



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
ORIZABA, VERACRUZ
UNIVERSIDAD VERACRUZANA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS
ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CRISTINA GARCÍA SANCHEZ.

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:
DR. GERARDO ALPUCHE SAN MIGUEL
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS
ESTRATÉGICO



**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
ORIZABA, VERACRUZ
UNIVERSIDAD VERACRUZANA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS
ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CRISTINA GARCÍA SANCHEZ.

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:
DR. GERARDO ALPUCHE SAN MIGUEL
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS
ESTRATÉGICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD



AUTORIZACIÓN PARA INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TESIS
RECEPCIONAL TITULADO:

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS
ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

NOMBRE DEL AUTOR: CRISTINA GARCÍA SANCHEZ
NÚMERO DE REGISTRO: **R- 2014- 3101- 14**
ESPECIALIDAD QUE ACREDITA: MEDICINA FAMILIAR
PROMOCIÓN: MARZO 2011 – FEBRERO 2014
UNIDAD SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1, ORIZABA, VER.

INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL AVAL: UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Dra. Socorro Vázquez Ávila
Coordinador de Educación en
Salud e Investigación del HGRO 1

Dra. Cesiah A. Montaña Salvador
Profesor titular de la especialidad
especialidad de Medicina Familiar

Dr. Gerardo Alpuche San Miguel
Asesor de tesis.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
AUTORIZACIÓN PARA INFORME FINAL DEL TRABAJO DE
TESIS RECEPCIONAL TITULADO:



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS
ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:

M EN C. ENRIQUE LEOBARDO UREÑA BOGARÍN
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR.

DR. JOSÉ ARTURO CÓRDOVA FERNÁNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR.

DR. CARLOS FRANCISCO VÁZQUEZ RODRIGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su esfuerzo siempre constante, por darme la herencia más valiosa que se le puede dar a un hijo en la vida: la educación, por guiarme, brindarme su apoyo, cariño, confiar en mí y compartir mis triunfos y fracasos.

A mis hermanos por brindarme su ayuda cuando más los he necesitado, por darme mi espacio y comprenderme.

A mis abuelos y a toda mi familia por ser mi soporte, los pilares en mi vida y el motivo de inspiración, gracias por su cariño y apoyo.

A todos mis amigos que de una u otra manera siempre estuvieron dispuestos a ayudarme cuando lo necesité, por escucharme y compartir mis alegrías y tristezas.

Agradezco a mi asesor de tesis Dr. Gerardo Alpuche San Miguel por dedicar parte de su valioso tiempo y compartir sus conocimientos y experiencias para la elaboración de este trabajo, y de manera muy especial agradezco a Dr. Carlos Francisco Vázquez Rodríguez y Dr. José Arturo Córdova Fernández para gestionar el seguimiento de este trabajo y así pudiera salir adelante, gracias por escucharme, apoyarme y por sus consejos.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS
ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

RESUMEN ESTRUCTURADO:

“Factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores en las unidades de medicina familiar”

García-Sánchez C¹, Alpuche San Miguel G².

Médico Residente de Medicina Familiar¹, Médico no Familiar especialista en Epidemiología adscrito a la Delegación Veracruz Sur IMSS².

Objetivos. Determinar los factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores en población adscrita al IMSS en la región Orizaba, Veracruz Sur.

Material y métodos. Estudio transversal, observacional y analítico del mes de febrero del 2014. Se entrevistó a 115 pacientes de 60 años y más que se encontraron en la sala de espera de las unidades médicas de la zona Orizaba, Veracruz Sur, se les aplicó un cuestionario que medía variables socio-demográficas elaborado para el estudio y la escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Análisis: medidas de tendencia central y dispersión, t de student, χ^2 de Mantel-Haenszel para prueba de hipótesis, riesgo relativo a través de una razón de momios, $p=0.05$ e intervalos de confianza de 95%.

Resultados: Se encuestaron a 115 personas entre 64 y 90 años de edad; 59.1% mujeres y 40.9% hombres. El 42.6% fueron pensionados, 36.5% dedicados al hogar, 7.8% comerciantes, 6.1% profesionistas, 6.1% desempleados y 0.9% empleados. La asociación entre ser jubilado y frecuencia en la asistencia a consulta externa obtuvo OR= 4.70, IC 95%, χ^2 Mantel Haenszel 4.40 ($p=0.035$), entre percepción del estado de salud y asistencia a la consulta externa: OR= 6.11, IC= 95%, $\chi^2= 8.25$ ($p=0.004$). La relación entre tener comorbilidad y asistencia a consulta externa $\chi^2= 12.56$ ($p=0.003$), Depresión y asistencia a consulta OR= 9.1, IC=95%, $\chi^2= 6.03$ ($p=0.014$).

Conclusiones: En los adultos mayores, ser jubilado, tener comorbilidades, percibir un estado de salud regular o malo y la depresión son factores que condicionan la mayor demanda de consulta por este grupo de edad.

Palabras clave: Adulto mayor, consulta externa, demanda de consulta.

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Marco teórico.....	2
III. Justificación.....	13
IV. Planteamiento del problema.....	14
V. Objetivos.....	15
1. Objetivo general.....	15
2. Objetivos específicos.....	15
VI. Hipótesis.....	17
• Hipótesis nula.....	17
• Hipótesis alterna.....	17
VII. Material y métodos.....	18
• Tamaño de la muestra.....	18
VIII. Criterios de selección.....	19
• Criterios de inclusión.....	19
• Criterios de exclusión.....	19
• Criterios de eliminación.....	19
IX. Definición de las variables.....	20
X. Procedimiento.....	28
XI. Análisis estadístico.....	29
XII. Consideraciones éticas.....	30
XIII. Recursos.....	31
XIV. Cronograma de actividades.....	32
XV. Resultados.....	33
• Análisis univariado.....	33
• Análisis bivariado.....	33
XVI. Conclusiones.....	42
XVII. Discusión.....	43
XVIII. Bibliografía.....	48
XIX. Anexos.....	

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a las personas con 60 o más años y es una etapa por la que actualmente pasan alrededor de 600 millones de personas en el mundo.

La proporción de adultos mayores se está incrementando progresivamente, produciendo al mismo tiempo un envejecimiento de la población lo que traerá como consecuencia a largo plazo variaciones en la vida social y económica.

Las personas de 60 años en adelante tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud complejos, requieren atención médica por tiempo prolongado, atención médica intensiva y consumen más recursos de tratamiento además de mayor probabilidad de requerir hospitalización.

En México, el grupo de adultos mayores integra el 8% de la población total y para el año 2050 se pronostica un crecimiento del 30%.

El estado de Veracruz es la tercera entidad del país con una mayor proporción de adultos mayores y se encuentra dentro de las entidades que tienen una edad promedio superior a la nacional; para el año 2030 se espera que el estado de Veracruz se encuentre dentro de las cinco entidades que tendrán más de un millón de adultos mayores.

Este incremento implica para la sociedad y las familias mayores necesidades asistenciales y sanitarias debido a los consecuentes incrementos de cuidados de larga duración e incluso la implementación de estrategias de convivencia y cuidado por situaciones de dependencia.

II. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un término que puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, conductuales, sociológicos o cronológicos. En sentido estrictamente médico, designa el declive de la capacidad y las funciones fisiológicas que influyen en los factores sociológicos y del comportamiento. Se trata de un proceso heterogéneo e irreversible, que se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima.

Definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como persona adulta mayor (PAM) a quienes tienen 60 o más años y es la vejez una etapa por la que actualmente pasan alrededor de 600 millones de personas en el mundo. La proporción de PAM se está incrementando progresivamente, produciéndose al mismo tiempo un envejecimiento de la población lo que trae como consecuencia a largo plazo, variaciones en la vida social y económica. ^{1,2}

Dueñas-González DM, Bayarre-Vea HD, Triana-Álvarez EA, Rodríguez-Pérez V., encontraron un incremento en la esperanza de vida al nacer de 20 años y un incremento rápido de la población anciana en los países en desarrollo y en los desarrollados. Mientras de la población total se espera incremente en un 50 %, la población anciana en el mundo puede aumentar un 300% en el mismo período, incremento que será aproximadamente de 400 % en los países en desarrollo. ³

Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S, Hurd M., hallaron que en Estados Unidos en el año 2008, 1 de cada 3 inmigrantes que llegaban eran originarios de Asia y a su vez 1 de cada 5 tenían 50 años o más; mientras que la población anciana no hispana en este país es proyectada para aumentar 73 % entre los años 2000 y 2025. ⁴

Kaskie et al., concluyeron que los adultos mayores utilizan más frecuentemente los servicios de urgencias en Estados Unidos presentando mayor demanda de este servicio en comparación a otros grupos de edad en un 30%. Dichos investigadores encontraron que PAM tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud más complejos por lo cual requieren atención médica prolongada, necesitan atención médica intensiva y, a su vez, consumen más recursos de tratamiento al tener mayor probabilidad de requerir hospitalización.⁵

Dupre ME, Gu D, Vaupel JW., utilizando los datos disponibles de registros de asistencia médica de la administración de Seguridad Social, analizaron las diferencias de natalidad y mortalidad por sexo y raza en los Estados Unidos. Encontraron que los hombres y mujeres nacidos en el extranjero tienen un nivel de mortalidad inferior comparado con los hombres y mujeres nativos de Estados Unidos, el ejemplo de lo anterior fueron las personas de raza negra nacidos en el extranjero, quienes presentaron una esperanza de vida más larga en comparación a otros grupos demográficos. ⁶

Ruiz-Dioses I et al., estiman para los países de América Latina y el Caribe un aumento de 100 millones de PAM para el año 2025. ²

Pino-González PJ, Saldaña-Ibarra SA, Hernández-Guerson E., reportan que el grupo de adultos mayores en México se integra del 8% de la población total y para el año 2050 el crecimiento será del 30%. Más de la mitad de este grupo de población presentará índices de mayor envejecimiento, 75 años en promedio y una expectativa de vida de 80 años.

El estado de Veracruz es la tercera entidad del país con una mayor proporción de PAM; en datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el estado se ubica dentro de las entidades cuyo índice de envejecimiento oscila entre 26 a 29.9 personas mayores en relación con cada 100 menores de 15 años. Además

de ser una de las entidades que tienen una edad promedio superior a la nacional (27.4 años), para el año 2030 se espera que el estado de Veracruz se encuentre dentro de las cinco entidades que tendrán más de un millón de adultos mayores lo cual produce que este grupo de población sea ya una parte importante de la comunidad a la que se deben brindar servicios por personal médico calificado. ⁷

Las sociedades latinoamericanas, a mediados del siglo XX, invirtieron en la salud de la población económicamente activa por medio de servicios médicos diseñados para atender a los trabajadores y sus familias, pero no anticiparon las demandas de atención que resultarían de la transición demográfica.

El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2001 (ENASEM, 2001) analizó la utilización de los servicios de salud de la población de la tercera edad, a través de un estudio prospectivo sobre salud y envejecimiento en México, entre la población de 60 años y más. Los resultados de este estudio identificaron que el hecho de retirarse de la vida económicamente activa significa un cambio drástico, modificando el ritmo de vida, disminuyendo la actividad física e intelectual así como el ingreso económico llevando a las PAM a sufrir depresión y, a la vez, esto repercute en la percepción de su estado de salud, se reporta que dentro del grupo de personas de la tercera edad, las mujeres son quienes utilizan más los servicios médicos, sufren mayores discapacidades y por más tiempo que los hombres. Finalmente, se encontró inequidad en la cobertura de los servicios de salud para la población anciana de las zonas rurales.⁸

El estudio realizado por Ayala A et al., concluyó que el envejecimiento implica la aparición de factores de riesgo para la soledad como la viudez, la ausencia de hijos vivos, la falta de redes de apoyo social, el deterioro de la salud y la discapacidad. La falta de apoyo social y el sentimiento de soledad provoca un impacto negativo sobre la salud física y mental del adulto mayor, motivo por el cual dichos investigadores le dieron especial importancia a la evaluación del

apoyo social y la soledad en las personas mayores para garantizar una correcta identificación de los factores de riesgo, haciendo hincapié en la utilización del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSS) y la Escala De Jong-Gierveld de Soledad para realizar la evaluación. 9

En nuestro país, el 70% de adultos mayores vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social con una mayor desprotección y vulnerabilidad en comparación con otros grupos de población; Pelcastre VB, Treviño SS, González VT y Márquez SM., en su investigación relacionada al cómo están resolviendo los adultos mayores su vida cotidiana desarrollado en colonias de los municipios indicados por la CONAPO como marginados, pertenecientes a cuatro diferentes regiones del país: norte (Culiacán, Sinaloa), occidente (Guadalajara, Jalisco), centro (Cuernavaca, Morelos) y sur (Chilpancingo, Guerrero); se identificó en términos generales un intercambio de apoyos entre los adultos mayores y sus familiares cercanos; ellos reciben algún tipo de apoyo al mismo tiempo que se lo proporcionan a sus hijos y nietos.

Las principales necesidades que los adultos mayores expresaron fueron el tener techo, alimentación, compañía y traslado a consultas o estudios médicos; las PAM participantes hicieron constantes menciones de sentimientos de soledad, abandono y falta de integración social tanto en hombres como en mujeres. Independientemente del género, se identificó que después del cónyuge, el principal apoyo social proviene de los familiares cercanos sobre todo hijos, yernos, nueras, nietos y en menor medida, de los vecinos.

El apoyo identificado en los ancianos fue fundamentalmente de tipo material, económico y de acompañamiento en citas médicas. Se evidenció la necesidad de un vínculo que no se había considerado, el que se puede establecer entre los propios adultos mayores.

Entre otros puntos explorados en el estudio, se encontró que así como los adultos mayores reciben apoyo de la familia también hacen aportaciones a ella; las mujeres de la tercera edad siguen desarrollando diversas actividades

domésticas como la limpieza de la casa. De acuerdo a la opinión de los participantes, consideraron que está ausente el apoyo por parte de organizaciones de la sociedad civil para los adultos mayores y, el otorgado por el gobierno o la iglesia se consideró como insuficiente. 10

Velasco-Rodríguez R et al., identificaron el efecto del envejecimiento sobre el estado actual de las capacidades funcionales, mentales y sociales de adultos mayores institucionalizados utilizando la escala de Barthel, Folstein y la escala de Diaz-Veiga; demostraron que la capacidad funcional del AMI (Adulto Mayor Institucionalizado) se reduce notablemente conforme avanza el proceso de envejecimiento, el funcionamiento social del AMI reveló ponderarse principalmente por las relaciones con la familia 70% y la autopercepción 63%, refiriendo los autores que a mejor funcionamiento social mayor autoestima. 11

Rodríguez-Cabrera A, Álvarez-Vázquez L, Quevedo-Expósito FK., evaluaron la percepción de los adultos mayores de su estado de salud demostrando estrecha relación entre la percepción del estado de salud con las percepciones emocionales de los adultos mayores. 12

Peña PB, Terán TM, Moreno AF y Bazán CM., aplicaron en personas de la tercera edad derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI). El 18.7% de la población implicada en el estudio mencionó no sentirse satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular; la población encuestada no busco atención médica, aunque tenían alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida. 13

El estudio del bienestar individual a través del concepto de calidad de vida se ha desarrollado con fuerza en las últimas décadas particularmente en cuanto se refiere a los grupos de mayor edad. La satisfacción vital se ha investigado como

un indicador de bienestar psicológico en esta población, y se ha medido con diferentes instrumentos denominados genéricamente escalas de satisfacción vital.

Estudios prospectivos han encontrado una asociación entre la satisfacción con la vida y la salud autoreportada, los comportamientos de salud y el apoyo social.

Se ha llegado a considerar como un predictor de morbilidad psiquiátrica e incluso de mortalidad en adultos y personas de edad avanzada.

El estudio efectuado por Castillo-Carniglia A., efectuado a través del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile (INTA) en colaboración con la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) y el Ministerio de Salud de Chile entre 2005 y 2007 evaluó la asociación entre satisfacción vital medida con una adaptación abreviada de una escala con aspectos socioeconómicos y el autoreporte del estado de salud en un grupo de adultos mayores de Santiago de Chile entre los años 2005 y 2006. La percepción del apoyo social fue mayor en las mujeres, sin observarse diferencias en la mediana del puntaje de satisfacción vital entre hombres y mujeres. En las mujeres se apreció una menor prevalencia de buena satisfacción vital entre aquellas con mayor nivel de educación respecto a aquellas con 3 años o menos de escolaridad, y una prevalencia significativamente mayor entre quienes manifestaron apoyo social, buena salud y memoria autoreportada.¹⁴

Para Bluestein D, Rutledge CM., el evaluar como los adultos mayores perciben su estado de salud puede ayudar a identificar a pacientes con algún síndrome geriátrico y que requiera de intervención además de ser un método económico de estratificación de riesgo pudiéndose destinar de manera más efectiva los recursos hacia los pacientes con mayores necesidades.¹⁵

Guerrero-Pérez R et al., reportaron el perfil gerontológico de los adultos mayores del estado de Tabasco realizando una encuesta entre los mayores

afiliados al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). El 11.9% de la población geriátrica se encontró incapacitada para trabajar y, aquellos que laboran, lo hacen en el campo en un 10.5%. El 99.8% tuvieron ingresos económicos, el 46% por apoyo familiar y 22.3 % en empleo. El analfabetismo estuvo presente en la quinta parte de la población. En la mayoría de los AM se encontró que viven acompañados (88.9%), 57.3 % por cónyuges y 45.9% por los hijos. Las enfermedades más frecuentes encontradas fueron osteo-degenerativas, oftalmológicas y odontológicas, además de hipertensión arterial, Diabetes mellitus y neoplasias. El 63.3% tenían seguridad social pero los servicios de la Secretaría de Salud fueron los más utilizados; la convivencia con la familia fue la actividad más frecuente de tiempo libre (72 %), junto a las actividades religiosas que representaron el 56.4 %.¹⁶

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la presencia de depresión disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas acortando la esperanza de vida; aunado a los padecimientos crónicos y los trastornos sensoriales provocan un distres psicológico elevado en las PAM.¹⁷

Berges et al., examinaron la relación existente entre la frecuencia de participación de actividades de ocio con la presencia de síntomas depresivos y cognitivos a través de una muestra de población demográficamente equitativa de mujeres latinoamericanas y caucásicas post-menopáusicas pertenecientes al condado de San Diego. En comparación con las mujeres caucásicas, las latinoamericanas acudieron con el personal sanitario más frecuentemente y se evidenció que tienen una participación menor en actividades de ocio en relación con las mujeres de la tercera edad caucásicas que si participan más de este tipo de actividades y acuden menos a los servicios de salud, concluyéndose que la participación en actividades sociales organizadas se asocia a menos síntomas depresivos.¹⁸

Cullum S, Metcalfe C, Todd C, Brayne C., concluyeron con su trabajo de investigación que los pacientes ancianos hospitalizados que cursan con

síntomas depresivos pueden dificultar su recuperación y los resultados adversos incluyen mayor riesgo de readmisión hospitalaria, necesidad de rehabilitación o cuidado institucional y una mortalidad más alta. 19

Gillsjö C, Schwartz BD y Von Pl., demostraron que el tener un hogar es integral a la vida y una parte íntima del adulto mayor donde ellos refieren poder mantener su identidad, integridad y modo de vida. El llevar la asistencia médica al hogar de los AM, puede reducir la sensación de intrusión y maximizar el cuidado. 20

Gustafsson et al., realizaron un estudio involucrando a 21 profesionales de asistencia médica empleados dentro del área geográfica del Occidente de Suecia dentro de los cuales se encontraban enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales; todos ellos implicados en intervenciones directas en personas adultos mayores. Valoraron la debilidad en 7 dimensiones diferentes: debilidad física, carencia de calidad personal, carencia de equilibrio para realizar actividades diarias, tener dependencia para la vida diaria, el no considerarse importante, sentimiento de tener dificultades en el entorno físico y un trabajo comunitario defectuoso; el estudio al valorar estas siete dimensiones contribuyeron a una mejor comprensión del concepto de debilidad del adulto mayor. 21

Carrillo-Toledo MG, Valdés-González NE, Domínguez-Sánchez MM, Marín-Farfán SF., investigaron la prevalencia de depresión y el estilo de vida más frecuente del AM que vive en el estado de Veracruz, encontrando que el 66% de las personas encuestadas no mostro algún grado de depresión, 31% depresión leve y el resto depresión moderada a grave, según la escala geriátrica de Yesavage y Brink; observándose una correlación positiva débil entre estilo de vida y depresión.17

Ottenbacher KJ et al., identificaron a la debilidad como un precursor a la inhabilidad, la institucionalización y la mortalidad en sus investigaciones

relacionadas con los AM. Encontraron diferencias culturales y fisiológicas entre grupos raciales y étnicos como por ejemplo, los hispanos tienen una alta incidencia de diabetes y obesidad además de un menor acceso al cuidado primario comparado con el no hispano y, al hacerse más frágiles y minusválidos, pierden la independencia necesaria. ²²

Para Raji MA, Al Shih S, Ostir GV, Markides K, Ottenbacher KJ., la debilidad representa un síndrome que se caracteriza por la disminución progresiva del peso corporal, la fuerza muscular, el nivel de energía, velocidad al caminar, y el nivel de actividad física y, que la incidencia tanto del síndrome de debilidad como del daño cognoscitivo aumenta con la edad.

Diversas pruebas preliminares evaluaron que la disminución cognoscitiva puede ser una temprana manifestación en los AM de la transición a la debilidad.

El estudio desarrollado por estos autores, examinó la asociación longitudinal entre la cognición y el riesgo subsecuente de hacerse frágil entre una gran muestra de AM mexico-americanos al principio no frágiles. Su hipótesis, trataba de demostrar que los participantes con valores cognoscitivos bajos tendrían un riesgo más alto para hacerse frágiles con el tiempo que aquellos con valores cognoscitivos altos. En el estudio se encontró una asociación significativa entre la interacción cognición-tiempo y las probabilidades de hacerse prefragil o frágil. Los participantes del estudio no frágiles con un nivel de cognición pobre tuvieron el 9% de probabilidades por año de hacerse frágiles con el tiempo comparados con aquellos con una buena cognición. ²³

En la revisión realizada por Mezuk Br, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K., se sintetizaron los estudios existentes que examinaran la depresión y la debilidad entre los AM a través de la búsqueda utilizando PudMed. Finalmente, se concluyó que en dichos estudios se apoya la asociación bidireccional entre depresión y debilidad en la tercera edad. ²⁴

Al respecto, Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL., investigaron los síndromes geriátricos presentes frecuentemente en los AM y sin hogar de la ciudad de Boston Massachusetts; el 16% de ellos reunieron criterios para debilidad , y de estos la depresión estuvo presente en el 39.8%. ²⁵

Lana Sue Ka'opua et al., evaluaron los factores conductuales de longevidad en la población de Hawai, en este grupo de población encontraron que las patologías cardiacas y el padecer algún tipo de Cáncer fueron las causas de mortalidad prematura más frecuentes. Detectaron que el fumar, y la obesidad fueron factores fuertemente asociados con mayor probabilidad de peligro para la salud en el grupo de la tercera edad. ²⁶

Joyce DP, Limbos M., describieron la presencia de problemas relacionados con la salud mental y el daño cognoscitivo en un grupo de hombres ancianos sin hogar de un centro urbano en la ciudad de Toronto, Ontario, Canadá; aplicando la Escala de Depresión Geriátrica de 15 puntos y minimental. El 73.5 % de los participantes tuvieron previo a su ingreso algún padecimiento psiquiátrico, los más frecuentes fueron la esquizofrenia o desórdenes psicóticos, seguido de la depresión y el trastorno de ansiedad. Se identificaron a 9 personas con depresión y 11 individuos con daño cognoscitivo que no habían sido diagnosticados antes. ²⁷

Barrios MAR, Hernández GC, Urbina SRMLE., se interesaron en valorar el estado mental del adulto mayor de Poza Rica de Hidalgo en el estado de Veracruz utilizando el test de valoración mental de Pfeiffer, dicho test fue aplicado a 111 AM pertenecientes a las AGEBS (áreas geoestadística básica) del Centro de salud Anáhuac de la Ciudad de Poza Rica, Veracruz. El promedio de edad de la población en estudio fue de 71 años, el 46% eran casados, 34% viudos y 10% en unión libre. En relación a la escolaridad, el 57% contaba con primaria, 24% secundaria y 17% ningún grado de estudio. En el área laboral 76% no tenía empleo y solo el 19% si lo tenía. Dentro de las patologías

encontradas en la población de estudio, el 50% de los adultos mayores respondieron tener algún padecimiento, principalmente diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. Los resultados del test de valoración del estado mental mostraron que el AM encuestado en Poza Rica de Hidalgo Veracruz, presentó una función intelectual íntegra en el 82% y deterioro en la función intelectual en el 16%. ²⁸

El incremento de AM implicará para la sociedad y para las familias, mayores necesidades asistenciales y sanitarias debido a los consecuentes incrementos de cuidados de larga duración e incluso la implementación de estrategias de convivencia y cuidado por situaciones de dependencia. Por ello, es importante que los adultos mayores no sólo vivan más, sino que vivan mejor. ²⁹

III.JUSTIFICACIÓN.

Actualmente el número de adultos mayores se está incrementando progresivamente, lo cual conduce a cambios en la vida social y económica.

Este proceso es más evidente en los países desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo; México es un ejemplo de ello, con un incremento aproximado en la población geriátrica para el año 2050 de un 30%. Veracruz es uno de los estados con mayor proporción de adultos mayores ocupando el tercer lugar y es una de las entidades que tiene una edad promedio superior a la nacional.

Las investigaciones realizadas sobre los adultos mayores han abordado aspectos cualitativos relacionados con la autopercepción de salud, el sentimiento de soledad, la presencia de depresión, redes de apoyo y efectividad de las mismas así como las discapacidades descritas por el propio adulto mayor abordándose de manera independiente.

Estudios han evaluado los aspectos socio-económicos que viven los adultos mayores, cuáles son sus fuentes de ingreso además de las capacidades funcionales, mentales y sociales que conservan; El abordar y analizar el mayor número de elementos posibles relacionados a la población de adultos mayores contribuirá a obtener un panorama más amplio encaminado y enfocado a las necesidades prioritarias del paciente de este grupo de edad, logrando que la atención brindada en las unidades médicas al adulto mayor incida sobre los factores que favorezcan su salud y actuando en la modificación de los factores que perjudiquen la misma y, a la vez, optimizar los recursos de las instituciones médicas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial debido a que implica una mayor demanda de servicios de salud, pues este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad.

El profesional de la salud debe estar preparado para brindar una adecuada atención médica a este grupo de nuestra población es necesario conocer cuáles son las necesidades reales por las que la población conformante de adultos mayores busca y demanda la atención por parte de los servicios de salud, con la finalidad de brindar una atención medica eficiente, de mayor calidad, calidez e influir en una forma positiva sobre la salud de nuestra población geriátrica.

De manera que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que se asocian a mayor demanda de atención médica por parte de pacientes de la tercera edad en una población derechohabiente IMSS de la zona de Orizaba del estado de Veracruz?

V. OBJETIVOS.

V.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuáles son los factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar si la edad y género son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur.

2. Identificar si la ocupación, nivel socioeconómico, lugar de residencia, estado civil y el nivel escolar, son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur

3. Identificar si vivir con Esposo (a), Esposo (a) e hijos (as), Esposo (a) y nietos (as), Hijo (a), Nietos (as), Hijo (a) y nietos (as), Esposo (a), hijo (a), yerno (nuera) y nietos (as), otros familiares u solo son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

4. Identificar si la capacidad para alimentarse, bañarse, vestirse e ir al baño son factores asociados de demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur.

5. Identificar si la capacidad para deambular, subir y bajar escaleras son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur.

6. Identificar si la percepción del estado de salud es un factor asociado a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

7. Identificar si el consumo de alcohol y tabaco son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur.

8. Identificar si el padecer alguna enfermedad (es) es un factor asociado a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba, Veracruz Sur.

9. Identificar si el uso de medicamentos, cantidad y frecuencia por la que se acude por las recetas de los mismos son factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

10. Identificar si la percepción de la calidad de la atención médica recibida es un factor asociado a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

11. Identificar si la presencia de depresión es un factor asociado a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

VI. Hipótesis

- **Hipótesis Nula**

El sexo, ocupación, estado civil, el cohabitar con familiares, la capacidad de deambulación, subir y bajar escaleras, percepción del estado de salud, enfermedades presentes, uso y número de medicamentos empleados, frecuencia por la que se acude por recetas médicas, percepción de la atención medica recibida en la consulta externa de medicina familiar y la depresión son factores que se asocian a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

- **Hipótesis Alterna**

La edad, nivel socio-económico, lugar de residencia, escolaridad, capacidad para alimentarse, bañarse, vestirse e ir al baño, el consumo de alcohol y tabaco son factores que se asocian a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz Sur.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño del estudio: Transversal, observacional y analítico

Periodo del estudio: Febrero del 2014

Lugar de estudio: Unidades Médicas de la región de Orizaba, Veracruz Sur.

Población de estudio: Población derechohabiente de 60 años y más que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar.

Tamaño de muestra:

Se calculó el tamaño de muestra a través de paquete estadístico epi-info versión 6 con un nivel de confianza de 95%, un poder de prueba al 95%, una razón 1-1, calculando una razón de riesgo de 2.15 con lo que se obtuvo una muestra de 114 sujetos como mínimo estudio.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Pacientes derechohabientes del IMSS usuaria de los servicios médicos de las Unidades Médicas de la región de Orizaba, Veracruz Sur.

Pacientes que accedieron a participar en el estudio.

Aquellos pacientes aptos tanto física como mentalmente para contestar el cuestionario.

Criterios de exclusión:

Aquellos pacientes no aptos física ó mentalmente para contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación:

Aquellos que no completaron más del 80% de los cuestionarios.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Número de años vividos que el paciente refiera tener al momento del estudio	Discreta	Medida en años. 60-64 65-69 70-74 75 y mas
Sexo	Cualitativa	Características externas del individuo que lo identifican según el género	Fenotipo que presenta el individuo al momento del estudio.	Nominal	Mujer (1) Hombre (2)
Ocupación	Cualitativa	Actividad del individuo con su remuneración económica	Actividad económica que refiera el individuo al momento del estudio	Nominal	Ama de Casa Obrero Empleado Comerciante Profesionista. Pensionado Desempleado

Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Nivel económico de acuerdo al ingreso de salarios mínimos obtenidos	De acuerdo al ingreso diario del salario mínimo. De acuerdo a Quibrrera.	Continua	Muy bajo (1 salario) 62.50x6=375 Bajo (1.1-2)x6=750 Medio (2.1-3)x6=1125 Medio alto (3-4)x6=1500 Alto (de 4 en adelante)
Ámbito de residencia	Cualitativa	Lugar en el cual se encuentra establecida la vivienda.	Localidad en la que se encuentre habitando el individuo en el momento del estudio	Nominal	Rural Urbana
Estado Civil	Cualitativa	Condición jurídica del individuo de acuerdo a derechos y obligaciones civiles	Condición civil del individuo que refiera al momento de la entrevista	Nominal	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo Abandonado
Escolaridad	Cuantitativa	Periodo de tiempo en años durante el cual se ha asistido a la escuela.	Número de años terminados de educación formal que refiera el paciente al	Nominal	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa

			momento del estudio		Secundaria Preparatoria Licenciatura
Reside con:	Cualitativa	Persona o personas con las cuales se comparte la misma vivienda	Persona o personas con las cuales el individuo comparte la misma vivienda en el momento del estudio	Nominal	Esposa (o) Esposa e hijos (o) Esposa y nietos (o) Hija (o) Nietos Hija y nietos Esposa, hija, yerno y nietos Otros familiares Solo
Para alimentarse, usted es:	cualitativa	Capacidad para proporcionar por si mismo comestibles	Capacidad del individuo para alimentarse por si mismo en el momento del estudio	nominal	Independiente Dependiente
Para Bañarse y vestirse usted es:	cualitativa	Capacidad para asearse y cubrir el cuerpo con ropa	Capacidad del individuo para asearse y cubrirse el cuerpo	Nominal	Independiente Dependiente

			de ropa por si mismo en el momento del estudio		
Para ir al baño usted es:	Cualitativa	Capacidad para desplazarse al sitio donde se encuentra el sanitario o deposición de excretas.	Capacidad del individuo para desplazarse al sitio donde se encuentra el sanitario o deposición de excretas en el momento del estudio	Nominal	Independiente Dependiente
De ambulación	Cualitativa	Caminar y desplazarse hacia algún sitio	Capacidad del individuo para Caminar y desplazarse en el momento del estudio	Nominal	Independiente Dependiente
Subir y bajar escaleras	Cualitativa	Trasladarse hacia otra dirección hacia arriba o abajo	Capacidad del individuo de trasladarse hacia	Nominal	Independiente Dependiente

		mediante el uso de escalones	otra dirección hacia arriba o abajo mediante el uso de escalones en el momento del estudio.		
Percepción del estado de salud.	Cualitativa	Idea o conocimiento relacionado a las condiciones de salud	Idea o conocimiento del individuo sobre su situación de salud en el momento del estudio	Nominal	Bueno Regular Malo
Consumo de alcohol	Cualitativa	Acción y efecto de ingerir bebidas embriagantes	Antecedentes de ingesta de bebidas embriagantes por el individuo hasta el momento del estudio	Nominal	Nunca o casi nunca De vez en cuando Frecuentemente Casi todo el tiempo
Consumo de	Cualitativa	Acción y efecto de inhalar y despidir	Antecedentes del individuo del uso	Nominal	Nunca o casi nunca De vez en cuando

cigarros		humo de tabaco	de tabaco hasta el momento del estudio		Frecuentemente Casi todo el tiempo
Enfermedades por las que el paciente acude a la consulta externa de medicina familiar	Cualitativa	Alteración más o menos grave de la salud	Diagnóstico del expediente electrónico con el que cuenta al momento de la consulta	Nominal	Diabetes M Hipertensión a. Sx colon I. Depresión Dolor Alteraciones del sueño Otro(s)
Frecuencia en la que acude a consulta externa de medicina familiar	Cuantitativa	Número de veces en el que se acude a consulta médica	Número de veces en el que el individuo acude a consulta médica de medicina familiar en el momento del estudio	Discreta	Cada 6 a 12 meses Cada 2 a 6 meses Una vez al mes Dos veces al mes 3 veces al mes o mas
Uso de medicamentos	Cualitativa	Consumo de sustancias con la finalidad de fines curativos o	Consumo del individuo de sustancias con la finalidad de fines curativos o	Nominal	Nunca o casi nunca De vez en cuando Frecuentemente Casi todo el tiempo

		preventivos	preventivos en el momento del estudio		
Número de medicamentos utilizados mensualmente	Cuantitativa	Cantidad de sustancias curativas o preventivas usadas mensualmente	Cantidad de sustancias curativas o preventivas usadas por el individuo en el momento del estudio de forma mensual.	Discreta	Ninguno De 1 a 2 De 3-4 De 5-6 De 7 a más
Frecuencia por la que debe acudir por las recetas de sus medicamentos con el médico familiar.	Cuantitativa	Número de veces por las que se acude a la consulta de medicina familiar por sustancias curativas o preventivas	Número de veces por las que se acude el individuo a la consulta de medicina familiar por sustancias curativas o preventivas en el momento del estudio	Discreta	Menos de 1 vez al mes Una vez al mes 2 veces al mes 3 veces al mes o mas
Percepción de la	Cualitativa	Idea o sensación	Idea o sensación	Nominal	Muy buena

atención médica recibida en la consulta externa de medicina familiar.		sobre la atención recibida por el médico de la consulta	del individuo sobre la atención recibida por el médico de la consulta en el momento del estudio		Buena Regular Mala Muy mala
Presencia de Depresión	Cualitativa	Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno	Se obtendrá mediante la escala de Zung	Nominal	Si No

X. PROCEDIMIENTO.

Previa aprobación por el comité local de investigación del HGZ No. 8 de Córdoba, Veracruz, se obtuvo la carta de aceptación del CLIEIS y se procedió a solicitar la anuencia del director del Hospital HGRO-1, para realizar el proyecto.

Se realizó un estudio de corte transversal, observacional y analítico, el tamaño de la muestra se calculó a través de paquete estadístico epi-info versión 6 con un nivel de confianza de 95%, con lo que se obtuvo una muestra de 114 sujetos como mínimo para el estudio.

La muestra incluyó a 115 pacientes de 60 años y más adscritos a unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona de Orizaba, Ver que se encontraron en la sala de espera mientras esperaban su consulta médica o al salir de la unidad de medicina familiar; se incluyeron a los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar previa explicación por el alumno del curso de especialización, leer y firmar una carta de consentimiento informado.

Se aplicó a los individuos participantes 2 cuestionarios, uno que incluyó variables socio-demográficas y clínicas de 22 ítems diseñado para el estudio y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung que incluye 20 ítems.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos en Excel, los cuales se analizaron con el programa SPSS versión 19; posteriormente se realizó el análisis estadístico uni y bivariado, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las variables a estudiar, se utilizó dependiendo de las variables a estudiar “t” de student para variables numéricas, χ^2 de Mantel-Haenszel, razón de momios, valor de $p=0.05$ e intervalos de confianza de 95% para buscar los factores que se asociaron con la demanda de consulta por los adultos mayores en las unidades de medicina familiar.

XI. ANALISIS ESTADISTICO

ANÁLISIS

Se realizó análisis univariado con obtención de medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las variables a estudiar, en el análisis bivariado se utilizó dependiendo de las variables a estudiar t de student para variables numéricas, χ^2 de Mantel-Haenszel, razón de momios, valor de $p=0.05$ e intervalos de confianza de 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio cumple con las consideraciones éticas, apegado a:

La declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en 2000.

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por lo que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1º de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

El manual de organización del Fomento de la Investigación Médica (FOFI) 1999.

XIII. RECURSOS:

HUMANOS:

Un investigador,
un asesor metodológico.

MATERIALES:

500 hojas de papel,
1 impresora,
20 lápices,
1 perisqueta,
1 equipo de cómputo,
1 software de estadística,
material bibliográfico.

FINANCIEROS: Los propios del investigador.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Feb-2013	Mar. 2013	Abril 2013	May. 2013	Jun. 2013	Jul. 2014	Mes / Actividades	Ago. 2013	Sep. 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Dic. 2013	Ene. 2014	Feb. 2014
R						Selección del Tema							
	R	R	R			Recuperación Bibliográfica							
						Desarrollo del Protocolo							
				R	R	Construcción							
						Planeación	R						
						CLIEIS 3101					PR	PR	R
						Estudio Piloto / Validación Cuestionario							R
						Levantamiento de datos							R
						Captura de datos							R
						1er Análisis de Datos							R
						Resultados Preliminares							R
						Resultados Definitivos							R
						Redacción de Tesis							R

R= Realizado
PR= Por realizar

XV. RESULTADOS.

Se encuestaron a un total de 115 personas entre los 64 y 90 años de edad, el promedio de edad fue de 71.9 años, 59.1% del sexo femenino y 40.9% del masculino. En relación a la ocupación 42.6% refirieron ser pensionados o jubilados, 36.5% dedicarse al hogar, 7.8% al comercio, 6.1% tener alguna profesión, desempleados 6.1% y 0.9% empleados. El ingreso económico por día entre los que respondieron dicha pregunta fue de \$95.5, de un rango de \$25 y \$400. Por zona en que habitan los adultos mayores 79.1% contestaron vivir en zona urbana y 20.9% en la rural. De acuerdo al estado civil 6.1% respondieron ser solteros, 55.7% casados, 7% en unión libre, 3.5% son divorciados, 22.6% viudos y 5.2% se refieren abandonados por su pareja o familia.

Con respecto a escolaridad 6.1% no cuentan con ninguna escolaridad, 22.6% tienen primaria incompleta, 26.1% primaria completa, 21.7% secundaria, 7.8% preparatoria y 15.7% tienen alguna licenciatura.

Viven con el cónyuge 36.5% de los entrevistados, 13.9% con sus cónyuges e hijos, 13% con hijo (os) y nieto(s), 8.7% con el cónyuge, hijos (as), yernos (nueras) y nietos, 7% solo con hijo (os), 5.2% con otros familiares y el 13% viven solos.

Al preguntarles sobre la independencia o dependencia para realizar actividades el 98.2% de los adultos mayores refieren ser independientes para comer y 1.8% ser dependientes. Para la higiene, vestido e ir al baño 99.1% se consideran independientes para realizar dichas actividades y solo 0.9% dependiente; para realizar la deambulaci3n 96.5% es independiente y 3.5% dependiente. Para el uso de escaleras 91.3% son independientes, mientras que 8.7% restantes son dependientes.

El 40% de los adultos mayores percibe su estado de salud como bueno, 49.6% regular y 10.4% refiere que es malo.

Al evaluar el consumo de alcohol y tabaco 87.1% no ingiere alcohol y 12.2% refiere ingerirlo solo de vez en cuando, 92.2% no fuma, 6.1% de vez en cuando y 1.7% contestó fumar casi todo el tiempo.

Sobre las enfermedades que padecen el 45.2% refirió tener diabetes mellitus, 36.5% hipertensión arterial, 3.5% síndrome de intestino irritable, 1.7% se encuentra bajo tratamiento por depresión, 5.2% por algún tipo de dolor, 0.9% tiene algún trastorno del sueño y el 7% no es portador de ninguna enfermedad. Como enfermedad concomitante 48.7% contesto no tener ninguna, 15.7% tiene hipertensión arterial, 5.2% síndrome de intestino irritable, 0.9% depresión, 9.6% dolor, 3.5% trastorno del sueño y 16.5% respondió tener algún otra enfermedad diferente a las interrogadas.

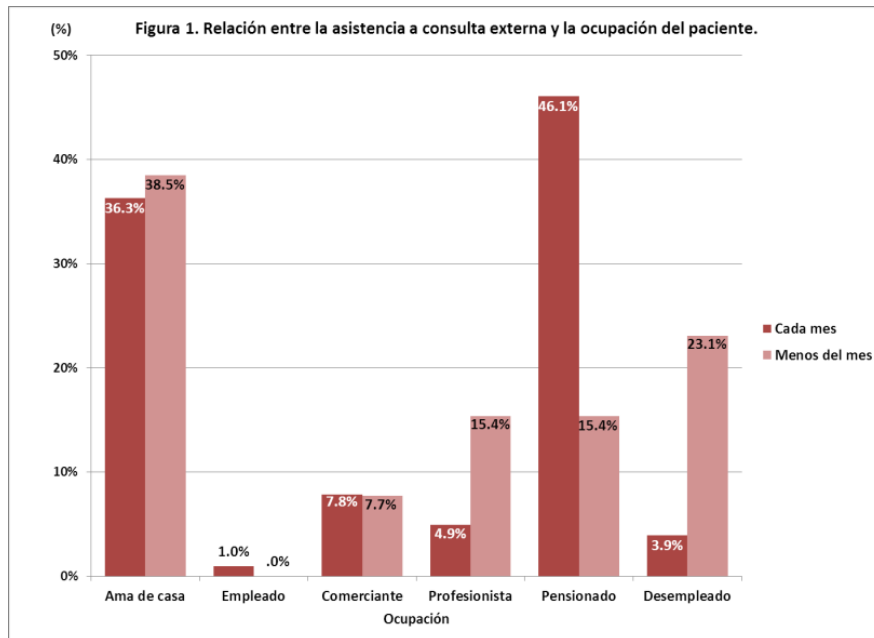
En cuanto a la frecuencia de asistencia a la consulta externa de medicina familiar 88.7% refieren acudir una vez al mes, 3.5% acuden a consulta cada 2 a 6 meses y 7.8% acuden cada 6 a 12 meses.

En relación a la toma de medicamentos 88.7% de los adultos mayores los toma casi todo el tiempo, 6.1% de vez en cuando y 5.2% respondió no tomar ninguno; de los que respondieron tomar medicamentos consumen al menos 1 el 11%, de 2 a 3 medicamentos diferentes 46%, 4 medicamentos 21%, 5 diferentes 18%, 6 fármacos 7%, entre 7-8 el 6% de la población y de 9-10 medicamentos 2%. Acuden por las recetas de prescripción de las mismas menos de una vez al mes 11.3%, una vez al mes 81.7%, dos veces al mes 5.2% y 3 o más veces al mes 1.7%.

La atención médica es percibida como muy buena para 34.8% de los individuos encuestados, buena 51.3%, regular 13% y refieren que la atención médica es mala 0.9%.

En la encuesta de evaluación sobre depresión mediante la escala de Zung el 60.9% no mostro ningún grado de depresión, 37.4% depresión leve y 1.7% moderada, ningún individuo presento depresión grave.

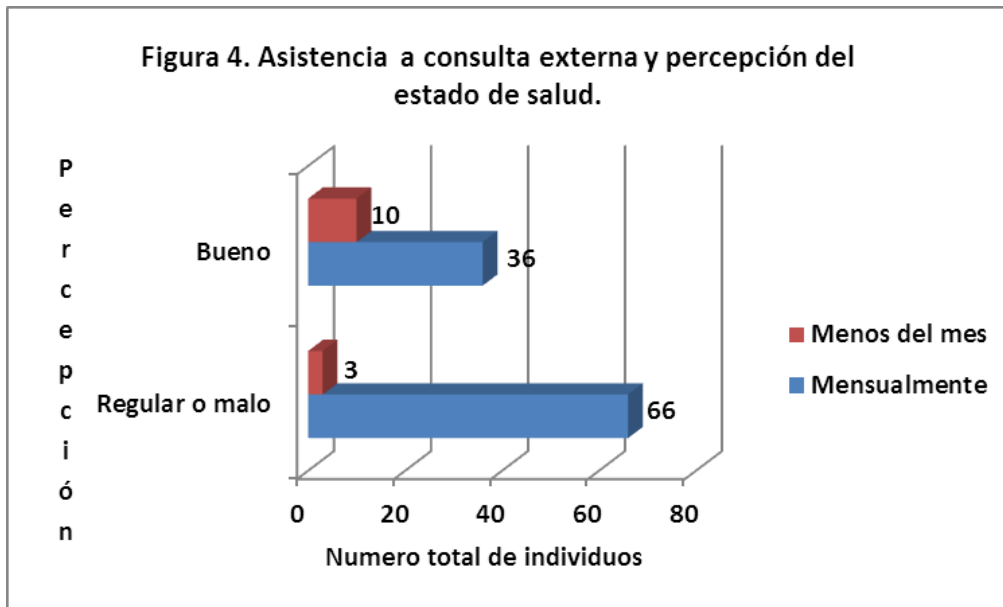
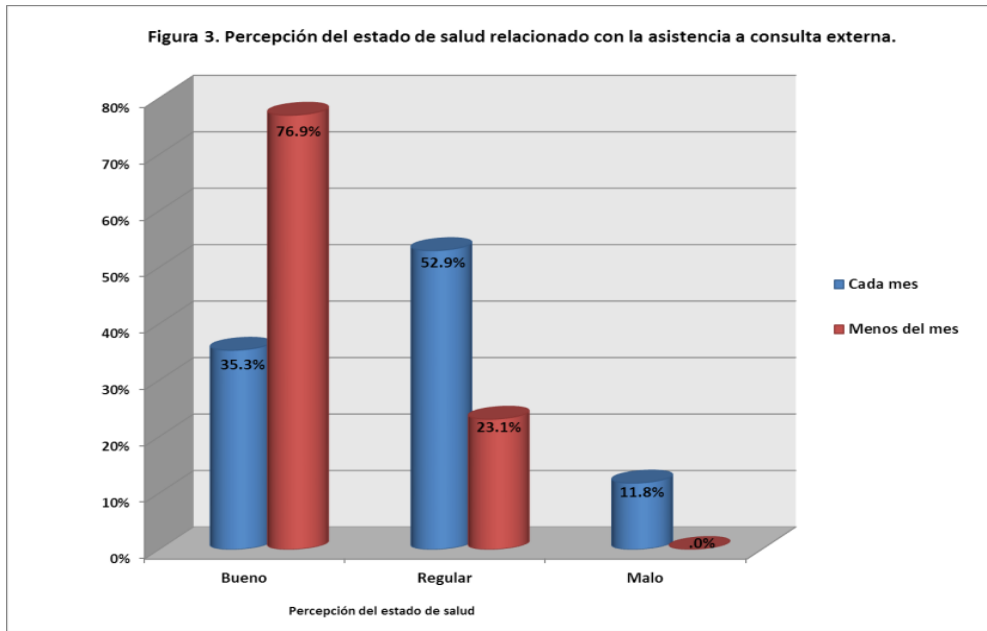
La ocupación del adulto mayor en relación a la demanda de asistencia a la consulta externa de medicina familiar presento que el 46.1% de jubilados entre los que acuden mensualmente a diferencia de la proporción de los jubilados que acuden menos del mes y que representó el 15.4%. Las amas de casa que acuden al mes fue del 36.3% y aquellas que acuden menos del mes 38.5% apenas con una diferencia del 2.2%. Entre los que refieren ser comerciantes la proporción de los que acuden al mes a consulta y los que acuden menos fue casi similar con un 7.8% y 7.7% respectivamente; los empleados fueron los que menos acudieron a consulta. (Figura 1).



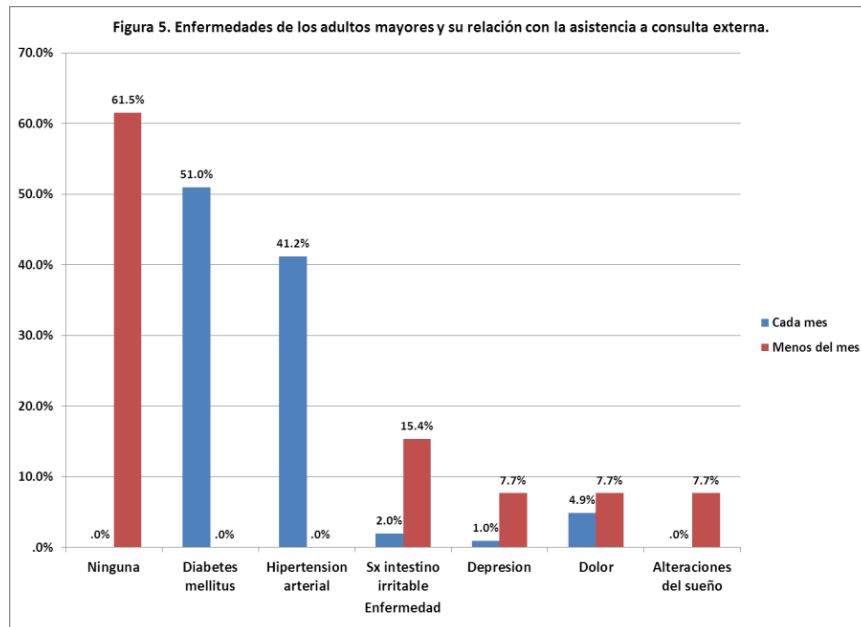
De manera específica al comparar el número de pensionados que acuden mensualmente a consulta externa (n=47) de los que acuden menos de una vez al mes (n=2), de los no pensionados que acuden mensualmente (n=55) y los que acuden menos del mes (n=11), se obtuvo OR (Odds-Ratio) 4.70 con un IC (Intervalo de confianza) 95% (0.91-32.43), X² **Mantel Haenszel** (p=0.035; figura 2).



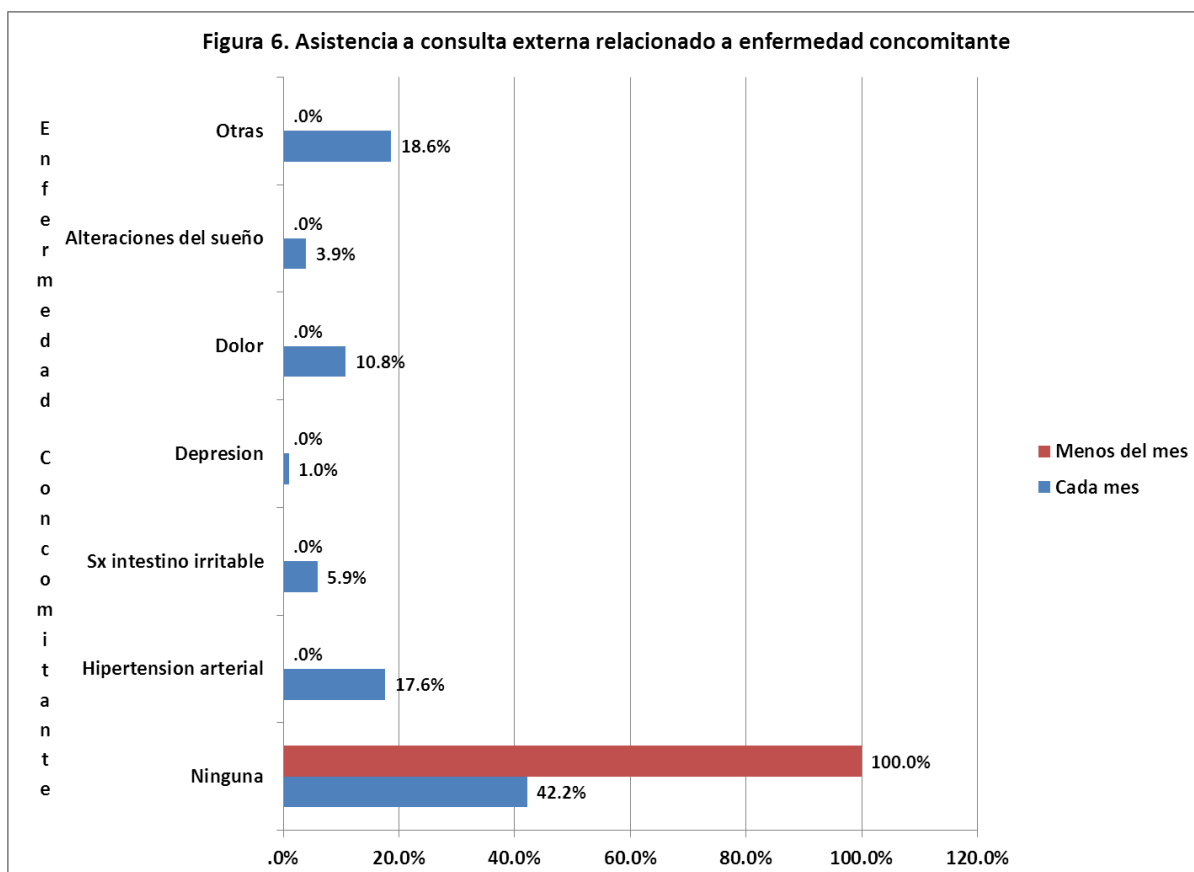
Existen diferencias entre la percepción del estado de salud entre los que acuden al mes a consulta de aquellos que lo hacen menos de una vez al mes; 52.9% (n=54) de aquellos que acuden mensualmente refirieron percibir su estado de salud como regular, comparado con el 76.9%(n=10) de los que acuden menos de una vez al mes y que perciben tener un buen estado de salud, reportan tener un estado de salud malo el 11.8% (n=12) de aquellos que acuden mensualmente y ninguna persona que acude menos del mes a consulta se refirió con estado de salud malo. (Figura 3). Al realizar la asociación entre la percepción del estado de salud como regular o mala comparada con una buena con la asistencia mensual o menor del mes a la consulta se obtuvo OR= 6.11, IC= 95% (1.42-30.13), $\chi^2= 8.25$ ($p=0.004$; figura 4).



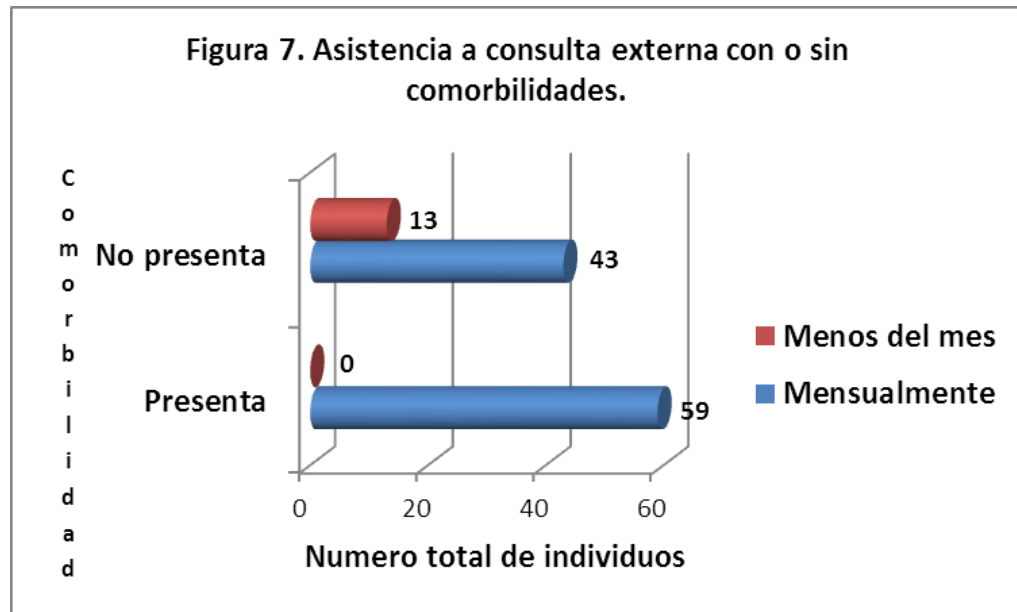
La presencia de enfermedades fue un factor condicionante en la frecuencia de asistencia a consulta externa, el 51% de los que acuden a consulta mensual son portadores de Diabetes Mellitus y 41.2% Hipertensión arterial; la mayoría de los que acuden menos de una vez al mes a consulta negaron tener alguna enfermedad (61.5%) y es mayor el porcentaje de aquellos que tienen síndrome de Intestino irritable, depresión, padecimientos relacionados con dolor y trastornos del sueño que acuden menos del mes en comparación con los que tienen alguno de los padecimientos antes mencionados y que acuden mensualmente. (Figura 5).



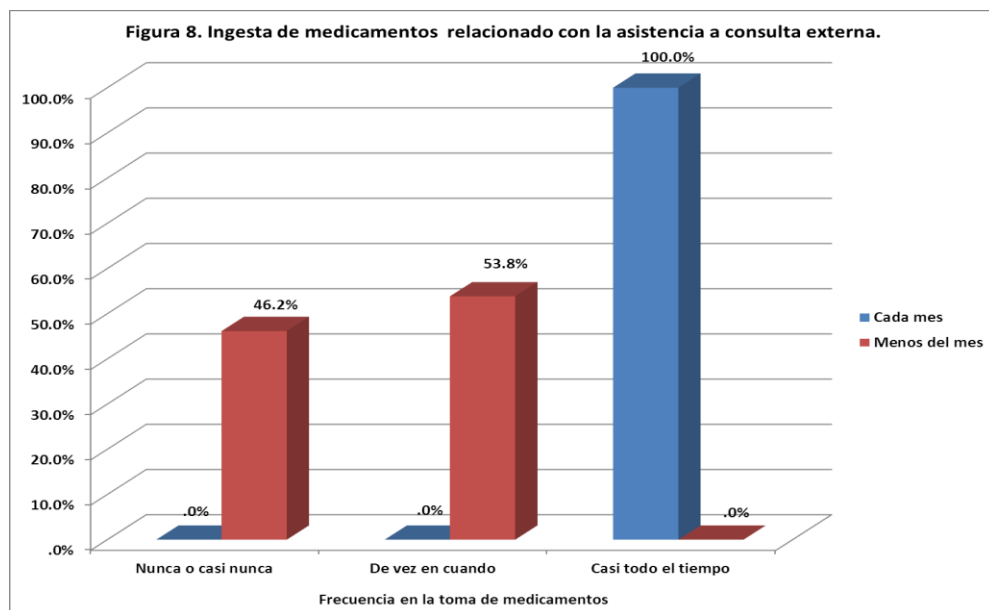
El 57.8% de quienes acuden mensualmente tienen enfermedad concomitante, 17.6% refirió Hipertensión arterial, 10.8% algún tipo de dolor, 5.9% síndrome de intestino irritable, 3.9% trastorno del sueño y 1% depresión en contraste con ausencia de comorbilidades entre los que acuden menos consulta externa. (Figura 6).



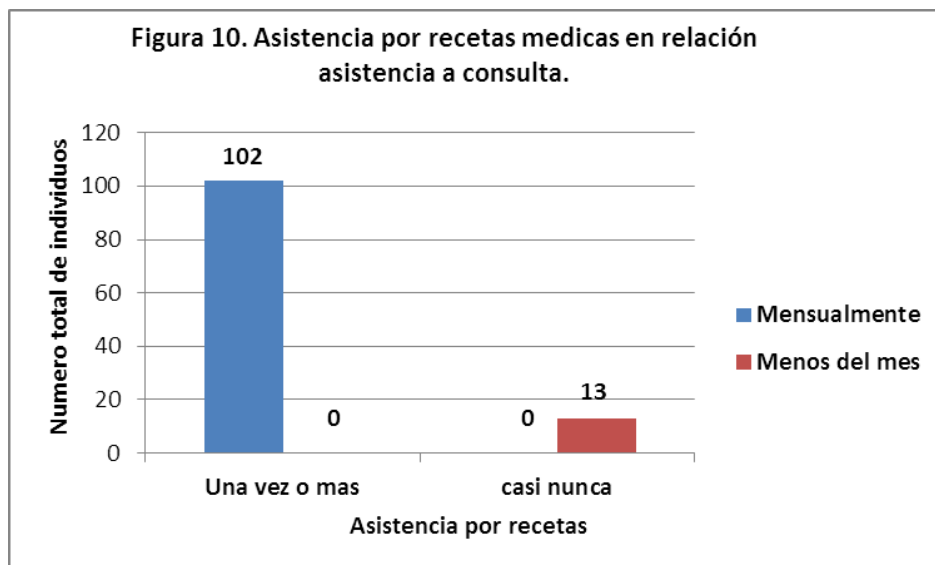
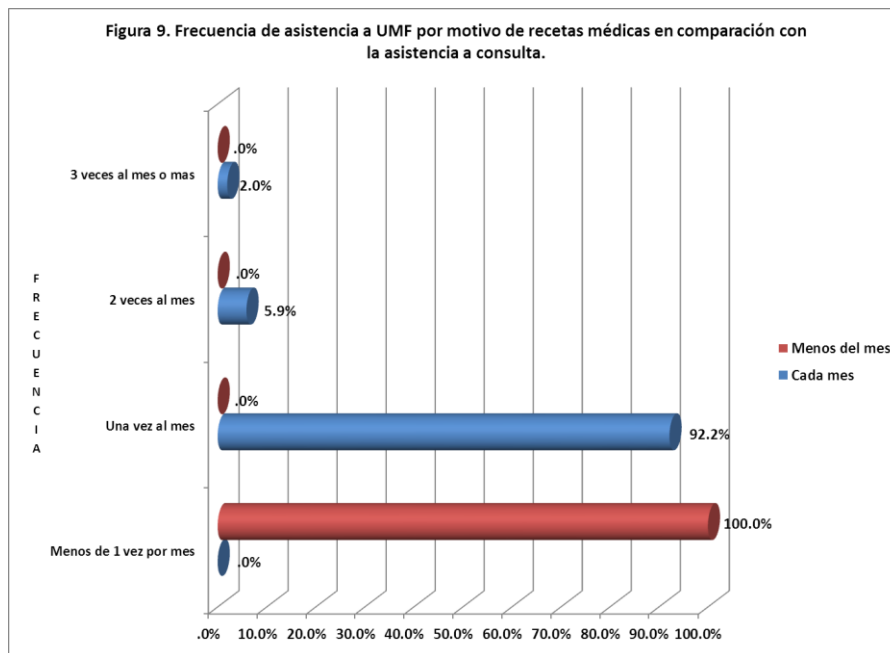
Al comparar el número de individuos que tienen comorbilidad y acuden al mes (n= 59) con los que no la presentan (n=0) y los individuos que acuden una vez al mes sin comorbilidad (n=43) de aquellos que acuden menos del mes (n= 13) se obtuvo $\chi^2= 12.56$ ($p=0.003$; figura 7).



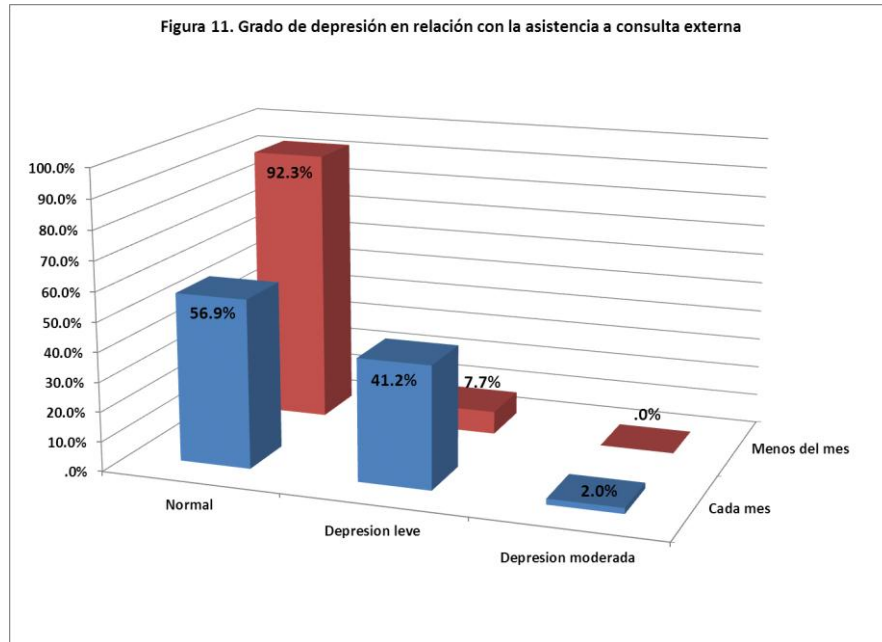
El 100% de los individuos que acuden mensualmente a consulta externa refirió tomar medicamento casi todo el tiempo, los que acuden menos del mes refirieron tomarlos de vez en cuando 53.8% y nunca o casi nunca 46.2%. (Figura 8).



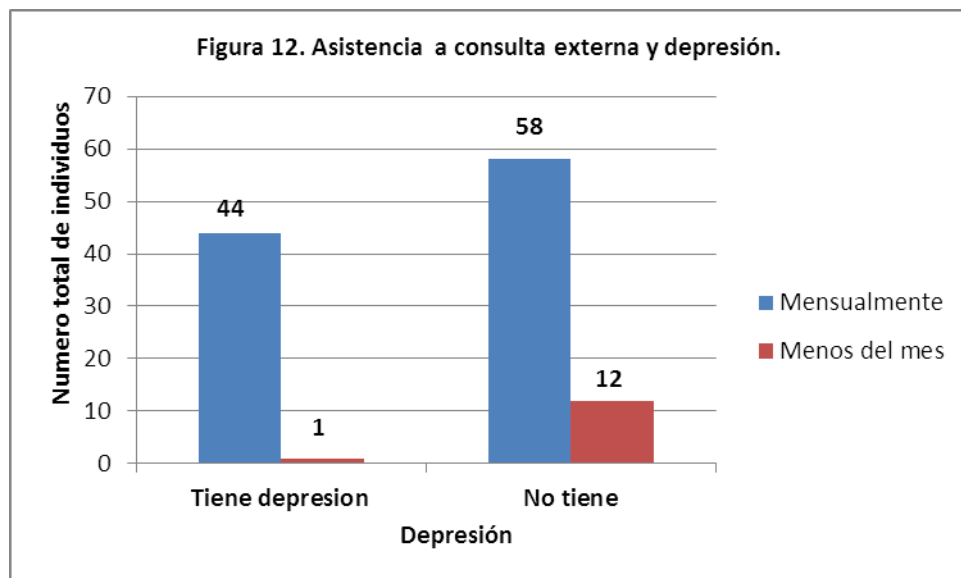
Por la asistencia de recetas los adultos mayores acuden una vez al mes el 92.2% (n=94) aquellos que contestaron acudir mensualmente a consulta, 2 veces al mes 5.9% (n=6) y 3 o más veces al mes 2% (n=2); 13 individuos contestaron acudir menos del mes a consulta y acudir por recetas menos del mes. Al realizar la comparación entre los que asisten por sus recetas una vez al mes o más, y los que acuden menos del mes en relación con la asistencia mensual a consulta o menor se obtuvo $\chi^2 = 114.00$ ($p < 0.00001$; figuras 9 y 10)



Relacionado a depresión, no presentaron depresión el 56.9% (n=58) de los que acuden mensualmente a comparación del 92.3% (n=12) que acuden menos del mes; 41.2% (n=42) presenta depresión leve en el grupo de los que acuden mensualmente y 7.7% (n=1) del grupo de los que acuden menos del mes, 2% (n=2) presenta depresión moderada entre los que van cada mes a consulta mientras que ningún individuo de los que acuden menos del mes cursa con depresión moderada; no se encontró a individuos que presentaran depresión grave. (Figura 11).



Al agrupar a los individuos que presentaron depresión de aquellos que no la tienen relacionada con la asistencia mensual o menos a consulta externa de medicina familiar se encontró OR= 9.1, IC=95% (1.15-194.38), $\chi^2= 6.03$ ($p=0.014$; figura 12)



XVI. CONCLUSIONES.

Los adultos mayores pensionados o jubilados representan un grupo importante de pacientes que acuden de forma más frecuente a la consulta externa de Medicina Familiar.

La mayoría de ellos presenta enfermedades de tipo crónico degenerativas y en especial, presentan comorbilidades lo cual condiciona que requieran de tratamientos farmacológicos, necesitando por tal razón las respectivas recetas médicas incrementando ambos factores la demanda de consulta en las unidades de medicina familiar.

El estudio demostró que la percepción del estado de salud en los adultos mayores es referido como regular en un porcentaje importante en aquellos que acuden al menos una vez a consulta a comparación de los que acuden menos y refieren percibir su salud como buena; situación que se vincula como factor condicionante en la frecuencia en la asistencia a la consulta externa.

La depresión influyen en la demanda de consulta en los individuos de la tercera edad, reflejándose a través de los resultados de la autoevaluación de la escala de Zung en la que, en el grupo de los que acuden a consulta cada mes o más existen un mayor número de individuos con depresión que en el grupo que acude menos.

XVII. DISCUSIÓN

Las características del grupo estudiado de adultos mayores es semejante a los reportados en otras investigaciones, un ejemplo de esto es el realizado por Cortés NA y Cols., referente a la identificación del panorama de salud del adulto mayor a través de la evaluación geriátrica integral en la zona metropolitana de la ciudad de Querétaro y el estudio sobre funcionalidad en los adultos mayores realizado por Soberanes Fernández S y Col., en población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) de la zona sur de la Ciudad de México en los cuales el promedio de edad, la predominio del sexo femenino, el ser pensionado o jubilado y estar casado obtuvieron porcentajes similares. (30,31).

El predominio de los adultos mayores jubilados o pensionados reflejado en nuestro estudio también fue notorio en la investigación realizada por Oliveira DR y Cols., referente a medir la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores internados en una institución hospitalaria en São Vicente de Paulo, en Passo Fundo, Rio Grande do Sul. (32).

La asistencia a consulta externa de medicina familiar en nuestra investigación fue predominante en el grupo de aquellos que son jubilados de los que no lo son, Estrella Castillo DF y cols., analizaron la asociación de la percepción de salud con algunas características sociodemográficas en una muestra de jubilados y pensionados yucatecos, reportan la frecuencia de asistencia a consultas médicas por semestre de este grupo particular de adultos mayores encontrando que estos acuden 4 a 5 veces por semestre, además las enfermedades que originaron estas consultas fueron en primer lugar la Hipertensión arterial seguido por las fracturas y en tercer lugar la Diabetes Mellitus, resultados que pueden ser comparados con los obtenidos en nuestra investigación, difiriendo en que la Diabetes Mellitus se encuentra en primer lugar de las enfermedades crónico degenerativas en nuestros adultos mayores seguido por la Hipertensión arterial, pero debemos recordar que Veracruz en

uno de los estados con mayor porcentaje en Diabetes Mellitus, además, cabe señalar que en nuestro estudio no se interrogó de forma directa sobre el tener o haber tenido fracturas lo que puede condicionar las diferencias entre los resultados de ambos estudios.

En relación a la percepción del estado de salud estos investigadores los clasificaron en estado de salud bajo, suficiente, bueno y excelente obteniendo una mayor proporción en aquellos que contestaron percibir su estado de salud como suficiente por lo que estos resultados son similares a los obtenidos en nuestra investigación. (33)

Es similar el porcentaje de adultos mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial reportados en nuestros estudios, los realizados por otros autores en individuos mexicanos con los encontrados en población de la tercera edad perteneciente a España y Portugal; Pino JM, Bezerra BF y Portela CJ., en su investigación sobre calidad de vida y estado de salud en un grupo de personas mayores de 65 años residentes en ciudades de Galicia y Norte de Portugal reportaron entre los diagnósticos más frecuentes en los adultos mayores la Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, encontrándose para España a la Diabetes Mellitus en segundo lugar después de la Hipercolesterolemia y como tercer lugar a la Hipertensión arterial, para Portugal estas enfermedades se encuentran ocupando el primer y segundo lugar entre las enfermedades predominante en los adultos mayores totalmente similar a los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación.(34)

La depresión, es un padecimiento al que tal vez no se le ha dado la importancia debida en las personas adultas mayores , fue identificada de forma relevante en nuestro trabajo en aquellos individuos que acuden al menos una vez al mes o más a la consulta externa de medicina familiar que en el grupo que acude menos, situación que puede compararse con los resultados de la investigación realizada en adultos mayores aunque de manera especial enfocada a aquellos hospitalizados, cuyo objetivo fue mostrar que existe un alta prevalencia de

depresión en este grupo peculiar, en los que se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario de datos generales; se demostró que uno de los padecimientos que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta mayor es la depresión y que generalmente lo que lleva a una persona a deprimirse en la vejez e incluso a trastornarse, tiene que ver estrechamente con los aspectos del envejecer como son: jubilación, viudez, duelo (en particular pérdida de la salud), y la dependencia, las cuales inciden en distintas estructuras mentales.

Otros factores que repercuten en el bienestar de las personas mayores de 60 años son: relaciones sociales, apoyo familiar, red social de apoyo, así como los aspectos sociodemográficos, hereditarios, status y experiencias en la niñez. La depresión en el adulto mayor difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. La tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. (35)

Los adultos mayores son parte importante de la población derechohabiente que demanda consulta médica y se ve mayormente reflejado en el grupo de los que se encuentran jubilados o pensionados; el tener una enfermedad crónica más comorbilidad hace necesaria la mayor asistencia médica así como medicamentos de transcripción por lo que la asistencia a las unidades de medicina familiar se incrementa; podemos decir que los adultos mayores perciben su estado de salud como regular y unos cuantos como malo y que la depresión en ellos muchas veces queda encubierta y para identificarla hace falta realizar evaluaciones periódicas a través de las escalas disponibles para evaluarla como la escala de depresión de Zung.

Es importante que el personal de salud médico de las unidades de medicina familiar que son las bases de atención dentro del sector salud y los primeros en estar en contacto con el paciente, hacer hincapié en la detección de depresión

en el grupo de 60 años y más, poner atención sobre todo en aquellos ya sin ninguna ocupación como los jubilados y pensionados e invitarlos a participar de actividades recreativas adecuadas para mantenerlos activos, participar en la generación organizada de grupos de adultos mayores y plan de actividades para ellos y así garantizar una mejor actitud de vida, evitar, reducir y tratar la depresión en este grupo de población.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Leonardo-López M, Miranda-Guerra AJ, Luis-Hernández-Vergel L. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente Hermanos Cruz. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2010; 26(2) :
2. Ruiz-Dioses I et al. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2008; 25(4):374-79.
3. Dueñas-González DM, Bayarre-Vea HD, Triana-Álvarez EA, Rodríguez-Pérez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2011; 27(1):10-22.
4. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S, Hurd M, Comparison of Disability Rates Among Older Adults in Aggregated and Separate Asian American/Pacific Islander Subpopulations. *Am J Public Health* 2011;101(1):94–100.
5. Kaskie et al. Older adults who persistently present to the emergency department with severe, non-severe, and indeterminate episode patterns. *BMC Geriatrics* 2011 11:65.
6. Dupre ME, Gu D, Vaupel JW (2012) Survival Differences among Native-Born and Foreign-Born Older Adults in the United States. *PLoS ONE* 7(5): e37177. doi:10.1371/journal.pone.0037177.
7. Pino-González PJ, Saldaña-Ibarra SA, Hernández-Guerson E. Los adultos mayores: campo laboral emergente para los nutriólogos. *UniverSalud* 2001; 7(14):50-58.
8. Padron IM, Román RP. Características sociodemográficas y determinantes del uso de los servicios de salud por la población adulto mayor en México. *Cofactor* 2010; 1(1): 115-132.

9. Ayala A, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gac Sanit* 2012;26(4):317–324.
10. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2011; 27(3):460-470
11. Velasco-Rodríguez R. et al. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012; 20 (2): 91-96
12. Rodríguez-Cabrera A, Álvarez-Vázquez L, Quevedo-Expósito FK. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2009; 25(4): 65-76.
13. Peña PB, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir* 2009; 14(2): 53-61
14. Castillo-Carniglia A. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gac Sanit.* 2012;26(5):414–420.
15. Bluestein D, Rutledge CM. Perceived health and geriatric risk stratification. *Can Family Physician* 2006; ;52:626-627.
16. Guerrero-Pérez R et al. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. *Rev. salud pública* 2012; 14 (1): 88-101.
17. Carrillo-Toledo MG, Valdés-González NE, Domínguez-Sánchez MM, Marín-Farfán SF. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *UniverSalud* 2010; 6(12): 4-10
18. Berges et al. Sex Differences in Mortality among Older Frail Mexican Americans. *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18(10): 1647–1651.
19. Cullum S, Metcalfe C, Todd C, Brayne C. Does depression predict adverse outcomes for older medical inpatients? A prospective cohort study of individuals screened for a trial. *Age Ageing.* 2008;37:690–695.

20. Gillsjö et al. Home: The place the older adult can not imagine living without. *BMC Geriatrics* 2011; 11:10.
21. Gustafsson et al. Swedish Health Care Professionals View of Frailty in Older Persons. *Journal of Applied Gerontology* 2012; 31: 622-640.
22. Ottenbacher KJ, Graham JE, Al Snih S, Raji M, Samper-Ternent R, Ostir GV, Markides KS. Mexican Americans and frailty: findings from the Hispanic established populations epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*. 2009; 99(4):673–679.
23. Raji MA, Al Shih S, Ostir GV, Markides K, Ottenbacher KJ. Cognitive status and future risk of frailty in older Mexican Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65 (11):1228-34.
24. Mezuk Br, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *nt J Geriatr Psychiatry* 2012; 27(9):879-92
25. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *J Gen Intern Med* 2012;27(1):16–22
26. Lana Sue Ka'opua et al. Why Are Native Hawaiians Underrepresented in Hawai'i's Older Adult Population? Exploring Social and Behavioral Factors of Longevity. *Journal of Aging Research* 2011; Volume 2011, Article ID 701232, 8 pages doi:10.4061/2011/701232
27. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men. *Can Fam Physician* 2009; 55(11):1110-1111
28. Barrios MAR, Hernández GC, Urbina SRMLE. Salud mental del adulto mayor de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México. *Enfermería Universitaria* 2009; 6 (2):31-34
29. Salazar-Barajas ME, Cruz-Quevedo JE, Salazar-González BC, Vega-Alanís MC. Estructura social y actividades productivas en adultos mayores de una zona marginal. *Rev Enferm IMSS* 2009; 17 (2): 63-68

30. Cortés NA y Cols. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731.
31. Soberanes FS, González PAA, Moreno CYC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2009;14(4):161-72.
32. Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann AL. Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2013;21(4):[08 pantallas].
33. Estrella CDF, Rubio ZHA, Zapata PA, López MA. Asociación de la percepción de salud con algunas características sociodemográficas en una muestra de jubilados y pensionados yucatecos. Residente 2012; 7 (2): 40-47.
34. Pino JM, Bezerra BF y Portela CJ. Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. Revista de Investigación en Educación 2009; (6):70-78
35. Hernández Zamora ZE, Vázquez Espinosa JM, Ramo Mendoza A. Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad 2012; 3(1):1-27

ANEXOS



ANEXO 1.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE ORIZABA NO. 1
“IGNACIO GARCIA TELLEZ”**

Folio: _____

1 de 2

**Formato de Recolección de datos del Protocolo de Investigación:
“Factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores en
las unidades de medicina familiar”**

Los investigadores garantizaremos la total confidencialidad de la información, la cual será utilizada solo con fines estadísticos y científicos.

1.- Edad: _____ (años cumplidos)

2.- Sexo: 1) Mujer: _____ 2) Hombre: _____

3.- Ocupación: 1) Ama de casa 2) Obrero 3) Empleado 4) Comerciante
5) Profesionista 6) Pensionado 7) Desempleado

4.- Nivel socioeconómico: ¿Cuánto gana al día? _____

5.- Lugar de residencia: 1) zona rural 2) Zona urbana

6.- Estado Civil: 1) Soltero(a) _____ 2) Casado(a) _____ 3) Unión
Libre _____ 4) Divorciado(a) _____ 5) Viudo(a) _____ 6) Abandonado

7.- Escolaridad: 1) Analfabeta _____ 2) Primaria incompleta _____
3) Primaria completa _____ 4) Secundaria _____ 5) Preparatoria _____
6) Licenciatura _____

8.- ¿Con quienes vive en el mismo domicilio?

9.- Para alimentarse usted es: a) Independiente _____ b) Dependiente _____

10.- Para bañarse y vestirse usted es:

a) Independiente _____ b) Dependiente _____

11.- Para ir al baño usted es: a) Independiente _____ b) Dependiente _____

12.- Para deambular usted es:

a) Independiente____ b) Dependiente____

13.- Para subir y bajar escaleras usted es:

a) Independiente____ b) Dependiente____

14.- ¿Cómo refiere usted que es su estado de salud?

a) Bueno ____ b) Regular____ c) Malo____

15.- ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas? -

16.- ¿Con que frecuencia fuma?

17.- ¿Tiene usted alguna enfermedad?

a) Diabetes Mellitus____ b) Hipertensión arterial____ c) Sx Colon

Irritable____

d) Depresión____ e)Dolor f) Alteraciones del sueño g) otras:_____

18.- ¿Con que frecuencia acude a la consulta externa de medicina familiar?

19.- ¿Con que frecuencia toma medicamentos?

20.- ¿Cuántos medicamentos toma al mes?_____

21.- ¿Con que frecuencia acude a la unidad médica por las recetas de sus medicamentos?_____

22.- ¿Como refiere usted que es la atención por parte de su médico de la consulta externa?

a) Muy buena ____ b) Buena ____ c) Regular ____ d) Mala____ e) Muy mala____

ANEXO 2.
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Para que las respuestas sean válidas se honesto(a) contigo mismo(a). No pienses mucho las respuestas, contesta con la primer idea que se te venga a la mente. Esto es, sé espontáneo(a).

	¿Qué has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes?	1 Pocas veces, raramente	2 Algunas veces, De vez en cuando.	3 Muchas veces, Frecuentemente.	4 Casi siempre, Siempre.
1.	Me siento triste y deprimido(a)				
2.	Por las mañanas me siento peor que por las tardes				
3.	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4.	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5.	Ahora tengo menos apetito que antes				
6.	Me siento menos atraída por el sexo apuesto				
7.	Creo que estoy adelgazando				
8.	Estoy estreñido(a)				
9.	Tengo palpitaciones en el pecho sin control				
10.	Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energía				
11.	Mi cabeza no esta tan despejada como antes				
12.	No hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13.	Me siento agitado(a) e intranquilo(a) y no puedo estar quieto(a)				
14.	No tengo esperanza ni confianza en el futuro				
15.	Me siento más irritable que habitualmente. Me enojo fácilmente.				
16.	Encuentro difícil la toma de decisiones				
17.	No me creo útil ni necesario(a) para la gente				
18.	No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena				
19.	Creo que sería mejor para los demás que me muriera				
20.	Ya no me gustan las mismas cosas que antes me agradaban				

Anexo 3.



**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:	"FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE CONSULTA POR LOS ADULTOS MAYORES EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR"
Lugar y fecha:	ORIZABA, VERACRUZ FEBRERO DE 2014
Número de registro:	R- 2014 -3101-14
Justificación y objetivo del estudio:	El motivo del presente estudio se basa en el incremento del número de adultos mayores sobresaliendo en el país el estado de Veracruz como el tercer lugar en relación a ello; implicando mayores necesidades asistenciales y sanitarias debido a los consecuentes incrementos de cuidados de larga duración e incluso la implementación de estrategias de convivencia y cuidado por situaciones de dependencia. El objetivo de este estudio es determinar cuáles son los factores asociados a la demanda de consulta por los adultos mayores de la población adscrita al IMSS en la región de Orizaba Veracruz, Sur.
Procedimientos:	Se aplicarán dos cuestionarios previo consentimiento de los pacientes quienes contestarán cada uno de los rubros solicitados, los resultados serán analizados y de esta manera determinar los factores asociados a la a la demanda de consulta por los adultos mayores
Posibles riesgos y molestias:	Los cuestionarios aplicados pretenden extraer información personal, la cual puede motivar incomodidad de quien responde los cuestionarios aplicados.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al determinar los factores se podrá realizar una mejor planeación orientados al cuidado de la salud de cada paciente de la tercera edad en el primer nivel de atención
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará al paciente al término del estudio.
Participación o retiro:	Se garantiza dar respuesta a cualquier duda y se da la libertad de retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento que se desee sin que esto afecte los intereses personales
Privacidad y confidencialidad:	Se precisa el compromiso de no identificar al participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se mantendrá la confidencialidad de la información.
Beneficios al término del estudio:	Mejorar la planeación orientada al cuidado de la salud de cada paciente adulto mayor en el primer nivel de atención
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Gerardo Alpuche San Miguel Matrícula 99322812. Delegación IMSS Veracruz Sur . Tel 7251511
Colaboradores:	DRA. Cristina García Sánchez R3MF Matrícula 99328964
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación local IMSS: HGZ8

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Cristina García Sánchez R3MF

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

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

lave: 2810-009-013

