

49
24 11226



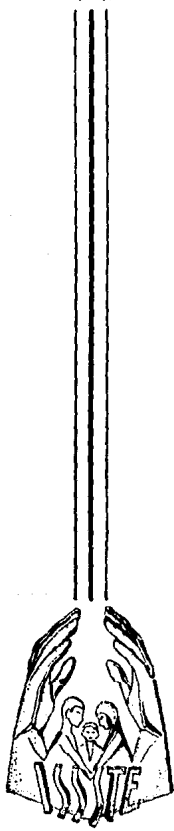
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
I. S. S. S. T. E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHAVEZ

"EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANCIANO"

T E S I S A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. ANA MARIA MORENO AVILA

GENERACION 1987 - 1990



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
ANTECEDENTES	1
PROBLEMA	28
JUSTIFICACION	29
OBJETIVOS	30
METODOLOGIA	
TIPO DE ESTUDIO	31
DISEÑO	33
ASPECTOS ETICOS	36
RESULTADOS	38
CUADROS	41
DISCUSION	52
COMENTARIOS	55
ANEXO 1	58
ANEXO 2	61
ANEXO 3	64
ANEXO 4	66
BIBLIOGRAFIA	

ANTECEDENTES

En el curso de la historia de todas las sociedades, el anciano ha tenido diferente connotación y valor. Se refiere que en la antigüedad las pocas personas que lograban llegar a la ancianidad gozaban de diversas prerrogativas, pero sobre todo del respeto y consideración de los demás; para algunas sociedades representa transmisión de la cultura, obediencia y consejo, se consideraba a la longevidad como suprema recompensa a la virtud. (2) En China, civilización puramente jerárquica, centralizada se regía por letrados cuya competencia y responsabilidad aumentaba con el transcurso de los años; en la cima de la autoridad, se encontraban automáticamente los más viejos. En México, en las culturas prehispánicas, el anciano era imagen de sabiduría y respeto. (2)

A medida que los pueblos fueron alcanzando mejores condiciones de vida y dominio sobre las enfermedades infecciosas, la reducción en la mortalidad de las personas jóvenes, generó aumento numérico de la gente que llegaba a la vejez, hecho que ha propiciado cambios importantes en las actitudes individuales como en las acciones institucionales, que han debido enfrentar demandas de servicios sociales y de salud de cierto tipo y a un volumen creciente. (2)

El proceso de envejecimiento, coloca al ser humano y a los grupos sociales ante el imperativo de encarar problemas

múltiples que pueden reunirse en torno a tres aspectos básicos:

- 1.- Cambios en las áreas anatómicas, fisiológicas y sociológicas.
- 2.- Cambios en los papeles sociales, sobre todo en relación a la familia.
- 3.- Carencia de personal con los conocimientos, aptitudes y actitudes exigidos para atender las necesidades de este tipo de población.

El I.S.S.S.T.E., no ajeno a la problemática que representa el envejecimiento, es la institución del sector salud que tiene el mayor porcentaje de derechohabientes en edad de interés gerontológico (25.9%). (3)

El tema del anciano guarda relación con la Medicina Familiar, esto es debido a que el anciano es parte de una familia, por lo que se debe estudiar a fondo la problemática del mismo. Marchesi, al hablar de la vejez advierte que "una de las nuevas realidades de nuestro tiempo está representado por el envejecimiento de la población, tanto más acentuado cuanto más participa el hombre de los beneficios del progreso económico, social, cultural y sanitario".

Es decir la ciencia ha permitido al ser humano vivir más, ahora debe enfrentarse al reto de vivir mejor.

Toda la humanidad desea vivir más, pero no hay un solo hombre que se desviva por padecer los problemas que plantea

la vejez. Envejecer es un lujo, porque representa haber tenido la disposición y disfrute, durante años, de comida, vestido, amor, bosque, ciudad y diversión, casa, reconocimiento y atención a la salud.

Esto no se puede negar, entonces ¿por qué se teme envejecer?, la respuesta no es fácil, tal vez debido a que pertenecemos a una sociedad que está centrada en el individuo joven, al cual se le atribuyen cualidades sociales, se le hacen sinónimos de belleza, dinamismo, vitalidad y eficacia. -
(3, 4)

Lo antes expresado visto a la luz de la declaración de los Derechos del Hombre (ONU artículo 25) dice: "Cada individuo tiene derecho a un modo de vida suficiente para garantizar la salud y el bienestar propio de la familia, con especial atención a la alimentación, vestido, habitación, cuidados médicos y a los servicios sociales necesarios; y tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, invalidez, enfermedad, viudez, vejez o en todos los casos de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". (3)

Debido al gran aumento de la población con edad mayor de 65 años (anciano), desde hace más de 20 años surge la necesidad del conocimiento más profundo acerca de todos los procesos bio-psico-sociales del envejecimiento, surge una nueva ciencia: La Gerontología, la cual se subdivide: (24)

1.- Gerontología: Es la ciencia que se encarga del estudio científico de todos los aspectos del proceso de envejecimiento, ya sea biológico o sociológico.

De la Gerontología se desprenden varias ramas:

a). Geriatria: Rama de la gerontología relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas ancianas y en proceso de envejecimiento.

A su vez la geriatría tiene subdivisiones:

Gerontoprofilaxis o medicina preventiva de la vejez, geriatría clínica, farmacología geriátrica, gerontokinesiatria o rehabilitación geriátrica, nutrición geriátrica y gericultura (cuidados de los ancianos para mantenerlos en buenas condiciones físicas y psíquicas).

b). Gerontología Social: Rama de gerontología que estudia los aspectos sociales y psicológicos del proceso de envejecimiento, las actitudes de la sociedad hacia las personas ancianas, el lugar que éstas ocupan en la sociedad, y la forma en que estos aspectos se relacionan con el envejecimiento biológico.

c). Gerontología Educativa: Comprende la enseñanza destinada a las personas ancianas; la expresión también puede incluir la información al público en general, sobre el envejecimiento y la capacitación de las personas que trabajan con los ancianos y para ellos.

El envejecimiento o senescencia, es un proceso biofisiológico constituido por una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas y sociales, de carácter irreversible que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo.

En relación al inicio de estos procesos hay dos corrientes:

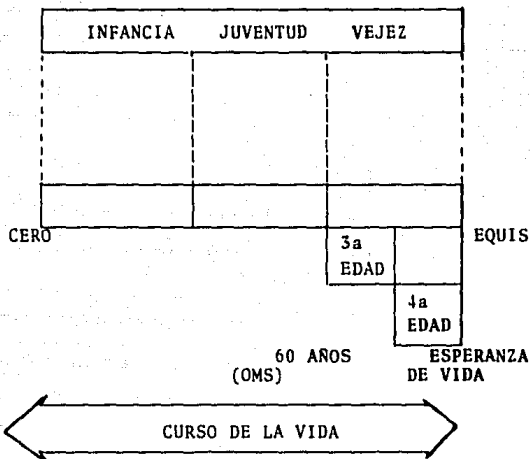
La primera asegura que el envejecimiento se inicia cuando el organismo alcanza la madurez, esto es a los 20 años.

La segunda dice: que el proceso de envejecimiento está presente desde que el ser humano nace o antes. (3, 12)

La vida del ser humano se divide en etapas que constituyen el Ciclo Vital, la cual es una sucesión de cambios diferentes desde el nacimiento hasta la muerte; inicia en la infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Estas etapas se conocen también como estratos de edad.
(3, 4)

ESTRATOS DE EDAD



Vejez: es una etapa de la vida o estrato de edad cronológica que según la OMS se inicia a los 60 años, y termina con la muerte.

Esperanza de vida: Es en número promedio de años que una persona puede vivir.

Esperanza de vida activa: Es el número promedio de años que una persona trabajará durante el curso de su vida. Lo anterior se calcula según las tasas de mortalidad y las tasas de actividad laboral por edad.

Edad cronológica: Es la edad media por el número de años vividos.

Edad funcional: Es aquella edad media, según criterios relativos a funcionamiento fisiológico más que los años vividos.

Tercera edad: Expresión con la que se designa a las personas que han sobrepasado la edad normal de retiro; en ocasiones se usa para referirse a personas mayores de 65 años de edad.

Desde el punto de vista funcional se pueden designar los términos:

Anciano "joven": Se aplica a aquellas personas ancianas (65-74 años de edad) que tienen dificultades para mantener su independencia funcional. Por lo tanto la edad funcional es de vital importancia para ver la independencia del anciano. (3, 4)

En México hay cada día más personas mayores de 60 años de edad, tanto en números absolutos como relativos y conforme pasan los años estos hombres y mujeres representan un porcentaje importante de la población total de nuestra nación. (7)

De acuerdo con los datos básicos sobre la población en México, publicados en la Secretaría de Programación y Presupuesto, encontramos las siguientes variaciones. (12)

POBLACION POR GRUPO DE EDAD
 REPUBLICA MEXICANA
 1980 - 2000

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	1980	2000
45 a 59	5 700 200	10 741 600
60 y más	3 777 300	6 783 700

En relación a la esperanza de vida en México, se ha observado un incremento constante; en 1971 era de 61 años, y para 1980 subió a 65.5 años.

La meta para el año 2000, es aumentar la esperanza de vida a 70 años de edad, en cuyo caso la estructura de la población cambiará, y el gobierno se verá impulsado a establecer políticas de salud y seguridad social coherente con dicho aumento y por lo tanto satisfacer las necesidades básicas del anciano. (12)

Una persona mayor de 65 años de edad, implica mayores gastos para la familia y el gobierno, y cada día serán más los mexicanos que no puedan afrontarlos, por lo tanto es importante identificar sus necesidades mediante la evaluación de su calidad de vida y así establecer programas de acuerdo a las necesidades básicas.

Evaluación del anciano:

El envejecimiento es una serie de cambios biológicos, -

psicológicos y sociales, presentes desde el nacimiento hasta la muerte, asimismo "es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible y universal de deterioro de un organismo maduro que afecta a todos los miembros de una especie". (3)

De una u otra manera en el envejecimiento se observan - modificaciones biológicas a nivel de células, tejidos y órganos que generan cambios en la esfera psicológica y social. - Estos cambios se denominan por algunos autores como áreas de pérdida, otros hablan de "discapacidad". (3, 5)

La OMS define discapacidad: "a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar - una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano". (3, 4)

Esta discapacidad se presenta a tres niveles: bio-psico social; en relación al primero se observan una serie de modificaciones que provocan deficiencias orgánicas entre éstos: defectos periféricos; mala visión, disminución de agudeza auditiva, degeneración a nivel músculoesquelético, como conse--cuencia de la lentitud en el desarrollo de tareas cotidianas (inmovilidad). (4, 25)

Por lo tanto la discapacidad no significa que en la ve--jez surjan nuevas necesidades, sino sólo la modificación de éstas y la forma de esatisfacerlas, lo que acontece en forma constante y gradual; por lo tanto se dice: "el viejo no es - un adulto, más bien es un adulto diferente". (4)

Está claro que ésta es una forma de resumir todos los fenómenos que acontecen con el envejecimiento, y observar la correlación entre complejo, triada y problemas geriátricos.

Se presentan en el paciente senil cambios neurológicos en el cerebro que son el sustrato de la declinación de varias funciones psicológicas: (deterioro intelectual), estos pacientes son menos capaces de aprender, de resolver problemas, y de adaptarse a los cambios, lo anterior provoca deterioro en su homeostasis e inestabilidad secundaria. Son lentos en el desarrollo de las tareas (inmovilidad). Estas deficiencias se deben también en parte a defectos periféricos: mala vi-sión, discapacidad sexual; disminución de agudeza auditiva, temblor de manos, y a cambios centrales: disminución de motivaciones, desinterés, declinación de inteligencia y aislamiento. (24, 25)

Todo este deterioro puede provocar "pobreza", a su vez inanición con desnutrición secundaria, tanto por cuestiones económicas como por alteraciones funcionales de tubo gastro-intestinal, con un déficit en la absorción de vitamina B, - provocando a su vez: confusión, agitación, delirio y alucinaciones.

Debido a la multiplicidad de padecimientos coexistentes y a las limitadas reservas fisiológicas (mucho más comprometidas cuando se presenta una enfermedad o una causa de es-trés), no es tan frecuente que los trastornos iatrógenos sean

tan frecuentes, esta clase incluye: caídas por falta de aditamentos apropiados para caminar o para recibir ayuda; accidentes debido a ingestión de medicamentos; lo anterior conlleva a una inmovilidad, ya que en medicina geriátrica es axiomático que todos los trastornos que se presentan en una edad avanzada obedecen a múltiples factores: cambios en el esqueleto (osteoporosis, osteomalacia); en la musculatura corporal (adelgazamiento, mala nutrición, falta de uso, inervación anormal o miopatía primaria); en el sistema articular (osteoartritis, artritis reumatoide, gota); en la coordinación neurológica (neuropatía periférica, neuropatía autónoma, enfermedad de Parkinson), y en la motivación (depresión, enfermedad de Alzheimer), llevando al anciano a una incontinencia de esfínteres, la cual es un verdadero problema. (25)

Para proporcionar una atención integral al anciano, se requiere hacer una evaluación del mismo, la cual se realiza en base a diferentes puntos de vista.

Una buena rutina de evaluación del anciano, como de cualquier enfermo, requiere la revisión sistemática bio-psico-sociales y funcionales. (24)

Las personas mayores de 60 años sanas, en enfermas tendrán distinto grado de dependencia o independencia, según el estado de vejez, puede haber afecciones patológicas, cambios en la autoestima. Estos factores afectan las labores y las actividades de la vida diaria, por lo que para valorar la au-

tosuficiencia en actividades de vida diaria (AVD) se propone el Índice de Katz, que permite evaluar la funcionalidad (dependencia, independencia) del paciente anciano; es una forma de evaluación mediante la observación directa por familiares del paciente y del equipo de salud. (3, 16)

Índice de Katz: Se basa en la evaluación de la dependencia o independencia del paciente para determinar actividades como: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia de esfínteres y alimentación.

Este instrumento es usado en Estados Unidos desde hace 15 años, tomándose como base para evaluar la capacidad del anciano para realizar las funciones básicas de la vida.

Para la evaluación del estado mental del anciano se utiliza la prueba de orientación de Crichton; este instrumento ideado por este autor; es utilizado en E.U. con buenos resultados, como lo demuestran: Thomas V, Jones y Marck E. Williams; dichos autores utilizan esta prueba en población senil sin aparente patología. (16)

Este instrumento evalúa la orientación y capacidad del individuo para realizar sus actividades cotidianas; los parámetros utilizados: motilidad, comunicación, orientación, cooperación, grado de agitación, capacidad para alimentarse, control de esfínteres, sueño y estado de ánimo del anciano. A cada área se da una puntuación de 5, por lo que se considera como dentro de la normalidad, es decir con buena orienta-

ción a todo anciano con puntuación mayor de 15. (Ver anexo), y con mala orientación menor de 15.

La autoestima en el ser humano tiene sus bases desde la etapa de lactancia, ya que las experiencias de "confianza básica" en la primera infancia influyen en su desarrollo, ya que al haber confianza se puede decir que hay seguridad, además esta confianza no sólo que el niño ha aprendido a confiar en sus proveedores externos y en su capacidad para enfrentar urgencias. Posteriormente es en la etapa del yo, donde el individuo alcanza casi la madurez y ya tiene una percepción de sí mismo y lo que considera como lo ideal (autoestima), y por lo tanto es hasta la etapa de madurez donde se alcanza una seguridad emocional (aceptación de sí mismo), esta característica la capacidad de evitar reacciones excesivas frente a cosas correspondientes o impulsos segmentarios. De otra manera las situaciones que pueden alterar esta aceptación de sí mismo, sobre todo en el anciano, es su declinación de las funciones a los tres niveles: bio-psico-social, provocando en el paciente geriátrico una baja autoestima.

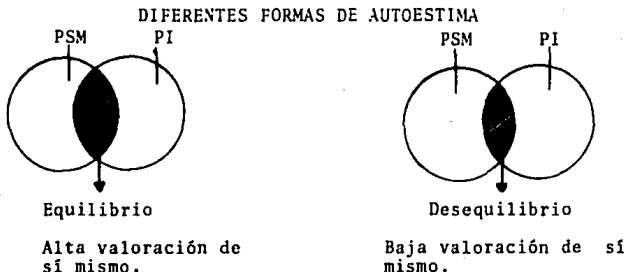
Este malestar consigo mismo provoca un estado de desesperación, angustia; para hablar de un anciano "sano" emocionalmente debe haber sobrepasado de una manera adecuada su etapa yoica, de madurez y en el momento aceptarse como tal y con sus limitaciones. (25)

Por lo tanto cuando la autoestima se altera, motiva desviaciones en la realización de las actividades de la vida -

diaria, impuestas por envejecimiento, las enfermedades e incluso el riesgo cada vez más inminente de morir.

Una persona con alta autoestima, enfrenta el envejecimiento y aun la enfermedad, jugando un rol adecuado, sin exagerar situaciones, ni alterar sus relaciones humanas; por el contrario una persona con baja autoestima, buscará jugar un rol de enfermo, con gran dependencia aun cuando sea sano y autosuficiente. (3, 4, 16)

Norton y Miller refiere que la autoestima o valoración: es la valoración que existe entre la percepción de sí mismo y aquello que se considera como ideal, expresándolo gráficamente de la siguiente manera:



PSM = Percepción de sí mismo

PI = Personalidad ideal: la que corresponde a un tipo de su perioridad o perfección deseado.

Existen también los llamados prejuicios por razones de edad, que consisten en ideas y actitudes negativas con res-

pecto a una persona, basadas en su edad (cronológica o aparente). (22) En el caso de la persona anciana; en ocasiones exige prerrogativas de mayor ayuda de la necesaria; o bien la misma familia somete a la inutilidad, aislamiento y depresión al anciano, despojándolo de su capacidad de poder pensar, opinar, realizar, amar y valerse por sí mismo.

Como se ha venido insistiendo, el envejecimiento es un proceso que debe ser visto en forma integral; de igual manera, la atención del anciano tendrá que contemplar la integridad como característica primordial.

Esta visión integradora constituye el concepto holístico del ser humano que considera a éste "como una unidad biofisiológica, energética, psicosocial y espiritual que se encuentra en constante interacción consigo mismo y a la vez con un medio ambiente siempre cambiante." (19)

En relación a Ma. Teresa Piulach, el ser humano está integrado por estructuras de 4 tipos:

- 1.- Fisiológico y energético.
- 2.- Psicológico.
- 3.- Social.
- 4.- Espiritual.

"Por lo tanto asume la misma autora que cada una de las estructuras, tiene sus propias necesidades". (19) Cualquier alteración en alguna de ellas afecta directamente a las demás, por lo que interactúan y se influyen mutuamente.

Las necesidades que se identifican en torno a cada una de las estructuras, se catalogan como básicas para la vida y para mantener el equilibrio del ser humano.

Se clasifican en cuatro grupos:

a). Necesidades de tipo biológico y energético:

Líquidos y nutrientes.

Oxígeno

Eliminación biológica

Termorregulación

Movimiento

Reposo y sueño.

b). Psicológicas:

Alegría

Inicio de nuevas actividades

Estructurar tiempo, intercambiando distracción

Afecto, amor, caricias, relaciones sexuales.

c). Tipo social:

Estima, reconocimiento, autovaloración

Realización y autorrealización

Vinculación social.

d). Espirituales:

Filosofía de la vida

Ideales

Creo o religión.

Siguiendo a Ma. Teresa Piulach, "si por cualquier motivo el ser humano no puede dar satisfacción a alguna de sus - necesidades, se presenta un desequilibrio, generándose respuestas diversas en un intento de compensación." (17, 19)

En respuesta a la insatisfacción de sus necesidades básicas pueden presentarse en el anciano situaciones como: colapso cognitivo, manifestado por: agresividad, aislamiento, conductas prejuiciosas, comportamiento irracional, ansiedad y confusión; somatización: úlcera, problemas coronarios, obesidad, hipertensión arterial (en hiperreactores), insomnio, fatiga y cefalea; lo anterior puede llevar al anciano a la - marginación social y en casos extremos a la muerte:

- Colapso cognitivo:

Agresividad

Aislamiento o negativa

Conductas prejuiciosas

Comportamiento irracional

Indecisión y duda

Ansiedad

Confusión.

- Somatización:

Úlcera

Problemas coronarios

Obesidad (bulimia)

Hipertensión arterial (hiperreactores)

Insomnio

Fatiga

Cefalea.

- Marginación social

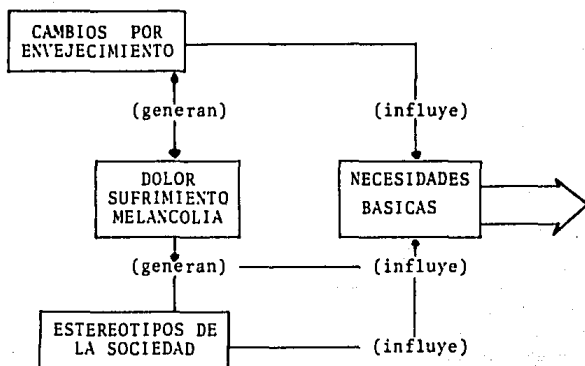
- Muerte.

Por lo tanto es de suma importancia conocer la calidad de vida del paciente anciano, mediante su estudio integral del mismo y detectar su déficit en cualquier área relacionando dichas necesidades con la patología existente en el paciente geriátrico para en lo posible disminuir al máximo tales situaciones.

Un ser humano en proceso de envejecimiento, no pierde ninguna de sus necesidades básicas, éstas sólo se modifican en un intento de satisfacerlas; en caso de insatisfacción, pueden presentarse situaciones de estrés, con agravamiento del dolor, sufrimiento y melancolía.

Estos tres elementos pueden provenir del anciano mismo por los cambios del envejecimiento, o proceder de estereotipos de la sociedad. Lo anterior se puede esquematizar de la siguiente manera: (3, 19)

MODIFICACION DE LAS NECESIDADES BASICAS



N; Modificación.

Como ya se mencionó hay en el paciente geriátrico deficiencias en las áreas: bio-psico-social propias del envejecimiento que provocan en el anciano una baja autoestima, que conlleva a un estado de soledad, tristeza o melancolía de estar solo y "pobre". Respecto a la pobreza, el Dr. Davanzo dice: "La pobreza" no es sólo la del dinero, sino también, la falta de salud, la soledad afectiva, el fracaso profesional, la ausencia de relaciones, las limitaciones físicas y mentales, las frustraciones que provienen de la incapacidad de integración al grupo humano más cercano; existe la pobre cultura, la pobreza psíquica hecha de inseguridad y de miedos, sobre todo la pobreza moral por falta de valores éticos y de fe. (3, 5)

Doris Carnevali define la melancolía como "un déficit - en la intimidad humana o deseable. Resultado del sufrimiento caracterizado por sensación de abandono, vacío, insatisfacción, ansiedad y depresión, presentándose frecuentemente en el anciano por las múltiples pérdidas generado también por - la ausencia de una persona en particular, carencia de contacto humano o fracaso de integración parental". (4) "Se puede brindar apoyo mediante una conversación en la cual armonicen los sentimientos de uno y de otro; desarrollar comportamiento en el proceso de comunicación verbal y no verbal, lo que incluye saber escuchar y saber tocar a la persona.

Lo primero va más allá del simple oír, porque implica recibir el mensaje, procesarlo y responder; por lo tanto saber tocar no significa acariciar sin más, sino la forma de - expresar o hacer sentir el ser humano viejo como humano e íntegro con todas sus necesidades corporales y espirituales". (12, 16) Por lo tanto la comunicación es parte de la atención integral del anciano.

Otro cambio que se presenta en el anciano en la esfera afectiva es la depresión: una alteración del ánimo caracterizada por sentimiento de tristeza, apatía, desamparo, inutilidad, desinterés en actividades normales y síntomas somáticos con variaciones del apetito y sueño. (24, 25)

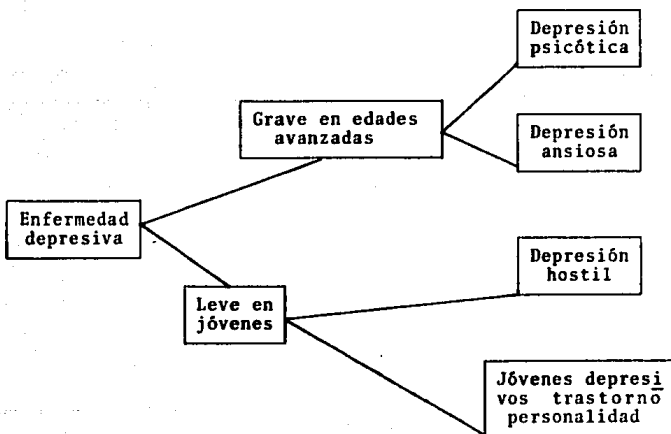
El diagnóstico de la depresión es importante en el caso del anciano, debido a una fuerte asociación entre depresión y suicidio: (3, 24, 25)

- 1.- Pérdida de hora-hombre por ausentismo laboral.
- 2.- Alto costo de atención y asistencia sobre todo en -
pacientes con manifestación hipocondriaca.
- 3.- Riesgo de suicidio.

Interesa también, porque los estudios epidemiológicos -
establecen que la frecuencia de los síndromes depresivos au-
mentan con la edad, constituyendo un sector importante de los
trastornos mentales del sujeto de edad avanzada.

Así podemos clasificar a la depresión:

CLASIFICACION DE DEPRESION (DSM III_r)



FACTORES CONDICIONANTES:**a).- Factores bioquímicos:**

Aumento en actividad de sustancias (mono-amino-oxidasa)
en tronco cerebral.

Disminución de otras sustancias al mismo nivel.

b).- Factores psicosociales:

Duelo

Jubilación

Aislamiento y soledad

Rechazo familiar

Dificultades económicas

Enfermedades de parientes y amigos.

c).- Factores somáticos:

Impacto psicológico producido por alteraciones somáticas: neoplasias, infecciones agudas.

Drogas antihipertensivas: (metildopa)

Otros medicamentos: neurolépticos, hormonas esteroides.

Radioterapia profunda.

ALTERACIONES DE AFECTIVIDAD O ANIMO:**A. Reacción normal ante la realidad.**

Melancolía.

Aflicción y pena.

Depresión paradójica (por eventos positivos: éxito, festividad, etc.).

B. Estados patológicos:

B.1 Episódicos:

Depresión sola (unipolar), puede ocurrir sólo una vez, con buena recuperación, en ocasiones con periodicidad y duración variable.

Enfermedad maniaco-depresiva (bipolar). Es recurrente - alterna con formas depresivas y maníacas, con predominio de las primeras.

B.2 Crónicas:

Ciclotimia. Alterna etapas depresivas con otras de mucho ánimo (hipertímico).

Distimia. Formas subclínicas atenuadas de depresión, - perturbaciones de ánimo en su conjunto.

Variables: atímico, hipotímico, hipertímico.

Se ha observado, que las depresiones tardías no difieren de las que hacen su aparición en personas jóvenes; sin embargo, en la tercera edad concurren con mayor frecuencia e intensidad, son múltiples los factores que actúan como condicionantes o precipitantes de este padecimiento: bioquímicos, psicosociales y somáticos. Así una depresión se genera cuando se conjugan dos elementos: una personalidad (individuo serio, escrupuloso, rígido), y una situación característica (duelo, jubilación, pérdida de autoestima, aislamiento, soledad, etc.), que juegan un papel desencadenante en los episodios depresivos. (5, 9)

Las alteraciones de la afectividad, van desde: una reacción normal ante la realidad (melancolía, aflicción, etc.), hasta estados patológicos: depresión sola (monopolar), enfermedad maniaco-depresiva (bipolar), distimias.

La sintomatología de la depresión es muy variada: agitación, somatización ansiosa, quejas hipocondriacas, riesgo - suicida que a veces llegan a confundirse, de ahí la importancia de hacer una observación cuidadosa de los cambios que pueden ocurrir en la conducta del anciano y de su autoestima. - (10, 25)

Dentro de los padecimientos orgánicos que con mayor frecuencia afectan a la población anciana, podemos mencionar:

ENFERMEDADES AGUDAS:

- Diarreas
- Neumonías.

ENFERMEDADES CRÓNICAS:

- Enfermedad pulmonar y obstructiva crónica (EPOC)
- Hipertensión arterial
- Cardiopatías
- Diabetes mellitus
- Enfermedad articular crónica degenerativa
- Accidentes
- Depresión.

El proceso de envejecimiento coloca al ser humano y a

los grupos sociales ante el imperativo de encarar problemas múltiples que pueden relacionarse en torno a tres aspectos - básicos: 1) cambios en las áreas anatómica, fisiológica, psicosocial; 2) cambios en los papeles sociales, sobre todo en relación con la familia; 3) carencia de personal en los compromisos, aptitudes y actitudes exigidos para atender las - necesidades de este grupo de población. (3, 10)

Teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso fisiológico constituido por una serie de modificaciones morfológicas, psicosociales de carácter irreversible que afecta a todo organismo; considerando a la vez dos corrientes: la primera asegura que el organismo ha madurado a los 20 años; la otra opina que el envejecimiento está presente desde que el ser humano nace o antes. (12)

De acuerdo con lo anterior observamos una serie de cambios celulares, tisulares que pueden traer como consecuencia patologías, ya sean de carácter agudo: diarreas por alteración en tracto gastrointestinal, neumonía, por problemas de mecánica ventilatoria; cardiopatías, enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, hipercolesterolemia), enfermedad articular degenerativa, que provoca limitación física importante que conlleva a accidentes. (24)

Otra de las enfermedades de importancia en el paciente senil es la hipertensión arterial, que provoca aterosclero-

sis principalmente cerebral, que trae consigo una dilapidación de los recursos intelectuales progresivos, que evolucionan por episodios seguidos de remisiones. El individuo senil se angustia ante su propia declinación, de la cual tiene advertencia. Sus reacciones emocionales son excesivas: llanto y cólera mal motivados, defectos de juicio, dificultad de abstracción y generalizar, dificultad de captar las implicaciones de situaciones concretas. (10, 24)

PROBLEMA

En el ejercicio clínico institucional, uno de los aspectos que tiene mayor relevancia, es la atención del paciente geriátrico, por el número de derechohabientes de esta edad que va en aumento. El ISSSTE es la institución del sector salud que tiene el mayor porcentaje de población en edad geriátrica (25.9%), una de las principales dificultades que se presentan, es la atención del paciente anciano. Esto ha sido motivo de preocupación de todo el personal que de alguna manera tiene que ver con la atención a estos pacientes, ya que la etapa por la que atraviesan les imprime características particulares que incluye alteraciones bio-psico-sociales, como aumento o agravamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, trastornos de la afectividad (depresión), así como posibles disfunciones familiares por el ajuste a tales cambios. Por lo que surge la inquietud de conocer cuál es el estilo de vida del anciano mediante un abordaje integral, y como consecuencia la realización en el futuro de un programa específico que proporcione solución a sus necesidades básicas y mejorar en lo posible su condición de vida.

JUSTIFICACION

Se estima que para el año 2000 se incrementará considerablemente la población en edad geriátrica, observándose una duplicación del número actual de ancianos, por lo que esto debe tomarse en cuenta, ya que constituye un gran número de la población general. Por lo tanto es de gran importancia conocer la calidad de vida de los ancianos, con el fin de poder brindar a esta población de derechohabientes una atención integral y congruente a sus necesidades; así como dar la pata para la realización en el futuro de un programa específico para el anciano, y poder proporcionar una mejor condición de vida, identificando aspectos tanto asistenciales, educativos, psicológicos y de rehabilitación, así como médico-laborales del anciano y su familia.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la calidad de vida del anciano (pacientes mayores de 60 años de edad), que asistan a la Clínica Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.

Objetivos Específicos:

- 1.- Evaluar la autosuficiencia en actividad de vida diaria (AVD), mediante Índice de Katz, en la población identificada.
- 2.- Evaluar el estado mental del anciano mediante la escala de Crichton.
- 3.- Identificar los cambios afectivos (depresión) del anciano con utilización de la escala de Zung.
- 4.- Identificar cuáles son las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en el anciano.
- 5.- Proponer el uso de instrumentos: Katz y Crichton para evaluar en forma integral al paciente geriátrico en la Clínica de primer nivel.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal.

Población:

Pacientes de ambos sexos (femenino, masculino), mayores de 60 años de edad, con residencia en colonia Alianza Popular Revolucionaria, derechohabientes de la Clínica Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.

Lugar:

Clínica de Medicina Familiar. Dr. Ignacio Chávez del I. S.S.S.T.E.

Tiempo:

Aplicación de instrumentos durante el periodo comprendido en los meses de octubre a diciembre de 1989.

Criterios de Inclusión

1.- Pacientes de ambos sexos (femenino, masculino) mayores de 60 años de edad, con residencia en colonia Alianza Popular Revolucionaria, derechohabientes de la Clínica Dr. Ig-

nacio Chávez del ISSSTE.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Paciente con incapacidad orgánica o física que no puede contribuir con el estudio (contestar cuestionario).
- 2.- Pacientes que rehusen colaborar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

- 1.- Pacientes seniles que no regresen a las siguientes entrevistas.

DISEÑO

Se estudiará a los pacientes mayores de 60 años de edad que acuden a la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, durante el período de octubre a diciembre de 1989. Se hablará con los médicos adscritos a cada consultorio de dicha clínica, con el objeto del envío de los pacientes con investigador responsable.

A cada uno de los pacientes se les aplicará tres cuestionarios en diferentes sesiones: el Crichton, dicho inventario evalúa la orientación y capacidad del individuo para realizar sus actividades cotidianas; tomándose en cuenta todo aquel paciente que obtenga una puntuación mayor de 15, principalmente en las áreas de cooperación y apoyo para la realización de sus actividades.

El segundo instrumento: Katz, que evalúa dependencia-independencia para actividad de tipo motor; según siguientes índices:

Índices:

- A Independiente o autosuficiente, para bañarse, vestirse, traslado W.C. continente y alimentarse.
- B Autosuficiente, en todo menos una.
- C Autosuficiente pero no bañado.
- D Autosuficiente, pero bañado y vestido no.
- E Autosuficiente, bañado, vestido, ir al baño no.

- F Autosuficiente, pero bañado, vestido, ir al baño y traslado no.
- G Dependencia: en las seis funciones.

En relación a lo anterior, el paciente senil se calificará como independiente: sea capaz de realizar satisfactoriamente todas sus actividades cotidianas (índices: A, B, C, D, E, F), y dependiente (índice G) cuando sea incapaz de realizar dichas actividades.

Para la valoración de estos índices, es necesario considerar la existencia de adaptadores: son todos aquellos artefactos acoplados a todo objeto de uso diario del anciano, con el fin de lograr un mayor grado de dominio sobre dichos objetos, todo lo anterior con el propósito de evitar que el paciente se angustie, y logre una mayor independencia en el hogar, entre ellos se mencionan: adaptadores a utensilios para comer, tapetes antiderrapantes, aumento de altura de la taza sanitaria, con cojín especial, coderas en sanitarios, así como andadores y bastidores que ayudan a la deambulaci3n.

En cuanto a la alimentaci3n en la poblaci3n estudiada - se considera: buena, aquella alimentaci3n completa en cantidad, es decir que proporcione satisfacci3n, y de alta calidad, rica en prote3nas, carbohidratos, grasas, en forma balanceada; regular: en la cual la cantidad y calidad de los alimentos no es del todo satisfactoria; y mala: aquella alimentaci3n en la cual el contenido de prote3nas, carbohidra--

tos, grasas no sea suficiente y adecuada para su edad.

El tercer inventario: Escala de Zung, servirá para identificar aquellos pacientes con alteración en el estado de afectividad; es decir, sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico como tal. En consecuencia las calificaciones altas son una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica, en relación al índice EAMD, pudiendo enmarcar al anciano en los diagnósticos de grupo de valoración: controles normales (53), deprimidos hospitalizados (64); reacción de ansiedad (55), y reacción de ajuste a situaciones transitorias (53).

La aplicación de los instrumentos se realizará en diferentes sesiones por el investigador responsable, con ayuda del departamento de servicio social. Al mismo tiempo se les hará un interrogatorio de tipo médico para identificar los trastornos orgánicos (enfermedades crónico-degenerativas), así como el tipo de medicación que reciben.

A todo anciano que se detecte con patología orgánica y con alteración en la afectividad, será remitido con médico tratante para su manejo y control subsecuente.

ASPECTOS ETICOS

- 1.- Información verbal al paciente y su familia acerca del estudio.
- 2.- Solicitud verbal de colaboración en dicho estudio, tanto al paciente como a su familia.
- 3.- Se considera que el riesgo ético es mínimo, ya que se realizarán actividades habituales en el consultorio médico.

Determinación de Recursos.

Humanos:

- 1.- Médico residente de tercer año de Medicina Familiar de la Clínica Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.
- 2.- Trabajadora social adscrita a la Clínica Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.
- 3.- Personal de archivo clínico Cl. Dr. Ignacio Chávez.
- 4.- Dos asesores médicos.

Materiales:

- 1.- Los de dependencia, (expedientes clínicos).
- 2.- Material bibliográfico, revistas, libros, artículos.
- 3.- Lápices.

4.- Formato para la encuesta.

Financiamiento:

Los proporcionados por la institución.

Estadística Descriptiva:

- a).- Medidas de frecuencia (f).
- b).- Medidas de tendencia central (\bar{X}).

RESULTADOS

Se revisaron 25 pacientes ancianos que acudieron a la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, durante el período de los meses de octubre a diciembre de 1989, en donde el promedio de edad de 67 años (Cuadro 1); de la población total 13 ancianos (52%), corresponden al sexo femenino, y 12 de ellos (48%), al sexo masculino (Cuadro 2).

En relación al estado civil se reporta un mayor porcentaje de casados, 11 casos (64%); solteros un caso (4%); viudos 6 ancianos (24%); y dos casos (8%), de divorcio (Cuadro 3).

En lo que corresponde a la convivencia del paciente geriátrico con los miembros de la familia, 11 de ellos (44%), conviven con la pareja e hijos; 6 casos (28%), con los hijos; 7 ancianos (24%) sólo convivencia con su pareja, y un paciente (4%) con una hermana. (Cuadro 4).

El índice de Katz que evalúa dependencia-independencia, para realizar actividades básicas, se observó que 24 de los ancianos (96%) son independientes, y sólo uno de ellos (4%) requiere de ayuda para comer y vestirse (Cuadro 5).

En la valoración de la orientación y capacidad del paciente geriátrico, (Índice de Critchton) 24 de ellos (96%) es buena; y sólo en un anciano (4%), tuvo mala orientación - (Cuadro 6).

En la valoración de Zung, para detectar depresión como síntoma, se observó que la mayoría de la población estudiada 11 ancianos (44%), se encuentran dentro de los controles normales; 2 de ellos (8%), se catalogan como deprimidos hospitalizados, los cuales fueron referidos a tratamiento específico; deprimidos ambulatorios 9 casos (36%), y con reacción de ansiedad 3 pacientes constituyendo (12%). (Cuadro 7).

En lo que respecta al tipo de habitación del paciente geriátrico, se reporta que 7 de ellos (28%), cuentan con recámara individual; 16 ancianos (64%), comparten habitación con su pareja, y 2 de ellos (8%), la comparten con una hermana. (Cuadro 8).

Llama la atención que 24 ancianos (96%), no cuentan con ningún adaptador en su domicilio, y sólo uno de ellos (4%), tiene existencia de dichos instrumentos: andador y bastidor, así como tapete antiderrapante. (Cuadro 9)

La alimentación del anciano estudiado: 13 pacientes (52%) tienen buena alimentación; 7 ancianos (28%), con alimentación regular; y sólo 2 de ellos (8%) con mala alimentación.

Se reportan 2 ancianos (8%) con dieta especial: para diabético, de 1,500 a 1,800 calorías por 24 hrs, bien balanceada; otro paciente (4%), con dieta hiposódica, menos de 2 grs. de cloruro de sodio en 24 hrs. (Cuadro 10).

Dentro de las patologías más frecuentemente detectadas:

1) Enfermedades del aparato cardiovascular: hipertensión arterial 13 ancianos (52%), insuficiencia vascular periférica, 25 pacientes (100%); enfermedades metabólicas, diabetes mellitus tipo II, 7 ancianos (28%); 2) enfermedades del aparato musculoesquelético: cambios degenerativos de columna como: lordosis, escoliosis 23 ancianos (92%); 3) Enfermedad crónico-degenerativa 4 casos (16%) con espondilitis un anciano (4%); ciática: un caso (4%); otros padecimientos como hemofilia, un caso (4%), EPOC un paciente (4%) y depresión en un anciano (4%). (Cuadro 11).

En la encuesta realizada, se observó que la totalidad de los ancianos (25) el 100%, cuentan con todos los servicios intradomiciliarios; agua, luz eléctrica, drenaje, etc.

La mayoría de los pacientes geriátricos 23 casos (92%) pertenecen a la religión católica; un anciano, sin religión alguna; un paciente (4%) se refiere espiritualista.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD DEL PACIENTE SENIL DE LA CLINICA DR.
IGNACIO CHAVEZ. ISSSTE.

EDAD	No. PACIENTES	%
60 - 65	10	40
66 - 70	6	24
71 - 75	5	20
76 - 80	4	16
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PACIENTE SENIL

SEXO	No. PACIENTES	%
Femenino	13	52
Masculino	12	48
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DEL PACIENTE SENIL

ESTADO CIVIL	No. PACIENTES	%
Casados	16	64
Solteros	1	4
Viudos	6	24
Divorciados	2	8
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR DEL PACIENTE SENIL

CONVIVENCIA	No. PACIENTES	%
Solo con pareja	11	44
Con hijos y pareja	7	28
Solo con hijos	6	14
Con otros (hermana)	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LA DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA DEL PACIENTE SENIL EN RELACION AL INDICE DE KATZ.

INDICE DE KATZ	No. PACIENTES	%
Independiente	24	96
Dependiente	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SENIL EN RELACION A LA PRUEBA DE ORIENTACION DE CRICHTON.

INDICE DE CRICHTON	No. PACIENTES	%
Buena orientación y capacidad funcional.	24	96
Mala orientación y capacidad funcional.	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos. Anexo 3.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SENIL EN RELACION A DEPRESION -
SEGUN ESCALA DE ZUNG.

DIAGNOSTICO DE GRUPOS DE VALORACION	No. PACIENTES	INDICE	%
Controles normales.	11	33	44
Deprimidos hospitalizados	2	74	8
Deprimidos ambulatorios	9	64	36
Reacción de ansiedad	5	53	12
TOTAL	25		100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DEL TIPO DE RECAMARA DEL PACIENTE SENIL

RECAMARA COMPARTIDA	No. PACIENTES	%
Recámara individual	7	28
Compartida con pareja.	16	64
Otros (hermana)	1	8
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 9

USO DE ADAPTADORES INTRADOMICILIARIOS EN EL PACIENTE SENIL

ADAPTADORES	No. PACIENTES	%
No cuenta	24	96
Si cuenta	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DEL TIPO DE DIETA DEL PACIENTE SENIL.

TIPO DE DIETA	No. PACIENTES	%
Buena	7	28
Regular	13	52
Mala	2	8
Para Diabético	2	8
Para Hipertenso	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DEL TIPO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN EL PACIENTE SENIL.

TIPO DE PATOLOGIA	No. PACIENTES	%
Aparato Cardiovascular.		
Hipertensión arterial sist.	13	52
Insuficiencia vasc. periférica.	25	100
Metabólicas: Diabetes mellitus tipo II.	7	28
Músculo-esquelético: Lordosis, escoliosis	23	92
Enfermedad articular degenerativa:		
Espondilitis	1	4
Ciática	1	4
Aparato Gastrointestinal:		
Colitis	2	8
Hemorroides	1	4
Otros:		
Hemofilia	1	4
EPOC	1	4
Depresión	1	4

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

DISCUSION

En el estudio realizado se observa que el promedio de edad del anciano es de 67 años; por lo que puede catalogarse como funcional según Katz, es decir conserva todavía su independencia. Hubo predominio aunque mínimo del sexo femenino sobre el masculino.

La mayoría conviven con su pareja y familia, siendo mínimo el caso de divorcio (2) que constituyen sólo el 8%, lo cual influye en una mejor condición de vida, ya que el estar solo física y emocionalmente repercute en el mayor deterioro del anciano.

Se puede observar que un alto porcentaje de ancianos (96%) son independientes, considerados como anciano "joven", y sólo uno de ellos (4%) es dependiente.

En relación con la escala de Zung para la detección de depresión como síntoma en el anciano, una considerable proporción (44%) de los pacientes se encuentran dentro de la normalidad; sin embargo un 36% (9 ancianos) se catalogan como deprimidos ambulatorios, corroborándose esto con la literatura en donde uno de los trastornos de la afectividad más frecuente en el anciano es precisamente la depresión, esta situación como ya se mencionó, es consecuencia de la dilapidación del individuo en todas las áreas (bio-psico-social); otro de los trastornos observados también en porcentaje considerable

(12%) presentan reacción de ansiedad, también secundaria a situación mencionada.

La población geriátrica en su mayoría 24 pacientes (96%) es independiente y no cuenta con adaptadores en su domicilio y sólo un anciano (4%), es dependiente, contando con este tipo de aditamentos para utilizar al máximo sus capacidades; sin embargo, este tipo de individuos con limitaciones importantes propias de la tercera edad, deberían contar en su domicilio con adaptadores para ayudar en lo posible a una mejor condición de vida en etapa preventiva de accidentes, esta situación sería lo ideal y se observa que no se tiene esa precaución, probablemente por falta de educación a la población en general.

En lo que respecta a la alimentación del anciano estudiado, 13 pacientes (52%) tienen una buena alimentación, tanto en cantidad y calidad; 7 ancianos (28%) con alimentación regular y, en dos casos (8%) con mala alimentación; esta situación se debe a que la población estudiada procede de una colonia en la que predomina el anciano con nivel socioeconómico medio.

Dentro de las patologías más frecuentes en el paciente senil, están las de tipo degenerativo: insuficiencia vascular periférica 25 ancianos (100%), hipertensión arterial sistémica 13 pacientes (52%), enfermedad articular degenerativa 23 ancianos (92%); enfermedades metabólicas: Diabetes melli-

tus tipo II 7 casos (28%).

En relación a la medicación y dieta para control de su enfermedad, sólo 2 diabéticos tienen dieta adecuada, un hipertenso, hiposódica y con medicación indicada, esto nos da un panorama de la mala educación que tiene la población senecta, y esto contribuye más a una calidad de vida, al deterioro en las tres esferas del individuo: bio-psico-social.

En el estudio realizado es importante considerar que la mayor parte de los ancianos (96%), tienen buena orientación mental, y sólo un anciano (4%) se encuentra desorientado en tiempo principalmente, esto en un paciente de 80 años.

COMENTARIO

Al inicio de este trabajo, se planteó una serie de objetivos cuya finalidad principal es conocer la calidad de vida del anciano, mediante una serie de instrumentos (índice de Katz, Crichton y escala de Zung) que nos proporcionará idea de la forma de vida del paciente geriátrico derechohabiente del ISSSTE; por otra parte, despertar el interés de todo el personal de la Clínica, especialmente del Médico Familiar, del conocimiento más profundo del anciano, esto por el aumento considerable del promedio de vida (65.5 años) de la población; y poder de este modo conocer sus deficiencias más frecuentes y en lo posible dar satisfacción a las mismas, mediante una atención integral del anciano, que a pesar del importante auge de la Geriatria, todavía con gran desinterés por parte del personal de salud.

En los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa que la calidad de vida del paciente geriátrico en general es mala, ya que tiene múltiples carencias en las tres áreas: bio-psico-social, que le provoca todavía más limitaciones de las propias de la edad por la que atravieza.

Además los instrumentos utilizados para la evaluación de su calidad de vida, no son tan exhaustivos, y sólo nos permiten ver una parte muy somera de su forma de vida; por lo que deberán considerarse para estudios posteriores la uti

lización de estos instrumentos en adición con otros todavía más específicos, para determinar con más profundidad la calidad de vida del anciano.

Sin embargo, el presente estudio intenta más que todo, estimular el interés del médico familiar hacia el paciente - senil con el fin en un futuro no lejano de conocer con más - profundidad de una manera íntegra al anciano, conocer sus necesidades básicas, y en lo posible establecer medidas, mediante la realización de un programa específico para este tipo - de población, y mejorar su calidad de vida, con el fin de tener una población geriátrica más sana.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Domicilio: _____

Colonia	Z.P.	Teléfono
---------	------	----------

PERSONAS CON QUIEN CONVIVE:

1.- _____ Edad: _____

2.- _____ Edad: _____

3.- _____ Edad: _____

4.- _____ Edad: _____

TIPO DE HABITACION:

a).- Casa propia: _____ b). Departamento: _____

c).- Casa de algún familiar: _____

d).- Otro, especifique: _____

LA CASA CUENTA CON:

No. recámaras _____ Sala: _____

Comedor: _____ Cocina: _____

Patio: _____ Baño: _____

Cuenta con adaptadores en dichos sitios: _____

Derechohabiente cuenta con recámara propia?

Sí ()

No ()

La comparte: _____

Luz eléctrica: _____ Agua: _____

Drenaje: _____

ALIMENTACION:

Cantidad: _____ Calidad: _____

Dieta especial: _____

Actividad anterior: _____

Tiempo de desempeño: _____ Ingresos: _____

Tiene amigos(as): _____

Se sabe portador de alguna enfermedad?

Sí ()

No ()

Cuál ()

Diagnosticada en: _____

Ing. medicamentos: _____

ANEXO 2

INDICE DE KATZ

INDICE DE KATZ

- BAÑADO:** Independiente: Se baña solo.
 Requiere ayuda para lavar extremidades.
 Dependiente: Asistencia para bañarse.
- VESTIDO:** Independiente: Toma su ropa, la selecciona del closet, se la pone.
 Dependiente: No se viste por sí mismo.
- IR AL BAÑO:** Independiente: Va solo, limpia órganos de excreción, usa artefactos de noche, él solo.
 Dependiente: Usa cómodos y orinal.
 Recibe asistencia para ir al baño.
- TRASLADARSE:** Independiente: Se traslada solo, puede usar soporte mecánico.
 Dependiente: Asistencia en traslado.
- CONTINENCIA:** Independiente: Micción o defecación bien y - total control.
 Dependiente: Incontinencia parcial o total, uso regular de orinales o paños sanitarios.
- ALIMENTARSE:** Independiente: Toma alimentos del plato o - equivalente.
 Dependiente: Asistencia. No come solo, o recibe alimentación parenteral.

INDICES:

- A. Independiente o autosuficiente: para bañarse, vestirse, traslado W.C., continente y alimentarse.
- B. Autosuficiente, en todos menos una.
- C. Autosuficiente, pero no bañado más una no.
- D. Autosuficiente, pero bañado y vestido no.
- E. Autosuficiente, bañado, vestido, ir al baño - no.
- F. Autosuficiente, pero no bañado, vestido, ir - al W.C. y traslado.
- G. Dependencia: En las seis funciones.

ANEXO 3

PRUEBA DE ORIENTACION DE CRICHTON

PRUEBA DE ORIENTACION DE CRICHTON

	1	2	3	4	5
Movilidad	Completa Camina solo Sube escaleras.	Buena Sube apoyándose en algo.	Camina o sube <u>vigilado</u> .	Camina con ayuda.	No camina
Comunicación	Normal	Comprende - con mínima ayuda.	Comprende - con gran ayuda.	Casi no <u>comprende</u> .	No entiende nada.
Orientación	Completa	Identifica personas.	No <u>identifica</u> personas	Se pierde - en <u>ocasiones</u> . Se <u>conoce</u> a sí mismo.	Desorientado en 3 esferas
Cooperación	Coopera	Pasivo. Valorar <u>actividades</u> .	Necesita <u>estimulo</u> para cooperar.	Poca <u>actividad espontánea</u> .	Completamente aislado.
Agitación	No existe.	Agitación ocasional.	Agitación persistente.	Agitación día y noche con <u>remisión</u> .	Agitación persiste.
Vestido	Se viste solo	Le cuesta <u>trabaja</u> . Se <u>tarda</u> mucho.	Necesita <u>ayuda</u> para <u>identificar prendas</u> .	Ayuda a <u>vestirse</u> . <u>Todavía</u> coopera.	No se viste solo.
Comida	Normal	Vigilar que coma todo y tome agua.	Casi no se <u>le ayuda</u> para comer.	Necesita <u>ayuda</u> .	Incapaz de comer solo.
Control de Esfinter.	Normal	En <u>ocasiones</u> falla en la <u>noche</u> .	Falla en el día.	Consciente <u>pero</u> sin control.	No control <u>ni</u> conciencia.
Sueño	Normal	Necesita <u>tomar</u> <u>medicamentos</u> .	Siempre usa <u>medicamentos</u> .	<u>Toma</u> <u>hipnóticos</u> y no duerme.	Ya no duerme o lo hace de día.
Estado de ánimo.	Normal	No siempre estable.	Se altera siempre.	Inhibido no respuesta <u>anímica</u> , si al dolor.	Ánimo deteriorado. No resp. dolor.

ANEXO 4

**ESCALA DE VALORACION DE ZUNG, PARA
VALORAR DEPRESION EN EL ANCIANO.**

APENDICE A

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD)

	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Como igual que antes <u>so</u> lía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de congestión.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				

	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Esto más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1. Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor.	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.	1	2	3	4
5. Como igual que antes solía hacerlo.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación.	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada.	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes.	1	2	3	4
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés.	4	3	2	1
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto las cosas.	4	3	2	1

Calificación Básica	Indice EAMD	Calificación básica	Indice EAMD	Calificación básica	Indice EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Tabla 2. Forma de convertir la calificación básica al índice EAMD.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD	MEDIDA (P-95%)
Controles normales.....	33	25-43
Deprimidos hospitalizados.....	74	63-90
Deprimidos ambulatorios.....	64	50-78
Reacciones de Ansiedad.....	53	40-68
Desórdenes de la personalidad....	53	42-68
Reacciones de ajuste de situación transitorias.....	53	38-68

Otra forma de calificar según el Dr. William W.K. Zung es en base sólo a la puntuación básica.

CALIFICACION BASICA	DIAGNOSTICO
Mayor a 40	Normal (umbral superior)
40 - 47	Depresión moderada
48 - 55	Depresión marcada
56 o más	Depresión grave

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AYUSO, J.L. Saiz: Las Depresiones. España: Editora Im-
postécnica, S.A. México. Interamericana, 1981.
- 2.- ALVAREZ Gutiérrez R. Encuesta de las Necesidades de los
Ancianos en México. Rev. Salud Pública. México. Vol. XXV
No. 1. Enero-febrero, 1983.
- 3.- LANGARICA, Raquel S. Gerontología I. Subdirección Gene-
ral Médica, 1987.
- 4.- CARNEVALLI D.L. Patrick, M: Nursing Manegement for the
Elderly. Philadelphia, U.S.A. J.B.: Lippincot Company,
1986.
- 5.- DAVANZO, G. El sufrimiento. Bogotá, Colombia. Secreta-
riado Latinoamericano Selare, 1987.
- 6.- DELISLE-Lapierre, I: Vivir el Morir. Colección Alba. Se-
rie "MAIOR" No. 7. Madrid España. Ediciones Paulinas, -
1986.
- 7.- GONZALEZ-Aragón. G.J.: Aprendamos a Envejecer. México.
Editores Costa-Amic, S.A., 1984.
- 8.- LARSON, Eric, B. Attending to the Needs of Elderly. Pa-
tients, American Geriatrics Society. Vol. 36 No. 8, 1988.
- 9.- KANE, R.L. Col. Essentials of Clinical Geriatrics USA
McGraw Hill Inc. 1984.

- 10.- ROBERTH M. Rohrbaugh: Irritability has a Sympton of Depression in the Elderly: American Geriatrics S. Agust. Vol. 36 No. 8, 1988, pp. 736-738.
- 11.- David C. Thomasma: Geriatric Ethics. American Geriatrics Society Vol. 36 No. 10 October 1988, pp. 959-960.
- 12.- LANGARICA S.R. Gerontología y Geristria. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1986.
- 13.- THOMAS V. Jones MD and Mark E. W. Rethinking the Approach to evaluating Mental functioning of older Persons: American Geriatrics Society, Vol. 36 No. 12. December 1988 pp. 1127-1131.
- 14.- MARCHAIS, P.: Procesos Psicopatológicos en el Adulto. México. La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1985.
- 15.- JERRY H. Morewitz MD: Evaluation of excessive daytime Sleepiness in the elderly; American Geriatrics S. Vol. 36 No. 4. April 1988 324-329 pp.
- 16.- SALOMON David, MD Chairman; National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. American Geriatrics S. Vol. 36 No. 4 April 1988, pp. 342-347.
- 17.- PERLADO F.: Geriatria. Barcelona, España. Editorial Científico, Médico. 1986.

- 18.- PETER D.O. Rose M.B. Estudio Clínico Integral. México. Editorial Interamericana, S.A., 1985.
- 19.- DESMOND O'Neill M.B. The Use of depression Rating S. - Scales; American Geriatrics Society Vol. 37 No. 4 April 1989, pp. 390-391.
- 20.- ALAN M. Garbey MD. Cost-containment and Financing the long-term care of the Elderly. American Geriatrics Society Vol. 36 No. 4 April 1988 pp. 355-360.
- 21.- PRATT Fairchild, H: Sociología. México. Fondo de Cultura Económica, 1984.
- 22.- REICHEL, W.: Aspectos Clínicos del Envejecimiento. Buenos Aires, Argentina. Edit. El Ateneo, 1981.
- 23.- Varios autores: Glosario Internacional de Gerontología Social, 1985.
- 24.- HARRISON, Petersdorf, Adams. Tomo I, Principios de Medicina Interna. Décima edición. Edit: Mc Graw Hill, p. 585.
- 25.- Módulo de Psicología Médica. Unidad IV. Ciclo Vital. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. (UNAM). Primer año. pp. 231 a 237. 228, 243, 1986.