estableció relación de estas variables con el estrés, aislamiento social y la funcionalidad. (Bierhals, 2023)

La religión no fue motivo de estrés, aislamiento o dependencia funcional, sin embargo, continúa siendo un elemento fundamental en el proceso de salud-enfermedad-atención, en ambos grupos la religión predominante fue la católica, esto concuerda con los resultados del censo poblacional INEGI 2021 donde la religión católica prevalece en la población mexicana. (INEGI 2021)

La literatura puntualiza que existe correlación entre el nivel educativo y la autonomía del adulto mayor, en la presente investigación predominó la escolaridad primaria y la ocupación hogar, sin embargo, no se demostró asociación estadísticamente significativa con la dependencia funcional. (Bierhals, 2023)

Estudios previos demuestran que la población urbana al contar con más servicios básicos, de atención a la salud y de comunicación, hacen a los adultos mayores más independientes. Sin embargo, el lugar de residencia no demostró significancia estadística en este estudio. (Gonzalez,2021)

Con base a la literatura se esperaba que las personas con nivel socioeconómico bajo presenten mayor dependencia funcional, debido a que la vulnerabilidad social entre las personas mayores se asocia con la pobreza, fragilidad, aislamiento, carencia de apoyo, soporte social, dependencia laboral y deterioro de la capacidad funcional. No obstante, en este estudio no se logró obtener diferencia estadística puesto que prevaleció el nivel socioeconómico D en los tres grupos. (Gonzalez,2021)

Como valor agregado se estudiaron variables de comorbilidades y hábitos como el alcoholismo y tabaquismo teniendo un comportamiento similar en los tres grupos de estudio, esto permitió la obtención de una muestra pareada lo cual fortalece el objetivo del estudio brindando mayor peso a las variables estrés y aislamiento social.

Se demostró asociación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional leve con la presencia de estrés y aislamiento social, condiciones que generan desventajas y limitaciones para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, lo cual resulta de gran utilidad para la detección temprana como un predictor de salud ya que estas variables influyen de manera negativa en el estado de físico y mental del adulto mayor. (Alonso, 2022)

La asociación entre el aislamiento social y estrés con la dependencia funcional moderada resulta más evidente ante la existencia de un mayor número de limitaciones, siendo un proceso progresivo que al vincularse a otras patologías condiciona un mayor deterioro en la funcionalidad, generando estrés y aislamiento social, lo que actúa como un feedback negativo ocasionando cada vez más pérdida de la autonomía y un mayor deterioro de las condiciones de vida. (González, 2023)

Identificar el estrés y aislamiento social como factores asociados a la dependencia funcional permite reconocer áreas de oportunidad para fortalecer y fomentar la educación e intervención dirigida a prevenir la dependencia en la población geriátrica o reducir su severidad, además de mejorar la atención de quienes ya presentan algún grado de dependencia funcional. (Pasaca, 2022).

VII. Conclusiones

Existe predominio del sexo femenino en relación con la dependencia funcional.

La edad está estrechamente relacionada con la funcionalidad en el adulto mayor, a mayor edad, mayor dependencia funcional.

La escolaridad, estado civil y el número de hijos no está relacionado con la dependencia funcional en los adultos mayores.

Con respecto a las comorbilidades; las de mayor predominio son diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, sin embargo, no hubo diferencia en relación con la funcionalidad del adulto mayor, no así con la dislipidemia y osteoporosis las cuales predominaron en los grupos con dependencia funcional.

El estrés y el aislamiento social son factores influyentes en la funcionalidad del adulto mayor.

Propuestas

Evaluación integral del paciente geriátrico con el fin de identificar los factores de riesgo para dependencia funcional y realizar acciones de prevención.

Realizar educación del paciente geriátrico y familiares para prevención de factores de riesgo para dependencia funcional.

Capacitación y actualización del personal de salud que brinda atención al paciente geriátrico.

Implementar estrategias para identificar el estrés y aislamiento social como prevención de la dependencia funcional y/o reducir su severidad.

Implementar instrumentos de evaluación para la dependencia e identificar los servicios de apoyo disponibles que permitan afrontar y vivir un envejecimiento exitoso.

VIII. Bibliografía

- Aceiro M. Torrecilla N. Moreno C. (2020) Estrategias de afrontamiento en adultos mayores. Memorias Jornadas de investigación y encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. 27(2), 8-12. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11563?locale=en>
- Alonso A. Barajas M. Ordoñez J. Ávila H. Silva J. Durán T. (2022). Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 56(1). 1-9. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cyjfFNKYGLC383SV6HfJFFD/?format=pdf&lang=es>
- Alonso A. Martínez A. Salgado L. Vázquez C. Ramos A. López M. (2023) Soledad y aislamiento en personas mayores de una población rural de Galicia. Revista Gerokomos. 34(4), 222-228. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/12/34-3-2023-222.pdf>
- Álvarez I. Velis L. Yela Y. Escobar K. (2019). Afrontamiento al estrés y autoestima de los adultos mayores. Revista UNIANDES de ciencias de la salud. 2 (1), 30-40. <http://45.238.216.13/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1241>
- Aray M. Mera R. Bergmann R. (2022) Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico “Futuro social”. Revista científica dominio de las ciencias. 8(3),2032-2056. <https://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>
- Arpasi O. Fernandes L. Mocarro M. Díaz M. Silva J. (2023) Estrés en las personas mayores en el contexto de la pandemia de COVID 19 y sus factores asociados. Revista cogitare enfermagem. 28(1), 1-13. <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.90806>
- Baracaldo H. Naranjo A. Medina V. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander,

Colombia). Revista Gerókomos. 30(4). 163-166.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163

Barreto A. Zurita U. Yanes P. (2021). Análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más. [Tesis previa a la obtención de grado de maestro en población y desarrollo, facultad latinoamericana de ciencias sociales].
<http://reporsitorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/14534>

Barrionuevo B. Amanda L. (2019) Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores. Revista facultad de ciencias médicas universidad Cuenca.37(2),13-12.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025005>

Bierhals C. Dal F. Low G. Day C. Santos N. Paskulin L. (2023) Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: Arandomized clinical trial. Revista layinoamericana de enfermagem. 31(1), 1-16. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5935.3657>

Castillo V. Cifuentes E. Órdenes D. Gatica J. (2023) Depresión y aislamiento social en personas mayores, análisis del rol de la participación tecnológica. Revista en psicología. 26(1), 77-96. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.24798>

Chalco G. Huayra R. (2022), Estrategias de afrontamiento del estrés relacionado a la soledad social en el adulto mayor en un albergue de sociedad de beneficencia Arequipa. [Tesis previa a la obtención de título profesional de Licenciatura en enfermería, Universidad católica de Santa María].
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12920/11673>

Comité de Ministros a Estados Miembros relativa a la dependencia, adoptada por Comité Ministros el 18 septiembre 1998. (s/f). Trastornosmentalesyjusticiapenal.es
<https://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.es/primer-proyecto-2015->

[2018/portfolio-item/recomendacion-comite-ministros-estados-miembros-relativa-dependencia](https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.34)

CONAPO. (2014). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. <http://docencia.uaeh.edu.mx/estudios-pertinencia/docs/demografica/2.pdf>

Echeverría A. Astorga P. Fernández C. Salgado M. Villalobos P. (2022) Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? Revista Panamericana de salud pública. 46(1),1-6. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.34>

Failache E. Katzkowicz N. Méndez F. Parada C. Querejeta M. (2022). Envejecimiento y cuidados: principales características para cinco países de América Latina. Caracas CAF. Retrieved. 1(03).2-36. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1878>

Fuentes A. Hoyos N. López S. Padilla M. (2021), Grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria de adultos mayores de una ips en el municipio de San Antero Córdoba. [Tesis previa a la obtención de título profesional de Licenciatura en enfermería, Facultad de ciencias de la salud]. <http://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4842>

Gallardo L. Sánchez E. Rodríguez V. García M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. Revista española de salud pública. 97(1).1-20. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/REVISIONES/RS97C_202301006.pdf

Gálvez J. Gutiérrez E. Xequé A. Runzer F. Parodi J. (2021). Dependencia funcional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Lima, Perú. Revista finlay. 11(3). 255-264. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300255

- Gayol M. Sánchez J. Conde Y. (2020). Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. RqR Enfermería comunitaria revista SEAPA. 8(1). 12-22. <https://ria.es/RIA/handle/123456789/12747?mode=full>
- González A. Mota E. Olguín C. Maya A. López B. Cano E. (2023). Nivel de Dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Revista de enfermería neurológica. 21(3). 270-277. <https://doi.org/10.51422/ren.v21i3.396>
- González M. Cafagna G. Hernández M. Ibarrarán P. Stampini M. (2021). Dependencia funcional y apoyo para personas mayores de México, 2001-2026. Rev Panam salud pública. 45(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.71>
- INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULM_AYOR_21.pdf
- Lara C. Medina J. Cotez L. Cortes D. Cervantes A. (2023). Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. Revista salud uninorte. 39(2). 601-616. <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.932.489>
- Ley General de Salud. (2023). Justia. <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-segundo/capitulo-i/>
- Ministerio de salud de Chile. (2023). Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores. <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/08/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf>
- Naranjo Y. (2020). Los adultos mayores vulnerables a la COVID-19. Revista Panorama. Cuba y salud. 16 (1). 115. https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1262/pdf_446

- Ordoñez B. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Revista peruana de ciencias de la salud*. 5(3),13-12. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pasaca F. Alexandra G. (2022), Deterioro cognitivo y factores asociados al grado de dependencia funcional en pacientes adultos mayores hospitalizados en el hospital III Goyeneche. [Tesis previa a la obtención de título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://reporsitorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/14534>
- Pérez B. Saucedo V. Yolanda K. Loza P. (2020). Efectos Secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias atendidas en el servicio de Planificación Familiar. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Licenciatura en Obstetricia]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1399/browse?value=Serrano+Alvarez%2C+Jacqueline+Paola&type=autor>
- Popoca M. Cinta D. (2020). Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2 (1), 30-40. <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=7593510>
- Ramírez J. Caballero J. (2023) Relación entre el aislamiento social la soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en México. *Estudios de Antropología Biológica*. 21(1), 89-113. <https://doi.org/10.22201/iaa.14055066p.2023.82847>
- Ricardo K. (2022), Nivel de estrés y su relación con el aislamiento social en los adultos mayores del barrio Gonzalo Chávez de la parroquia Anconcito. [Tesis previa a la obtención de título profesional de Licenciatura en enfermería, Universidad estatal Península de Santa Elena]. <http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8012>

Rodríguez B. Tejera J. (2020) Tratamiento del estrés en el adulto mayor. Revista Universidad y Sociedad. 12(3), 135-140.

https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s221836202020000300135&script=sci_abstract&tlng=en

Torres R. Vidanovic A. Cepeda D. (2021) Programa para prevenir y reducir el estrés en el adulto mayor. Revista científica FAREM-Estelí. 38(1), 4-17.

<https://www.lamjol.info/index.php/FAREM/article/view/11938>

IX. Anexos

IX.1 Carta de Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS 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:	Aislamiento social y estrés asociado a dependencia funcional del adulto mayor
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	UMF 6. San Juan del Rio, Querétaro
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio nos ayudará a conocer si una persona adulta mayor con estrés o que vive en condiciones de soledad, afecta para que le limite las actividades que realiza diariamente como bañarse, comer, caminar, etc.
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario para conocer algunos datos de usted como son; edad, religión, ocupación, escolaridad, si tiene hijos, donde vive, si tiene alguna enfermedad, si lo han operado de algo. Otro cuestionario para saber si usted está estresado y otro para saber si usted cuenta con apoyo de su familia, amigos, vecinos o vive solo (a). Estos cuestionarios los aplicaremos en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar, con un tiempo aproximado de 15 minutos. Estará con usted el personal a cargo del estudio para aclarar cualquier duda.
Posibles riesgos y molestias:	Es posible que considere el estudio como pérdida de tiempo, que genere tristeza o algún sentimiento debido a las preguntas del cuestionario. En caso de presentar algún contratiempo por favor notificarlo al investigador y se dará atención, en la consulta o en el servicio de urgencias de la unidad si usted así lo desea.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Posterior a la realización del estudio podremos saber si usted está estresado, si cuenta con apoyo familiar, de sus amigos, vecinos, y si esto le afecta para realizar sus actividades diarias, en caso de tener estos resultados, si usted así lo decide se le podrá brindar apoyo a través de Trabajo Social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted lo desea se le pueden explicar los resultados de los cuestionarios que se le van a aplicar. En caso de encontrar algún resultado que pudiera perjudicarlo se le notificará y si lo autoriza y lo desea se le enviará a Trabajo Social o Médico Familiar.
Participación o retiro:	Si desea no continuar con el cuestionario, por favor notificarlo al investigador, en cualquier momento se puede abandonar el estudio sin que esta decisión afecte la atención que reciben en la Unidad o cualquier otro lugar del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Es importante que sepa que en ningún momento se expondrán sus datos obtenidos, nombre o su número de seguridad social. Al cuestionario que se realice se le dará un número para identificarlo. Toda la información que se obtenga se usará solo para este proyecto de investigación y se utilizará solo por la persona que aplico el cuestionario (investigador).

En caso de colección de material biológico (si aplica): NA

☐ No autorizo que participe en el estudio.

	Si autorizo participar en el estudio.
--	---------------------------------------

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Permitirá conocer las características de usted si llegará a presentar alguna dificultad para realizar sus actividades cotidianas, así como si existe o no asociación con estrés y aislamiento social esto para conocer sus condiciones de salud y adoptar las medidas que pudiesen ayudar para mejorar, controlar y evitar tal situación y con ello mejorar su calidad de vida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador	Dra. Caery Yunuen González Martínez, Mat. 98234839, correo: caery_yunuen@hotmail.com , C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Querétaro.
Investigador Responsable e Investigador Asociado	Dra. Escorcia Reyes Verónica, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 6, San Juan del Río Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Hidalgo S/N. Tel. 4272720992, Correo electrónico: escorciar.vero@gmail.com Dr. Erasto Carballo Santander. Unidad de Medicina Familiar No.7, San Juan del Río, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tel 4422501821. Correo electrónico: erastocsantander@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al: 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 de 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-013

IX.3 Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

Actividades básicas de la Vida diaria

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
COMER	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el 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 (Valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
MICCIÓN (Valórese la semana previa)	Continencia normal o es capaz de cuidarse la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

- 1) 0-20 puntos – dependencia total
- 2) 21-60 puntos- dependencia severa
- 3) 61-90 puntos- dependencia moderada
- 4) 91-99 puntos- dependencia leve
- 5) 100 puntos-Independiente

XI.4 Escala de Estrés percibido

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems. Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menud o	Muy a menud o
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

1) Ausencia de estrés de 0-18 puntos

2) Nivel bajo de estrés percibido de 19-28 puntos

3) Nivel moderado de estrés percibido de 29-38 puntos

4) Nivel alto de estrés percibido de 39-56 puntos.

XI.5 Escala Este II de Soledad Social

4. La Escala Este II de Soledad Social.

La Escala Este II (Tabla 1) está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Tabla 1: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

8

- Bajo: 0-10 puntos
- Medio: 11-20 puntos
- Alto: 21-30 puntos

XI.6 Dictamen de autorización de protocolo de investigación. Comité local de Investigación y Ética en investigación en Salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H. GRAL. REGIONAL NUM. 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Viernes, 14 de abril de 2023

Dra. Verónica Escorcia Reyes

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Aislamiento social y estrés asociado a dependencia funcional en el adulto mayor** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-2201-050

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Luis Manuel Elías Ramírez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL