

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TÍTULO

**“ESTADO MENTAL Y PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE LA UMF 220, TOLUCA,
EN EL PERÍODO 2013”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
220 TOLUCA, EDO. DE MÉXICO.**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. LORENA DEL CARMEN MORGAN MORALES

DIRECTOR DE TESIS

E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN

REVISORES DE TESIS

M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

DR. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR DARME LA GRAN OPORTUNIDAD DE VIVIR Y POR LA FORTALEZA PARA CONTINUAR A PESAR DE LAS PEQUEÑAS DIFICULTADES.

A MI HIJO CARLOS ISAÍ POR SER LA LUZ DE MI VIDA, POR HABERME DADO LA MÁS GRANDE DICHA, POR SER SIEMPRE MI RAZÓN DE SEGUIR ADELANTE, POR ESTE TIEMPO DE PACIENCIA Y POR SU GRAN AMOR.

A MI PAPÁ Y MAMÁ POR SU APOYO INCONDICIONAL, PORQUE HICIERON POSIBLE EL LOGRO DE ESTA META.

A MIS PADRES DE CRIANZA A QUIENES AGRADEZCO EL HABERME INCULCADO LOS VALORES DEL AMOR, RESPETO Y POR SUS ORACIONES.

A MIS HERMANOS A LOS QUE ADORO Y SON MI GRAN ORGULLO.

A MI ABUELA QUE SIEMPRE FUE UN EJEMPLO DE PERSEVERANCIA Y ME HA ACOMPAÑADO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES.

A MIS VERDADEROS AMIGOS QUE ME HAN APOYADO EN ESTE CAMINAR Y SIEMPRE ESTUVIERON A MI LADO.

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACIÓN POR EL APOYO QUE ME BRINDARON Y POR HABER SIDO PARTE DE MI VIDA EN ESTOS TRES AÑOS.

A MIS PROFESORES QUE CON SUS ENSEÑANZAS ME HAN PREPARADO PARA LOS RETOS A SEGUIR.

MUCHAS GRACIAS A TODOS POR HABERME AYUDADO EN LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO.

XQUIXHE'PE LÁTU'

TÍTULO

“ESTADO MENTAL Y PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE LA UMF 220 TOLUCA, EN EL PERÍODO 2013”.

ÍNDICE	PÁG.
I.-MARCO TEÓRICO.	1
I.1.-Estado Mental.	1
I.2.-Percepción del adulto mayor de sus relaciones familiares.	6
I.3.-Adulto mayor.	7
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
II.1.-Argumentación.	10
II.2.-Pregunta de investigación.	11
III.-JUSTIFICACIÓN.	12
III.1.-Académica.	12
III.2.-Familiar.	12
III.3.-Social.	12
III.4.-Económica.	12
IV.-HIPÓTESIS.	13
IV.1.-Elementos de la hipótesis.	13
IV.1.1.-Unidades de observación.	13
IV.1.2.-Variables.	13
IV.1.2.1.-Dependiente.	13
IV.1.2.2.-Independiente.	13
V.-OBJETIVOS.	14
V.1.-General.	14
V.2.-Específicos.	14
VI.-MÉTODO.	15
VI.1.-Tipo de estudio.	15
VI.2.-Diseño del estudio.	15
VI.3.-Operacionalización de variables.	16
VI.4.-Universo de trabajo.	18
VI.4.1.-Criterios de inclusión.	19
VI.4.2.-Criterios de exclusión.	19
VI.4.3.-Criterios de eliminación.	19

VI.5.-INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.	20
MMSE MODIFICADO	20
VI.5.1.1.-Descripción.	20
VI.5.1.2.-Validación.	20
VI.5.1.3.-Aplicación.	21
TEST DE PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ...	21
ADULTO MAYOR	
VI.5.2.1.-Descripción.	21
VI.5.2.2.-Validación.	22
VI.5.2-3.-Aplicación.	23
VI.6.-DESARROLLO DEL PROYECTO.	24
VI.7.-Límite de espacio.	24
VI.8.-Límite de tiempo.	24
VI.9.-Diseño de análisis.	24
VII.-IMPLICACIONES ÉTICAS.	25
VIII.-RESULTADOS.	26
IX.-CUADROS Y GRÁFICAS.	28
X.-DISCUSIÓN.	39
XI.-CONCLUSIÓN.	41
XII.-SUGERENCIAS.	42
XIII.-BIBLIOGRAFÍA.	43
XIV.-ANEXOS.	45

I.-MARCO TEÓRICO

I.1.-ESTADO MENTAL DEL ADULTO MAYOR

Según el Manual de Neurología y Neurocirugía 2009, el Estado Mental es parte de la valoración neurológica que incluye: nivel de consciencia, funciones superiores (lenguaje, praxias, gnosia), pares craneales, campo visual, función motora, función sensitiva, coordinación, estática y marcha.

El estado mental es parte de la Salud mental que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (2)

Más de un 20% de las personas que pasan de los sesenta años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. (3)

En México se carece de información en cuanto a la salud mental. En la actualidad se cuenta con un estudio epidemiológico a nivel comunitario en donde reporta que el deterioro cognoscitivo tiene una prevalencia de un 12% en los adultos mayores de 65 años. (4)

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, agnosia, etc.). El más común es la pérdida de la memoria. Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso hacer el diagnóstico de demencia.

Las funciones mentales superiores en el adulto mayor pueden ser afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para un tratamiento oportuno.

El diagnóstico de trastorno cognoscitivo y demencia realizada por los médicos generales tiene una sensibilidad baja (11 a 12%), por lo que se recomienda aplicar un instrumento para su identificación sistemática. Las pruebas de escrutinio para valoración de deterioro cognoscitivo aunada a una valoración integral con una historia clínica completa, son la prueba angular del diagnóstico.

El mínimo examen del estado mental (MMSE) es útil como instrumento de detección del deterioro cognoscitivo. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e

identifica el nivel cognoscitivo del adulto mayor y si existe un grado de demencia.
(5)

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico puedan presentarse cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación, la agilidad mental a medida que envejecen. No obstante la cultura, la educación, la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar y reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental, como lo son:

- A).- Vivir con una enfermedad crónica degenerativo que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- B).- La pérdida de la pareja, de un amigo o de algún miembro de la familia.
- C).- Aislamiento y soledad.
- D).- Un escaso ingreso económico.
- E).- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas. También pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretados como parte del envejecimiento.

El adulto mayor enfrenta el envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación, sintiéndose como alguien que no vale mucho para los demás, aún en la familia. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones el adulto mayor se encuentra sin herramientas que le permitan su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además siente que no es valorado.

Por otra parte encontramos adultos mayores que son intelectuales y permanecen mentalmente activos, son capaces de llevar su vejez con más serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido.

En la medida de lo posible el adulto mayor debe permanecer en su medio físico, familiar y social en el que ha desarrollado su vida; debe respetarse su forma personal de relación con los lugares, objetos y personas que han configurado su existencia, todo ello favorece su estado mental.

Existen factores de riesgo para la salud mental del adulto mayor:

Factores sociales, demográficos, psicológicos, biológicos, la pobreza, el aislamiento social, la pérdida de la independencia, la soledad, las pérdidas de diferentes tipos, la enfermedad física, la discapacidad, el dolor crónico, el maltrato de cualquier tipo afectan a la salud mental y a la salud en general.

Algunas patologías son propias de esta etapa de la vida (trastornos cognoscitivos, trastorno afectivos, en especial depresión, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.), los hacen más vulnerables a la patología mental. (6)

TRASTORNOS DEL ESTADO MENTAL MÁS FRECUENTES.

DEMENCIA SENIL.

La demencia senil es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebro-vasculares.

Aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

En el mundo entero hay unos 35,6 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de casos nuevos.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero, tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

Es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, más allá de lo que pudiera considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se afecta. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS.

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen: tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo, desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia esta etapa, los signos y los síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas, se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultad para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal y sufren cambios de comportamiento, por ejemplo dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen una creciente desubicación en el tiempo, espacio; dificultades para reconocer a familiares y amigos, una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal, dificultades para caminar, alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Si existen, en cambio numerosas intervenciones que se puedan ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia a sus cuidadores y familias. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son: un diagnóstico precoz, optimizar la salud física, la cognición, la actividad, el bienestar, identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes; detectar y tratar los síntomas psicológicos y conductuales, al igual que proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores. (7)

ALZHEIMER

Demencia más frecuente en la población adulta mayor se presenta en un 50 a 60%. Se calcula que en el mundo hay 22 millones de personas que la sufren. La etiología de la enfermedad es desconocida.

En función de la aparición de la edad de los síntomas se clasifica en:

Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, si comienza antes de los 65 años y de inicio tardío si es después de los 65 años

En un 10% de los casos la enfermedad es hereditaria con una transmisión autonómica dominante.

Factores de riesgo:

Presión arterial alta por mucho tiempo

Antecedente de traumatismo craneal.

Más frecuente en mujeres.

El diagnóstico se debe tener una evaluación física, psiquiátrica y neurológica completa.

El pronóstico es desalentador en la mayoría de las veces, ya que la enfermedad progresa. Es común que se presente incapacidad total y son característicos los cambios degenerativos en el cerebro demostrables tanto como por anatomía patológica como tomografía computarizada. (8)

ENFERMEDADES QUE SE ACOMPAÑAN DE DETERIORO DEL ESTADO MENTAL.

Existen algunas enfermedades que se acompañan de deterioro del estado mental: la Enfermedad de Parkinson y el Trastorno delirante.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es la segunda causa más frecuente de demencia en el adulto mayor después de la enfermedad de Alzheimer. Afecta de 1 a 3% de la población mayor de 60 años.

Su etiología es compleja, se incluyen factores genéticos y ambientales. Se cree que la gran mayoría se debe a causas multifactoriales

Clínicamente se caracteriza por temblor en reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural, hasta un 60% de los pacientes presentan síntomas adicionales que consisten en alteraciones autonómicas, sensoriales y dificultades cognitivas y demencia. (9)

TRASTORNO DELIRANTE

Suele comenzar en la edad adulta temprana, factores ambientales y el tipo de personalidad favorecen su desarrollo.

Se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes sin que se produzca otra patología significativa.

Estas ideas delirantes deben persistir por lo menos un mes y no deben ser la consecuencia del consumo de algún tipo de sustancia o enfermedad médica se caracteriza por ser aguda y reversible.

El delirio es uno de los desordenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia así como por su implicancia pronóstica. Su prevalencia en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10 a 60%. Un estudio reciente reportó que el 40% de los pacientes con demencia presentaba delirio a su ingreso al hospital, mientras que del total de enfermos con delirio, solo el 25% tenía demencia.

La presencia de delirio en el adulto mayor es un síntoma y por lo tanto, obliga a buscar la enfermedad de base desencadenante.
Es muy importante hacer un diagnóstico precoz para un tratamiento adecuado.

Para este padecimiento influyen:

El envejecimiento.

Disminución de la visión o audición.

Enfermedad mental o física crónica persistente.

Reacciones adversas a drogas, relacionados a cambios orgánicos propios del envejecimiento.

Uso de alcohol y benzodiazepinas.

Susceptibilidad variable entre los diferentes individuos.

Factores ambientales.

Trauma o cirugía reciente, especialmente de cadera.

Insuficiencia renal o hepática.

Alteraciones electrolíticas.

Infecciones.

La valoración de todo paciente geriátrico debe ser integral realizando una historia clínica completa y detallada. Explorar los síntomas actuales en profundidad: humor, llanto, pérdida del apetito, peso, problemas de memoria, pérdida de interés por actividades habituales, desorientación temporal y espacial, alteración del lenguaje, confusión, agitación, agresividad, irritabilidad, delirios y alucinaciones, pérdida de energía, quejas físicas sin base orgánica. Conocer si es abrupta o gradual, prestar atención a la historia familiar y social. La exploración física con exploración neurológica, una evaluación psicológica: Test Mini Mental y exámenes complementarios. (9)

I.2.-PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE SUS RELACIONES FAMILIARES

Es la representación mental del mundo, se consigue a través de la capacidad de seleccionar; organizar e interpretar las sensaciones.

La percepción también es entendida como la interpretación secundaria de las sensaciones en base a la experiencia y recuerdos previos.

Con base a la Teoría Gestalt plantea la percepción como un proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estas sensoriales. Su teoría arraigada en la tradición filosófica de Kant consideró la percepción como un estado subjetivo a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. (10)

El principal sistema social del adulto mayor y el apoyo que recibe viene de su familia quien brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 años son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. (11)

En la sociedad actual la familia continúa siendo pieza fundamental para el establecimiento de reglas y organización de los grupos humanos, pero cuando en estas familias hay un adulto mayor, resulta un tanto difícil determinar si es la familia la única responsable de atenderlo.

En los últimos años se han presentado cambios en la sociedad de forma general que han afectado, de alguna manera, a la transformación del ciclo vital de la familia. Entre estos cambios se puede citar la incorporación de la mujer al mundo laboral. Como principal consecuencia, el cuidado del adulto mayor ha pasado de ser una dedicación familiar a un problema social.

La estructura familiar actual está reducida de tamaño y limitada en espacios vitales, donde el adulto mayor tradicional empieza a no tener cabida. Estos impactos en la familia han hecho que al igual que se deja a los hijos casi recién nacidos en guarderías infantiles, también se busque la opción de dejar al adulto mayor en residencias o al cuidado de personas remunerados para su atención.

Sin embargo actualmente del total de adultos mayores que necesitan ayuda un alto porcentaje la reciben de su familia y en todo caso podemos afirmar que sería ideal que éste viva con su familia y solo deberían ingresar en una residencia por razones de necesidad y no por el único deseo de liberarse del paciente.

Actualmente el problema familiar puede ser tal que cuando el adulto mayor presenta afectación de su capacidad cognitiva o tiene un grado de demencia y requiere un cuidador, esta tarea se asigne a un integrante del sexo femenino, que a su vez, se ve afectado por la ausencia de un apoyo psicosocial, económico, y de atención médica, que libere la carga al hacerse responsable.

Es conveniente que el familiar que colabore en el cuidado del adulto mayor esté pendiente de síntomas, fármacos que consume, hábitos alimenticios y toda información que en su momento resulte útil. Es importante también la comunicación y la confianza del adulto mayor con sus familiares. (12)

I.3.-ADULTO MAYOR

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática considera como Adultos mayores a la población de 60 años y más (INEGI 2005). (13)

La Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de demencia del 2009 lo define como la persona con edad cronológica mayor o igual a 60 años. (14)

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les llama grandes longevos.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta, un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores.

En el 2010 se registraron en el Estado de México 1,137,647 habitantes de 60 años a más lo que equivale al 7.4% de la población y se espera que para 2030 se aproximen a 3 millones de adultos mayores, con lo que abarcarían poco más del 16% de la población total de la Entidad (INEGI 2010).

La esperanza de vida es un indicador resumen del impacto de la mortalidad en una población y muestra la edad promedio de años que puede vivir una persona al nacer. La esperanza de vida en el Estado de México es de 73.6 años para los hombres y de 78.5 años para las mujeres. (15)

La disminución en la mortalidad en todas las edades, especialmente la infantil, el control o erradicación de algunas enfermedades transmisibles, así como el mejoramiento de las condiciones sociales han sido de terminantes para extender la vida humana. (16)

El envejecimiento según la OMS es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. (17)

Este envejecimiento junto con la transición epidemiológica se puede describir un proceso en el cual las características de salud y enfermedad de la sociedad se modifican en consecuencia a cambios de importancia sociocultural, demográfica, tecnológica, política y biológica.

Conjuntamente a esto se observa que los patrones de consumo y hábitos de vida de la población conllevan a una transformación en la exposición de riesgos asociados con las enfermedades crónicas, degenerativas y de lesiones, puede considerarse entonces como un fenómeno normal, inevitable y biológico resultado de la de la involución heterocrónica del paso del tiempo, pero de manera ordenada con cambios celulares y bioquímicos, morfológicos y psicológicos que se presentan en la raza humana, se pueden establecer diferentes tipos de envejecimiento entre los que sobresalen el individual y el poblacional.

En esta etapa es importante que el adulto mayor se sienta querido dentro del núcleo sin perder su dignidad individual, su respeto y sus necesidades personales. Hay que tener presente que el adulto mayor está listo para la comunicación y necesita del diálogo, por lo que los integrantes de la familia deben tener una gran sensibilidad para evitar que caiga en aislamiento, se sienta solo e inclusive olvidado. El adulto mayor, igual que cualquier otro integrante de la familia y de la sociedad, necesita ternura, sentirse amado y estimado por su entorno. Esta convivencia se debe dar de tal manera que no permita caer en extremos como es el caso del autoritarismo, en el cual se limiten las garantías de libertad y el adulto mayor solamente se dedique a cumplir órdenes para todo. Por otra parte el paternalismo oculto, donde el adulto no necesite de ningún esfuerzo y reciba todo.

La familia debe ser capaz de identificar cuando el adulto mayor cuente con sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, ya que; puede tener problemas de comprensión, orientación, elaboración de una respuesta coherente, pero estos déficits no tienen porque invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas. Es de esperarse que el proceso mismo del envejecimiento se acompañe de un deterioro de las capacidades físicas y mentales, mismo que se verá más afectado si se acompaña de una enfermedad degenerativa. Si estas deficiencias empiezan a duplicarse, merma su capacidad de autonomía y aumenta el grado de dependencia.

En relación con el maltrato a los adultos mayores en ocasiones puede resultar difícil encontrar informes, la causa más importante es la negación del incidente por parte del mismo, de la familia o inclusive de la sociedad. Se han descrito diferentes formas de maltrato: físico, psicológico, violación de derecho, abandono o negligencia.

La historia clínica en la consulta médica es fundamental para el inicio de la valoración del adulto mayor, pero en la mayoría de los casos la dificultad y laboriosidad del interrogatorio será mucho mayor.

La principal barrera está en los déficit sensoriales que con frecuencia presentan estos pacientes, tales como déficit auditivos, visuales, alteraciones de la comprensión dificultad de la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas, que en su momento, pueden dificultar la comunicación con el adulto mayor y, a su vez, estas limitaciones hacen, por lo general imprescindible, la colaboración de un familiar para completar la información.

II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1.-ARGUMENTACIÓN

La transición demográfica, epidemiológica y los avances en las ciencias médicas han provocado un aumento en la esperanza de vida, con disminución de la tasa de mortalidad, mismo hecho que ha modificado la distribución de la población por grupo de edad ocasionando que haya menos población de niños y jóvenes con incremento de la población adulta.

La esperanza de vida en el siglo XX no rebasaba los 50 años, hoy alcanzan los 75 años (CONAPO, 2000). De acuerdo a las proyecciones del año 2000, la vida media para el 2050 aumentará a 83.7 años, estos cambios y el aumento en la esperanza de vida hace que tengamos más población adulta mayor con una gran proporción de comorbilidades.

El envejecimiento poblacional se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónico degenerativas principalmente. Estas condiciones de salud representan un riesgo desconocido, en cuanto a la discapacidad que puede presentar la población que sobrevive hasta edades avanzadas y la respuesta de los sistemas de salud para enfrentar la carga asociada. La desprotección social en la que vive la población de adultos mayores es un factor determinante que repercute en la familia sobre la cual frecuentemente recae la responsabilidad del cuidado del adulto mayor.

La situación en México se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observa tanto en entornos rurales como urbanos.

La edad de los pacientes los hace susceptibles a una serie de complicaciones, sobre todo si presenta comorbilidades. Existen situaciones en las cuales estos pacientes se hacen dependientes a los familiares por las limitaciones físicas, fisiológicas y económicas que presentan, además de que en este grupo de edad es más frecuente el deterioro cognoscitivo.

Todo esto genera que los adultos mayores acudan periódicamente a la consulta médica en la que se tiene como prioridad la detección de enfermedades, evaluar el riesgo de problemas médicos futuros, ayudar a desarrollar un estilo de vida saludable, apoyar en el control de sus enfermedades, mantener una relación médico paciente adecuada, y en ocasiones no se logran estos objetivos, porque se ha percibido en la consulta de Medicina Familiar que muchos de ellos acuden solos, como consecuencia no hay una buena comprensión de las indicaciones que

se les otorgan en cuanto a cuidados generales, tratamiento de sus enfermedades y esto implica que no se logre mejorar su calidad de vida.

Por lo ya mencionado se considera importante conocer la percepción que tiene el adulto mayor de sus relaciones familiares y si presenta deterioro cognoscitivo, ya que la alteración en estos dos aspectos conlleva a una problemática de salud pública.

II.2.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES EL ESTADO MENTAL Y LA PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE LA UMF 220?

III.-JUSTIFICACIÓN

III.1.-ACADÉMICA

El realizar trabajos de investigación, representa una oportunidad para el tesista de adquirir experiencia en esta área, además de que es un medio, a través del cual se logra obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar. Se contribuye a sí mismo a abrir nuevas líneas de investigación acerca del adulto mayor.

III.2.- FAMILIAR

Los adultos mayores por su edad y por sus limitaciones físicas son considerados una población vulnerable, las alteraciones mentales son un importante factor de riesgo para el desarrollo de comorbilidades y complicaciones de sus padecimientos de base que por su misma edad lo condicionan a situaciones de dependencia en la familia. Es por ello que al poder conocer el estado mental y la percepción de las relaciones familiares de los adultos mayores, se podrá orientar a la familiar al apoyo del paciente para tener una mejor funcionalidad familiar, lograr entender el estado en el que se encuentra el paciente, y poder dar estrategias a la familia para mejorar la relaciones entre ambos e integrar al paciente en el ámbito familiar de manera adecuada, como consecuencia mejorar su calidad de vida.

III.3.-SOCIAL

Con el desarrollo de esta investigación, se pretende brindar educación para la salud a los familiares de adultos mayores con algún grado de demencia; de esta manera se contribuye a brindarles mayor apoyo en su vida diaria, así como en el tratamiento médico para mejorar apego a éste y evitar complicaciones de patologías que padezca, ya que muchos cursan con enfermedades crónico-degenerativas o presentan limitaciones funcionales propias de la edad. Es de vital importancia la implementación de un programa educativo para la promoción de la salud dirigido a los pacientes adultos mayores y para sus familiares, con el fin de promover la participación activa en la prevención de complicaciones y mejorar las relaciones entre ambos, lo que se vería reflejado en la calidad de vida del adulto mayor. Es importante también mejorar la red social de apoyo para aquellos en los cuales aún no disponen de un tratamiento eficaz.

III.4.-ECONÓMICA

Los adultos mayores que tienen algún grado de demencia o trastorno mental, hacen que las enfermedades de base del paciente sean más difícilmente de controlar. Por tal motivo el presente estudio nos permitirá identificar el estado mental para poder brindarles la atención necesaria, disminuyendo así complicaciones de sus enfermedades y evitar hospitalizaciones que incrementarían los costos no solo sociales, sino familiares y hospitalarios.

IV.-HIPÓTESIS

H1

LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE LA UMF 220 PRESENTAN UN ESTADO MENTAL CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y LA PERCEPCIÓN DE SUS RELACIONES FAMILIARES ES ARMÓNICA.

IV.1.-ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

IV.1.1.-UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Adultos mayores de 60 años de edad que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 220, Toluca, Estado de México.

IV.1.2.-VARIABLES

IV.1.2.1.-Dependiente

Percepción de las Relaciones familiares

IV.1.2.2.-Independiente

Estado mental

IV.1.3.-Elementos lógicos de la relación

El, con, a, la, en, y, sus, de, las, como, sin.

V.-OBJETIVOS

V.1.-GENERAL

Identificar el estado mental y percepción de las relaciones familiares del adulto mayor que acude a la consulta de la UMF 220, Toluca, en el período 2013.

V.2.-ESPECÍFICOS

1.-Conocer el género en la población de adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

2.-Identificar el grupo etario de la población de adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

3.-Identificar la escolaridad de los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

4.-Conocer el estado civil de los adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

5.-Distinguir la ocupación de los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

6.-Conocer el porcentaje de pacientes que acuden con y sin acompañante a la consulta de la UMF 220.

7.-Conocer el estado mental de los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de medicina familiar.

8.-Establecer el estado mental de los adultos mayores que acuden con acompañante y los que acuden sin acompañante.

9.-Conocer la percepción de las relaciones familiares del adulto mayor que acude a la consulta de medicina familiar.

10.-Integrar la percepción de las relaciones familiares de los adultos mayores que acuden a la consulta de medicina familiar con acompañante y sin acompañante.

11.-Identificar las patologías más frecuentes que padecen los adultos mayores que acuden a la consulta de la UMF 220.

VI.-MÉTODO

VI.1.-Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo.

VI.2.-Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 220, Toluca, Estado De México; en población derechohabiente que cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado.

VI.3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos hasta el momento del estudio agrupados en rangos.	Cuantitativa Intervalos	60-65 66-70 71-75 76-80 81 y más	4
ESTADO CIVIL	Situación determinada por sus relaciones de familia, matrimonio o del parentesco que establezca derechos y obligaciones.	Conocer si el paciente está casado, soltero, divorciado, viudo o en unión libre.	Cualitativa Nominal	Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Unión libre Viudo(a)	8
ESCOLARIDAD	Grados de educación cursados y aprobados por la población de 15 años y más.	Grado escolar hasta donde haya concluido el adulto mayor.	Cualitativa Nominal	Analfabeta Alfabeta	6
OCUPACIÓN	Tipo de trabajo, puesto u oficio que la población realiza.	Actividad que el adulto mayor desempeña hasta el momento del estudio.	Cualitativa Nominal	Labores del hogar Trabajador activo Desempleado Pensionado	7
GÉNERO	Se refiere a los roles socialmente construidos, los	Según las características asignadas por	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	5

	comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres. «Masculino» y «femenino».	la sociedad como masculino o femenino.			
ESTADO MENTAL	Condición general en el funcionamiento del estado cognitivo conductual.	Proceso mental que afecta al adulto mayor.	Cualitativa ordinal	Normal. Trastorno cognitivo. Deterioro o demencia.	1-28
PERCEPCIÓN DE RELACIONES FAMILIARES	Es la representación mental que se tiene con respecto al entorno familiar.	Es la interpretación secundaria de las sensaciones en base a la experiencia y recuerdos previos que el adulto mayor tiene con respecto a sus relaciones familiares.	Cualitativa Nominal	Relaciones familiares: Muy armónicas. Armónicas. Poco armónicas. Disarmónicas.	1-30.
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR	Enfermedades de larga evolución y por lo general de progresión lenta.	Comorbilidades que con mayor frecuencia presenta el adulto mayor al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	DIABETES MELLITUS. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. OTRAS PATOLOGÍAS.	9

VI.4.-UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo consta del total de 16,665 pacientes adultos mayores de 60 años que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca, Estado de México.

La muestra se obtuvo con una prueba estadística para población finita con un total de 200 pacientes.

VI.4.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.-Adultos mayores de 60 años que acudieron a la consulta de medicina familiar y que aceptaron participar en el estudio.
- 2.-Adultos mayores con o sin algún grado de escolaridad.
- 3.-Adultos mayores de género masculino y femenino.
- 4.-Adultos mayores con cualquier ocupación y estado civil.
- 5.-Adulto mayor que no vivía solo.

VI.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Adultos mayores de 60 años que acudieron a la consulta de medicina familiar y que no aceptaron participar en el estudio.
- 2.-Adultos mayores que tuvieron alguna secuela física que les impidió contestar el cuestionario.
- 3.-Adultos mayores que fueron diagnosticados con un trastorno psiquiátrico y/ o refirieron tratamiento previo para el mismo.

VI.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1.-Test que estuvieron incompletos

VI.5.-INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TEST BREVE DE FUNCIÓN COGNITIVA BÁSICA MMSE MODIFICADO PARA EVALUAR EL ESTADO MENTAL DEL ADULTO MAYOR.

VI.5.1.1.-Descripción.

El MMSE desarrollada por Folstein (1975) como un método práctico que permite establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Es un test de screening. Dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y evaluar el estado mental de una persona, es una de las más utilizadas, fue modificada en Chile en el 2004.

Se le denominó Mini porque se concentra sólo en aspectos cognitivos de la función mental excluyendo ánimo y conductas mentales anormales; mide 8 de los 11 principales aspectos del estado cognitivo: orientación, registro, memoria reciente, atención/concentración, lectoescritura, habilidad visual/espacial, comprensión y lenguaje, omitiendo abstracción, juicio y apariencia.

PUNTUACIÓN:

Normal: 23-24 puntos

Con trastorno cognitivo: 21 puntos

Con demencia: 13 puntos

VI.5.1.2.-Validación

En el 2004 se validó el MMSE modificado.

La validación del instrumento, fue acordado por los centros participantes y el Centro Coordinador OMS y aprobado por el programa de envejecimiento del mismo.

Se calculó la sensibilidad y especificidad para cada ítem del MMSE; los resultados se graficaron en curvas ROC (para cada uno de los países participantes) para determinar los puntos de corte de acuerdo al mejor balance entre sensibilidad y especificidad.

De acuerdo a la validación efectuada en Chile, el diagnóstico de deterioro cognitivo se efectúa cuando el sujeto tiene un puntaje de 21 en el MMSE. Los puntos de corte seleccionados tomaron en consideración la escolaridad de los entrevistados, factor muy importante si se considera que el nivel de analfabetismo en la población de adultos mayores es alta y que la educación es un factor de riesgo de demencia. (18,19).

VI.5.1.3.-Aplicación.

Ha sido aplicado en la Habana, Cuba según estudio realizado por el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" en el año 2004.

A nivel nacional se realizó un estudio de investigación en el área metropolitana de Monterrey en población mayor de 65 años en el 2008.

TEST DE PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR

VI.5.2.1.-Descripción

Las dimensiones o categorías del test fueron: límites, comunicación, desempeño de roles, sistema de apoyo, jerarquía y tolerancia. Para cada una de ellas se elaboraron ítems en las diferentes categorías y calificarlos de acuerdo a los principios de Moriyama, de acuerdo a la escala de mucho, poco, nada (Moriyama, 1968).

Son 30 ítems distribuidos por categorías de la siguiente forma:

Límites: 3,8,18

Comunicación: 2, 9, 14, 19, 24, 28, 29

Desempeño de Roles: 1, 4, 7, 10, 13, 20, 25, 17, 30

Sistema de apoyo: 11, 15, 21, 26

Jerarquía: 5, 16, 22

Tolerancia: 6, 12, 17

Posteriormente se elaboraron las normas de calificación del instrumento, para lo cual se confeccionó una escala Lickert de cinco categorías a las que se les asignó una puntuación entre 5 y 1 de la forma siguiente:

Casi siempre: 5 puntos

Muchas veces: 4 puntos

Algunas veces: 3 puntos

Pocas veces: 2 puntos

Casi nunca: 1 punto

De 146 a 150: relaciones familiares muy armónicas

De 140 a 145: relaciones familiares armónicas

De 129 a 139: relaciones familiares poco armónicas

De 30 a 128: relaciones familiares disarmónicas.

VI.5.2.2.-Validación.

La construcción de un instrumento para medir la percepción de las relaciones familiares del adulto mayor, se realizó en la Ciudad de La Habana durante los meses de febrero a junio de 1996.

Una vez confeccionado el instrumento definitivo se midió su confiabilidad total referente a la estabilidad en el tiempo, mediante el método de test-retest, se calculó el coeficiente de confiabilidad (rtt) considerándose confiable el instrumento si $rtt > 0.80$. Se analizaron nuevamente los coeficientes de corrección ítem-total y los coeficientes de consistencia interna (Alpha de Cronbach), para determinar la homogeneidad de los ítems del instrumento definitivo, tomándose como criterio de alta consistencia interna los mismos valores que en la construcción del instrumento.

Se tomó como criterio de referencia el test "Apgar Familiar" (Smilkstein, 1978), el cual mide funcionamiento familiar a partir de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar.

Validez de construcción

Se realizó a través del análisis de Componentes Principales (ACP), método que se incluye dentro de los empleados en la llamada validez factorial.

Se utilizó un índice basado en los coeficientes de correlación parciales entre pares de variables (índice de Kaiser-Meyer-Olkin) de adecuación de la muestra. Finalmente se probó el ajuste del Modelo mediante la prueba de especificidad Bartlett.

Para cada una de las categorías seleccionadas se confeccionaron ítems quedando conformado un instrumento inicial de 38 ítems, procediéndose a la selección de los mejores.

El 97% de los ítems obtuvo calificaciones superiores al 70% en los cinco principios de Moriyama siendo los ítems mejor evaluados, es decir que obtuvieron un 100% de respuestas en la categoría de muchos.

Confiabilidad Intraítems:

Todos los ítems del instrumento resultaron confiables pues presentaron una probabilidad de 0,00 (menor que 0,05).

Validación del instrumento.

Confiabilidad y consistencia interna.

Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,80. El coeficiente de consistencia interna total fue de 0,90. Los coeficientes de consistencia interna (Alpha de Cronbach) más altos fueron los correspondientes a las dimensiones: Comunicación, Desempeño de Roles y Sistema de Apoyo.

El instrumento creado presenta una alta validez de contenido, de criterio y de construcción, lo cual indica que mide exactamente lo que pretende.

Las dimensiones Comunicación, Sistema de apoyo y Desempeño de Roles son las de mayor peso dentro del instrumento para medir la percepción de las relaciones familiares del adulto mayor. (20,21).

VI.5.2.3.-Aplicación.

Instrumento que ha sido aplicado en La Habana en el área de salud policlínico "Isidro de Armas Rodríguez" en el año 2001, fue aplicado también en un estudio de Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores, realizado en Chile en el 2007.

VI.6.-DESARROLLO DEL PROYECTO

Una vez aprobado el estudio por el comité local de investigación del Hospital General Regional No.220 Toluca, Estado de México, se procedió a la recolección de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les hizo la invitación para participar, se otorgó consentimiento informado a los que aceptaron, se les aplicó Test breve de función cognitiva básica modificado, y Test de percepción de las relaciones familiares del adulto mayor. Una vez obtenido los datos se realizó un análisis estadístico, interpretación y descripción de los resultados.

VI.7.-LÍMITE DE ESPACIO

El presente estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social No 220, Toluca Estado de México, en el aula 3 de Medicina Preventiva.

VI.8.-LÍMITE DE TIEMPO

El estudio se realizó en el año 2013, turno matutino y vespertino.

VI.9.-DISEÑO DE ANÁLISIS

Una vez obtenidos los datos se realizó una base de los mismos, y se procedió al análisis estadístico utilizando medidas de tendencia central para frecuencia y porcentaje.

Se llevó a cabo el procesamiento por métodos computarizados utilizando el programa SPSS-Versión 20 y se representó en cuadros y gráficas.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo cumpliendo con los criterios del informe de Belmont, en donde se establecen los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica, al igual que fue evaluado por el comité local de investigación y ética en salud del Hospital General Regional No. 220.

El informe Belmont consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación de tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación de estos principios, particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen seres humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

1. Respeto a las personas: Incorpora dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de reconocer a aquellos con autonomía disminuida.

2. Beneficencia: El concepto de trata a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. En el sentido de obligación, se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño e incrementar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

3. Justicia: El concepto de justicia enfocado al informe de Belmont, hace referencia de quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad. Los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación debe ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales, están siendo seleccionadas, sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema en estudio.

Y basándose en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se realizó el presente estudio con las normas dispuestas en el Título quinto, capítulo único, la cual se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial con principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos, con su modificación en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

VIII.-RESULTADOS.

De los 200 pacientes estudiados se obtuvieron los siguientes resultados:

De acuerdo al género se encontró el femenino en un 59% (118) y el masculino 41% (82). (Cuadro 1, Gráfico 1).

En cuanto al grupo etario se encontró que los adultos mayores que acuden de 60 a 65 años fueron 29% (58), de 66 a 70 años 21% (42), de 71 a 75 años 18% (36), 76 a 80 años 13 % (26), 81 años y más 19% (38). (Cuadro 2, Gráfico 2).

De acuerdo a la escolaridad del adulto mayor se encontró que son alfabetas un 72% (144) con diversos grados de escolaridad: primaria, secundaria, preparatoria, técnico, profesionista; y 28% pacientes analfabetas (56). (Cuadro3, Gráfico 3).

Se encontró que el estado civil del adulto mayor son casados(a) en un 42% (84), unión libre 26% (52), viudo(a) 13% (26), divorciado(a) 11% (22), soltero(a) 8% (16). (Cuadro 4, Gráfico 4).

Se encontró que la ocupación del adulto mayor es el hogar un 44% (88), pensionados en un 32% (64), trabajador activo 13% (26), desempleados 11% (22). (Cuadro 5, Gráfico 5).

Se encontró que los adultos mayores que acuden con acompañante fueron 71% (142) y sin acompañante 29% (58). (Cuadro 6, Gráfico 6).

De acuerdo al estado mental normal en un 47% (94), trastorno cognitivo 37% (74), y con deterioro o demencia 16% (32). (Cuadro 7, Gráfico 7).

Se encontró que los adultos mayores que acuden con acompañante tienen un estado mental normal en un 22% (45), trastorno cognitivo 36% (72), con deterioro 13% (26), y los adultos mayores que acuden sin acompañante presentan un estado mental normal en un 18% (36), trastorno cognitivo 9% (18) y deterioro o demencia 2% (4). (Cuadro 8, Gráfica 8).

Se encontró que la percepción de las relaciones familiares del adulto mayor son armónicas en un 39% (78), muy armónicas 23% (46), poco armónicas 22.5% (45) y disarmónicas 15.5% (31). (Cuadro 9, Gráfico 9).

Con respecto a la percepción de las relaciones familiares del adulto mayor que acude con acompañante son armónicas en un 24% (48), muy armónicas 19% (38), poco armónicas 16% (32), y disarmónicas 12% (24), y los que acuden sin

acompañante las perciben como poco armónicas 14% (28), armónicas 8% (16), muy armónicas 4% (8), y disarmónicas 3% (6). (Cuadro 10, Gráfico 10).

Se encontró de las patologías más frecuentes la Hipertensión arterial en un 41%, (82), Diabetes mellitus 31.5% (63), y otras patologías en un 27.5% (55). (Cuadro 11, Gráfico 11).

IX.- CUADROS Y GRÁFICAS

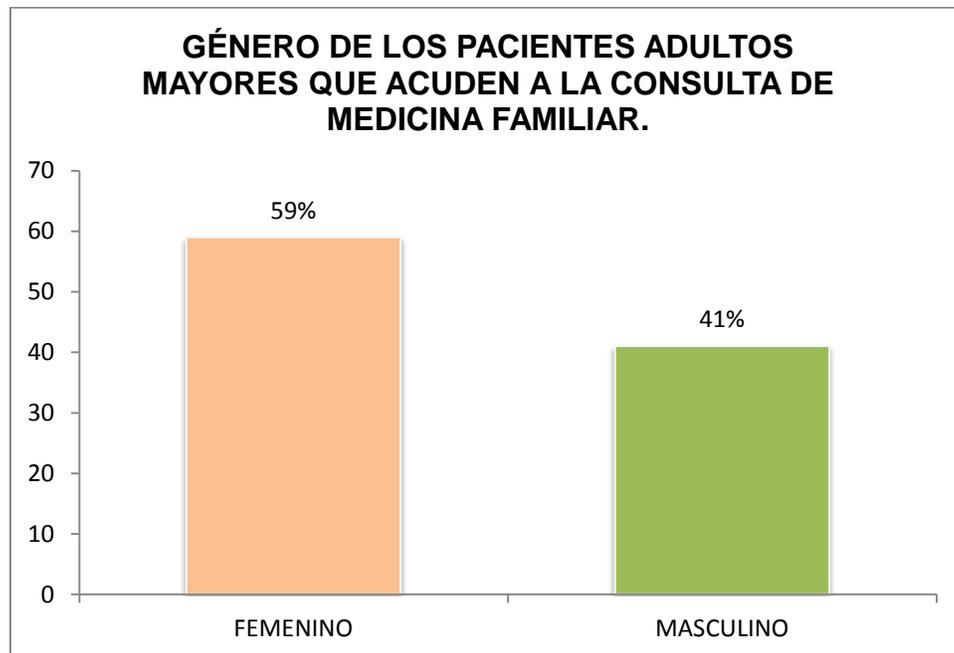
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDE A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR 220.

CUADRO 1.- GÉNERO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	118	59%
MASCULINO	82	41%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 1.



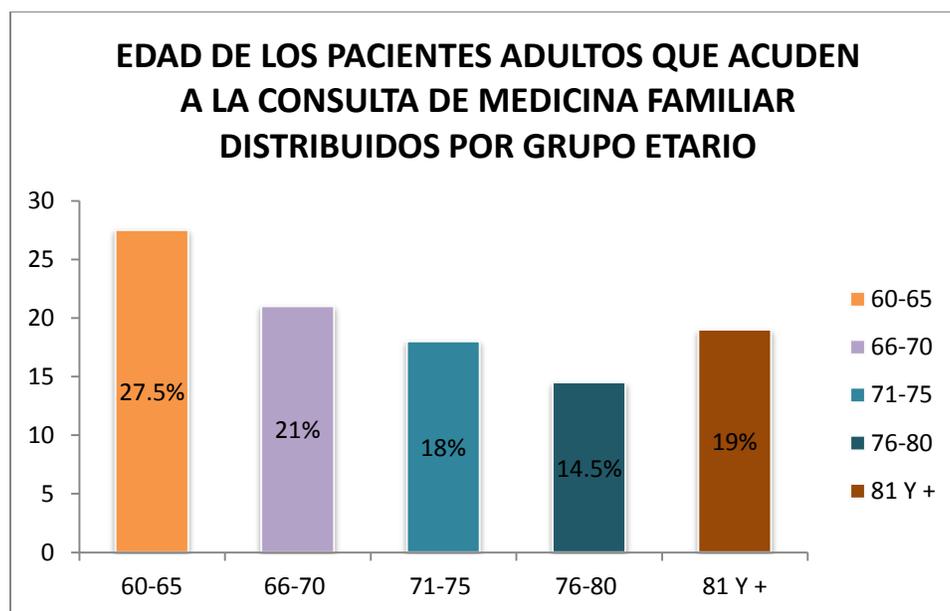
FUENTE: CUADRO 1.

CUADRO 2. EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DISTRIBUIDOS POR GRUPO ETARIO.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-65	58	29%
66-70	42	21%
71-75	36	18%
76-80	26	13%
81 Y +	38	19%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 2.



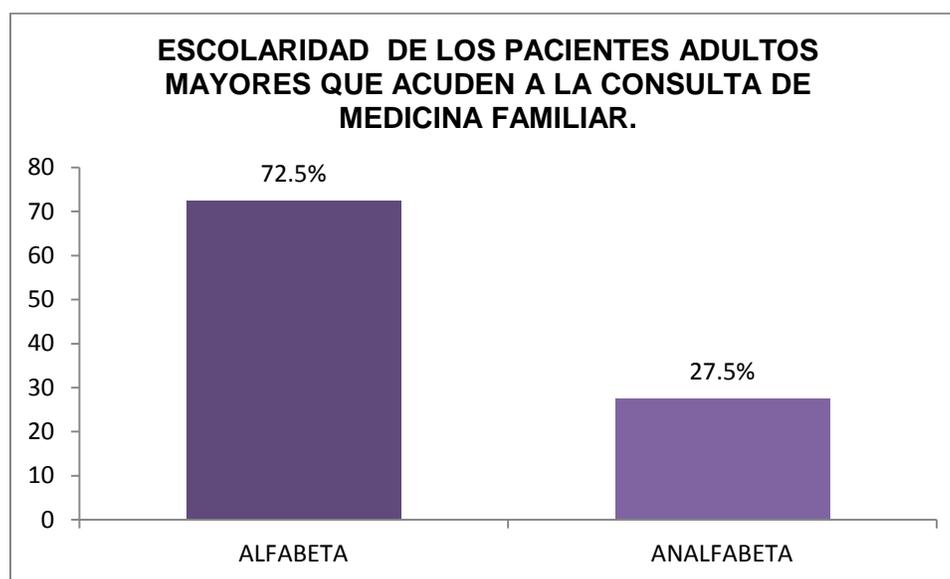
FUENTE: CUADRO 2.

CUADRO 3. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALFABETA	144	72%
ANALFABETA	56	28%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 3.



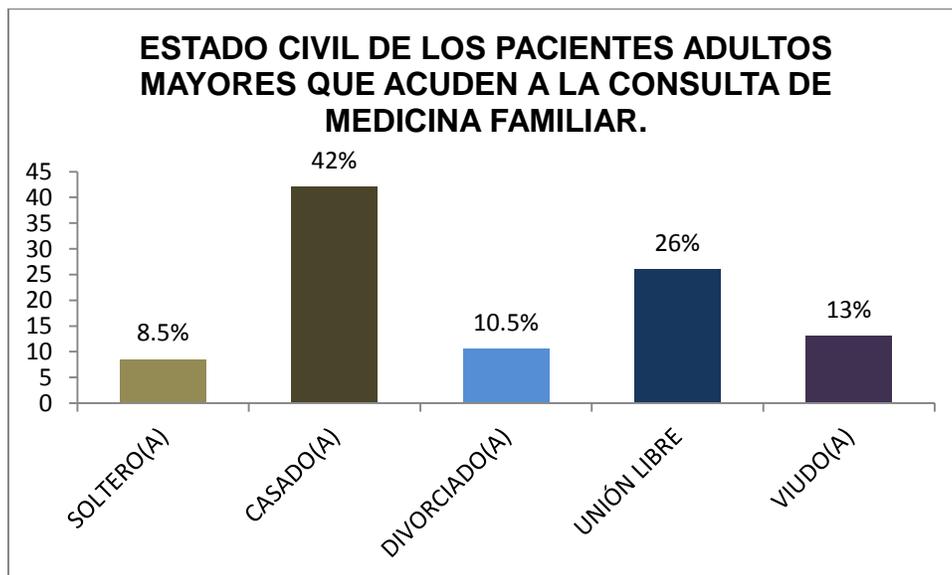
FUENTE: CUADRO 3.

CUADRO 4. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO(A)	16	8%
CASADO(A)	84	42%
DIVORCIADO(A)	22	11%
UNIÓN LIBRE	52	26%
VIUDO(A)	26	13%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 4.



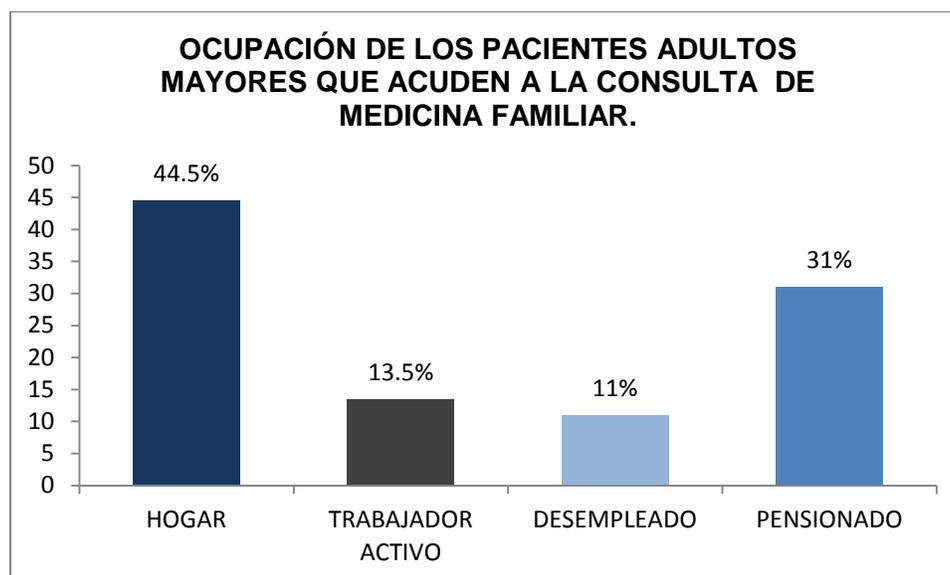
FUENTE: CUADRO 4.

CUADRO 5. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	88	44%
TRABAJADOR ACTIVO	26	13%
DESEMPLEADO	22	11%
PENSIONADO	64	32%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 5.



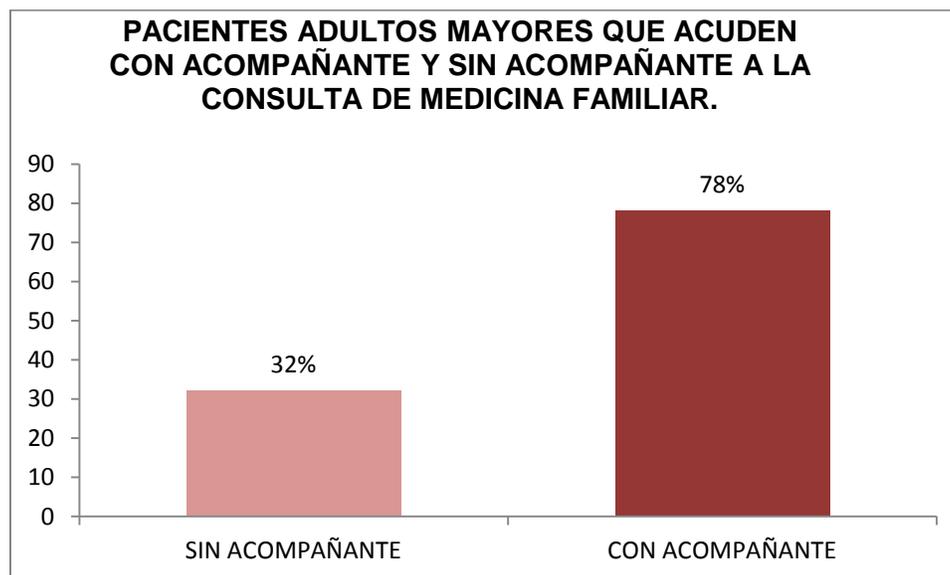
FUENTE: CUADRO 5.

6.-PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN CON Y SIN ACOMPAÑANTE A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ACOMPAÑANTE	142	71%
SIN ACOMPAÑANTE	58	29%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 6.-



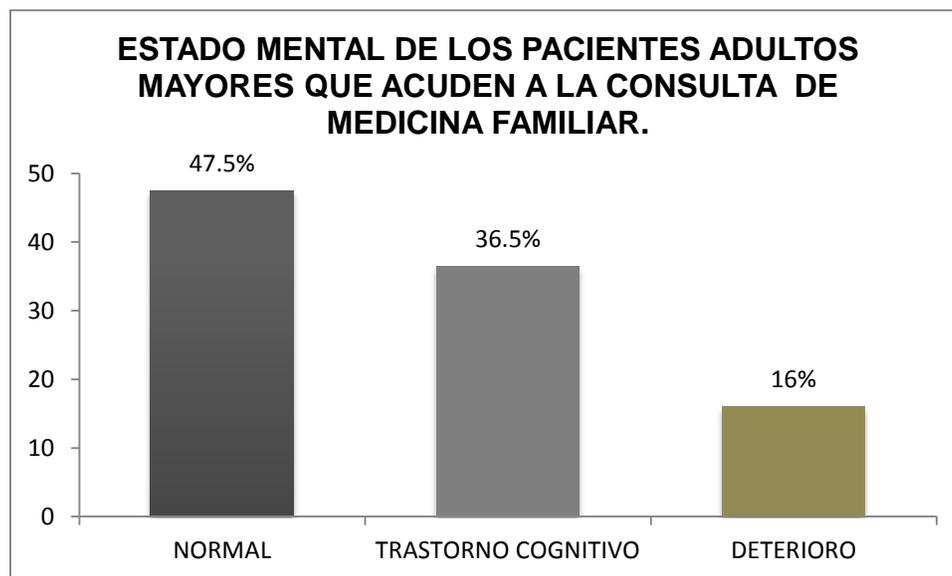
FUENTE: CUADRO 6.

CUADRO 7. ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

ESTADO MENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	94	47%
TRASTORNO COGNITIVO	74	37%
DETERIORO	32	16%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 7.



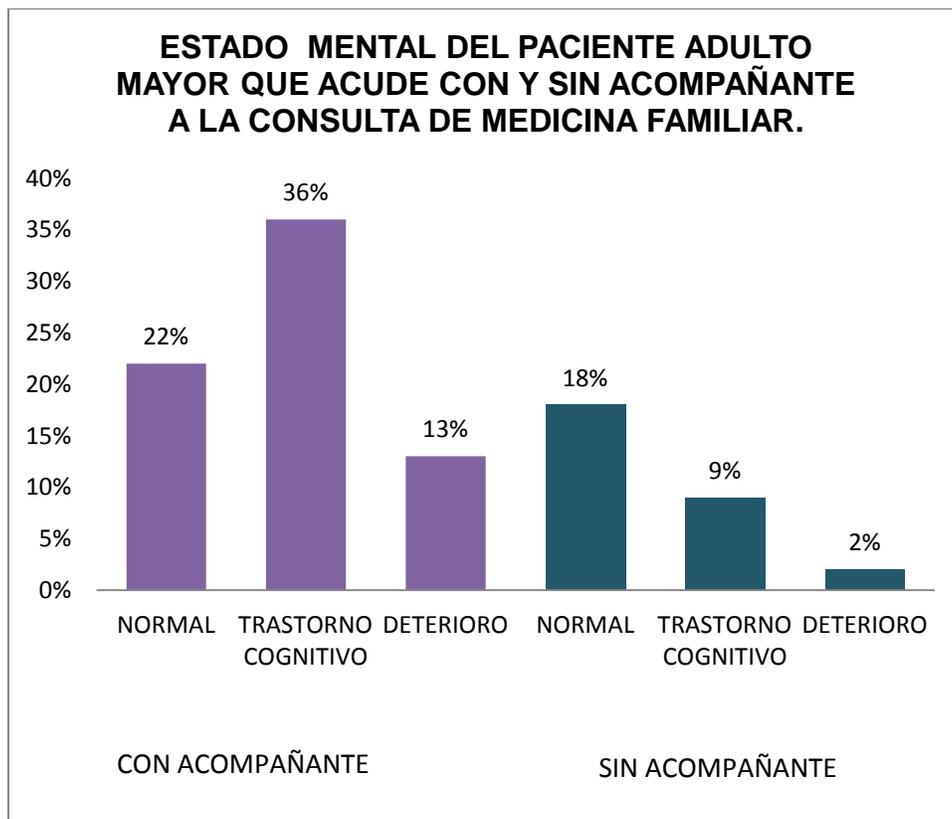
FUENTE: CUADRO 7

CUADRO 8. ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN CON Y SIN ACOMPAÑANTE A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

ESTADO MENTAL DEL PACIENTE ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ACOMPAÑANTE	142	71%
NORMAL	45	22%
TRASTORNO COGNITIVO	72	36%
DETERIORO	26	13%
SIN ACOMPAÑANTE	58	29%
NORMAL	36	18%
TRASTORNO COGNITIVO	18	9%
DETERIORO	4	2%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 8.



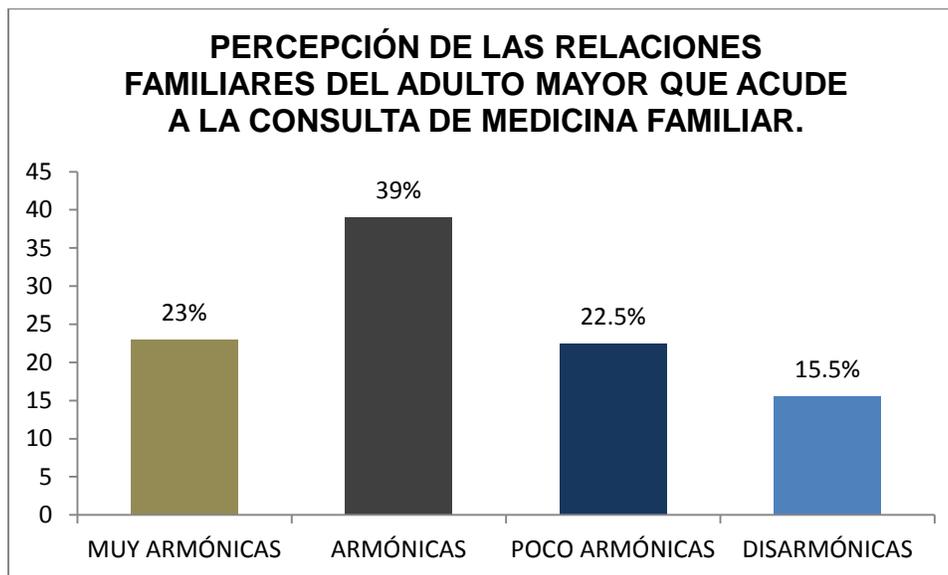
FUENTE: CUADRO 8.

CUADRO 9. PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY ARMÓNICAS	46	23%
ARMÓNICAS	78	39%
POCO ARMÓNICAS	45	22.5%
DISARMÓNICAS	31	15.5%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 9.



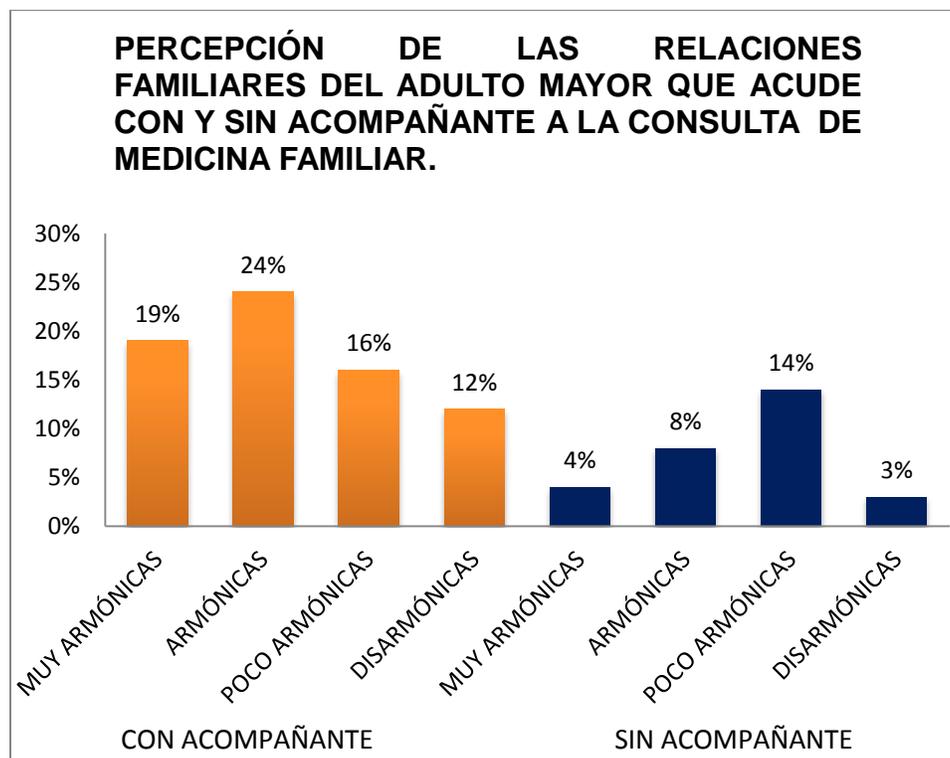
FUENTE: CUADRO 9.

CUADRO 10. PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR CON Y SIN ACOMPAÑANTE.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ACOMPAÑANTE	142	71%
MUY ARMÓNICAS	38	19%
ARMÓNICAS	48	24%
POCO ARMÓNICAS	32	16%
DISARMÓNICAS	24	12%
SIN ACOMPAÑANTE	58	29%
MUY ARMÓNICAS	8	4%
ARMÓNICAS	16	8%
POCO ARMÓNICAS	28	14%
DISARMÓNICAS	6	3%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 10.



FUENTE: CUADRO 10.

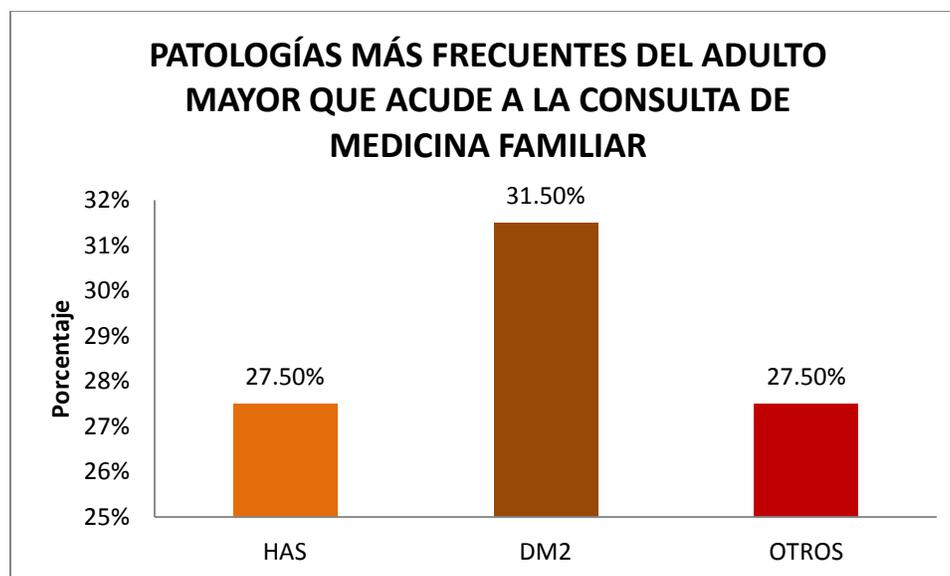
11.-PATOLOGÍAS QUE PADECE EL ADULTO MAYOR DE EDAD QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO 11.

PATOLOGÍAS AGREGADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	63	31.5%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	82	41%
OTRAS PATOLOGÍAS	55	27.5%
TOTAL	200	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 11.



FUENTE: CUADRO 11.

X. DISCUSIÓN

En el presente estudio el género que acude con a la consulta de Medicina Familiar es el femenino en un 59%, similar a estudios realizados en Cuernavaca por el Instituto de Salud, México en el 2007, que indica que el género femenino en adultos mayores de 60 años es quien utiliza más los servicios de salud. (22)

En cuanto a la edad del adulto mayor que acude a la consulta de medicina familiar se encontró que acuden entre los 60 a 65 años, en un estudio realizado del perfil clínico del adulto mayor que es atendido ambulatoriamente en un hospital general en Perú Lima en el año 2012 el 65% fueron de 60 a 79 años. (23)

Se encontró que los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Familiar son alfabetas, similar a los resultados obtenidos en un estudio para diagnóstico de demencia en Chile en el año 2004 donde el adulto mayor que acude tiene algún grado de escolaridad. (24)

Se encontró en este estudio que los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de medicina familiar el 42% son casados, lo que coincide con estudio de Género y condiciones de vida en adultos mayores, realizado en el Centro de Investigación de Hermosillo, Sonora, México en el 2004, en donde predominó el estado civil casados en un 65%. (25)

En cuanto a la ocupación del adulto mayor en este estudio se encontró que el 44% se dedica al hogar, resultados que difieren con los registrados en un estudio de Ciudad de la Habana llamado Caracterización del adulto mayor en la comunidad, en el año 2003, donde predominan los adultos mayores jubilados que es la forma económica básica más importante. (26)

En el presente estudio en cuanto a los adultos mayores que acuden con acompañante se encontró que un 71% van con compañía, y sin acompañante 29%, resultado semejante a un estudio realizado por el Departamento de Enseñanza. Instituto Mexicano del Seguro social en México en primer nivel de atención en el año 2009 que arrojó que los pacientes adultos mayores que acudían con acompañante fue de un 76.5% y un 23.5% sin acompañante. (27)

De los resultados obtenidos en este estudio los adultos mayores que acuden sin trastorno cognitivo es un 71% es similar con el estudio realizado en La Habana Cuba donde se aplicó el mimiexamen mental en el 2012 en donde el deterioro del estado mental es sin alteración en mayor porcentaje. (28)

La percepción de las relaciones familiares del adulto mayor que acude a la consulta de medicina familiar en su mayoría es percibida como armónicas, similar con un estudio de Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores,

realizado en Chile en el 2007 en donde las relaciones familiares son percibidas como satisfactorias. (29)

En este estudio se encontró que las patologías más frecuentes del adulto mayor son las crónicas degenerativas, Hipertensión Arterial en un 41% y Diabetes mellitus 31.5%, resultados similares se reporta en un estudio de Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores en México en el año 2011 en donde se concluye que existe una gran relación entre la edad y la presencia de enfermedades crónicas como la Hipertensión y la Diabetes entre otros. (30)

XI.-CONCLUSIONES

El estado mental del adulto mayor que acude a la consulta de Medicina Familiar es normal en un 47% y sus relaciones familiares las perciben como armónicas en un 39%; de los que acuden con acompañante presentan trastorno cognitivo un 36% y sus relaciones familiares las perciben como armónicas en un 24%, con relación a los que acuden sin acompañante no presentan deterioro cognitivo y perciben sus relaciones familiares como poco armónicas.

Lo que indicaría que los familiares hacen uso de estrategias como la aceptación de los cambios en el adulto mayor, la comprensión, el cuidado.

Los familiares de adultos mayores que presentan alteraciones del estado mental son una figura clave, ya que acompañarlos a la consulta mejora el apego al tratamiento de sus comorbilidades.

De acuerdo a lo anterior se concluye que se cumple parcialmente con la hipótesis planteada.

XII.-SUGERENCIAS

Conforme a los resultados que se obtuvieron en el presente estudio de investigación las sugerencias que se otorgan son:

- 1.-Detección oportuna de algún grado de deterioro cognitivo en los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Familiar, sobre todo si acuden solos.
- 2.-Insistir en que el adulto mayor no acuda solo a consulta para hacer partícipe de los familiares en el cuidado de la salud del adulto mayor.
- 3.-Hacer énfasis en medidas de prevención y de mejora de calidad de vida a los familiares de los adultos mayores.
- 4.-Canalizar al paciente a Psicología o Psiquiatría si en un momento dado se detecta deterioro cognitivo, o si el adulto mayor necesita apoyo psicológico, en caso de presentar afección en su área afectiva por percibir sus relaciones familiares como poco armónicas o disarmónicas.
- 5.-Apoyarse en los grupos de ayuda mutua con que cuenta la Unidad Médica Familiar y sugerir platicas y talleres sobre autoestima, resiliencia, entre otras que pudieran mejorar la independencia del adulto mayor, éstos también enfocados a los familiares para que puedan ser mejores cuidadores de sus adultos mayores.

XIII.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Glosario de Psiquiatría en Lubrano 2012.
- 2.-Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos por uso de sustancias. Definición de la Organización Mundial de la Salud. 65ª Asamblea de la Salud.
- 3.-Salud mental de los adultos mayores. Septiembre 2013.
- 4.-Gutiérrez R. La Salud del Anciano en México y la Nueva Epidemiología del Envejecimiento 2004.
- 5.-Guía de Referencia rápida. Valoración gerontogeriatrica integral en el adulto mayor ambulatorio.
- 6.-Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. Consejo Directivo Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C.
- 7.-Mata V. Trastornos mentales más frecuentes en el adulto mayor. República Bolivariana de Venezuela ministerio de educación superior. Colegio universitario de los Teques "Cecilio Acosta". Terapia ocupacional y Psiquiatría, julio, 2010.
- 8.-Enf. De Alzheimer. Revista de posgrado de la vía cátedra de Medicina No. 175. Noviembre 2007.
- 9.-Genética y la enfermedad de Parkinson: revisión de actualidades: Vol. 13 Núm. 51 abril-junio 2011.
- 10.-Sensación percepción y atención del adulto mayor. Departamento de Psicología de la Salud 2007. <http://www.psb.ua.es> .
- 11.- 16.-Zavala G. M, Vidal G. D., Castro S. M., Quiroga P. y Klassen G, Funcionamiento social del adulto mayor Ciencia y Enfermería XII (2): 2006. 53-62
- 12.-Anzúres, Chávez, Garcia, Pons, Medicina Familiar, Ed.Corinter, 2008. Pag. 51-260.
- 13.-Los Adultos mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del Siglo XXI. Edición 2005.
- 14.- Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Octubre 2009.

- 15.-Salgado A., Mejía J., Montes de Oca V., Vela C. Andar despacio. Envejecimiento Demográfico en el Estado de México, Toluca. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda Estado de México. INEGI 2010.
- 16.-Flores V.,Vega L. Condiciones sociales y Calidad de vida en el Adulto Mayor 2011.
- 17.-Frei M., Instituto Nacional de Geriatria. Enero 2014.
- 18.-Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev. Med. Chile v. 132 n.4 Santiago abr.2004; 132: 467-478.
- 19.-Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.
- 20.-Espín A., Quintero D., Bayarre V., Instrumento para medir las percepciones de las relaciones familiares del anciano. Estudio Interdisciplinario envelhec., Porto Alegre, v.3 P.55-69, 2001.
- 21.-Amaducci L, Baldereschi M, Amato M., Lippi A, Nencini P, Maggi S et al. The World Health organization cross-national research program on age associated dementias. *Aging* 1991; 3: 89-96.
- 22.-Género y pobreza determinantes de la salud en la vejez. Salud pública de México. Vol. 49. Cuernavaca 2007.
- 23.-Perfil Clínico del Adulto Mayor atendido ambulatoriamente en un Hospital General. Revista Médica Herediana.V.23, No.4. Perú Lima 2012.
- 24.-Validación de un Test de tamizaje para diagnóstico de demencia asociada a edad. Revista Médica Chile V.132. No. 4. Chile 2004.
- 25.-Valdés E., Román R. Género y condiciones de vida en adultos mayores. Vol. 6. No. 1. Hermosillo Sonora 2005.
- 26.-Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería. La Habana Cuba. Vol 19, No.3. 2003.
- 27.-Rodríguez A., Ramírez A. Percepción médica sobre influencia del acompañante en la consulta del primer nivel de atención. Vol. 13. Núm. 51. Junio 2011.
- 28.-Samper N., Libre J. Miniexamen mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. Revista Cubana de Medicina Familiar. Vol. 41, No.2. La Habana 2012.

29.-Herrera M., Kornfeld R. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores. Chile 2007.

30.-Romero A. Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. México 2011.

XIV.-ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
1.-No. de cuestionario	
2.-Nombre completo	
3.-No. de seguridad social	
4.-Edad	
5.-Género: a).-Masculino b).-Femenino	
6.-Escolaridad a).-Alfabeta b).-Analfabeta	
7.-Ocupación a).-Hogar b).-Trabajador activo c).-Desempleado d).-Pensionado	
8.-Estado civil a).-Soltero(a) b).-Casado(a) c).-Divorciado(a) d).-Unión libre e).-Viudo(a)	
9.-Patologías más frecuentes a).-Diabetes mellitus b).-Hipertensión arterial c).-Otras	

ANEXO 2.

TEST BREVE DE FUNCIÓN COGNITIVA BÁSICA. MMSE MODIFICADO

ANEXO 1: MMSE MODIFICADO

MMSE m

Fecha: __/__/__

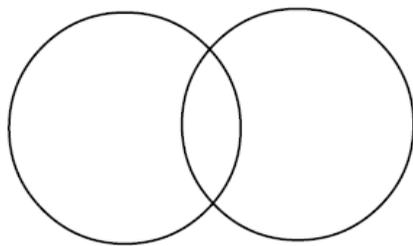
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración».

Ítem	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS () Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()				

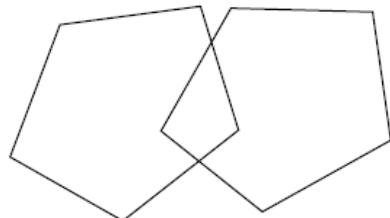
¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cunte 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

Ítem	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	si	no	n/s	respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: «tres perros en un trigal». (permita un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Item	si	no	n/s	respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
Correcto 1



Incorrecto 0
Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE /_/_/_/

Anexo 3

TEST DE PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR

Instrucciones: conteste por favor las siguientes preguntas.

1.- ¿Participa usted en la educación de sus nietos?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

2.- ¿Su familia lo pone al tanto de los acontecimientos que a usted le interesan?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

3.- ¿Sus familiares respetan su privacidad?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

4.- ¿Sus hijos están de acuerdo con el modo en que usted atiende a sus nietos?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

5.- ¿Sus familiares le quitan autoridad?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

6.- ¿Su familia es comprensiva si usted se equivoca en algo?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

7.- ¿Usted ayuda a sus hijos a resolver sus problemas dentro de sus posibilidades?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

8.- ¿Sus familiares se inmiscuyen en sus asuntos?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

9.- ¿Sus familiares le transmiten sus alegrías y tristezas?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

10.- ¿Entre sus actividades está la de orientar a sus hijos?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

11.- ¿Su familia lo complace siempre que le es posible?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

12.- ¿Sus familiares se burlan de sus “achaques”?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

13.- ¿Sus hijos se sienten conformes con la forma en que usted los ayuda?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

14.- ¿Cuándo un miembro de su familia tiene un problema se lo cuenta a usted?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

15.- ¿Sus familiares lo ayudan a resolver sus problemas?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

16.- ¿Sus familiares deciden cosas que a usted le atañen sin su aprobación?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

17.- ¿Su familia tolera sus limitaciones propias de la edad?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

18.- ¿Sus familiares respetan sus gustos?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

19.- ¿Cuándo sus familiares no están de acuerdo con algo que usted ha hecho se lo manifiestan a usted?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

20.- ¿Su familia considera que usted cumple sus obligaciones dentro de su hogar?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

21.- ¿Siente que su familia lo cuida?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

22.- ¿Su familia le da participación en las decisiones más importantes?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

23.- ¿Su pareja considera que usted es necesario para ella?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

24.- ¿Sus familiares se dirigen a usted con ternura y delicadeza?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

25.- ¿El desempeño de tareas domésticas lo hace sentirse útil?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

26.- ¿Sus familiares se preocupan por sus cosas?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

27.- ¿Está de acuerdo en realizar las tareas que asume dentro de la casa?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

28.- ¿Su familia le dice las cosas claramente sin insinuaciones ni ironía?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

29.- ¿Sus familiares le expresan su afecto?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

30.- ¿Su pareja se siente complacida con usted?

a).-Casi siempre: 5 puntos	b).-Muchas veces:4 puntos	c).-Algunas veces: 3 puntos	d).-pocas veces: 2 puntos	e).-casi nunca: 1 punto
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ESTADO MENTAL Y PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA DE LA UMF 220 EN EL PERIODO 2013.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UMF N° 220, TOLUCA, EDO. DE MEXICO, NOVIEMBRE DE 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	IDENTIFICAR DE FORMA TEMPRANA EL GRADO DE DEMENCIA Y LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL ADULTO MAYOR DE SUS RELACIONES FAMILIARES.
Procedimientos:	ENTREVISTA PERSONAL
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	UNA INTERVENCIÓN OPORTUNA POR PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR TRATANTE, SI EXISTE ALTERACION EN EL ESTADO MENTAL O EN SUS RELACIONES FAMILIARES. DAR AL ADULTO MAYOR UN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO PARA MEJORA DE SUS COMORBILIDADES, ASI COMO ORIENTAR A LLOS FAMILIARES PARA QUE LE BRINDEN MAS APOYO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	AL TERMINO DEL ESTUDIO LOS RESULTADOS SE DARÁN A CONOCER A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES, AL IGUAL QUE A SU MÉDICO TRATANTE.
Participación o retiro:	NO EXISTE CONDICIONANTE
Privacidad y confidencialidad:	TODA INFORMACIÓN Y DATOS SERÁN CONFIDENCIALES.

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: M.C. LORENA DEL CARMEN MORGAN MORALES TEL.CEL (722)3887535 CORREO ELECTRÓNICO salsity30@hotmail.com

Colaboradores: ESP. EN MED.FAM. JUANA BECERRIL ESTEBAN TEL.CEL (722)5308256 CORREO ELECTRONICO jua_bec@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

M.C LORENA DEL CARMEN MORGAN MORALES

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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