



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 8**

**Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona
No. 8.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. IRIS YOLISMA BORJA QUIÑONES

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO**

**CODIRECTOR DE TESIS:
DR. MARTIN GALEANA CABALLERO**

**ASESORES:
DRA. ELVA LUISA TORRESCANO DE LABRA
DRA. JANET SALDAÑA ALMAZÁN
DRA. ALICIA ANAI TORRES RODRIGUEZ**

R-2024-1102-039

ZIHUATANEJO DE AZUETA, GUERRERO. FEBRERO 2026

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Zihuatlango de Azueta, Guerrero, México, a los 19 días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Iris Yolisma Banya Quiróms autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis de posgrado con el título Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8.

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C))

A). Expreso mi conformidad de **ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha**, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 2 del mes de Marzo del año 2026, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 2 del mes de Marzo del año 2026, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

Iris Yolisma Banya Quiróms
Nombre y firma del autor/vo. Bo.

Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Director-Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo Iris Yolisma Boya Quiñones, con número de matrícula: 23501507, egresado del (a) Nombre del Posgrado Especialidad de Medicina Familiar,

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: [Tesis, [Artículo, denominado:

"Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8"

para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)

Especialidad de Medicina Familiar

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 19 de Noviembre de 2025

Sustentante



Iris Yolisma Boya Quiñones
Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo.




Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Nombre completo del Director(tesis)




ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS


En la Ciudad y puerto de Acapulco, Guerrero, siendo el día veinte de noviembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por la Academia de Posgrado, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis **Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8.** presentada por la **C. DRA. IRIS YOLISMA BORJA QUIÑONES** para obtener el **Diploma de Especialidad en Medicina Familiar**, a través de ésta expresan su **APROBACIÓN DE LA TESIS**, autorizan el envío de la tesis, y aceptan que en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación del Examen de Grado.

El Jurado de Tesis


Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Directora de Tesis


Dra. Janet Saldaña Almazán
Asesora


Dr. Martín Galeana Caballero
Asesor


Dra. Elva Luisa Torrescano De Labra
Asesora


Dra. Alicia Anai Torres Rodríguez
Asesora



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD)
ESTATAL EN GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

**"Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona
No. 8."**

Directora de tesis:

Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero

Tesista:

Dra. Iris Yolisma Borja Quiñones



GOBIERNO DE
MÉXICO




INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NO.8.

No. Registro R-2024-1102-039


Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Coordinador Auxiliar Médico de Educación




Dra. Mindri Anai Gutiérrez Bello

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud.


Dra. Elisa Sánchez Cabrera

Coordinadora Auxiliar Médico de Investigación en Salud




Dra. Alicia Anai Torres Rodríguez

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.


Dr. Cynthia Guadalupe Castro Caballero

Directora de Tesis.

UAGro



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1102**,
H. GRAL. REGIONAL NUM. 1

Registro COFEPRIS 17 CE 11 001 066

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082

FECHA: Lunes, 06 de mayo de 2024

Doctor (a) CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2024-1102-039

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

ATENTAMENTE

Salomon Garza Andraca
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

A Dios, por sostenerme cuando mis fuerzas parecían agotarse. Por abrirme caminos en medio de la duda, por darme la fortaleza para continuar aun con el corazón cansado y por abrazarme en los momentos de dolor. Gracias por darme vida y la posibilidad de cumplir este sueño que tantas veces imaginé imposible.

A mi esposo, mi compañero de vida, gracias por estar conmigo en la salud y en la enfermedad, en mis momentos de fe y también en mis momentos de quiebre, a mi hijo el amor de mi vida y mi motor más puro. Gracias por darme razones para seguir, por soportar mis ausencias y por iluminar mis días incluso cuando la distancia dolía. Tu existencia da sentido a todos mis esfuerzos, Gracias a ambos por acompañarme en este camino de la residencia médica, que ha estado lleno de, tristeza, enojo, llantos, frustración y también de enormes sacrificios. Su amor, paciencia y comprensión me sostuvieron cuando las guardias me agotaban, cuando la distancia pesaba y cuando, a pesar de todo, dudé de mí misma y quise rendirme. Ustedes han sido mi motor y mi refugio, y este logro también es suyo, porque sin ustedes, no habría permanecido de pie.

A mi familia, mi madre, hermanos y sobrinos por entender las ausencias, por apoyar mis decisiones y por esperar con el corazón abierto a que regresara cada vez que la residencia me alejaba de ustedes. Su cariño y su fe en mí me dieron fuerzas para continuar.

A mi directora de tesis, la Dra. Cynthia, por su guía, su paciencia y su confianza. Gracias por acompañar este proceso académico con profesionalismo y por impulsar en mí el deseo de hacer las cosas bien.

A mi suegro, cuya ausencia aún se siente tan presente en nuestras vidas. Gracias por cuidar a mi niño con tanto amor, permitiéndome avanzar en este sueño profesional. Su bondad y su apoyo viven en mi memoria, y hoy lo siento acompañándome desde un lugar de paz, gracias.

Y a ti hermano: No hay palabras que contengan la profundidad de tu partida ni el vacío que dejaste. Este año aprendí a continuar sin ti, con un dolor que me atraviesa, pero también con la certeza de que sigues conmigo en espíritu que me acompañaron en cada día difícil en que quise rendirme. Te extraño profundamente, pero también te honro. Sé que desde donde estás, me ves, me cuidas y te sientes orgulloso. Este logro, hermano mío, también te lo dedico, porque parte de mi fuerza viene de tu recuerdo.

A quienes ya no están en esta tierra, pero habitan en mi memoria, gracias por seguir iluminando mi camino. Creo firmemente que sus almas acompañaron este proceso, dándome serenidad cuando más la necesité.

A todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este recorrido: Gracias.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	12
2. MARCO TEORICO	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
4. JUSTIFICACIÓN.....	25
5. OBJETIVOS.....	27
6. HIPÓTESIS.....	27
7. MATERIAL Y MÉTODOS	28
8. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	33
9. PLAN DE ANÁLISIS ESTADISTICO.....	34
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
11. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	40
11. RESULTADOS	41
12. DISCUSIÓN	46
13. CONCLUSIÓN	48
14. PROPUESTAS.....	48
15. BIBLIOGRAFIA	49
16. ANEXOS	55
16.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	55
16.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	56
16.3 INSTRUMENTO DE MEDICION	57
16.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	59
16.5 CARTA DE NO INCOVENIENTE POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD .	61

**“Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital
General de Zona No. 8.”**

RESUMEN

Introducción: Conocer las principales redes de apoyo social con las cuales se cuenta en la vida diaria, así como en situaciones de crisis, permite acudir a las personas indicadas en el momento en que suceda alguna situación que no es posible enfrentar aisladamente. **Objetivo:** Evaluar la percepción de apoyo social de adultos mayores hospitalizados en el HGZ No 8. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, el cual se llevó a cabo en la Hospital General de Zona No. 8, que incluyó 167 adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario MOS de apoyo social. **Resultados:** Predominaron las mujeres con un poco más de la mitad de los casos. En cuanto a la ocupación se observó con más frecuencia a las personas pensionadas. En la escolaridad la mayoría de los casos tenían educación básica. El estado civil de los pacientes que mayormente predominó fue de casados. En cuanto a las patologías presentes se reportó una frecuencia de hipertensión arterial de 121 (72.5%) y con diabetes mellitus fue de 88 (52.7%) de los casos. En el análisis descriptivo se registró la frecuencia de índice global de apoyo social adecuado de 66 (39.5%) de los casos y con apoyo social escaso 101 (60.5%) de los casos, ningún paciente con falta de apoyo. **Discusión:** los resultados del presente estudio constituyen una alerta sobre la necesidad de desarrollar estrategias de intervención orientadas a la promoción del apoyo social y la integración de las personas mayores en espacios que fomenten la interacción y el sentido de pertenencia. **Conclusión:** Entre los adultos mayores hospitalizados, el 60.5% presentó apoyo social escaso, mientras el 39.5% percibió un apoyo social adecuado.

Palabras Clave: redes de apoyo social, envejecimiento, percepción social.

ABSTRACT

Introduction: Knowing the main social support networks available in daily life, as well as in crisis situations, allows individuals to turn to the right people when faced with a situation that cannot be faced alone. **Objective:** To evaluate the perception of social support among older adults hospitalized at General Hospital No. 8. **Materials and Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional, and prospective study was conducted at General Hospital No. 8, including 167 older adults who completed the MOS Social Support Questionnaire. **Results:** Women predominated, comprising slightly more than half of the cases. Regarding occupation, pensioners were the most frequently observed group. In terms of education, the majority of cases had a basic education. The most prevalent marital status among the patients was married. Regarding existing pathologies, hypertension was reported in 121 (72.5%) cases and diabetes mellitus in 88 (52.7%) cases. In the descriptive analysis, the frequency of an adequate global social support index was recorded in 66 (39.5%) cases and infrequent social support in 101 (60.5%) cases; no patients reported a lack of support. **Discussion:** The results of this study highlight the need to develop intervention strategies aimed at promoting social support and the integration of older adults in spaces that foster interaction and a sense of belonging. **Conclusion:** Among hospitalized older adults, 60.5% reported limited social support, while 39.5% perceived adequate social support.

Keywords: social support networks, aging, social perception.

1. INTRODUCCION

Conocer las principales redes de apoyo social con las cuales se cuenta en la vida diaria, así como en situaciones de crisis, permite acudir a las personas indicadas en el momento en que suceda alguna situación que no es posible enfrentar aisladamente.

2. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES GENERALES

DEFINICIÓN Y ASPECTO EPIDEMIOLOGICOS

El panorama general según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. El envejecimiento con lleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales; además como afecciones sociales, como la jubilación, fallecimiento de parejas, familiares o amigos. Cuando las personas pueden vivir muchos años con buena salud y en un entorno propicio, su capacidad para hacer lo que más valoran; apenas se distingue de las más jóvenes. En cambio, si estos años están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad se vuelven más negativas. (1)

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), para el segundo trimestre de 2022 se estimó que había 1,798 707 personas de 60 años y más adultas mayores. Esta cifra representa 14 % de la población total del país. En los hombres, este porcentaje es 13 %; en las mujeres, de 15 %. Más de la mitad (56 %) tiene entre 60 y 69 años. Conforme avanza la edad, este porcentaje disminuye: 30 % corresponde al rango de 70 a 79 años y 14 % a las personas de 80 años y más. Según el sexo, el porcentaje es ligeramente más alto para los hombres de 60 a 69 y para las mujeres de 80 años y más. La población ocupada de 60 años y más se distingue por dedicarse al comercio (23 %) y a actividades agropecuarias (23 %). La siguen quienes son trabajadoras y trabajadores industriales artesanos y ayudantes (21 %). Conforme transcurre el ciclo vital de las personas, aumenta la posibilidad de caer en el empleo informal.

En México, 70 % de la población ocupada de 60 años y más tiene un empleo informal. (2)

La guía de práctica clínica de la valoración geronto-geriátrica integral, menciona que la atención primaria el enfoque médico clásico que se basa solo en el diagnóstico clínico, no es suficiente, como para abarcar las múltiples necesidades bio-psicosociales y los riesgos de los adultos mayores que viven en sus hogares y consultan en un centro de salud. Se recomienda realizar una evaluación geriátrica utilizando cuestionarios estructurados que contengan escalas simples y validadas. Y se define como red social a la serie de contactos personales, través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Puede considerarse como una fuerza preventiva que asiste a un individuo en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. (3)

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. (4)

A mitad del siglo pasado prevalecía en México una mortalidad en continuo descenso y una natalidad elevada y prácticamente constante. Son marcados los cambios que se aprecian en la composición por edades de la población entre 1970 y 2000. La proporción del grupo de menores de 15 años se redujo; en contraste, el grupo de entre 15 y 64 años se incrementó, mientras que la población del grupo de 65 años y más aumentó. A la mitad del siglo pasado, la estructura por edad se habrá transformado radicalmente con un predominio de los adultos y de los adultos mayores. (5)

En nuestro país, la Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores define a una persona adulta mayor como aquella que tiene 60 años y más. A su vez, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que en los países en vías de desarrollo (como México), la edad para definir a una persona como adulta mayor es de 60 años, mientras que en un país desarrollado es de 65 años. En 2010, la población económicamente activa de 65 y más años, del Estado, fue de 78,519 personas, que representa 33.5% en relación con el total de población en ese rango de edad, mientras que para 2015, de acuerdo con información del INEGI, la cantidad es de 64,488 que representa 23.4%, un decremento de 14,031 (17.9%) personas respecto al 2010. la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, indica que Zihuatanejo de Azueta, ubicado en la región Costa Grande del estado de Guerrero, es el municipio con la mayor tasa de crecimiento poblacional 6.9% y se ubica por arriba del promedio estatal 3.4%. Respecto a la relación de dependencia de los adultos mayores en el ámbito municipal, ésta se manifiesta de manera diferente en los 81 municipios que conforman el estado de Guerrero. (6)

ESPERANZA DE VIDA

Un estudio realizado por la División de población del departamento de asuntos económicos de las Naciones Unidas, señala que aunque México es predominantemente joven, para el año 2030 el porcentaje de población envejecida ascenderá a 14.9%, por lo que se considerará como población en transición y en 2050 será una población envejecida con 24.7% de su población en edades avanzadas, proporción similar a la que actualmente reportan naciones como República Checa, Hungría, Dinamarca, los Países Bajos y España. Un indicador más que explora el impacto del envejecimiento en la estructura poblacional es la razón de dependencia, que se basa en el supuesto de que los menores de 15 años y las personas de 65 años y más son demográficamente dependientes, debido a que estos sectores de la población no tienen autonomía económica y, por ende, dependen de las personas en edad de trabajar (15 a 64 años), quienes, se supone, los sostienen con su actividad. (7)

COMPLICACIONES DURANTE LA VEJEZ

En países latinoamericanos, donde existe un mayor grado de pobreza, una mayor precariedad en el empleo, o también por la incorporación de la mujer al trabajo, las familias se han visto en la necesidad de agruparse en un solo domicilio, donde existe mayor presencia de niños, y una menor cantidad de integrantes en edad plenamente productiva, y con muchas limitaciones económicas. Casi siempre dentro del núcleo familiar se encuentra un adulto mayor, persona de más de 62 años, etapa donde se producen los cambios biológicos y sociales por el envejecimiento, pero también existe más conocimiento, prudencia, sensatez y experiencia. Su estado de salud ya no es el mejor, por la misma condición de la edad deben tener controles médicos, algunos son abandonados, los someten a malos tratos, son considerados un estorbo; cuando suceden estas situaciones se genera violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor. (8)

El descenso gradual de las funciones fisiológicas que el proceso de envejecimiento induce en el nivel celular, de los tejidos, órganos y sistemas. El equilibrio inestable entre salud y situación de enfermedad, y una tendencia al deterioro funcional físico y mental, cuyo resultado, reversible o no, está a su vez influido por el entorno ambiental y asistencial en el que se encuentre el adulto mayor. La fragilidad, es un determinante fisiopatológico básico que por un lado explica la expresión de las enfermedades en el anciano, y por otro sus peculiares necesidades asistenciales, tanto en el dominio conceptual como en el organizativo. (9)

SALUD DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

El curso vital de las personas mayores podrá constatarse que se producen, con relativa frecuencia, cambios en los modos de vida, a acontecimientos, como la muerte del cónyuge, el traslado a casa de los hijos, la aparición de una enfermedad o el ingreso en una residencia o asilo, etc., que obligan a un importante esfuerzo de adaptación y a una reestructuración global de las rutinas cotidianas. (10)

Además de la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, incluyendo la demencia, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un

incremento significativo en el costo de la atención a la salud. Entre los adultos mayores, la mayor edad, ser hombre o vivir en una ciudad o área metropolitana implicó mayor probabilidad de hospitalización durante el último año, siendo las enfermedades crónicas un papel clave en la hospitalización. Las condiciones asociadas a la edad, como las enfermedades crónicas, tienen mayor peso que la edad misma; por lo tanto, son responsables de los mayores gastos reportados. (11)

El sexo, vivir en pareja, la edad y el estrato socioeconómico no se consideran factores predictores del bienestar en los adultos mayores. La relación entre las actividades sociales y el bienestar personal advierte una relación predictiva entre la actividad social y el bienestar personal de los adultos mayores. el bienestar en la vejez deriva de diversos factores, no solamente biológicos, sino también sociales y personales en su construcción. Asimismo, resalta la importancia de la vida en la sociedad como una forma de mantener y disfrutar el bienestar personal en la vejez. (12)

Se sabe que 35 de cada 100 personas mayores presentan, al menos, dos condiciones crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia). Más de 17% reporta depresión y más de 15% deterioro cognitivo o demencia. De acuerdo con la ENASEM 2012, 60.1% de los adultos (\geq 60 años) que sufrieron caídas eran mujeres y 85.5% tenían entre 60 y 79 años; sin embargo, alrededor de 50% de los adultos de 80 años o más presentaron al menos una caída en los dos últimos años. Se sabe que hasta en 30% de los casos de caídas llevan a las personas mayores a hospitalización y generan una fuerte dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. (13)

APOYO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Las redes de apoyo social juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento. La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. (14)

Las redes de apoyo social son en el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Conocer las principales redes de apoyo social con las cuales se cuenta en la vida diaria, así como en situaciones de crisis, permite acudir a la persona o personas indicadas en el momento en que suceda alguna situación que no es posible enfrentar aisladamente. (15)

LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

El rol de la persona adulta mayor se determina que ésta es percibida como un elemento de importancia en la sociedad y que la función que este grupo cumple en su entorno debe ser considerada como una herramienta muy útil si realmente se busca el crecimiento y fortalecimiento social. A la persona adulta mayor debe dársele la oportunidad de participar en las acciones que la sociedad emprenda, porque con su sabiduría llevaría a la juventud por el sendero del éxito. La sociedad y el individuo mismo requieren aprender a envejecer, significa cambiar la percepción cultural de la persona adulta mayor. La familia es un importante punto de partida, si en ella los ancianos son queridos, respetados, comprendidos e incorporados a la vida familiar. (16)

Investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así

como las implicancias que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral. Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. Los conceptos de red social y apoyo social se han desarrollado y aplicado a diversas prácticas de índoles preventivas y terapéuticas tanto en el abordaje de familias, como de grupos, instituciones y comunidades resaltando su utilidad para la resolución de situaciones críticas. El modelo del apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida. (17)

Algunos elementos o factores como la falta de un sistema de cuidados de largo plazo apartan esta responsabilidad a los hogares y casi de manera exclusiva a las mujeres. Afecta en lo social, al obligar al reacomodo de las redes de apoyo y causar pérdida de oportunidades a los cuidadores, además de incrementar la sobrecarga del cuidador, maltrato al adulto mayor dependiente y negligencia en la procuración de cuidados. Se sabe que 35 de cada 100 personas mayores presentan, al menos, dos condiciones sincrónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia). Más de 17% reporta depresión y más de 15% deterioro cognitivo o demencia. La fragilidad es una condición que disminuye la capacidad de responder a factores estresantes y aumenta la vulnerabilidad a desenlaces desfavorables tales como la muerte, la discapacidad y la dependencia. Además, incrementa el uso de servicios de salud. (18)

En un estudio ha pacientes con enfermedad renal crónica, se observó que cerca de 90% de la muestra cuenta con apoyo social suficiente. La red social principal es la familia que, de acuerdo con los participantes, se caracteriza por ser una red carente de roles y de liderazgo. A pesar de esta peculiaridad, el apoyo social recibido es percibido por los individuos como adecuado. El nivel adecuado de empoderamiento guarda una relación estrecha con la pertenencia a la asociación. Se aplicó la encuesta de apoyo social retomada del estudio de resultados médicos (MOS, por sus siglas en inglés), para pacientes con enfermedades crónicas. Se trata de un cuestionario breve, que consta de 20 reactivos, cada uno con respuestas en escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no,

pocas veces, casi nunca) mediante las cuales se evalúa el apoyo social en cuatro dimensiones: emocional e informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. (19)

El componente esencial de la red de apoyo de las personas adultas mayores proviene del o la cónyuge o con otros miembros de la familia inmediata. La población adulta mayor cumple un papel primordial dentro de la familia y no son solo receptores pasivos de ayuda. Aproximadamente uno de cada doce adultos mayores declaró cuidar a otro adulto mayor, y la misma cantidad manifestó cuidar niños en el hogar. Las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. (20)

En un reporte del Instituto Nacional de las mujeres, el mayor porcentaje de quienes consideran imposible o difícil conseguir ayuda para que le cuiden en una enfermedad corresponde a las mujeres de entre 30 y 59 años (47.7%), seguidas de las adultas mayores (44.0%). Más de dos quintas partes de las personas adultas mayores considera que le resultaría muy difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden durante un periodo de enfermedad. (21)

Las redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores no solamente en la mejoría en el plano de apoyo material e instrumental sino también por el impacto en lo emocional. Pertenecer a una red social no significa que el apoyo sea constante. Puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de las personas. El apoyo de los vecinos es considerado significativo en los casos de personas adultas mayores que no cuentan con redes de apoyo. En algunos casos los vecinos pueden asumir el rol de la familia ausente. (22)

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y CUESTIONARIO MOS

El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), validado en población española, es el instrumento más adecuado, de los que disponemos en la práctica diaria, para estudiar y evaluar el apoyo social. Permite conocer las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social. Es un cuestionario que evalúa el apoyo social. Este cuestionario breve y multidimensional, que puede ser autoadministrado. (23)

Fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1992 mediante un seguimiento realizado durante dos años a pacientes con patologías crónicas. Las autoras plantean que los elementos del test fueron seleccionados de forma cuidadosa, intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso. Las autoras tuvieron en cuenta la naturaleza multidimensional y compleja del apoyo social, por lo que el instrumento pretende ofrecer información sobre dos importantes dimensiones del apoyo social percibido: la estructural, que indaga sobre la cantidad de proveedores de apoyo que dispone la persona (pregunta 1); y la dimensión funcional (preguntas de la 2 a la 20), que se focaliza en el grado en que las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones, como son proveer apoyo emocional y afectivo, proporcionar información necesaria y relevante para la persona (apoyo informativo) y prestar ayuda tangible y práctica. Decidieron unificar los ítems dirigidos a la evaluación del apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional que incluye ítems que valoran la expresión de afecto positivo, comprensión y el estímulo a expresar los sentimientos, así como preguntas relacionadas con el apoyo informativo (la oferta de asesoramiento, información, orientación o comentarios); apoyo instrumental que valora la provisión de ayuda material o asistencia, interacción social positiva, que alude a la disposición de personas con las que es posible pasar ratos agradables y desarrollar actividades placenteras; y apoyo afectivo, relacionado con sentirse querido, poder recibir y brindar afecto. (24)

En el transcurso del tiempo se han desarrollado varios instrumentos para evaluar la percepción del apoyo social, en los que destaca el Social Support Questionnaire creado por Sarason y cols., que cuenta con una estructura de 6 ítems y 2 dimensiones (número de apoyo sociales y satisfacción con el apoyo social disponible).(25) Asimismo, aux y cols.,elaboraron The Social Support Appraisals Scale (SS-A), que consta de 23 ítems y 3 dimensiones (familia, amigos y otros). (26) De igual modo, Broadhed y cols., construyeron el Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, que presenta 11 ítems y 2 dimensiones (apoyo social confidencial y apoyo social afectivo).(27) A su vez, Zimet y cols.,crearon Multidimensional Scale of Perceived Social Support, que cuenta con 12 ítems y 3 dimensiones (familia, amigos y otros significativos). (28)

En el 2021, Herrera Navarrete y cols., utilizaron el cuestionario MOS de Apoyo Social en población mexicana con una muestra no probabilística de 229 pacientes con ECV, de los cuales 130 fueron hombres y 99 mujeres con ECV en procedimientos de atención clínica para identificar el nivel de apoyo social con que cuenta el paciente para afrontar su condición. Concluyendo que, es una herramienta psicométrica para referenciar a los pacientes a una intervención psicológica correspondiente de manera oportuna para intervenir en la adaptación psicosocial. (29)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El habitar con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella. Este patrón puede modificarse en el futuro como resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de adultos mayores y el incremento de recursos médicos costosos. Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes. Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. La preocupación por estudiar los apoyos sociales a las personas mayores tiene que ubicarse en dos contextos fundamentales: la incapacidad estatal para financiar políticas y programas

dedicados al mantenimiento físico y material de la población mayor y las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades de la población. (30)

En un reporte, en Chile; para los adultos mayores, el contar con redes de apoyo les permite empoderarse, y adquirir nuevos roles, en una etapa de la vida en donde estos se ven enfrentados a múltiples cambios. Declaran encontrar en sus pares una fuente de apoyo emocional importante, que los ayuda a sobrellevar eventos complejos de la vida, como puede ser el fallecimiento de un pariente o vivir con alguna enfermedad crónica. Las redes de apoyo entre pares en personas mayores conllevan amistades y confianzas entre los individuos. En esta línea, los adultos mayores indican que sus redes de apoyo también son sus amigos y que la amistad establecida los ayuda a escapar de la monotonía del día a día. (31)

Un estudio reportó un trabajo utilizando encuestas administradas a 301 individuos seleccionados de manera sistemática e incluidos en uno de los cuatro estados de salud: EPOC, DM, HTA y resto de población consultante, que acudían a la consulta programada de cuatro médicos de familia de los dos centros. Se utilizó el cuestionario MOS. Las mujeres muestran una menor percepción de apoyo afectivo e instrumental y un menor tamaño de su red. Al aumentar la edad disminuye la percepción de apoyo, en todos los grupos. Los pacientes con EPOC presentan menor percepción de apoyo social que el resto, sobre todo apoyo emocional y afectivo. (32)

En Colombia, en 2016, realizaron un estudio cuantitativo, transversal y analítico, de fuente de información primaria, obtenida a partir de encuestas realizadas a adultos mayores sobre aspectos demográficos, familiares y sociales. Se obtuvo una muestra de 1.514 adultos de 60 años y más de edad. El apoyo social percibido se evaluó mediante el Cuestionario de Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social MOS (Medical Outcomes Study- Social Support Survey). La muestra fue de 1452 personas seleccionadas por muestreo probabilístico por conglomerado, en 3 ciudades de ese país. Los adultos mayores participantes percibieron un apoyo social adecuado en sus diferentes dimensiones: 92% emocional, 93,5%

instrumental, 92% interacción social positiva y 93% apoyo afectivo, y 91,9% en el índice global de apoyo. (33)

En otro estudio, en Argentina, se examinaron las características psicométricas de la adaptación a niños del Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido, en una muestra de 593 participantes. Los niños consideran que el apoyo social funcional es un concepto inclusivo como tal y no diferencian distintos aspectos del mismo como lo hacen los adultos que discriminan el apoyo emocional, del afectivo e instrumental. Es un instrumento accesible y práctico para su aplicación, ya sea por medio de una entrevista personal o de aplicación grupal. Los reactivos están planteados en un lenguaje claro y cotidiano, lo que posibilita su aplicación en grupos heterogéneos y lo hace útil para el estudio del apoyo social en grupos de niños en vulnerabilidad social. (34)

En Bolivia, se realizó un estudio a 330 personas de la tercera edad, se observó que el 61% de los casos las personas contaban con suficiente apoyo económico, emocional y cuidados proporcionados por la familia y un 38% correspondía a amigos íntimos. Se encontró además que un 34% de los adultos mayores reciben un apoyo emocional, 17% posee apoyo material, otro 17% apoyo social y por último un 13% apoyo afectivo. (35)

Se realizó un estudio con el objetivo de adaptar y validar la versión castellana de la escala Medical Outcome Study, MOS, en población mexicana VIH+. Se eligió una muestra no probabilística de 313 pacientes ambulatorios VIH+ del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán. se obtuvo un buen ajuste estadístico, y todos los coeficientes fueron significativos. Por lo anterior se puede concluir que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable que nos permitió evaluar diversas dimensiones del apoyo social en esta muestra mexicana VIH+. (36)

En 2014, realizaron un estudio en dos grupos, uno de 72 pacientes ambulatorios y 66 familiares cuidadores. Un resultado con relación al apoyo estructural (MOS), la

comparación entre el grupo de familiares y pacientes indica solamente que presenta diferencia estadística en el apoyo instrumental, los familiares perciben menor apoyo instrumental. En los pacientes se observó que a mayor apoyo social perciben mayor funcionalidad familiar. En los familiares el apoyo estructural demostró una mejor percepción de funcionalidad familiar, lo que permite disminuir la probabilidad de recaídas y hospitalización. (37)

En un estudio ha pacientes con enfermedad renal crónica, se observó que cerca de 90% de la muestra cuenta con apoyo social suficiente. La red social principal es la familia que, de acuerdo con los participantes, se caracteriza por ser una red carente de roles y de liderazgo. A pesar de esta peculiaridad, el apoyo social recibido es percibido por los individuos como adecuado. El nivel adecuado de empoderamiento guarda una relación estrecha con la pertenencia a la asociación. Se aplicó la encuesta de apoyo social retomada del estudio de resultados médicos (MOS, por sus siglas en inglés), para pacientes con enfermedades crónicas. Se trata de un cuestionario breve, que consta de 20 reactivos, cada uno con respuestas en escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca) mediante las cuales se evalúa el apoyo social en cuatro dimensiones: emocional e informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. (38)

En 2020, realizaron un estudio descriptivo y transversal, en 40 Pacientes con ERC en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal, mediante encuesta de percepción de las redes de apoyo a los pacientes seleccionados. De los 40 encuestados el 67,5 % son hombres con una edad de 57,18 años; 97,5 % tienen una buena percepción de su red de apoyo; no hay asociación estadísticamente significativa entre la percepción de su red de apoyo y el sexo del paciente. Una fortaleza de este estudio es que, al obtener una visión general de la percepción de apoyo social, permite al equipo multidisciplinario del programa de diálisis peritoneal incluir las redes de apoyo de los pacientes para un mejor control de su padecimiento. (39)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según el censo del INEGI del 2020, el Guerrero tenemos una población 3540685 habitantes, en Zihuatanejo de Azueta un total de 126001 de habitantes de los cuales el 6.8% son personas mayores de 65 años y más. (40)

Se han encontrado pocos estudios sobre las redes de apoyo social, en adultos mayores con la aplicación del cuestionario MOS.

La importancia de conocer las redes de apoyo social que tienen los pacientes adultos mayores en nuestro hospital nos aportaría más datos para sobre llevar no solo los padecimientos médicos sino psicosociales. El entorno que rodea al paciente adulto mayor es importante, pues le permite su desarrollo en el ámbito social, recordando que es muy común que el paciente disminuya su participación como consecuencia de las limitaciones funcionales y esto le lleve al aislamiento social.

Pregunta de investigación:

¿Cómo es la percepción de apoyo social del adulto mayor hospitalizado en el HGZMF No 8?

4. JUSTIFICACIÓN

El apoyo social es un elemento que se ha estudiado en distintos contextos. Sin embargo, el impacto que puede tener el hecho de que los adultos mayores carezcan de apoyo social como una condición que se puede estar presente en los adultos mayores hospitalizados, esta condición ha sido poco estudiada, se sabe que los adultos mayores son una población susceptible de ser hospitalizada y dependiendo de algunas condiciones que incrementan su riesgo la duración de la hospitalización se puede incrementar de forma significativa, repercutiendo en el estado de ánimo y la salud de los adultos mayores, la presencia de redes de apoyo social, pues son condiciones que disminuyen el riesgo de complicaciones y progresiones de enfermedades crónicas.

Por este motivo conocer las características del apoyo social presentes en el adulto mayor nos puede orientar sobre el contexto que se presenta en esta población de manera que sea el punto de origen para estudiar condiciones que incrementan la posibilidad de ser hospitalizado e incrementar la duración de la hospitalización en los adultos mayores.

Existe información poco concluyente relacionada con la presencia de las redes de apoyo social, esta información varía entre los estudios en los que se indica que existe una asociación en la percepción de las redes de apoyo social en los adultos mayores, por lo que es relevante estudiar la forma en la que se presentan las redes de apoyo social en los adultos mayores hospitalizados, esto con la finalidad de ubicar un tamizaje de la percepción de los adultos mayores, esta investigación puede contribuir al diseño de posteriores investigaciones que permitan el diseño de intervenciones en la mejoría de las redes de apoyo para contribuir con la adecuada evolución de los adultos mayores hospitalizados.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la percepción de apoyo social de adultos mayores hospitalizados en el HGZ No 8.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas clínicas de la población en estudio.
- Describir las características clínicas de la población en estudio.
- Medir la percepción de apoyo social de la población en estudio

6. HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

- La percepción de apoyo social del adulto mayor hospitalizado en el HGZMF No.8 será buena en 60% de la población de estudio.

Hipótesis alterna:

- La percepción de apoyo social del adulto mayor hospitalizado en el HGZMF No.8 será buena en menos 60% de la población de estudio.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 DISEÑO:

Exposición: El diseño fue no experimental de tipo observacional, debido a que no se manipula la variable apoyo social.

Seguimiento: Transversal debido a que las variables fueron medidas en una ocasión sin seguimiento de estas.

Dirección: Prolectivo ya que la información fue recabada de una fuente primaria mediante entrevista a los pacientes adultos mayores.

Caracterización: Descriptivo, ya que fueron identificadas las distintas características demográficas y clínicas de los adultos mayores.

7.2 UNIVERSO DE ESTUDIO Y GRUPO DE ESTUDIO:

La población de estudio fueron los pacientes adultos mayores ingresados en los diferentes servicios del Hospital General de Zona No. 8, quienes respondieron al instrumento de recolección de datos demográficos y clínicos, así como para el instrumento de apoyo social (Cuestionario MOS).

7.3 CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El estudio fue realizado en el HGZMF 8 ubicado en Avenida Olinalá Y Retorno 1 Zihuatanejo, Col. El Hujal, José Azueta.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con edad > 60 años de sexo indistinto
- Pacientes derechohabientes al HGZ No. 8.
- Paciente que acepte participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes adultos mayores con antecedente de deterioro cognitivo (Parkinson, Alzheimer, secuelas de accidente cerebro-vascular).
- Pacientes adultos mayores que presenten delirium hipo o hiperactivo al momento de su hospitalización.
- Pacientes adultos mayores que se encuentren con ventilación mecánica asistida.
- Pacientes adultos mayores con discapacidad auditiva y verbal.
- Pacientes que se encuentren inestables o muy delicados al momento del estudio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos
- Paciente que sean trasladado a otros hospitales para su seguimiento
- Pacientes que soliciten alta voluntaria.

7.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Considerando una población diana de 1165 pacientes adultos mayores en el HGZMF 8, con una prevalencia de hospitalizaciones del 15% se usó un tamaño de muestra para una proporción, con un nivel de confianza al 95% y un margen de error del 5%.

Fórmula para una proporción.

$$n = \frac{N * Z \frac{2}{a} * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z \frac{2}{a} * p * q}$$

Total: 152 pacientes
10% perdidas: 15 pacientes
Total: 167 pacientes

7.6 TECNICA DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos a juicio de investigador.

7.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad referida por el paciente en la encuesta	Cuantitativa	Discreta	60- 99 años
Sexo	Condición orgánica hombre o mujer.	Sexo referido por el paciente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Hombre 1. Mujer
Ocupación	Conjunto de obligaciones, funciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo independientemente de la rama donde se lleve a cabo.	Información obtenida directamente del paciente al preguntar su ocupación.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Trabajador activo 1. Pensionado 2. Ama de Casa 3. Jubilado
Escolaridad	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.	Escolaridad obtenida directamente del paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Sin estudios 1. Básica 2. Media superior 3. Superior 4. Posgrado

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Información obtenida directamente del paciente.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Soltero 1. Casado 2. Viudo 3. Divorciado
Hipertensión arterial	Enfermedad crónica debida presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es persistentemente alta.	Información obtenida directamente del paciente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Ausente 1. Presente
Diabetes Mellitus	Grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por el aumento de glucosa sérica debidos a defectos en la secreción o en la acción de la insulina	Información obtenida directamente del paciente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Ausente 2. Presente
Índice Global de apoyo	Recursos psicológicos (proveniente de otras personas) que son significativas para un individuo y que	Resultado de la suma de los 20 reactivos de la prueba de MOS tras la aplicación al paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Bueno (98-54 puntos) 1. Escaso (57-19 puntos)

lo hacen sentirse estimado y valorado

2. Falta de apoyo (≤ 18 puntos)

Apoyo emocional	Capacidad de cuidar, escuchando de manera empática y activa al otro.	Resultado de la suma de los reactivos 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19 de la prueba de MOS, que se realizó al paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Bueno (25 - 40 puntos) 1. Escaso (9 - 24 puntos) 2. Falta de apoyo (≤ 8 puntos)
Apoyo material	Serie de recursos físicos cuyo fin es ofrecer ayuda (dinero, ropa, comida o alojamiento).	Resultado de la suma de los reactivos 2, 5, 12 y 15 de la prueba de MOS que se realizó al paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Bueno (13 - 20 puntos) 1. Escaso (5 - 12 puntos) 2. Falta de apoyo (≤ 4 puntos)
Relaciones sociales de ocio y distracción	Conjunto de las interacciones que ocurren entre dos o más personas, o dos o más grupos de personas.	Resultado de la suma de los reactivos 7, 11, 14 y 18 de la prueba de MOS que se realizó al paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Bueno (20-13 puntos) 1. Escaso (5-12 puntos) 2. Falta de apoyo (≤ 4 puntos)
Apoyo afectivo	Expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.	Resultado de la suma de los reactivos 6, 10 y 20 de la prueba de MOS que se realizó al paciente.	Cualitativa	Ordinal	0. Bueno (10 – 15 puntos) 1. Escaso (4 – 9 puntos) 2. Falta de apoyo (≤ 3)

8. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Tras ser aprobado por el comité de ética en investigación y el Comité Local de Investigación en Salud correspondiente, se realizó la búsqueda de pacientes que cumplan criterios de selección. Se invitó al paciente a participar del estudio, explicando en que consiste el mismo, así como los riesgos derivados tras realizar el estudio y con su aceptación del paciente para participar en el estudio firmó el consentimiento informado. Se aplicaron las encuestas de datos demográficos y clínicos, así como, el cuestionario de MOS de apoyo social. Este cuestionario fue diseñado por 20 preguntas, la primera pregunta del cuestionario valora el apoyo social cuantitativo mientras que las siguientes 19 preguntas se miden con una escala de Likert, y permiten conocer cuatro dimensiones del apoyo social cualitativo: emocional, instrumental, afectivo y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social.

El apoyo emocional, entendido como la posibilidad de contar con personas a las que se les puedan comunicar problemas o asuntos íntimos que requieren comprensión y ayuda, y el informacional, referido a la posibilidad de disponer de guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que puede recibir el consultado, lo recogen las preguntas 2, 5, 15 y 12. La interacción social positiva, que indica las personas con las que el paciente cuenta para salir, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7, 11, 14 y 18. El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10 y 20. Por último, el índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

Se explicaron al paciente los resultados obtenidos y en caso de contar con un apoyo escaso o percibirse con falta de apoyo se otorgará información, así como apoyo social para él paciente y la familia. Se realizó el vaciado de información a base de datos de Excel codificado para ese propósito y el posterior análisis con el uso del programa Rstudio versión 4.2.1.

9. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la recolección de datos de los pacientes se vaciaron en una hoja de Excel, para realizar el análisis mediante el programa SPSS versión 25.

Las variables de estudio se clasificaron en cuantitativas y cualitativas. Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes y representadas en graficas de sectores o histogramas de frecuencia. A las variables cuantitativas se aplicó una prueba de normalidad, para determinar su distribución. Para el tamaño de muestra solicitado se aplicó la prueba de kolmogórov-smirnov

Las variables cuantitativas que provinieron de una distribución normal fueron expresadas en medias y distribución estándar. Las variables cuantitativas que provinieron de una distribución libre fueron expresadas en mediana y rangos intercuartilares.

Para el análisis bivariado se contrastaron los grupos de acuerdo al nivel de percepción de apoyo social recibido y al género. Se empleó la prueba de chi cuadrada con un valor de P menor a 0.05 para establecer significancia estadística.

10. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se fundamenta con base a las normas Éticas Institucionales, así como en apego al reglamento de la Ley General de salud en Materia de investigación para la salud, vigente en México. La investigación realizada se considera categoría II, con riesgo mínimo ya que es de tipo: Observacional, transversal, prolectivo, descriptivo. (41)

La presente investigación sigue las normas nacionales e internacionales citadas a continuación: Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley general de salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, Reglamento de la comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios. Norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012 que establece los criterios de confidencialidad del expediente clínico. (42)

El Código de Nuremberg

Fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946). Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. (43)

Por lo que se adapta a este estudio de la siguiente manera:

- I. Se cuenta con un consentimiento informado donde se solicita la participación del sujeto de investigación.
- II. La presente investigación se utilizará para determinar el tipo de percepción de redes de apoyo en los adultos mayores hospitalizados.
- III. Con esta investigación se pretende impulsar que a través del conocimiento de los factores de riesgo se logre una intervención para prolongar la independencia en los adultos mayores.
- IV. Esta investigación no causara desgaste físico, mental y/o daño innecesario.

- V. En esta investigación no hay razones para considerar que se pueda ocasionar alguna complicación, daño grave y/o muerte durante su desarrollo. Ya que solo se realizará entrevista y somatometría básica.
- VI. La presente investigación no representa un grado de riesgo que pueda ocasionar daño grave a los sujetos de investigación.
- VII. Los métodos utilizados serán de recopilar información directamente de los adultos mayores que cumplan con los criterios para el estudio.
- VIII. Los investigadores de este proyecto cuentan con experiencia en la elaboración de protocolos de investigación en temas relacionados con Medicina Familiar, y tendrán el cuidado adecuado en cada una de sus etapas.
- IX. Durante esta investigación el paciente tiene la libertad para poner fin a este si él así lo considera o si le parece imposible continuar en esta. (44)

Declaración de Helsinki

De acuerdo con la declaración de Helsinki adoptada por la 18 asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964; Principios básicos respetando la integridad física, psicológica y social, evitando la exposición a riesgos innecesarios.

El proyecto de investigación se cataloga con tipo II con riesgo mínimo, ya que implica recopilación de información de los antecedentes personales a través de una entrevista al paciente, sin exponer la integridad de los sujetos de investigación. Se respetará la integridad de los pacientes, también será respetada su intimidad. Los resultados obtenidos serán resguardados preservando la confidencialidad y anonimato.

Todo lo anterior se guía con las recomendaciones de la declaración de Helsinki, con principio básico de respeto por el paciente y que ha sido sometida a múltiples revisiones, la más actual es la 64ª Asamblea General Fortaleza Brasil en octubre de 2013, por la Asociación Médica Mundial. (45)

Informe Belmont

Fue creado en abril de 1979 y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, tiene sus antecedentes en un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Estado de Alabama en Estados Unidos. El informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación.

Principios éticos básicos

Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas. Tres principios básicos entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos, ellos son: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Respeto a las personas. El respeto incorpora al menos dos convicciones éticas, la primera es que los individuos serán tratados como agentes autónomos por lo que tendrán la libertad de decidir si desean o no participar en el estudio habiéndose explicado previamente los posibles riesgos en caso de existir y beneficios de la participación en esta investigación, por lo que se utilizará un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de esta y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee; La segunda con respecto a datos personales, se protegerán los datos de los sujetos de estudio respetando la confidencialidad de la información de los datos que sirvan como identificadores de los sujetos de estudio.

Beneficencia. Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolos del daño; si no también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar.

Dentro de los beneficios en esta investigación es generar información que permita conocer las condiciones demográficas y clínicas que favorecen una mayor dependencia a fin de encontrar estrategias que permitan ayudar a futuros estudios

a formar planes para promover una mayor independencia, por lo que el beneficio de esta investigación es justificado.

Justicia. Se busca que los beneficios potenciales de la investigación se generen sin carga de riesgo en la población de estudio, en el sentido de Justicia en el sentido de equidad en la distribución o lo que se merece. En este proyecto la selección de los sujetos de investigación será con la igualdad indicada en los criterios de selección, por lo tanto, no se realizarán procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable (raza, sexo, estado de salud mental).

Valoración de riesgos y beneficios. No existe riesgo en la realización de esta investigación, ya que los métodos utilizados serán recopilar resultados de encuestas, con posibles riesgos para toma de peso y talla (se mantendrá la prevención de caídas). Con la finalidad y el beneficio de caracterizar a la población y contar con datos que sirvan como base para el diseño de futuras investigaciones que planteen estrategias para prolongar independencia en adultos mayores. (46)

Reglamento a la ley general de salud en materia de investigación

Artículo 17. Se considera con riesgo de investigación a la probabilidad de que le sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en tres categorías: sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo. Este proyecto de investigación será clasificado como categoría II con riesgo mínimo la cual menciona:

- **Investigación con riesgo mínimo:** Este estudio de investigación al ser prospectivo en la que cual se recopilarán datos identificados y estos se obtendrán a través de interrogatorios. En donde el riesgo es similar o equivalente a los riesgos de la practica medica de rutina. Los riesgos pueden estar relacionados con aspectos vinculados al registro de datos y mantenimiento de la confidencialidad, con la exposición de los participantes a mediciones o procedimientos que, aunque sean de práctica habitual, se

repiten con mayor frecuencia o se realizan exclusivamente como parte de la investigación propuesta.

Artículo 20. Se solicitará por escrito el consentimiento bajo información como autorización de su participación en la presente investigación de forma libre y sin coerción alguna, indicando que el estudio está catalogado con riesgo mínimo y no se presenta un beneficio directo de su participación en la investigación, sin embargo, se está colaborando con el Hospital de Zona con Medicina Familiar no. 8 para mejorar la salud y/o la atención a los derechohabientes a través de la investigación.

Artículo 21. Se brindará una explicación clara y completa del estudio, así como la participación del sujeto en la investigación, se preguntará sobre su comprensión y solicitará que explique su participación en el estudio en sus propias palabras para identificar si tiene alguna duda adicional en específico en las justificación y objetivos de la investigación, molestias o riesgos, beneficios y procedimientos a realizar.

Artículo 22. El consentimiento informado se entregará por escrito y se realizará en el formato institucional con cada uno de los apartados indicados, al igual que será sometido a la revisión del Comité de Ética en Investigación, se solicitará la firma del sujeto o en caso necesario del representante legal, de igual forma que la firma de dos testigos, el proceso se realizará por duplicado y se entregará un ejemplar al sujeto de investigación. (47)

11.RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Para la realización de este estudio se necesitaron los siguientes recursos humanos: Recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos.

Recursos humanos

- Alumna: Dra. Iris Yolisma Borja Quiñones. Médico residente de tercer año de Medicina Familiar
- Director de tesis Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero Médico especialista en Urgencias/ métodos estadísticos, adscrito al HGR No.1 Vicente Gro.
- Codirector Dr. Martin Galeana Caballero Médico especialista en Medicina Familiar, medico adscrito y coordinador de la UMF No. 8
- Asesores: Dra. Elva Luisa Torrescano De Labra Maestra en Ciencias y docente de la UAGro.
- Dra. Janet Saldaña Almazán. Maestra en Ciencias de Epidemiología, Doctorado en Educación y docente de la UAGro
- Dra. Alicia Anai Torres Rodríguez. Médico especialista en Medicina Familiar adscrita en la UMF No.8

Recursos materiales:

- Expedientes de pacientes
- Computadora con programa SPSS versión 26
- Impresora,
- Hojas de datos
- Bolígrafos y lápices

Recursos financieros:

Para la realización de este estudio, se utilizaron los recursos financieros, propios del instituto y del investigador, necesarios para cubrir los objetivos del estudio.

11. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 167 adultos mayores, se observó una mediana de edad de 73 años con una desviación estándar de 9 años. Predominaron las mujeres con un poco más de la mitad de los casos. En cuanto a la ocupación se observó con más frecuencia a las personas pensionadas. En la escolaridad la mayoría de los casos tenían educación básica. El estado civil de los pacientes que mayormente predominó fue de casados. Para concluir con el análisis descriptivo se registró la frecuencia de índice global de apoyo social adecuado de 66 (39.5%) de los casos y con apoyo social escaso 101 (60.5%) de los casos, ningún paciente con falta de apoyo. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población en estudio (n=167)			
Características	n	% o	mediana (RIC)
Edad			73 (9)
Sexo			
Hombre	78		46.7
Mujer	89		53.3
Ocupación			
Empleado	23		13.8
Pensionado	83		49.7
Labores del hogar	61		36.5
Escolaridad			
Básica	147		88
Media superior	20		12
Estado civil			
Soltero	16		9.6
Casado	115		68.9
Viudo	31		18.6
Divorciado	5		3
Hipertensión arterial			
No	46		27.5
Sí	121		72.5
Diabetes Mellitus			
No	79		47.3
Sí	88		52.7
Apoyo Social			
Escaso	101		60.5
Adecuado	66		39.5

Posteriormente se realizó la comparación en las 4 dimensiones del índice global de apoyo social respecto al sexo de los adultos mayores donde se reportaron percibir falta de apoyo en lo particular, pero al integrarlas todas al índice global ya no indicó falta de apoyo en éste. En relación con la percepción de apoyo afectivo predominó el adecuado tanto para los hombres como para las mujeres. Las mujeres reportaron más falta de apoyo emocional. Otro de los tipos de apoyo estudiados fue la percepción de apoyo material, donde las mujeres percibieron apoyo adecuado. La última de las características del apoyo percibido fueron las relaciones sociales ambos sexos percibieron escaso apoyo. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuatro dimensiones según el sexo (Cuadro 2)

Cuadro 2. Características de la población en estudio según su género (sexo) (n=167)					
Sexo					
	Hombre		Mujer		
Características	n	% o mediana (RIC)	n	% o mediana (RIC)	valor-p*
Total	78	46.7	89	53.3	
Edad		72 (9)		74 (10)	0.188
Ocupación					<0.001
Empleado	18	23.1	5	5.6	
Pensionado	59	75.6	24	27	
Labores del hogar	1	1.3	60	67.4	
Escolaridad					0.753
Básica	68	87.2	79	88.8	
Media superior	10	12.8	10	11.2	
Estado civil					0.24
Soltero	4	5.1	12	13.5	
Casado	66	84.6	49	55.1	
Viudo	5	6.4	26	29.2	
Divorciado	3	3.8	2	2.2	
Hipertensión arterial					0.383
No	24	30.8	22	24.7	
Sí	54	69.2	67	75.3	
Diabetes Mellitus					0.732
No	38	48.7	41	46.1	
Sí	40	51.3	48	53.9	
Apoyo afectivo					<0.232
Adecuado	47	60.3	47	52.8	
Escaso	31	39.7	40	44.9	
Falta de apoyo	0	0	2	2.2	
Apoyo emocional					<0.432
Adecuado	35	44.9	34	38,2	
Escaso	-	-	-	-	
Falta de apoyo	43	55.1	55	61.8	
Apoyo material					0,610
Adecuado	69	88.5	82	92.1	
Escaso	9	11.5	6	6.7	
Falta de apoyo	0	0	1	1.1	
Relaciones sociales					<0.011
Adecuado	27	34.6	32	36	
Escaso	46	59	51	57.3	
Falta de apoyo	5	6.4	6	6.7	

Finalmente se clasificó que, de los 167 adultos mayores incluidos en el estudio, la mayoría percibió recibir un apoyo social escaso, representando el 60.5% de la población, mientras que el 39.5% refirió percibir un apoyo social adecuado. En el grupo que percibió un apoyo social escaso, la mediana de edad fue de 73 años. En cuanto al sexo, predominó el femenino sobre el masculino. Respecto a la ocupación, la mayoría eran pensionados, seguidos de personas dedicadas a labores del hogar y en menor proporción empleados. En relación con la escolaridad, predominó la educación básica. En cuanto al estado civil, la mayor parte de los participantes eran casados. En las comorbilidades, la mayoría presentaba hipertensión arterial.

Por otra parte, en el grupo que percibió recibir un apoyo social adecuado, predominó el sexo masculino sobre el femenino. En relación con la ocupación, la mayoría correspondieron a pensionados. En cuanto a la escolaridad, también predominó la educación básica. Respecto al estado civil, la mayoría eran casados. En las comorbilidades, la mayoría presentó hipertensión arterial. Al realizar la comparación entre ambos grupos, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas analizadas. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Características de la población en estudio según su percepción de apoyo social recibido (n=167)					
Apoyo social percibido					
Características	Escaso		Adecuado		valor-p*
	n	% o mediana (RIC)	n	% o mediana (RIC)	
Total	101	60.5	66	39.5	
Edad		73 (9)		73 (12)	0.891
Sexo					0.314
Hombre	44	88.1	34	51.5	
Mujer	57	11.9	32	48.5	
Ocupación					0.478
Empleado	12	11.9	11	16.7	
Pensionado	51	50.5	32	48.5	
Labores del hogar	38	37.8	23	34.8	
Escolaridad					0.999
Básica	89	88.1	58	87.9	
Media superior	12	11.9	8	12.1	
Estado civil					0.587
Soltero	11	10.8	5	7.6	
Casado	70	69.3	45	68.2	
Viudo	16	15.8	15	22.7	
Divorciado	4	4	1	1.5	
Hipertensión arterial					0.26
No	31	30.7	15	22.7	
Sí	70	69.3	51	77.3	
Diabetes Mellitus					0.181
No	52	51.5	27	40.9	
Sí	49	48.5	39	59.1	

12 DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la percepción de apoyo social en una muestra de 167 adultos mayores de 65 años, encontrándose que el 60.5% percibe un apoyo social escaso, mientras que el 39.5% reporta un apoyo adecuado. Este hallazgo refleja una tendencia hacia la disminución del apoyo social percibido en esta población, lo cual puede estar relacionado con diversos factores propios del envejecimiento, como la pérdida de vínculos significativos, la jubilación o las limitaciones físicas asociadas a las enfermedades crónicas (1).

La población estudiada en este trabajo muestra una percepción global del apoyo social escaso que contrasta con lo reportado en otros estudios. En el estudio realizado por Lizcano Cardona y cols, en Colombia (33), la mayoría de los adultos mayores percibieron un apoyo social adecuado en todas las dimensiones del cuestionario MOS, con porcentajes superiores al 90%. De manera similar, en Bolivia (35); Saavedra Calvo observó que el 61% de los adultos mayores contaba con suficiente apoyo económico, emocional y de cuidado familiar (35).

En Chile (31), los adultos mayores mencionan que sus redes de apoyo entre pares representan una fuente importante de acompañamiento emocional y empoderamiento, especialmente frente a eventos adversos como el duelo o las enfermedades crónicas. Sin embargo, en el presente estudio, a pesar de que la mayoría de los participantes se encontraba casada o convivía con familiares, no se evidenció un nivel de apoyo social percibido adecuado, lo que puede indicar que la presencia de redes familiares no siempre garantiza un apoyo funcional o emocionalmente satisfactorio.

Finalmente, el predominio del apoyo social escaso identificado resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo para los adultos mayores, tanto en el ámbito familiar como comunitario e institucional. La literatura coincide en que la presencia de redes de apoyo sólidas no solo favorece la salud emocional, sino también la adherencia a tratamientos y la percepción de bienestar general. En este sentido, los resultados del presente estudio constituyen una alerta sobre la necesidad de desarrollar estrategias de intervención orientadas a la promoción del apoyo social y la integración de las personas mayores en espacios que fomenten la interacción y el sentido de pertenencia

El presente estudio permitió identificar que la mayoría de los adultos mayores evaluados presenta una percepción escasa de apoyo social, lo que evidencia una posible vulnerabilidad en sus redes de contención y acompañamiento. A pesar de que la mayor parte de los participantes se encontraban casados y convivía con familiares, estos vínculos no se tradujeron necesariamente en un apoyo social funcional o emocionalmente suficiente.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de apoyo social y las variables sociodemográficas analizadas (sexo, edad, escolaridad, ocupación o estado civil), lo que sugiere que el déficit percibido es un fenómeno transversal en esta población. Asimismo, las comorbilidades más frecuentes, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, no mostraron relación con el nivel de apoyo percibido.

En comparación con estudios realizados en otros países latinoamericanos, los resultados obtenidos reflejan una menor percepción del apoyo social en esta muestra, lo cual podría explicarse por diferencias contextuales, culturales y estructurales que afectan la configuración de las redes sociales en la vejez.

13. CONCLUSIÓN

Entre los adultos mayores hospitalizados, el 60.5% presento apoyo social escaso, mientras el 39.5% percibió un apoyo social adecuado, por lo que se acepta la hipótesis alterna a este trabajo que se proponía en menos del 60% de la población presentaría apoyo social adecuado.

14. PROPUESTAS

Formar grupos entre adultos mayores ara que reciban capacitación por trabajo social y psicología para mejorar las relaciones sociales entre ellos

Los resultados de estos estudios ponen de relieve la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención social dirigidas a los adultos mayores, fomentando espacios comunitarios que promuevan la interacción social, el sentido de pertenencia y la solidaridad intergeneracional. Además, se recomienda que los programas de salud pública integren la evaluación del apoyo social como parte del abordaje integral del envejecimiento, reconociendo su impacto en la calidad de vida y bienestar psicológico de esta población.

Finalmente, se sugiere continuar con investigaciones que profundicen en los factores asociados a la percepción de apoyo social en diferentes contextos y subgrupos de adultos mayores, incorporando metodologías mixtas que permitan comprender con mayor amplitud las dinámicas familiares, comunitarias e institucionales que inciden en el apoyo percibido.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Envejecimiento y salud. OMS. (Internet) 2022 Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Comunicado de prensa núm. INEGI. (Internet) 2022: Pp. 1/6. Obtenido de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf.
3. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. GPC. (Internet) Obtenido de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>.
4. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. WHO (Internet) 2015. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=48A108A9EEAA7B6412BD90CCFAB6F979?sequence=1.
5. Retos y oportunidades del cambio en la estructura por edades de la población. (Internet) 2020. Obtenido de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/523278/p247-p262.pdf>.
6. Denisse González K. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. CONAPO (Internet) 2015. Obtenido de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_en_vejeamiento.pdf.
7. Diagnostico sociodemográfico de la población Adulta Mayor de Guerrero. COESPO. (Internet) 2015. Obtenido de: <https://www.coespogro.gob.mx/sitio/wp-content/uploads/2019/10/Diagn%C3%B3stico-Sociodemogr%C3%A1fico-de-la-Poblaci%C3%B3n-Adulta-Mayor-de-Guerrero.pdf>

8. Álvarez Mendoza E. El adulto mayor en la sociedad actual. Sab Cien Lib (Internet) 2009; 4(2): 81-88. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6261720.pdf>.
9. Corujo Rodríguez E, De Guzmán Pérez D. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Tratado de geriatría para residentes. (Internet) 2006;3:47-58 Obtenido de: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>.
10. Mesonero Valhondo A, Fernández Rubio C; González Castro P. et al. Familia y envejecimiento. Disfunciones y programas psicoterapéuticos International Jour Dev Edu Psy. (Internet) 2006;2(1): 275-288. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312023.pdf>.
11. González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, et al. Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. BMC Public Health (Internet) 2011; 11:192. Obtenido de: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-192>.
12. Carmona Valdés S, Ribeiro Ferreira M. Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. Pap. Poblac (Internet). 2010;16(65):163-185. Obtenido de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n65/v16n65a6.pdf>.
13. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. México: Instituto Nacional de Geriatría. Obtenido de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814348/hechos-desafios.pdf>
14. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. Glob. [Internet]. 2009 (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
15. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Internet) 2020 Obtenido de: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?Idiom=es>.

16. Rodríguez Hernández M. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Pensamiento actual (Internet). 2008;8:10-11. Dedicado a: Revista Pensamiento Actual. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/4089/3916>.
17. Arias C. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Rev Psi (Internet) 2009; 1(1): 147-158. (Internet) Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154987.pdf>.
18. Gutiérrez Robledo F, Agudelo Botero M, Giraldo Rodríguez L, et al. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Ins Nac Ger (Internet) 2016. Obtenido de: <https://almageriatria.org/wp-content/uploads/2018/07/Hechos-y-desaf%C3%ADos-para-un-envejecimiento-saludable-en-M%C3%A9xico.pdf>.
19. Carrillo Vega MF, Pelcastre Villafuerte BE, Salinas Escudero G, et al. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2017; 41:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2017.164>.
20. Méndez E, Cruz Conejo L, et al. Redes de apoyo social. Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. (Internet) 2008;5: 85-99. Obtenido de: https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf.
21. Autores. Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. SEGOB. (Internet) 2010. Obtenido de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf.
22. Sirlin C. Redes de apoyo para adultos mayores. Com Seg Soc (Internet) 2006;13. Obtenido de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.-sirlin.pdf>
23. Bailón Muñoz E, De La Revilla Ahumada L. El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. Comunidad (Internet) 2014;16(1) Obtenido de:

<https://comunidad.semfyc.es/article/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social>.

24. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med [Internet]. 1991;32(6):705–14. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
25. Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., et al. Assessing social support: the social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44(1), 127-139. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.127.
26. Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., et al. The social support appraisals (SS-A) scale: studies of reliability and validity. American Journal of Community Psychology, 14(2), 195-218. doi: 10.1007/BF00911821.
27. Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., et al. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. Medical Care, 26(7), 709-723. doi: 10.1097/00005650-198807000-00006.
28. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., et al. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment, 52(1), 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2
29. Herrera Navarrete B, Galindo Vázquez O, Bobadilla Alcaraz R, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. Psi Sal (Internet) 2021; 31 (2): 225-235. Obtenido de: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>.
30. Guzmán J, Huenchuan S y Montes de Oca M. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de población (Internet). 2009;77:35-65. Obtenido de: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redesapoyo.pdf>.
31. Redes de apoyo en personas de 60 años o más. Observatorio del envejecimiento para un Chile con futuro. Observatorio del envejecimiento (Internet) 2020;1(1). Obtenido de: https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2020/02/redes_de_apoyo_en_personas.pdf.

32. De La Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Med Fam (Internet) 2005;6(1):10-18. Obtenido de: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>.
33. Lizcano Cardona D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, et al. Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. 2016. CES Psico (Internet). 2020; 13(2):144-65. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4989>.
34. Rodríguez Espínola S. Adaptación a niños del cuestionario MOS de apoyo social percibido. LIBERABIT (Internet) 2011;17(2): 117-128. (Internet) Obtenido de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200002.
35. Saavedra Calvo L, Saavedra, L. & Vargas, J. Redes sociales de apoyo en una muestra de adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al parque departamental de la tercera edad en Floridablanca, Santander. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11912/1646>
36. Martínez Basurto A. E, Sánchez Román S, Aguilar Villalobos E. J, et al. Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. Rev Lat Med Con (Internet). 2014;4(2):93-101. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283043156006>.
37. Casanova Rodas L, Rascón Gasca M, Alcántara Chabelas H, et al. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Ment (Internet) 2014; 37(5):443-448. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es.
38. Carrillo Vega M. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. Rev Panam Sal Pub (Internet) 2017; 41. Obtenido de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34522>.
39. Sánchez Carmona E, García Torres O, Segura Trujillo M, et al. Percepción de redes de apoyo del paciente con enfermedad renal crónica en terapia

- sustitutiva con diálisis peritoneal. Med Gen Fam. (Internet) 2020; 9(4): 173-177. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.038>.
40. Censo de población y vivienda, INEGI 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_gro.pdf
 41. Código de ética de las personas servidoras públicas del gobierno federal;2019; <https://www.imss.gob.mx>
 42. Diario Oficial de la Federación; Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 13 de abril 2004; <https://www.salud.gob.mx>
 43. Mainetti JA. Ética médica. Introducción histórica. La Plata: Quirón; 1989
 44. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. Gob.mx. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.1_NTL_Cod_Nuremberg.pdf
 45. Mazzanti Di Ruggiero M de LÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev colomb bioét [Internet]. 2011;6(1):125–44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009>
 46. Morales OB. Comité de ética en investigación [Internet]. Sitio Web del Comité de ética en investigación. [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html
 47. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2018; <https://www.salud.gob.mx>

16 ANEXOS

16.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN ADULTO MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HGZMF NO. 8.						
Actividad		2024	2025			
		4to trimestre	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre
Elaboración de protocolo	P	■	■			
	R	■	■			
Registro del protocolo	P		■			
	R		■	■		
Recolección de datos	P		■	■		
	R		■	■		
Elaboración de base de datos	P			■	■	
	R			■	■	
Limpieza de base de datos	P			■	■	
	R				■	■
Análisis estadístico	P			■	■	
	R				■	■
Presentación de resultados	P				■	■
	R				■	■

P: PROGRAMADO

R: REALIZADO

16.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	
Folio: _____	
A. Edad en años _____	
B. Sexo: _____ 0. Hombre 1. Mujer	
C. Ocupación: _____ 0. Trabajador activo 1. Pensionado 2. Ama de casa 3. Jubilado	
D. Escolaridad: _____ 0. Sin estudios 1. Básica 2. Media Superior 3. Superior 4. Posgrado	
E. Estado civil: _____ 0. Soltero 1. Casado 2. Viudo 3. Divorciado	
F. Hipertensión Arterial: _____ 0. Ausente 1. Presente	
G. Diabetes Mellitus: _____ 0. Ausente 1. Presente	
H. Índice Global de apoyo: _____ Puntaje _____ 0. Bueno 1. Escaso 2. Falta de apoyo	
I. Apoyo emocional: _____ Puntaje _____ 0. Bueno 1. Escaso 2. Falta de apoyo	
J. Apoyo Material: _____ Puntaje _____ 0. Bueno 1. Escaso 2. Falta de apoyo	
K. Relaciones sociales de ocio y distracción _____ Puntaje _____ 0. Bueno 1. Escaso 2. Falta de apoyo	
L. Apoyo afectivo _____ Puntaje _____ 0. Bueno 1. Escaso 2. Falta de apoyo	

16.3 INSTRUMENTO DE MEDICION

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

¿Cuenta con alguien?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta Enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Valoración del test: Se utiliza la suma del valor correspondiente a:

- Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.
- Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.
- Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Interpretación.

	Máximo	Medio	Minimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relación social de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo efectivo	15	9	3

El **apoyo emocional** (confidencial-informacional), entendido como la posibilidad de contar con personas a las que se les puedan comunicar problemas o asuntos íntimos que requieren comprensión y ayuda, y el informacional, referido a la posibilidad de disponer de guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

El **apoyo material**, esto es, la provisión de ayuda material que puede recibir el consultado, lo recogen las preguntas 2, 5, 15 y 12.

La **interacción social positiva**, que indica las personas con las que el paciente cuenta para salir, divertirse o distraerse, la miden los ítems 7, 11, 14 y 18.

El **apoyo afectivo**, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10 y 20.

Por último, el **índice global de apoyo social** se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

16.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos) Unidad Medico Familiar No. 8 Zihuatanejo

_____ Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo: Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de
Zona No. 8.

Justificación y objetivo de la investigación: El presente estudio de investigación tendrá como finalidad identificar la manera en la que usted percibe a las personas de su alrededor y la manera en que considera que le pueden apoyar en la atención de su salud.

Procedimientos y duración de la investigación: Se realizará una entrevista donde se preguntarán datos personales como: edad, antecedente de que padezca glucosa y presión alta, grado de escuela, a que se dedica, estado civil, cuantos medicamentos tomar por día, además se revisará su expediente clínico en el hospital y la aplicación de un instrumento de la manera en que se relaciona con las personas a su alrededor

Riesgos y molestias: El presente estudio no presenta riesgos, solo el tiempo de aplicación de las encuestas para realizar las preguntas correspondientes

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: El presente estudio nos permitirá identificar su percepción de apoyo de las personas en su entorno con la finalidad de que se pueda contar con apoyo para su atención y recuperar o mejorar su salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al término del cuestionario se le explicará en qué consisten sus resultados y si usted así lo desea se informará a su médico tratante.

Participación o retiro: Usted es libre de decidir participar en el estudio, por lo que usted decidirá si no quiere continuar participando en el estudio y retirarse del mismo, sin que esto tenga consecuencias en la atención que se le brinda en el hospital



Privacidad y confidencialidad: Se asegurará en todo momento la confidencialidad del paciente, así como la seguridad de que se mantendrá el anonimato del paciente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, Dr. Martin Galeana Caballero, Dra. Iris Yolisma Borja Quiñones.

Teléfono y horario: 222 507 1802 Horario de: Lunes a Viernes de 08 a 13 horas

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de bioética 1101 de la Unidad Médico Familiar No. 9, Acapulco, Guerrero.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

16.5 CARTA DE NO INCOVENIENTE POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD

	GOBIERNO DE MÉXICO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL GUERRERO Hospital General Regional No. 8 "Ignacio Manuel Altamirano" Coordinación de Educación e Investigación en Salud
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION GUERRERO JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD HGZ/UMF8 "IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"			
Zihuatanejo de Azueta, a 21 de Marzo del 2024.			
ASUNTO: Carta de No Inconveniente			
Dr. Luis Arzeta Valderrama Presidente del Comité de la Unidad Médico Familiar No. 9 Vicente Guerrero PRESENTE			
Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva título.			
Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8			
El protocolo está dirigido por la Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, investigador responsable y profesora de HGZ 08 "Ignacio Manuel Altamirano", de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social,			
Se le autoriza la revisión de expediente una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de Investigación y que está basado en los principios éticos vigentes.			
Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.			
<p>Atentamente "Seguridad y Solidaridad Social"</p> <p>Dr. Hafid Eliacim Sánchez Flores Director del HGZ/UMF8 "Ignacio Manuel Altamirano"</p>			

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD GUERREO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 "IGNACIO
MANUEL ALTAMIRANO"

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar sólo la información que sea necesaria para la investigación, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **Percepción de apoyo social en adulto mayor en el Hospital General de Zona No. 8**

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigente y aplicable.



ATENTAMENTE

Dra. Iris Yolisma Borja Quiñones.
Médico residente de tercer año de Medicina Familiar



ATENTAMENTE

Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Investigador responsable.