



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y FAMILIAR DE ADULTOS
MAYORES EN UNA CLÍNICA DE GERIATRÍA DE LA SSDF A TRAVÉS DEL
MODELO SISTEMATIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. RENÉ VICENTE CORONA RAMÍREZ.

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

CENTRO DE SALUD T-III
"DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

PRESENTA:

DR. RENÉ VICENTE CORONA RAMÍREZ

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
PROFERSOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
C. S. DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

ASESOR

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

MEDICINA FAMILIAR.

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SSDF

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y FAMILIAR DE ADULTOS
MAYORES EN UNA CLÍNICA DE GERIATRÍA DE LA SSDF A TRAVÉS DEL
MODELO SISTEMATIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR”

PRESENTA

DR. RENÉ VICENTE CORONA RAMÍREZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

INDICE

<i>Marco teórico.....</i>	6
<i>Planteamiento del problema.....</i>	18
<i>Justificación.....</i>	19
<i>Objetivos.....</i>	20
<i>Hipótesis.....</i>	20
<i>Material y métodos.....</i>	21
<i>Resultados.....</i>	27
<i>Discusión.....</i>	43
<i>Conclusiones.....</i>	47
<i>Abstract.....</i>	49
<i>Resumen.....</i>	50
<i>Bibliografía.....</i>	51
<i>Anexo A. Cronograma.....</i>	55
<i>Anexo B. Consentimiento informado.....</i>	56
<i>Anexo C. CEBIF-4.....</i>	57
<i>Anexo D. Pirámide poblacional.....</i>	59
<i>Anexo E. Principales causas de demanda de atención en la consulta de la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.....</i>	60

ABSTRACT.

Title: "Socio-Demographic, Clinical and Family Profile, Of the Elderly People in A Geriatrics Clinic of the SSDF through the Systematic Model of Family Medicine Care MOSAMEF"

Author: Dr. René Vicente Corona Ramírez.

Introduction: At the moment, elderly population (≥ 60 years old), constitutes the third part of the daily Family Physician practice. In Mexico, INEGI reports in the XII General Census of Population and Housing 2000, 6.948.457 people of ≥ 60 years old, which represents the 7.13% of the entire national population. The National Population Council (CONAPO) calculates for the year 2015, that in Mexico will be 15 millions of elderly people and for the year 2005, they will be over 42 millions. Therefore, Family Physicians need to know the elderly characteristics to provide them efficient and appropriate medical attention.

Goals: To describe demographics, social, clinical, and family characteristics of the patients of the Geriatric Clinic of the Pediatric Hospital San Juan of Aragon.

Methodology: Type of research: descriptive and transversal research. Study population: patients of the Geriatric Clinic of the Pediatric Hospital San Juan of Aragon. The research was developed from 1/October/2004 to 1/November/2004. The sample size was calculated from a total population of 4725 patients with active file. The Basic Questionnaire of Family Identification (CEBIF-4) was applied at the sample population. Descriptive statistics were used in the outcome analyzes, using software Excel 2004.

Results: It was calculated a sample size of 162 patients, with a statistical significance of 95% and 5% of mistake. The gender distribution of the sample was: 21.5% (35 patients) were male and 78.5% (128 patients) were female. The age average was 72.2 years old. The schooling average was elementary level. Commercial activities (23.3% of the patients) were the principal economical business in this group. 63.8% of the patients were unemployed. The obstetric history of the patients was: pregnancy average of 6 pregnancies per woman. The pregnancy resolution was natural delivery in 84.4% of the cases. 82% of woman didn't use a contraceptive method. 82.8% of the woman performed opportunity cervicouterine cancer detection and 42.1% performed opportunity breast cancer detection a year ago. Talking about family risk factors, 83.4% had antecedents for diabetes mellitus, 71.8% for blood hypertension, 58.9% for obesity, 24.5% for cancer and 25.7% for psychiatric diseases. Eldest son was the principal Social and Support Net in the 53% of the patients. The average of integrants per family was 3.45. Elementary school was the principal level of instruction in patient's families. Government employee was the principal economic activity in patient's families. The Family Poverty Simplified Index was low in 34% patient's families and very low in 59.51% patient's families. Private housing was the principal kind of property in the 79.7% of the patients. All patients' neighborhoods had all town planning services. The classification of patient's families is: 50.3% are nuclear and 42.9% are extensive, 74% are traditional, and 25.7% are modern, 88.9% are working and 9.8% are professional. In accordance with the vital family cycle, 0.61% of families were in dispersion stage, 68.7% were in independence stage and 30.6% were in dead and retire stage. In function with the Family APGAR, 86.5% of the families were normo-functional families, 11.04% were regular functional families, and 2.45% were dysfunctional families.

Conclusion. MOSAMEF allows to identify the elder patients characteristics as social and demographic aspects as bio medical ones. These elements provide the family physician of a valuable knowledge to implement actions and measures more effectives in accordance with the resources of the patient and its family, ruled for prevention and promotion point of view, characteristic of the Family Medicine. It is necessary studying deeply this population.

RESUMEN

Título. "Perfil Sociodemográfico, Clínico Y Familiar De Adultos Mayores En Una Clínica De Geriátría De La SSDF A Través Del Modelo Sistematizado De Atención Médica Familiar"

Autor: Dr. René Vicente Corona Ramírez.

Introducción.

La población de personas de 60 años y mayores es actualmente la tercera parte de la consulta diaria del médico familiar. En México, el INEGI reporta en el XII Censo General De Población Y Vivienda 2000, una población de personas \geq a 60 años de 6, 948,457 individuos, lo que representa el 7.13% de la población total a nivel nacional. Según el Consejo Nacional de Población para el año 2015, habrá en México 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumaran 42 millones. Por tal motivo el médico familiar debe conocer las características demográficas y familiares de este grupo poblacional.

Objetivos.

Describir las características sociales, demográficas, biomédicas y familiares de los pacientes de la Clínica Geriátrica del Hospital Pediátrico de Aragón.

Metodología.

Tipo de estudio: Encuesta de tipo descriptivo y transversal. Definición del universo: Pacientes de 60 años o más de ambos sexos que acuden a consulta a la Clínica de Geriátría del Hospital Pediátrico de Aragón. Tamaño de la muestra: Se calculó una muestra de 163 pacientes, con un nivel de confianza del 95% y un 5% de error. Mediante un proceso de selección aleatoria simple, se aplicó el instrumento de investigación: Cédula Básica De Identificación Familiar (CEBIF-4 Gómez-Ponce-Terán-Irigoyen), a 128 pacientes de sexo femenino y a 35 pacientes de sexo masculino. La encuesta se aplicó en un periodo comprendido del 1ro de octubre al 1ro de noviembre, del año 2004. Las encuestas se analizaron mediante estadística descriptiva con el programa Hoja de Calculo Excel de Microsoft 1998

Resultados. Se calculo una muestra de 162 pacientes. La distribución por sexos fue de 21.5% hombres y 78.5% mujeres. El promedio de edad fue de 72.2 años. El promedio de escolaridad es de primaria. El comercio informal es la principal actividad económica. El 63.8% de los pacientes esta desempleado y son dependientes económicos. En cuanto al historial obstétrico de las pacientes el promedio de embarazos por mujer fue de 6. El parto eutósico fue la forma mas frecuente de resolución del embarazo. La mayoría de las mujeres (82.1%) no uso ningún método de planificación familiar. El 82.8% acudió a detección oportuna de cáncer cervicouterino. El 42.1% acudió a detección oportuna de cáncer de mama. Los principales factores de riesgo detectados fueron la diabetes mellitus (83.4%), hipertensión arterial (71.8%) y la obesidad (58.9%) . El hijo mayor es el principal recurso familiar en el 53% de los casos. En cuanto a sus familias de los pacientes, el número promedio de integrantes fue de 3.45. El nivel de escolaridad prevaleciente es de primaria. La principal actividad económica de sus integrantes es el empleo federal. El índice simplificado de pobreza familiar fue principalmente bajo y muy bajo. Las comunidades de los pacientes cuentan con todos los servicios de urbanidad. La propiedad de la vivienda es propia en el 79.7%. La familia se clasifica en nuclear y extensa, tradicional y obrera. Las familias se encuentran en fase de independencia (68.7%) y fase de retiro y muerte (30.6%). En función con el APGAR Familiar el 86.5% eran familias normofuncionales, 11.04% fueron moderadamente funcionales (11.04%) y disfuncionales (2.45%).

Conclusiones.

La aplicación del MOSAMEF en la Clínica de Geriátría permitió la identificación de las características demográficas y familiares de los pacientes, y conocer las condiciones económicas sociales de sus familias, así como identificar factores de riesgo familiares lo que le permitirá implementar medidas de prevención y promoción de la salud de acuerdo al nivel de atención en el que trabaja. Se recomienda continuar investigando a este grupo poblacional.

MARCO TEÓRICO

Actualmente en Estados Unidos de Norteamérica se ha dado un incremento en la esperanza de vida. A los 65 años de edad es de 17 años, a los 75 años de edad de 11, a los 85 años de edad es de 6, a los 90 años de edad es de 4 y a los 100 años de edad de 2 años. Desde el inicio de este siglo, se dio paso a una situación en la que el 4% de la población tenía 65 años de edad o más, a una época en la que más del 12% de las personas ya llegó a la vejez. Para el año 2030, se estima que esa población de ancianos se habrá duplicado y habrá tantas personas mayores de 75 años de edad como las que ahora tienen más de 65 años. ⁽¹⁾

En México, el INEGI reporta en el XII Censo General De Población Y Vivienda 2000, una población de personas \geq a 60 años de 6 948 457 individuos, lo que representa el 7.13% de la población total a nivel nacional.⁽²⁾ Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2015, habrá en México 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumaran 42 millones. Actualmente el 17% de la población general, son ancianos y se espera un aumento del doble para el año 2030. ⁽³⁾

Cambios físicos del envejecimiento

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento puede definirse como una constricción de la reserva homeostática de todos los sistemas orgánicos. En general entre los cambios físicos se encuentra que la visión y la audición muestran un grado de declinación funcional. Hay disminución de la fuerza muscular, del tiempo de reacción y la apariencia externa sigue cambiando. ^(1,4) Este declive comienza a manifestarse en el tercer decenio de la vida es gradual y progresivo, aunque su velocidad y extensión varían dependiendo de la dieta, del ambiente y los hábitos personales, así como de factores genéticos. Las teorías actuales del envejecimiento se agrupan en dos grupos: aquellas que postulan daño a las moléculas de información y las que defienden la regulación del envejecimiento mediante genes específicos. En el primer caso se ha propuesto que uno de los factores del envejecimiento es la mutagénesis, sea por susceptibilidad aumentada o deficiencia de los

mecanismos reparadores. La teoría de la catástrofe por error, propone que existen errores en el DNA, el RNA y la síntesis proteica, se considera que la traslación es la fuente más probable de error dependiente de la edad. Otra teoría propone que el daño es debido a los productos parciales del metabolismo oxidante tales como el superóxido, que pueden reaccionar con el DNA, RNA, proteínas y lípidos, causando daño celular y envejecimiento. Por otra parte se ha encontrado una proteína que inhibe la replicación celular actuando sobre el DNA. Se ha propuesto que el reloj del envejecimiento es el acortamiento del telómero, resultado de cada división celular, llevando así a la senectud celular. Sin embargo, los cambios descritos solo representan menos del 35% en la variación de la longevidad, mientras que los factores ambientales representan hasta el 65% restante, de aquí que el envejecimiento no se pueda explicar tan solo sobre bases bio-moleculares. En estudios tipo cohorte sobre envejecimiento se han encontrado variables que tiende a mejorar con forme aumenta la edad como por ejemplo la función cognoscitiva, del mismo modo la función cardíaca en personas sin cardiopatías o factores de riesgo cardiovasculares no muestra descenso con la edad ^(1,5).

Cambios psicosociales del envejecimiento

El envejecimiento no solo representa una serie de cambios biológicos sino también de índole psicológica, familiar y social. Entre los nuevos ajustes que tiene que enfrentar el anciano se encuentra la posible necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (hijos y cónyuges de sus hijos) en la familia. El nacimiento de los nietos, la muerte de la generación anterior, la jubilación, la declinación de la capacidad física, el conflicto con las nuevas generaciones, el problema económico de los hijos que inician una nueva familia, la necesidad de independizarse de hijos y nietos para otra vez formar una pareja. ⁽¹⁰⁾

En el ámbito familiar la composición de la familia ha cambiado, encontrándose en una nueva fase de su ciclo de vida. Desde una perspectiva puramente teórica a esta edad la familia del anciano se encuentra en la fase denominada: "Fase de retiro y muerte", en la cual los hijos han abandonado el hogar de origen para ir a formar una nueva familia por su propia cuenta, dejando a los padres, solos únicamente a los dos, lo que los lleva a reevaluar

su relación, sus porque, y sus para que. ⁽¹¹⁾ El buen funcionamiento de la pareja en esta etapa debe ser mantenido de acuerdo a su declinación fisiológica mediante la exploración de nuevas opciones en los roles familiares y sociales. Durante este período los hijos se convierten en las personas más importantes, situación que se acentúa por la tendencia de las personas mayores a restringir sus contactos sociales. La familia ha iniciado desde la etapa anterior conocida como Fase de Independencia, la salida de los hijos del seno familiar, hasta la salida del último hijo, dejando a la familia en lo que se ha dado en llamar “nido vacío”. Este abandono progresivo de los hijos del hogar, da la oportunidad de replantearse los roles de padres desempeñados hasta ese momento y retomar el rol de esposos, amantes y amigos, previos a la llegada de los hijos. Momento de replantearse metas y objetivos comunes, volver a identificar puntos de acuerdo que permitan superar las diferencias mediante el respeto y comprensión. Si la fase no se resuelve satisfactoriamente la pareja se disuelve y la familia llega a su final. ⁽¹²⁾

En esta etapa del ciclo de vida familiar el anciano enfrenta una posibilidad más de pérdida: la muerte del cónyuge. El 15% de los hombres mayores de 65 años son viudos y más del 50% de las mujeres de la misma edad han enviudado. En estas condiciones el elemento superviviente del matrimonio enfrenta la posibilidad de adaptarse a su nuevo rol, permanecer viudo o volverse a casar. Se han descrito tres patrones de adaptación en función de las viudas:

a. Primer patrón, “mujer con iniciativa” en donde se evalúan los roles previos que puedan ser funcionales y se adoptan nuevos roles, se modifican sus relaciones con amigos e hijos, se establece un estilo de vida adecuado para sus actuales necesidades y se adapta a sus recursos actuales.

b. En un segundo patrón las viudas generan pocos cambios después de la muerte de sus esposos debido a que poseen relaciones familiares estrechas y poseen una red social de apoyo fuerte, lo que permite a estas viudas continuar más o menos su antiguo estilo de vida.

c. El tercer patrón se caracteriza por “aislamiento social” en el que la mujer nunca ha tenido relaciones sociales y cuya vida giró en

torno al esposo y a quien le afectan los recursos para desarrollar papeles diferentes cuando los anteriores dejan de ser útiles. ⁽¹³⁾

Así se observa como es la soledad uno de los factores de mal pronóstico que enfrenta en esta fase el adulto mayor, lo que se agudiza de manera dramática con la muerte de alguno de los cónyuges. En las familias extensas gran parte de estos conflictos no se producen, ya que la propia estructura familiar protege de la soledad y a su vez, los adultos mayores siguen con sus roles de padres y abuelos, al continuar viviendo con los hijos que han formado sus familias y que se van a vivir con ellos. ^(10,12)

La familia es el grupo que proporciona los cuidados médicos asistenciales a largo plazo, en ocasiones con ayuda de prestadores de servicio formales. En virtud de que las mujeres viven más que los varones, más del doble de las ancianas, en comparación con los varones, viven solas. Las esposas e hijas son la fuente más importante de apoyo familiar para los ancianos. Los datos sugieren que más del 70% de las personas de 65 años o más tienen hijos vivos. Estos brindan más de la tercera parte de los cuidados al anciano. ⁽¹³⁾ Los familiares de los pacientes como fuente principal de apoyo se asocian a la morbimortalidad de los individuos, así como también al uso de servicios de salud para su atención. Las personas que no cuentan con este apoyo tienen mayor riesgo de enfermar de trastornos tan heterogéneos como hipercolesterolemia hasta depresión. De manera característica en el grupo de los adultos mayores, aquellos que carecen de esta fuente de apoyo y en general con una pobre red social, el índice de mortalidad se eleva de manera independiente a la edad, sexo, nivel económico, raza del paciente, incluso de manera independiente a la presencia de factores de riesgo como el tabaquismo o la obesidad. De igual forma, el uso y tipo de servicios para la salud de los ancianos se ve afectada por la oportunidad de contar o no con recursos familiares, por ejemplo la posibilidad de un adulto mayor de utilizar los servicios de asilos o internados de medio tiempo o permanentes, aumentan en aquellos que no cuentan con el apoyo familiar, por el contrario la familia, los cuidados informales dentro del hogar y la naturaleza de las relaciones sociales, permiten que muchos adultos mayores continúen viviendo en su comunidad. ^(1,12) El

INEGI reporta que la población igual o mayor de 65 años emplea para su atención médica, servicios de salud privados en el 34% de los casos, servicios a población abierta en el 27% de los casos y servicios de seguridad social en el 39% de los casos. En la República Mexicana el porcentaje de población no derechohabiente a servicios de salud es del 56.99% y el porcentaje de población derechohabiente es del 40.13%. Respecto a las personas iguales o mayores de 60 años, el 51% es no derechohabiente y el 48.08% es derechohabiente. En el Distrito Federal el porcentaje de población igual o mayor a 60 años no derechohabiente es del 28.97%, y el porcentaje de población derechohabiente es del 69.94%.⁽²⁾

La jubilación es uno de los cambios importantes que a nivel social y económico enfrentan los ancianos. Para algunos puede resultar un cambio negativo, pues puede significar una pérdida de estatus social, una pérdida de ingresos económicos, pérdida de compañeros lo que lleva poco a poco al anciano al aislamiento y pérdida de una ocupación ordenada y útil que apoye su autoestima. Para otros la jubilación significa la posibilidad de contar con mayor tiempo libre para realizar aquellas actividades que se tuvieron que postergar que no se relacionan con el trabajo. Los factores que pueden influir en la manera en como se perciba la jubilación son: la salud, el retiro voluntario o involuntario y si los ingresos van a ser suficientes o no. La preparación para aceptar su nuevo papel y para ocupar el tiempo recuperado en otras actividades o para dedicarlas al ocio, puede resolver los problemas que conlleva la jubilación.^(12,13)

En el ámbito psicológico, Erik Erikson identificó lo que considera una tarea importantísima de todos los individuos en este período de su ciclo de vida individual, “la constitución de la integridad del yo”. Deben evaluar su vida, convencerse de que los años pasados han valido la pena y aceptar que los resultados “tenían que ser esos”. La alternativa es la desesperación, la sensación de que la vida ha sido un desperdicio y que ya es demasiado tarde para buscar otros resultados.⁽¹⁴⁾

Implicaciones clínicas del envejecimiento

Las enfermedades agudas tienden a disminuir, pero los problemas crónicos se incrementan. Se ha estimado que el 80% de los pacientes de esta edad tienen una o más enfermedades crónico-degenerativas como la artritis, la hipertensión arterial sistémica, cardiopatías y cáncer. El 39% de las personas mayores de 65 años experimentan limitaciones en las actividades de la vida diaria tales como trabajar, atender su casa y otro 7% tienen limitaciones menos serias.⁽⁵⁾ En México el 10.72% de los adultos ≥ 60 años tienen algún tipo de discapacidad de tipo motora, auditiva, visual o mental.^(2,6)

Las 5 principales causas de mortalidad para las personas mayores de 65 años son en orden decreciente las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁽²⁾ En la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón en el año 2004 las 5 primeras causas de atención fueron: 1. hipertensión arterial sistémica, 2. diabetes mellitus, 3. artrosis no especificada, 4. catarata no especificada y 5. enfermedad pulmonar obstructiva crónica.⁽⁴²⁾

De gran importancia es la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y del cáncer así como su tratamiento y rehabilitación adecuadas. Enfermedades tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad, son las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en este grupo poblacional. En México alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes mellitus y, cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada⁽²⁵⁾. Además la diabetes mellitus constituye la segunda causa de muerte a nivel nacional. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. Alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones

de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La obesidad es una condición de comorbilidad tanto para la diabetes mellitus como para la hipertensión arterial, y trastornos cardiovasculares. Esto habla de la importancia y urgencia de la prevención de este trío tan perjudicial: obesidad-diabetes mellitus-hipertensión arterial sistémica, en la población. ⁽²⁵⁻²⁷⁾

Por otra parte en el ámbito de la salud de la mujer, la prevención del cáncer cervico-uterino y de mama, adquiere un papel importante en el grupo de edad geriátrico. En México, en el 2001 el 8% del total de muertes por neoplasias se debió a cáncer cervicouterino el cual registró una tasa de 21 por 100,000 mujeres de 25 y más años. La edad es factor de riesgo para morir por cáncer cervicouterino y la etapa crítica en la que el riesgo de morir aumenta en forma destacada, es la reproductiva. Los factores de riesgo asociados en forma más consistente son: la infección por el virus del papiloma humano, el antecedente de dos o más parejas sexuales, la paridad vaginal de 12 o más partos, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 14 años y la menarca después de los 17 años de edad. El problema comienza de los 25 años en adelante y se agrava con la edad, ya que el grupo de 35 a 44 años registró una mortalidad seis veces superior al grupo menor de esa edad, en las mujeres de 45 a 64 años la tasa triplica la del grupo anterior y de los 65 años en adelante la mortalidad es casi el doble de la registrada en el grupo de 45 a 64 años. ⁽²⁸⁻

³⁰⁾ En México el cáncer de mama correspondió al 10.8% de los tumores diagnosticados en el 2000 con una tasa de 42 casos registrados por 100,000 mujeres de 25 y más años. Entre los factores de riesgo se encuentran la edad mayor a 30 años, una vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), el primer embarazo a término después de los 30 años, el uso de hormonales por más de 10 años, el antecedente personal de patología benigna de la mama y el antecedente familiar directo de cáncer de mama (madre, hermana). Otros factores son la dieta rica en grasas, la ingesta de alcohol, la obesidad, el tabaquismo y la identificación de marcadores biológicos tumorales BRCA 1 y 2. Esta situación obliga a intensificar la educación sobre detección oportuna de cáncer de mama entre las pacientes de la tercera edad y por supuesto en edad reproductiva.

^(30,31) Por otra parte la menopausia constituye un evento único en la vida de las mujeres. En las mujeres mexicanas ocurre en promedio a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo variable durante el cual pueden presentarse síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. Por otra parte, varios padecimientos crónicos degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, y la atrofia genitourinaria inciden con más frecuencia durante este periodo de privación estrogénica ⁽⁴³⁾

Además, la atención médica del anciano debe tener especial énfasis en la evaluación de las funciones sensoriales, tanto auditivas como visuales, la evaluación de las funciones mentales y la prevención de accidentes, principalmente las caídas. Son también importantes las inmunizaciones, la dieta, el ejercicio y la sexualidad. Pensando siempre en mantener la funcionalidad del paciente, es decir su autonomía física y psicológica. ⁽⁷⁻⁹⁾

La Medicina Familiar en la atención al adulto mayor

La curva demográfica muestra que la práctica médica del futuro estará vinculada con la atención geriátrica. En la actualidad, las personas de 65 años de edad representan poco más de la tercera parte de los pacientes que examina el médico de Atención Primaria. La Atención Primaria se define según la OMS y la UNICEF como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que el país pueda soportar en todas las etapas de su desarrollo. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud. ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Las áreas de la práctica profesional del Médico Familiar son la atención al individuo, la atención a la familia, la atención a la comunidad, la docencia e investigación, y finalmente el apoyo individual o con ayuda de otros profesionales. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ El médico familiar en su relación con sus pacientes, y de manera específica con los adultos mayores actúa en todas las áreas

mencionadas a través de tres ejes principales de acción: la continuidad de la atención, la acción anticipatoria, y el estudio de familia:

- A. Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.
- B. Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.
- C. Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar brindando atención médica de alta calidad técnica y humana. ⁽¹⁹⁾

Para lograr llevar a la práctica el perfil del médico familiar y lograr que se cumplan los cometidos de la Atención Primaria: se han desarrollado modelos de atención. El Modelo Sistematizado De La Atención Médica Familiar (MOSAMEF), se presenta como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la Medicina Familiar. Este modelo es el producto del análisis de un grupo de profesores especialistas en Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, que han elaborado una posible estrategia para iniciar

acciones que definan con claridad el trabajo del médico familiar y que favorezca el conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.^{(iError!}
No se encuentra el origen de la referencia.)

El MOSAMEF fue dado a conocer desde 1995. Ha sido aplicado por más de 100 especialistas en el país, hasta el año 2000 demostrando su utilidad en el primer nivel de atención. El MOSAMEF, pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la carta de Ottawa producto de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en 5 campos de acción: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medios ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud.⁽²⁰⁾

El MOSAMEF se desarrolla a través de 4 estrategias de acción:

- a. Identificación de las características de la comunidad a estudiar. La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación patológica, etapa del ciclo vital familiar, elementos económicos y sociales, permite entender la transmisión generacional de los fenómenos socioculturales que definen la situación actual de las familias, que se gestan dentro de ella y la caracterizan como perteneciente a un determinado estrato socioeconómico. Además de que el análisis de la estructura y composición familiar y su etapa de ciclo de vida, permite evidenciar las diversas etapas de transición del grupo con el propósito de orientar a las familias y desarrollar acciones en conjunto con la propia familia anticipando de esta manera el daño.
- b. Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población. El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbilidad que

aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo, el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

c. Modificación a los problemas detectados a través de estrategias de índole médico-asistencial, principalmente con carácter preventivo, de común acuerdo con el paciente y su familia, que puedan ser llevadas a cabo con los recursos tanto de la institución médica, del paciente, su familia y finalmente de la comunidad.

d. Seguimiento del impacto de la intervención, lo que permitirá realizar ajustes en el plan de acción, en las estrategias tomadas, de acuerdo a los constantes cambios en el individuo como en su familia y a nivel comunitario.

La evaluación de la operatividad y resultados del MOSAMEF se lleva a cabo mediante:

a. Actualización periódica. Debido a la naturaleza evolutiva de las familias, del proceso salud-enfermedad, y de las características sociales y económicas de una población, se hace necesario una actualización periódica de los datos correspondientes a las estrategias que plantea el modelo. Se estima un período anual para la actualización de los datos de la población.

b. Evaluación operativa. Son todas aquellas acciones que permiten un análisis crítico y comparativo de un proceso dinámico con variables medibles como son las características sociodemográficas y la morbilidad de la población a cargo del médico de familia. Dicha evaluación puede realizarse analizando los cambios en dichas variables, atribuibles a las acciones médicas.

c. Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación del daño. La actualización periódica y la evaluación operativa, facilitara por una parte la identificación de cambios en la dinámica del proceso salud enfermedad y sus determinantes, y por otro lado permitirá al médico de familia la implementación de acciones de carácter preventivo, bien fundamentadas

en el análisis de sus observaciones. Por supuesto, dichas acciones deberán estar en concordancia con la normatividad oficial vigente.

Asimismo el MOSAMEF tiene entre sus objetivos propiciar la investigación en el cuerpo médico especializado en Medicina Familiar, como un objetivo de su desempeño profesional y como parte de su perfil de especialista, con el fin de identificar problemas de estudio propios de su área y el desarrollo de conocimiento que enriquezca su especialidad. ⁽²⁰⁻²⁴⁾

A pesar de que el modelo fue creado para ser aplicado en familias asignadas a unidades medicas del primer nivel de atención, las estrategias que lo conforman son factibles de aplicar en la población que acude a la Clínica de Geriatría del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, que si bien se podría considerar un servicio de segundo nivel, solo brinda atención de consulta externa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El médico familiar y el residente de dicha especialidad, enfrentan día a día la tarea de atender un número cada vez mayor de pacientes de la tercera edad o adultos mayores (hasta la tercera parte de la consulta diaria) en los servicios donde él realiza su actividad clínica, sea tanto en centros de salud o en centros hospitalarios. Estos pacientes cuentan con características propias que los definen como grupo no solo en lo que respecta al aspecto biológico, sino lo más importante en la esfera psico-social, la cual toma especial interés en el hacer del médico familiar. Es en este ejercicio de la medicina familiar, que el residente busca un sistema de atención que le permita aplicar sus conocimientos sobre familia y su enfoque biopsicosocial en la atención de sus pacientes. Es así como surge el MOSAMEF, un modelo de atención sistematizado, que se creó para ser aplicado en el primer nivel de atención, y que ha mostrado su efectividad en innumerables estudios de investigación realizados en clínicas y centros de salud, sin embargo el especialista en medicina familiar también atiende pacientes en el ámbito que corresponde al segundo nivel y de manera frecuente a pacientes de la tercera edad que por sus enfermedades requieren más seguido de atención de urgencias o internamiento hospitalario.

Ante la necesidad de conocer las características de la población geriátrica a través de un modelo adecuado a la práctica de la medicina familiar en un segundo nivel de atención surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y familiares de los adultos mayores de la Clínica de Geriátrica del Hospital Pediátrico de Aragón, identificados mediante la aplicación del MOSAMEF?

JUSTIFICACIÓN

En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reporta en el XII Censo General De Población Y Vivienda 2000, una población de personas \geq a 60 años de 6, 948,457 individuos, lo que representa el 7.13% de la población total a nivel nacional. Según el Consejo Nacional de Población, en México diariamente 799 personas cumplen 60 años. Para el año 2015, habrá en México 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumaran 42 millones. Actualmente el 17% de la población general, son ancianos y se espera un aumento del doble para el año 2030. ^(2,3) Este aumento en el número de población de ancianos conlleva el aumento de satisfactores específicos para este grupo de edad. En el área médica, las personas mayores de 65 años de edad representan la tercera parte de los pacientes que atiende el médico familiar. La atención que requieren estos pacientes aumenta en costos debido a las enfermedades crónicas degenerativas que son frecuentes en esta edad y que aumentan el riesgo de discapacidad e invalidez física requiriendo de una mayor cantidad de medicamentos y centros de rehabilitación. Estos cambios físicos se acompañan de cambios laborales, sociales y familiares, que conjugados vuelven a los individuos vulnerables a sufrir daños en las esferas bio-psico-sociales que integran su persona. En el área social, la jubilación, las pobres pensiones que reciben, la falta de empleos y la discriminación laboral entre otras condicionan la pérdida de estatus social y la pérdida de poder adquisitivo, aumento en la dependencia económica que aunada a la pérdida de habilidades físicas los hacen vulnerables a sufrir violencia física, emocional o financiera por parte de terceros, muy frecuentemente familiares. Todo lo anterior repercute en la salud de los ancianos. A nivel familiar los cambios en su composición y en la dinámica familiar, repercute en el cuidado que el anciano pone a su salud. Y por otra parte se aprecia a partir de la experiencia durante las rotaciones por los diferentes servicios las condiciones de los ancianos son manifiestas de carencias económicas y de seguridad social.

Por lo anterior es importante que el médico familiar que tiene a cargo esta población conozca sus características demográficas y familiares.

OBJETIVOS

General

1. Identificar las características sociodemográficas, clínicas y familiares de los adultos mayores que acuden a la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.

Específicos

1. identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación y nivel de escolaridad) de los pacientes de la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.
2. Identificar los antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cáncer, obesidad y trastornos psicosociales en los pacientes.
3. Identificar los antecedentes obstétricos de las pacientes.
4. Identificar el tipo de método de planificación familiar que emplearon las pacientes.
5. Identificar los antecedentes de detección oportuna de cáncer cervicouterino y cáncer de mama de las pacientes.
6. Identificar el tipo de redes sociales y de apoyo con que cuentan los pacientes.
7. Describir las características socio-demográficas (edad, sexo, nivel escolar, actividad económica y tipo de vivienda) de los integrantes de las familias de los pacientes.
8. Identificar el nivel económico de las familias de los pacientes
9. Identificar el desarrollo comunitario de las familias de los pacientes.
10. Identificar el tipo de familia de los pacientes, según su composición, ocupación y desarrollo.
11. Identificar la etapa del ciclo de vida de las familias de los pacientes.
12. Identificar la funcionalidad familiar en las familias de los pacientes.

HIPÓTESIS Y CONSECUENCIAS VERIFICABLES

Estudio de tipo descriptivo que no requiere hipótesis.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo y transversal.

Población, lugar y tiempo

Pacientes de 60 años o más de ambos sexos, que acuden a consulta médica a la Clínica de Geriatría del Hospital Pediátrico de Aragón, en el período comprendido del 1ro de octubre al 30 de octubre del 2004.

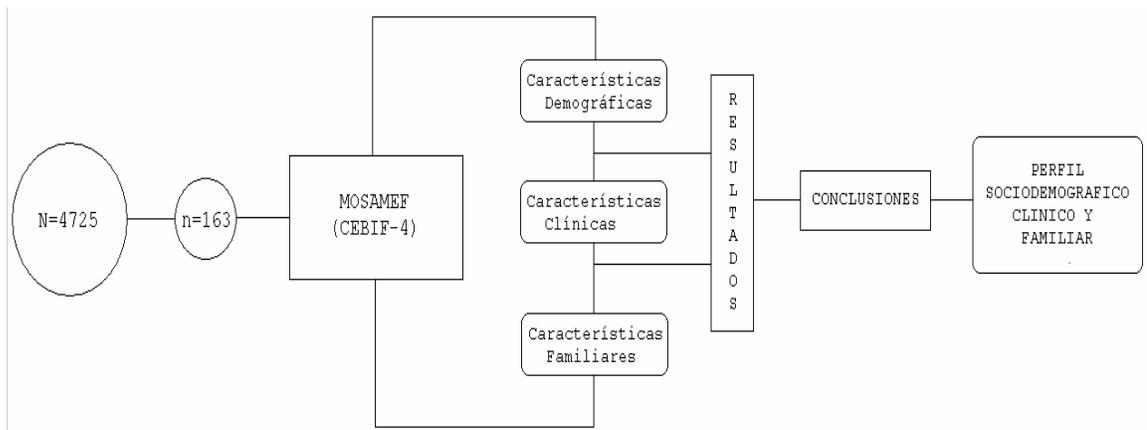
Muestra

La muestra se calculó con un nivel de confianza del 95%, y un 5% de error y variabilidad p,q de 0.5.

$$n = \frac{\frac{z^2 p}{e^2 q}}{1 + 1/N \left(\frac{z^2 p}{e^2 q} - 1 \right)}$$

Por lo tanto la muestra de estudio fue de 163 personas.

Diseño de la investigación.



Criterios de inclusión

Pacientes de 60 o más años de cualquier sexo, con expediente activo de la Clínica de Geriatría del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.

Criterios de exclusión

Pacientes sin expediente activo. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio. Pacientes sin consentimiento informado.

Criterios de eliminación

Cédulas incompletas o mal completadas.

Variables. Definición, valores, tipo y escala de medición.

Variable	Definición	Tipo De Variable	Escala De Medición	Valores De La Variable.
Nombre Del Paciente	Nombre y apellido del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre Del Paciente
Edad	Edad cumplida en años	Cuantitativa	Continua	Números Enteros
Sexo	Género del paciente	Cualitativa	Nominal	1=Femenino 2=Masculino
Escolaridad	Máximo grado escolar alcanzado	Cuantitativa	Nominal	Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
Ocupación	Actividad económica del paciente	Cualitativa	Nominal	1. agricultura 2. construcción 3. obrero 4. comerciante 5. empleado federal 6. artesano 7. empleado domestico 8. auto empleado 9. sin actividad económica
Antecedentes obstétricos	Historial obstétrico de las pacientes	Cuantitativa	Continua	Número De Embarazos Número De Abortos Número De Partos Numero De Cesáreas
Método De Planificación Familiar	Tipo de anticonceptivo empleado por la paciente	Cualitativa	Nominal	1=Hormonales Inyectables 2=Hormonales Orales 3=Dispositivo Intrauterino 4=Preservativo 5=Oclusión Tubárica Bilateral 6=Ninguno
Detección Oportuna De Cáncer Cervicouterino	Ultima citología	Cualitativa	Nominal	1=Se Realizó Detección Oportuna De Cáncer

	cervicovaginal realizada hasta con un año de anterioridad			Cervicouterino 2=No Se Realizó Detección Oportuna De Cáncer Cervicouterino
Detección Oportuna De Cáncer De Mama	Ultima exploración médica realizada hasta con un año de anterioridad	Cualitativa	Nominal	1=Se Realizó Detección Oportuna De Cáncer De Mama 2=No Se Realizó Detección Oportuna De Cáncer De Mama
Factores De Riesgo	Antecedentes personales de los pacientes para diabetes, hipertensión, cáncer, obesidad y TS psicosociales.	Cualitativa	Nominal	1=Diabetes Mellitus 2=Hipertensión Arterial Sistémica 3=Cáncer 4=Obesidad 5=Psicosociales. 6=Otros
Redes Sociales Y De Apoyo: A. Informales.	Relaciones sociales que el individuo mantiene para la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Son de 2 tipos. Formales institucionales y las Informales como familiares y amigos.	Cualitativa	Nominal	1=Padres Y Abuelos 2=Pareja 3=Amigos, Vecinos 4=Hijos Mayores 5=Prestaciones Laborales 6=Servicios Públicos 7=Servicios Privados 8=Otros
B. Formales. Servicio médico institucional		Cualitativa	Nominal	1=IMSS 2=DIF 3=SSA 4=SSDF 5=SEDENA 6=PEMEX 7=MARINA 8=Otro
Cuidador Primario	Persona que brinda cuidados de salud de manera continua al paciente.	Cualitativa	Nominal	Tipo De Familiar: 1=Esposa/o, 2=Hijo/Hija, 3=Otro
Tipo De Familia según su composición ⁽¹¹⁾	Clasificación en función del tipo de lazo familiar de los integrantes que la componen. Se realizará en función del paciente.	Cualitativa	Nominal	1=Nuclear, 2=Extensa, 3=Extensa Compuesta, 4=Personas Solas.
Tipo de familia según su ocupación (Error! No se encuentra el origen de la referencia.)	Clasificación en función del tipo de actividad económica del jefe de familia.	Cualitativa	Nominal	1= campesina 2= obrera 3= profesional

	Se realizará en función del paciente.			
Tipo de familia según su desarrollo ⁽¹¹⁾	Clasificación en función de quien asume el rol de proveedor: el padre, la madre o ambos. Se realizará en función del paciente.	Cualitativa	Nominal	1= tradicional 2= moderna
Ciclo Vital Familiar ⁽¹¹⁾	Etapas del desarrollo de las familias. Se realizará en función del paciente.	Cualitativa	Nominal	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro Y Muerte
Número De Integrantes Por Familia	Número de personas que integran la familia	Cuantitativa	Discontinua	Número De Integrantes
APGAR Familiar ⁽¹²⁾	Cuestionario de auto-administración que mide la funcionalidad familiar.	Cualitativa	Nominal	1=Normo Funcional (7- 10) 2=Moderadamente Funcional (4- 6) 3=Disfuncional (0-3)
Índice Simplificado De Pobreza Familiar ⁽³⁹⁾	Índice que mide el nivel de pobreza familiar.	Cualitativa	Nominal	1=Muy Bajo 2=Bajo 3=Alto 4=Muy Alto
Tipo De Vivienda	Régimen de propiedad de la vivienda	Cualitativa	Nominal	1=Propia 2=Rentada 3=Prestada 4=En Financiamiento
Desarrollo Comunitario	Presencia de servicios urbanos en la comunidad	Cualitativa	Nominal	1=Alumbrado Público 2=Pavimentación 3=Banquetas 4=Transporte Público 5=Vigilancia 6=Energía eléctrica 7=Servicio telefónico 8=Drenaje subterráneo 9=Agua potable

Instrumento de recolección de los datos.

Cédula básica de identificación familiar CEBIF-4. Gómez-Clavelina FJ.
Ponce-Rosas ER. Terán-Trillo M. Irigoyen-Coria A.

Ver anexo C. Consta de las siguientes secciones:

1. Ficha de identificación familiar
2. Datos socio-demográficos del paciente y su familia.

3. Salud reproductiva: antecedentes obstétricos y de detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama y tipos de métodos anticonceptivos.
4. Factores de riesgo detectados.
5. Redes sociales y apoyo
6. Apoyo de cuidadores.
7. Índice simplificado de pobreza familiar.
8. Factores económicos familiares y comunitarios

Método de recolección de los datos.

Se aplicó la encuesta CEBIF-4 a los pacientes que permanecían en la sala de espera. Los pacientes se eligieron mediante un proceso de selección aleatorio simple. Se explicó el objetivo del estudio al paciente y el carácter de confidencialidad de los datos proporcionados. Para la aplicación de la encuesta se solicitó la firma del consentimiento informado.

Procedimientos estadísticos.

Los datos de las encuestas se capturaron en una hoja electrónica de datos: Hoja de Cálculo Excel de Microsoft 1998.

Se utilizó estadística descriptiva para su análisis. (Frecuencias y promedios) Los resultados obtenidos se presentan en tablas y gráficas.

Cronograma.

Ver anexo A.

Recursos humanos, materiales, físicos, y financiamiento del estudio.

1 médico residente de medicina familiar.

400 hojas tamaño carta blancas.

5 lápices.

2 gomas para borrar.

1 caja de clips.

1 computadora y software Office 2004.

Autofinanciamiento.

Consideraciones éticas.

El presente estudio cumple los requerimientos que en materia de investigación médica establece la Ley General de Salud en su Título Quinto: Investigación para la salud, Artículo 100 ⁽⁴⁰⁾

El presente estudio se considera “investigación sin riesgo” según lo establecido en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ⁽⁴⁰⁾:

“**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.”

El presente estudio cumple con las recomendaciones de la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial (AMM), sobre los Principios Éticos De La Investigación Médica En Humanos. ⁽⁴¹⁾

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el 08/Octubre/2004.

El presente estudio cuenta con “Consentimiento informado de participación en el estudio” según lo dispuesto en el Artículo 20, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. ⁽⁴⁰⁾

Formato de consentimiento informado. Ver anexo B.

RESULTADOS.

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

Se aplicó la Cédula Básica de Identificación Familiar CEBIF-4 a 163 pacientes.

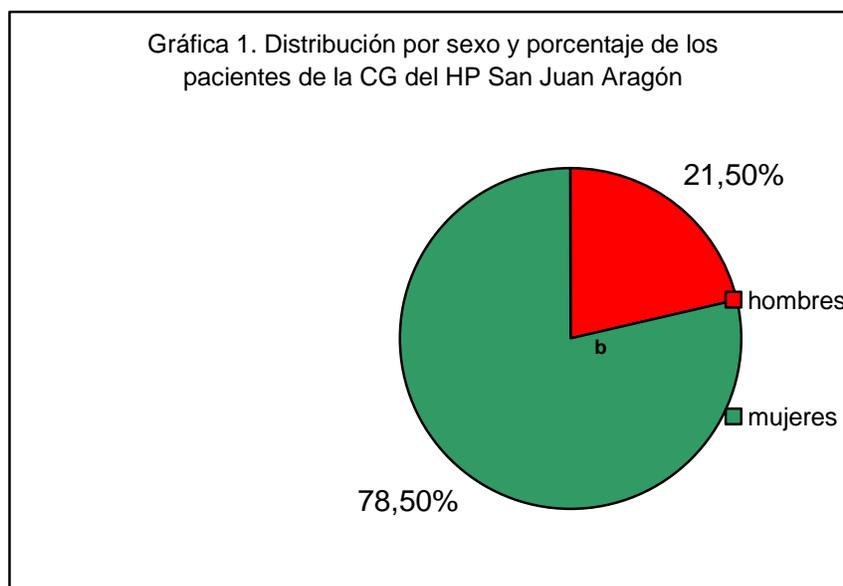
El promedio de edad de los pacientes fue de 72.24 años.

La distribución por grupos de edad de los pacientes fue la siguiente: (Ver tabla1)

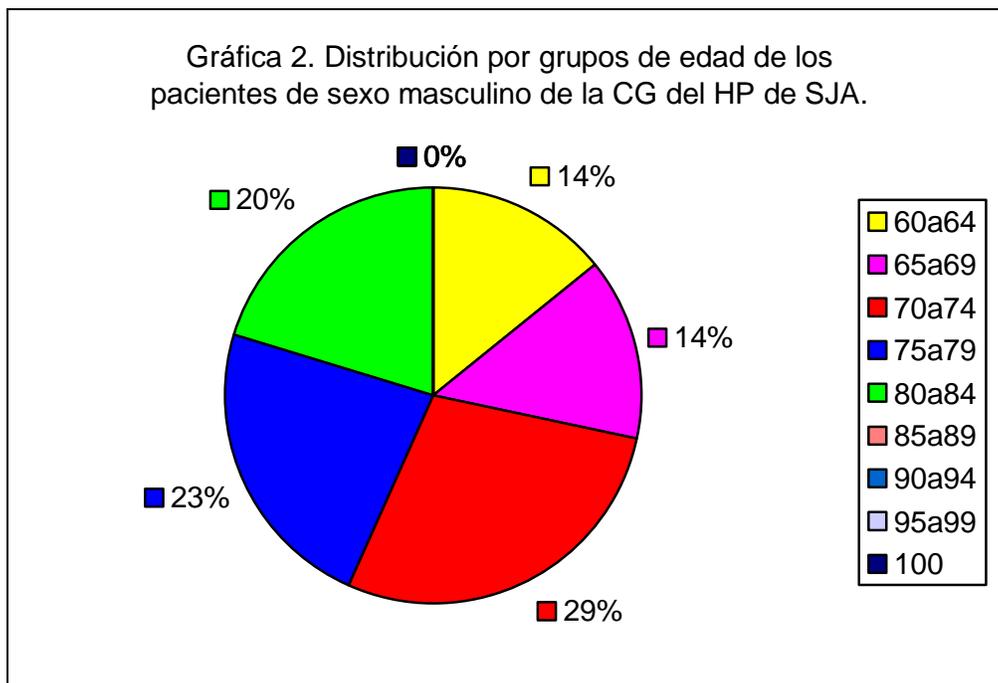
Tabla 1. Distribución por grupos de edad y porcentaje de los pacientes De la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón		
Edad	No.	%
60 a 64	30	18.4%
65 a 69	31	19%
70 a 74	44	26.9%
75 a 79	28	17.1%
80 a 84	18	11%
85 a 89	7	4.2%
90 a 94	4	2.4
95 a 99	1	0.6%
≥100		
	163	100%

Fuente CEBIF-4.

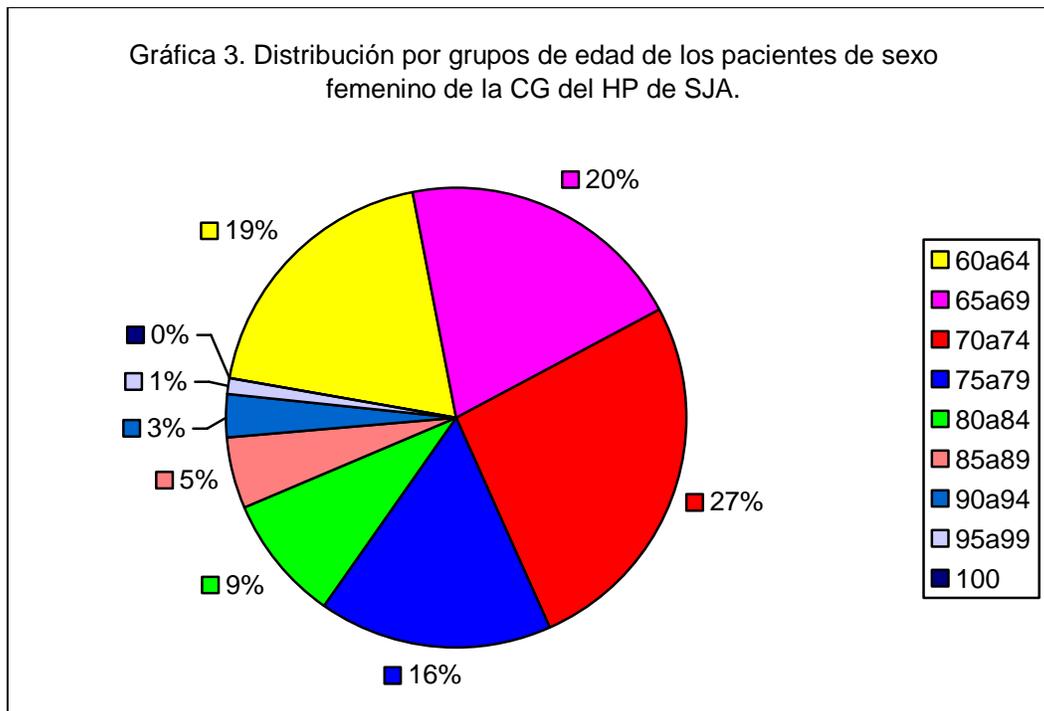
De los pacientes encuestados, 35 (21.5%) pacientes fueron del sexo masculino y 128 (78.5%) pacientes fueron del sexo femenino. (Ver gráfica 1)



El promedio de edad de los pacientes masculinos es de 72.4 años. La distribución por grupos de edad es la siguiente: (Ver gráfica 2)



El promedio de edad de las pacientes femeninas es de 72.2 años. La distribución por edad es la siguiente: (Ver gráfica 3)



FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES.

Con respecto a los factores de riesgo estudiados el 83% correspondió a pacientes con antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cáncer, obesidad, caries dental y trastornos psicosociales.

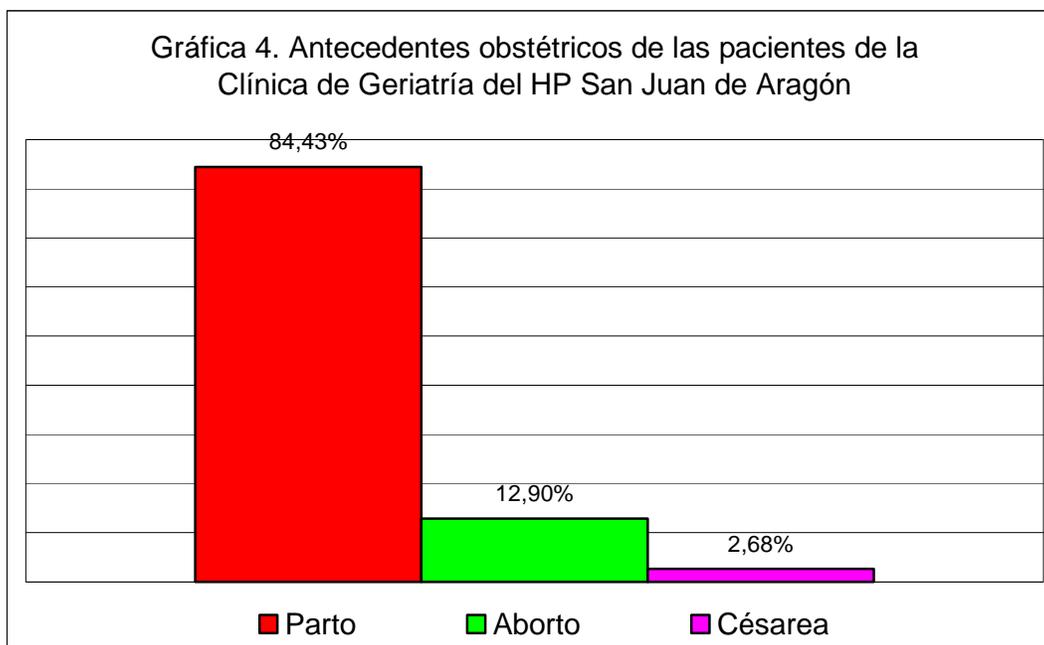
(Ver tabla 2)

Tabla 2. Factores de riesgo en los pacientes de la Clínica de Geriatria Del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.					
DM	HTA	Cáncer	Obesidad	Caries	Psicosociales
136	117	40	96	89	42
83.44%	71.78%	24.54%	58.90%	54.60%	25.77%

Tamaño de la muestra: 163 pacientes.
Fuente CEBIF-4.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES

El total de embarazos de las 128 pacientes fue de 822, de los cuales el 84.43% se resolvió por parto eutósico, el 2.68% se resolvió por cesárea y un 12.9% fueron abortos. (Ver gráfica 4)



Fuente CEBIF-4

El promedio de embarazos fue de 6 embarazos por paciente.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EMPLEADOS POR LAS PACIENTES

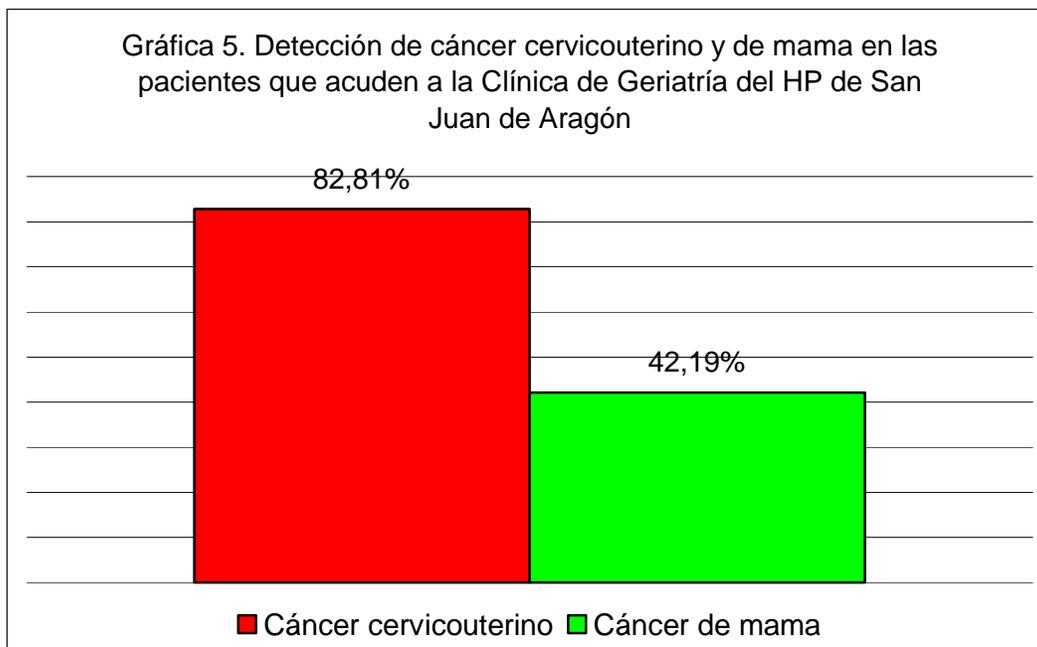
El tipo de anticonceptivos que emplearon las pacientes durante su etapa reproductiva son los siguientes: (Ver tabla 3)

Tabla 3. Métodos anticonceptivos por tipo y porcentaje, en las pacientes de la Clínica de Geriátria del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón					
DIU*	AO*	AI*	Preservativos*	OTB*	Ninguno
7	12		1	2	106
5.46%	9.37%	0.00%	0.78%	1.56%	82.81%

*DIU: dispositivo intrauterino; AO: anticonceptivos orales; AI: anticonceptivos inyectados; Preservativos o condón, OTB: oclusión tubárica bilateral.
Fuente CEBIF-4.

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LAS PACIENTES

De las 128 pacientes encuestadas, el 82% se habían realizado la detección oportuna de cáncer cervicouterino durante el último año y el 42% de las pacientes habían acudido a realizarse la detección oportuna de cáncer de mama en el último año. (Ver gráfica 5)



Fuente: CEBIF-4.

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

El nivel de escolaridad de los pacientes es el siguiente: (Ver tabla 4)

Tabla 4. Escolaridad alcanzada por los pacientes. Clínica de Geriatria. Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.											
Sin estudios		Primaria*		Secundaria*		Bachillerato*		Licenciatura*		Total	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
40	24.5%	98	60.1%	9	5.52%	13	7.9%	3	1.8%	163	100%
*se incluyen tanto a los individuos con estudios inconclusos como a los que terminaron el ciclo Correspondiente. Fuente CEBIF-4.											

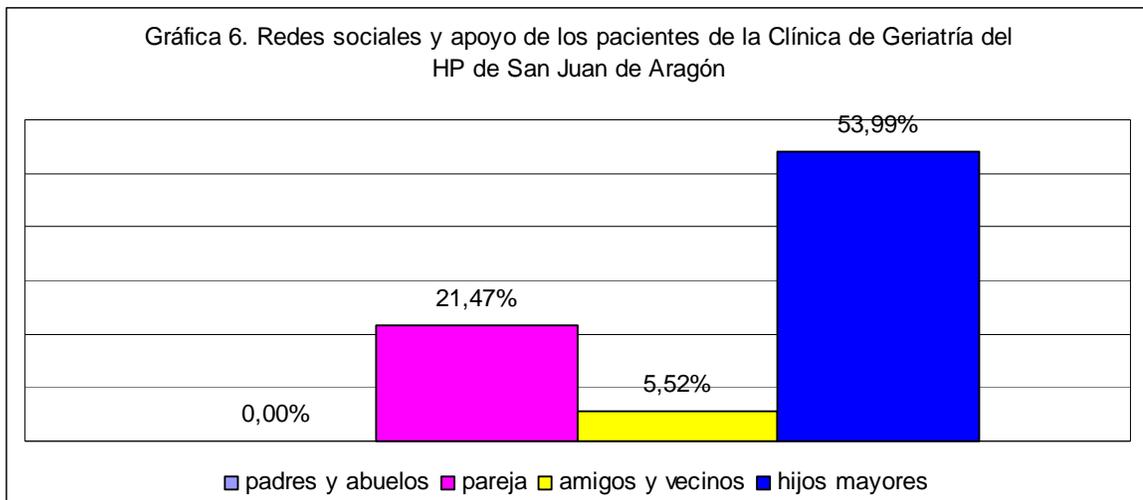
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS PACIENTES

La actividad económica de los pacientes es la siguiente: (Ver tabla 5)

Tabla 5. Tipo de actividad económica realizado por los pacientes. Clínica de Geriatria. Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.				
AGRICULTURA	CONSTRUCCIÓN	OBRERO	COMERCIANTE	
3	3	-	38	
1.8%	1.8%	-	23.3%	
EMPLEADO FEDERAL	ARTESANO	EMPLEADO DOMÉSTICO	AUTO EMPLEADO	SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA
-	-	7	8	104
-	-	4.3%	4.9%	63.8%
Fuente: CEBIF-4.				

REDES SOCIALES Y DE APOYO EN LOS PACIENTES.

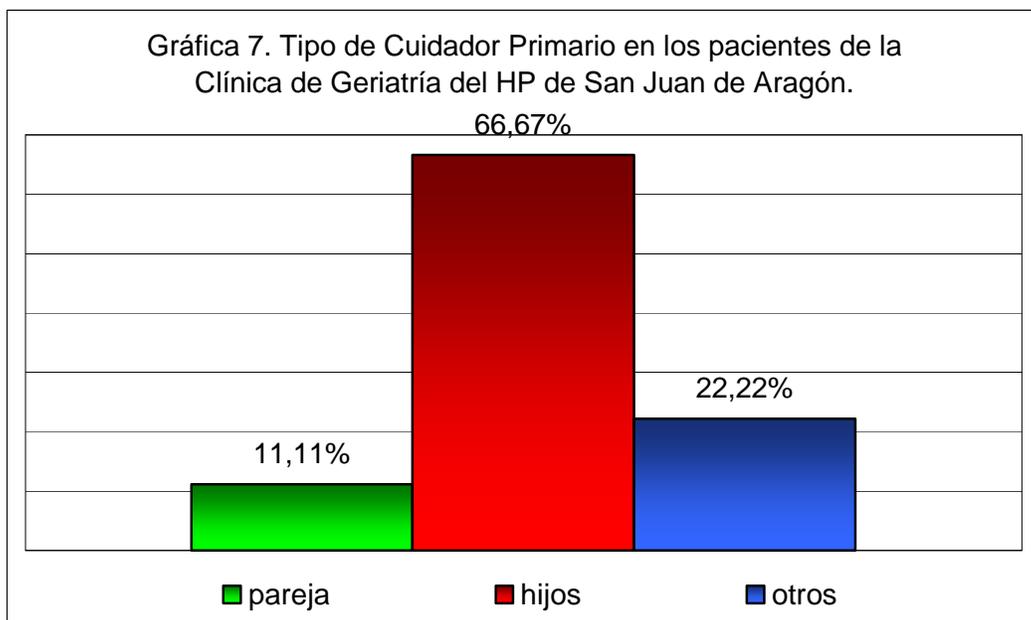
Las redes sociales y apoyo de los pacientes son: la pareja en el 21.47%, los amigos y vecinos en el 5.52%, y los hijos en el 53.99%. (Ver gráfica 6)



Fuente CEBIF-4

Todos los pacientes manifestaron no contar con prestaciones laborales ni con servicios médicos del IMSS, ISSSTE u otra institución para el cuidado y atención de su salud.

En cuanto al tipo de Cuidador Primario, solo 9 de los pacientes lo necesitaba. En los cuales 11.11% (1 paciente) el cuidador primario era la pareja; 66.67% (6 pacientes) eran los hijos y 22.22% (2 pacientes) era otro tipo de cuidador. Los problemas de salud que ameritaron de cuidador primario, fueron complicaciones de diabetes mellitus, osteoartritis, EPOC, y demencia. (Ver gráfica 7)



Fuente CEBIF-4

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

De los pacientes encuestados se obtuvo el número de integrantes de sus familias y se encontró un total de 562 personas. Con un promedio de 3.4 integrantes por familia. La composición de la población por sexos fue: al sexo femenino 331 (59%) y masculino de 231 (41%)

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES

La distribución por grupos de edad del total de los integrantes de las familias de los pacientes es como sigue: (Ver tabla 6)

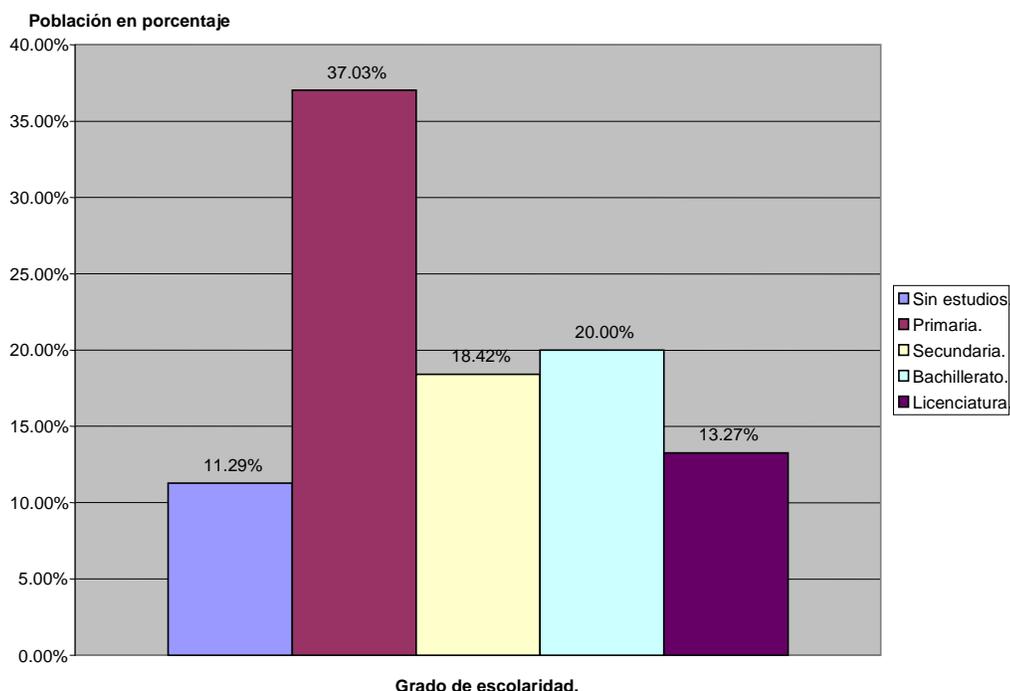
Tabla 6. Distribución por grupos de edad y porcentaje De los integrantes de las familias de los pacientes de la Clínica de Geriatria. Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.			
edad	%	edad	%
0 a 4	3.02	55 a 59	3.91
5 a 9	3.91	60 a 64	7.12
10 a 14	3.2	65 a 69	8.72
15 a 19	4.27	70 a 74	12.1
20 a 24	6.05	75 a 79	7.3
25 a 29	4.8	80 a 84	4.09
30 a 34	8.01	85 a 89	1.6
35 a 39	4.8	90 a 94	1.07
40 a 44	8.19	95 a 99	
45 a 49	3.2	≥100	
50 a 54	4.27		

Fuente: CEBIF-4.

NIVEL ESCOLAR EN LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

La escolaridad de los integrantes de la familia correspondiente a los mayores de 15 años o más se distribuyó de la siguiente manera: 11.29% no realizó ningún tipo de estudio, 37.03% curso algún grado de la Primaria, 18.42% curso algún grado de la Secundaria, 20% curso algún grado del Bachillerato, y un 13.27% curso algún grado de la Licenciatura. (Ver gráfica 8)

Gráfica 8 Nivel de escolaridad en los integrantes ≥ 15 años de las familias de los pacientes de la Clínica de Geriatría del HP San Juan de Aragón.



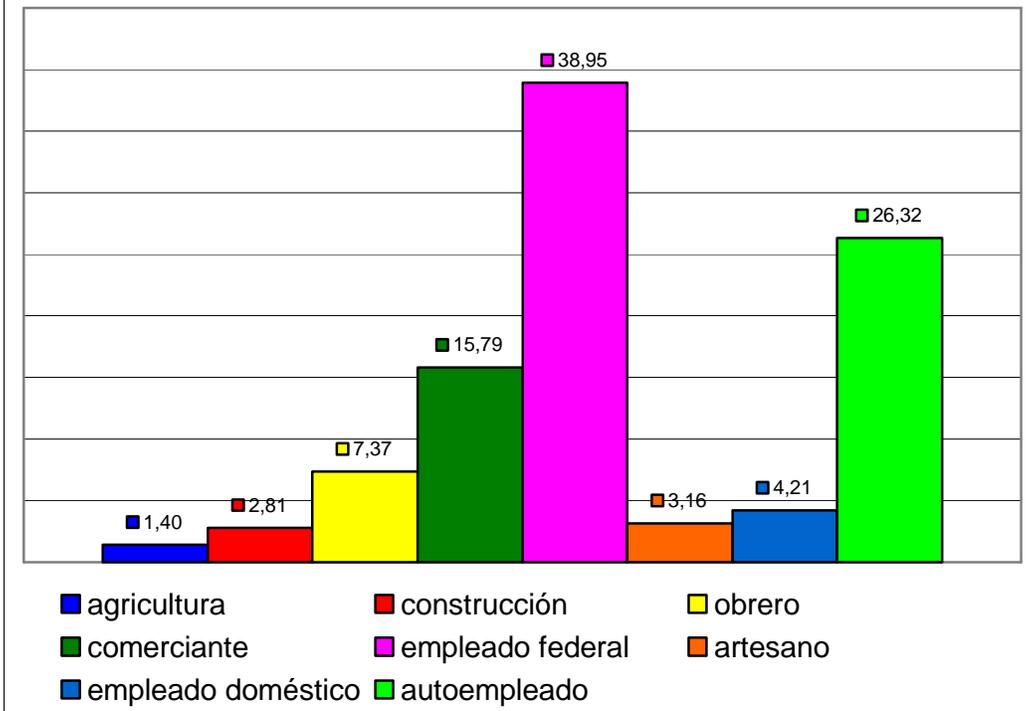
Fuente CEBIF-4

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES

Se encontró que 285 personas mayores de 15 años tienen alguna actividad económica, y que contribuyen al gasto familiar.

La distribución por tipo de actividad fue la siguiente: 4 (1.4%) personas se dedican a la agricultura, 8 (2.81%) personas se dedican a la construcción, 21 (7.37%) trabajan como obreros, 45 (15.7%) personas se dedican al comercio, 111 (38.9%) son empleados federales, 9 (3.16%) personas son artesanos, 12 (4.21%) son empleados domésticos y 75 (26.32%) se dedican al autoempleo. (Ver gráfica 9)

Gráfica 9. Distribución de los integrantes de las familias de los pacientes por tipo de actividad económica y porcentaje .
Clínica de Geriatría del HP de San Juan de Aragón

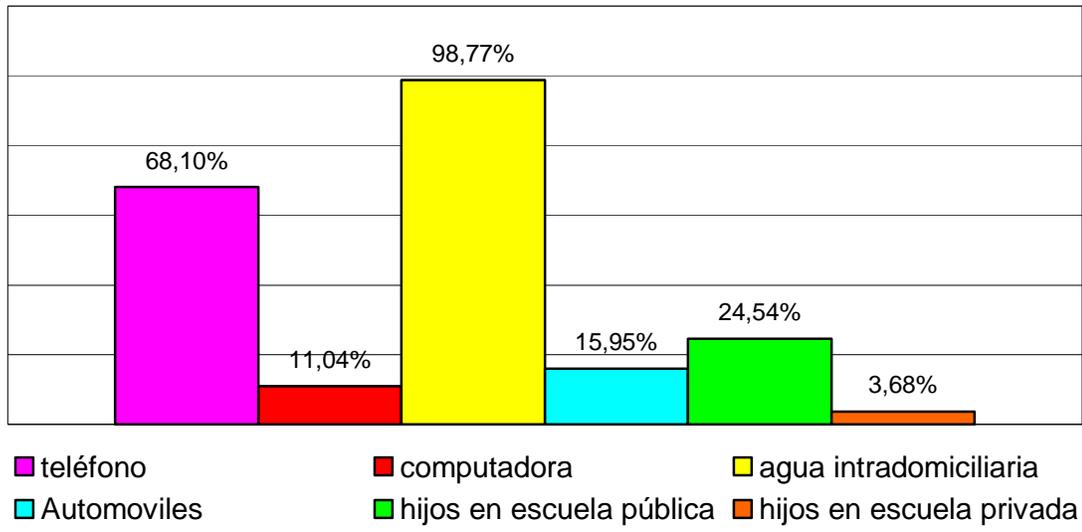


Fuente: CEBIF-4

FACTORES ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

De los factores económicos de las familias investigados se encontró que 111 (68.1%) familias cuentan con teléfono, 18 (11.04%) familias cuentan con computadora, 163 (100%) familias cuentan con agua entubada intradomiciliaria, 26 (15.95%) familias cuentan con automóvil, 40 (24.54%) familias tienen a sus hijos estudiando en escuelas públicas y 6 (3.68%) familias en escuelas privadas. (Ver gráfica 10)

Gráfica 10. Indicadores económicos de las familias de los pacientes de la Clínica de Geriatría del HP de San Juan de Aragón

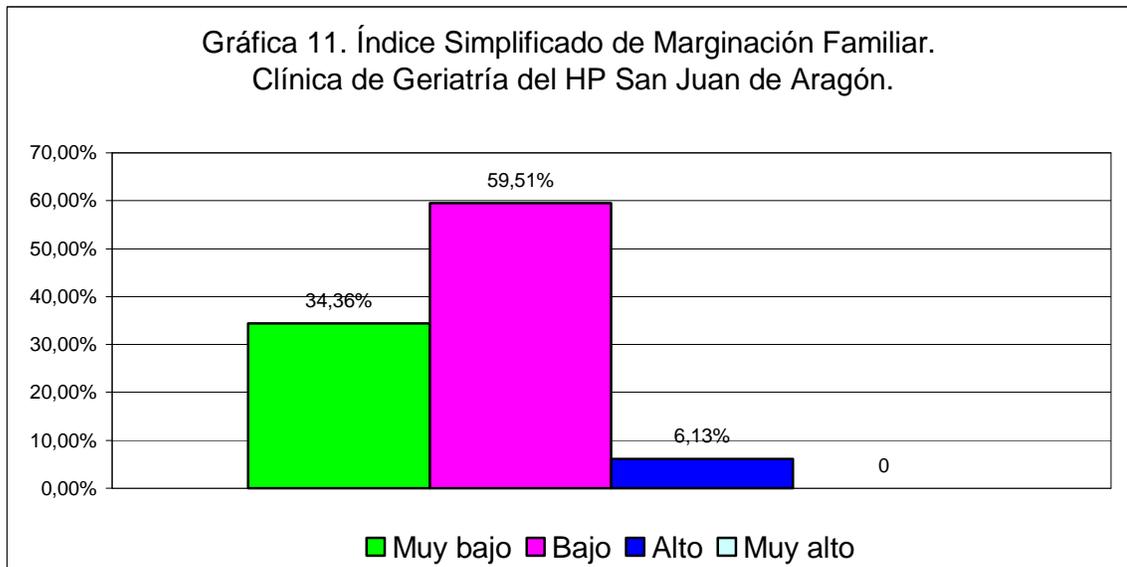


Fuente CEBIF-4

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)

El índice simplificado de pobreza familiar encontrado en las familias de los pacientes fue: 56 (34%) familias con ISPF muy bajo; 97 (59.51%) familias con ISPF bajo; 10 (6.13%) familias con ISPF alto. Ninguna familia obtuvo valores muy altos. (Ver gráfica 11)

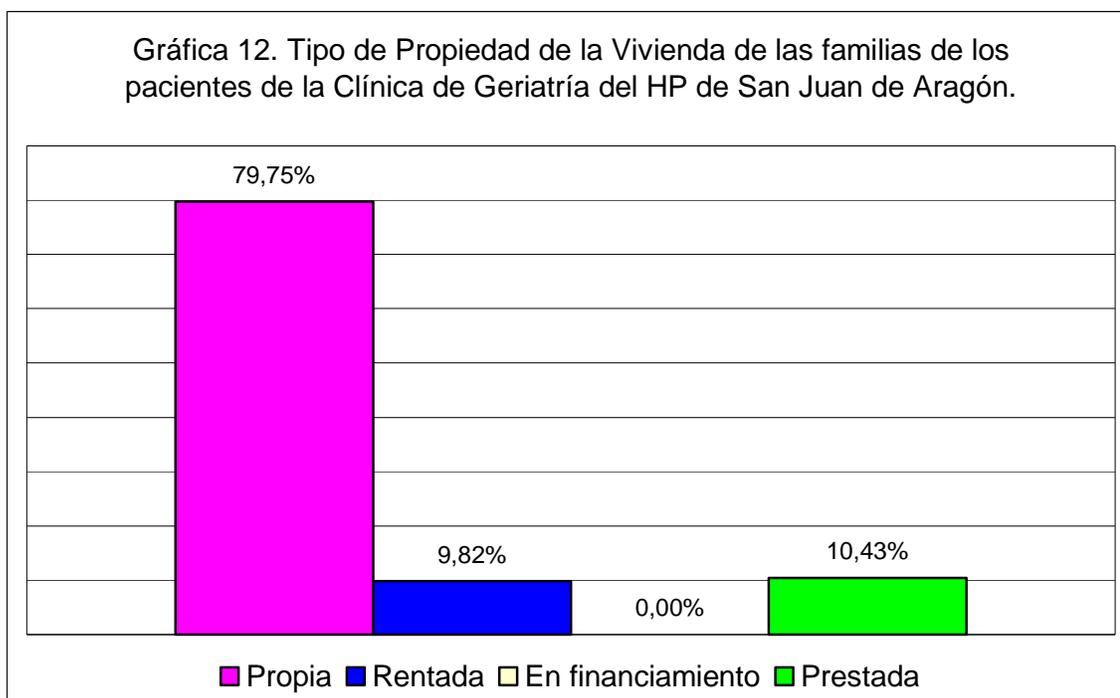
Gráfica 11. Índice Simplificado de Marginación Familiar. Clínica de Geriatría del HP San Juan de Aragón.



Fuente CEBIF-4

TIPO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

El tipo de propiedad de la vivienda de las familias encontrado es como sigue: 130 (79.75%) familias tienen casa propia; 16 (9.82%) familias rentan su vivienda y 17 (10.43%) familias dijo que vivían en casa prestada. (Ver gráfica 12)



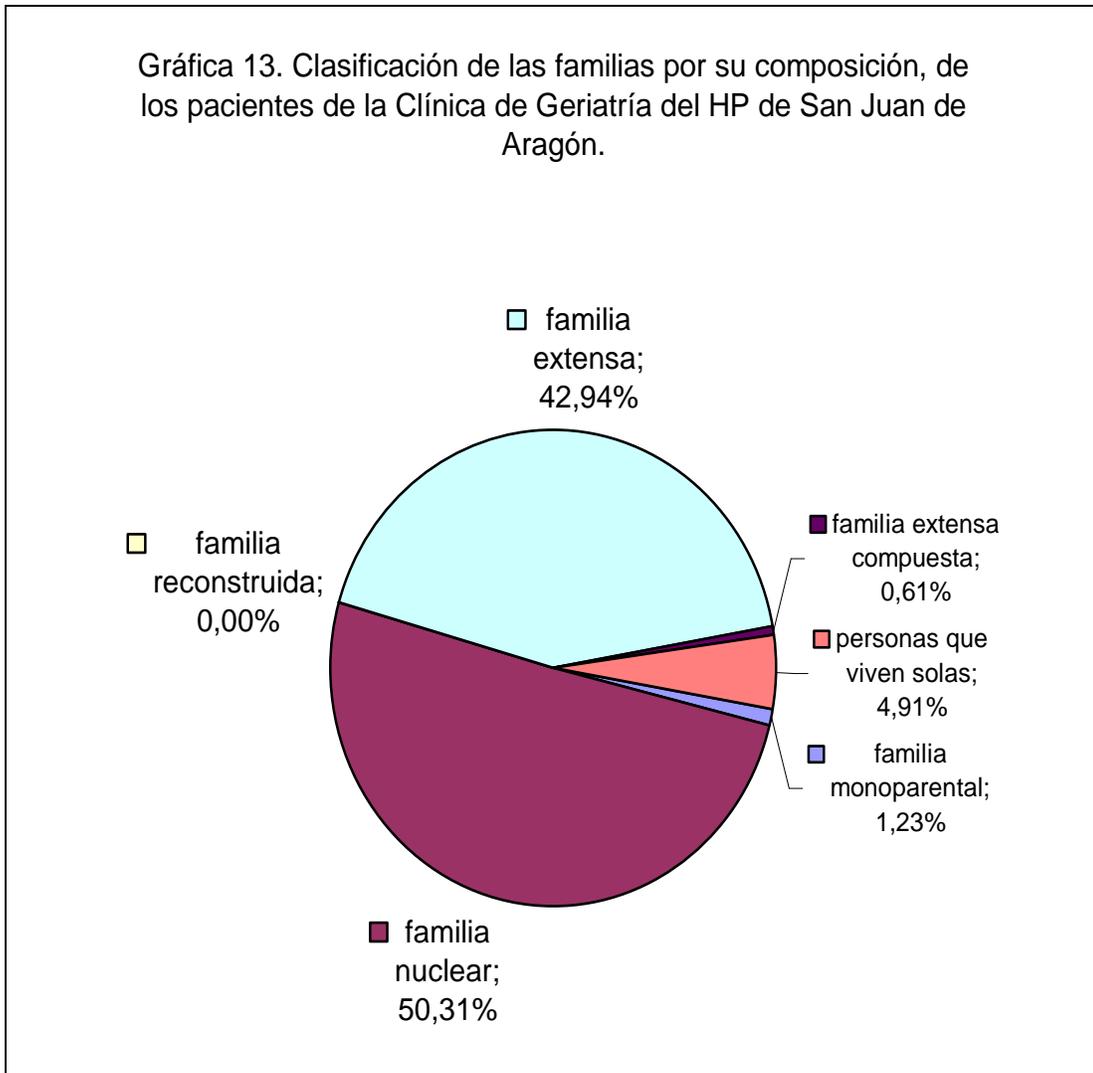
Fuente CEBIF-4.

DESARROLLO COMUNITARIO DE LAS FAMILIAS.

El 100% (163) de las familias manifestó contar con servicios comunitarios de alumbrado público, servicio de agua potable, drenaje subterráneo, energía eléctrica, servicio telefónico, pavimentación, banquetas, servicio de transporte público, y vigilancia.

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU COMPOSICIÓN.

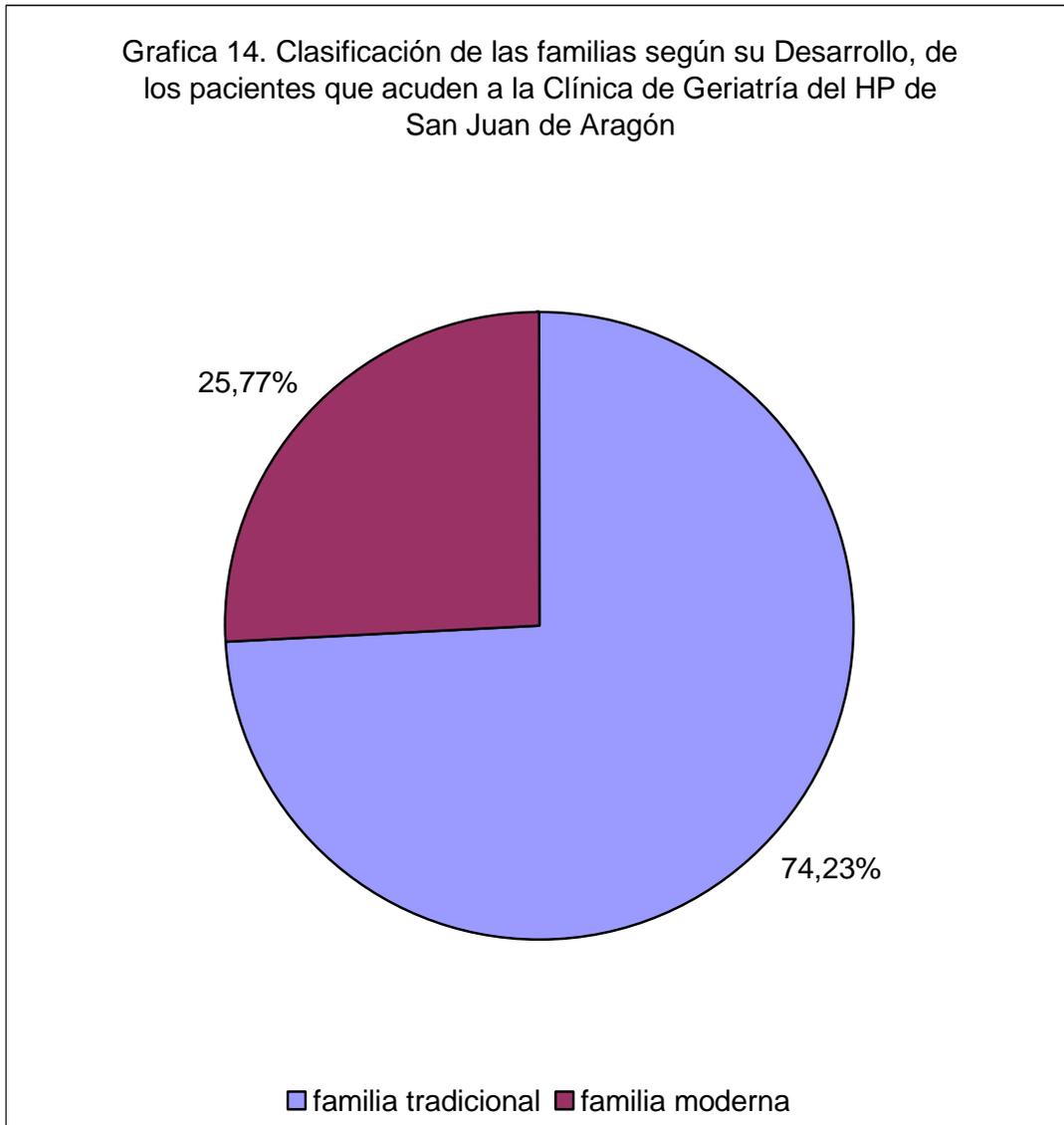
La clasificación de las familias en cuanto a su composición es como sigue: 1.23%(2) son de tipo monoparental, 50.31% (82) son de tipo nuclear, 42.94% (70) son familias extensas, 0.61% (1) son familias extensas compuestas, y se encontró que 4.91% (8) personas viven solas. (Ver gráfica 13)



Fuente CEBIF-4

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS POR SU DESARROLLO.

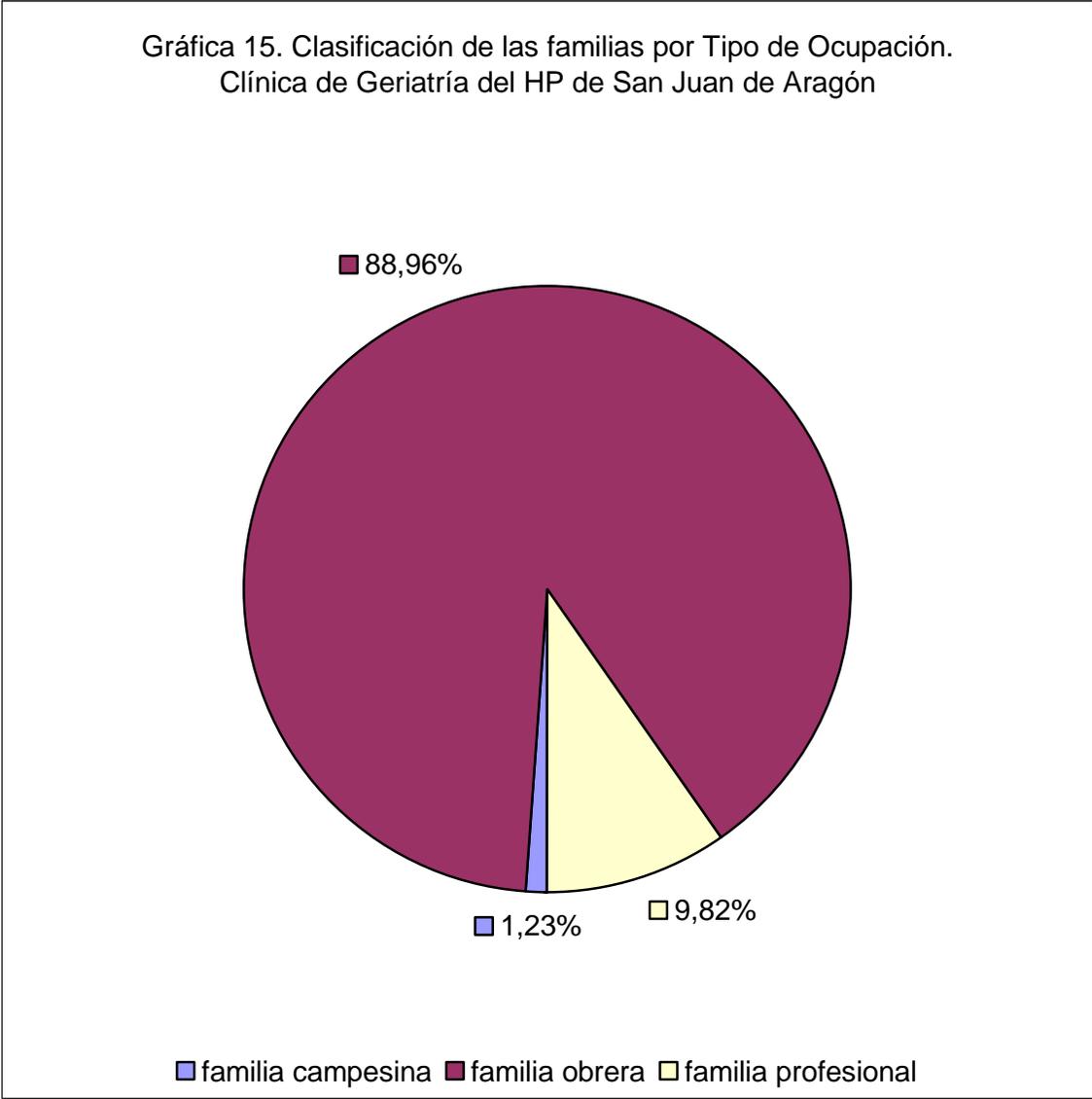
El tipo de familia de los pacientes según su desarrollo fue: 74.23% (121 familias) son de tipo tradicional y 25.77% (42 familias) son modernas. (Ver gráfica 14)



Fuente CEBIF-4

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS POR SU OCUPACIÓN.

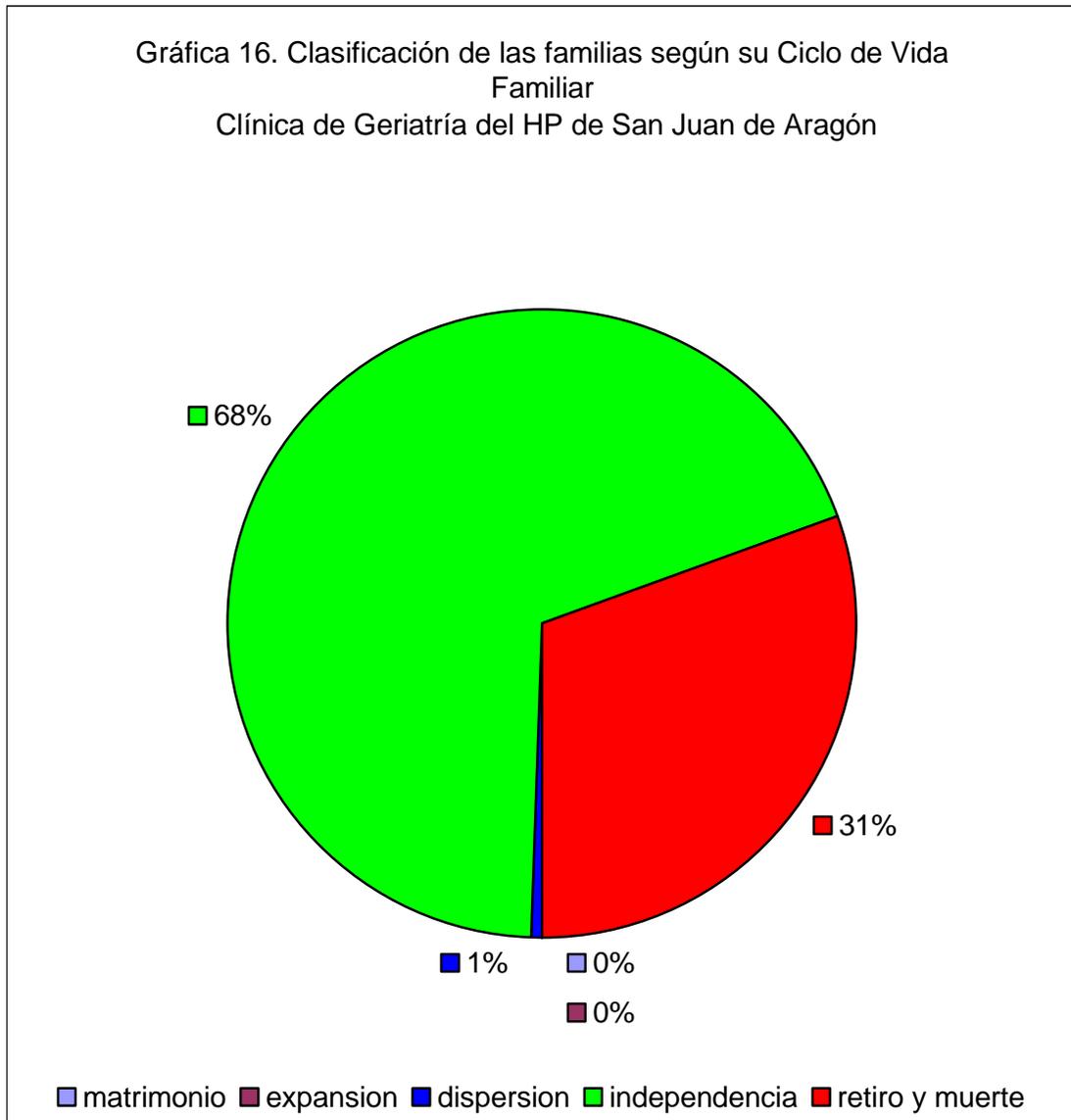
Se encontró que el 1.23% (2) de las familias son de tipo campesino, 9.82% (16) son familias de tipo profesional y el 88.96% (145) de las familias son de tipo obrera. (Ver gráfica 15)



Fuente CEBIF-4

ETAPA DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

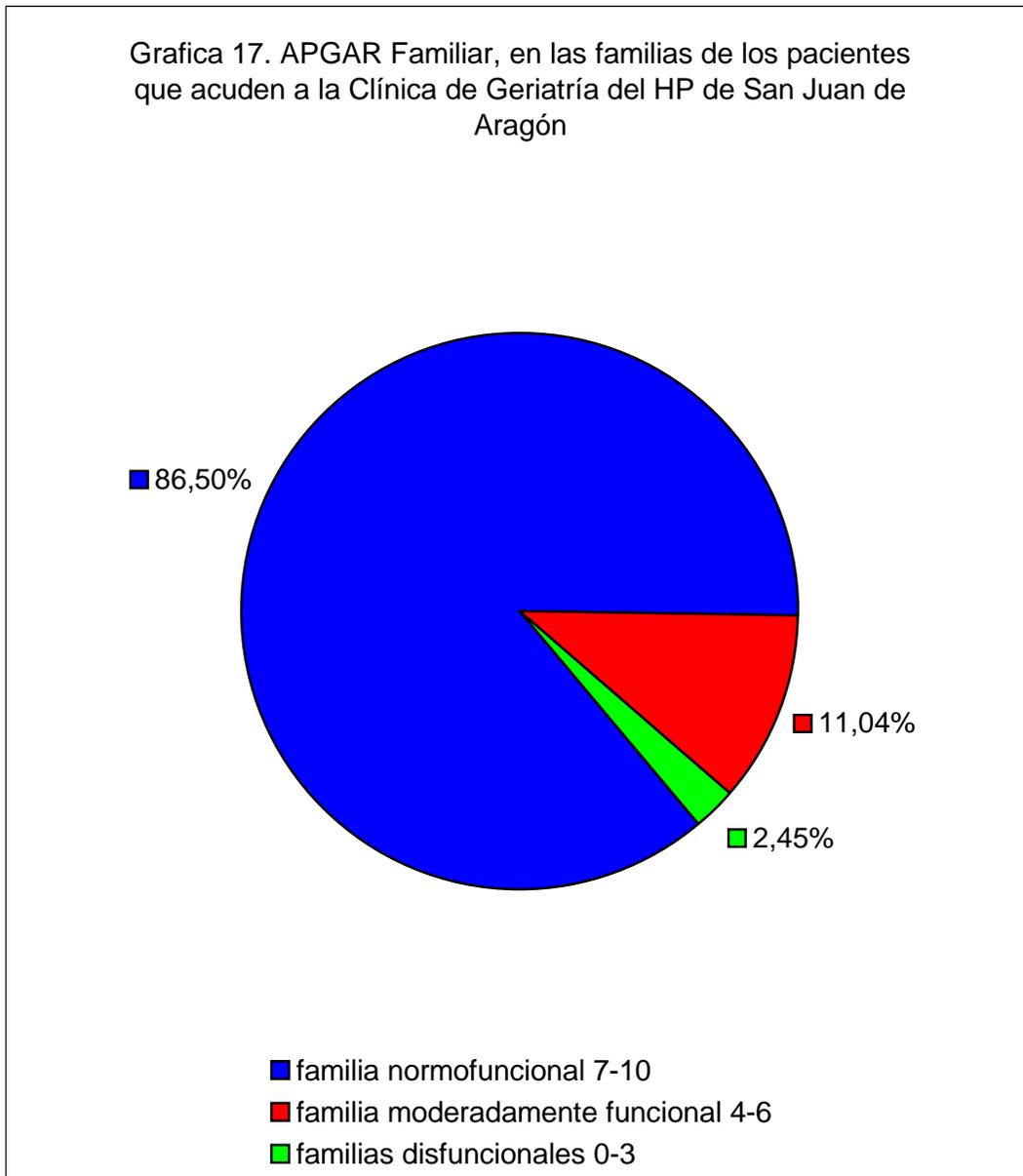
Se encontró que 1 (0.61%) familia estaba en etapa de dispersión, 112 (68.71%) familias estaban en fase de independendia y 50 (30.67%) familias estaban en fase de retiro y muerte. (Ver gráfica 16)



Fuente CEBIF-4

FUNCIONALIDAD FAMILIAR MEDIANTE APGAR FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

Los resultados del APGAR Familiar fueron 141 (86.5%) de las familias son normofuncionales, 16 (11.04%) son familias moderadamente funcionales, y 4 (2.45%) son familias disfuncionales. (Ver gráfica 17)



Fuente CEBIF 4.

DISCUSIÓN.

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.

El grupo poblacional en estudio tiene un promedio de edad de 72 años. Las mujeres constituyeron el 78.5% y los hombres el 21.5%. Las mujeres constituyen el mayor número de pacientes, debido tal vez a que buscan atención médica más frecuente que los hombres y a que cuentan con más apoyo familiar.

Entre los antecedentes de riesgo estudiados, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad, son las enfermedades mas reportadas. Otros estudios sobre MOSAMEF realizados en población general, reportan a la diabetes mellitus como el principal factor de riesgo para la salud. Situación que coincide con los hallazgos en este estudio De igual forma la hipertensión arterial sistémica y la obesidad se encuentran entre el segundo y tercer factor de riesgo más importante para la salud. ⁽²²⁻²⁴⁾

En lo que respecta a la salud reproductiva, el promedio de embarazos por mujer fue de 6 (84.4% se resolvieron mediante parto vaginal). En investigaciones realizadas ⁽²²⁻²⁴⁾, en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en población general, el número de embarazos promedio por mujer fue de 3 a 4. El INEGI ⁽²⁾ reporta un promedio de 6.4 a 6.7 hijos por mujer en el grupo de edad mayor o igual a 60 años, y de 4.4 hijos por mujer, en el grupo en edad reproductiva. Este cambio se puede deber a una mayor difusión y empleo de los métodos anticonceptivos en la actualidad, como lo muestran los resultados de los métodos de planificación usados por las pacientes ya que el 82.81% no empleó ningún método de planificación familiar. Otros estudios ⁽²²⁻²⁴⁾, reportaron un mayor número de mujeres en edad reproductiva y el uso de métodos de planificación varía desde un 45.8% hasta un 78.9%.

En cuanto a detección oportuna de cáncer cervicouterino, un 84.43% de las mujeres encuestadas, mencionó haberse realizado el estudio de citología cervicovaginal en el último año. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que se realizó la detección oportuna de cáncer de mama es solo de 42.19%. Este resultado se puede deber a que las mujeres en esta etapa por olvido o pudor o suponer que ya no es importante para su edad, afirman haberse realizado dicho estudio. Es necesario promover la detección oportuna de cáncer de

mama, y la exploración clínica de mamas en todas las pacientes en consulta de primera vez, por la importancia que esta enfermedad tiene en la mortalidad femenina.

El grado de escolaridad fue principalmente de nivel primaria y personas sin estudios. El nivel de escolaridad se relaciona inversamente con el riesgo de enfermar. El nivel de escolaridad influye en la receptividad de los mensajes de salud, quizás porque dichos mensajes están formulados en un lenguaje complejo o por que los recursos en educación formal de las personas con bajo nivel de escolaridad, no les permiten adoptar fácilmente las nuevas conductas propuestas en dichos mensajes de salud.⁽³²⁻³⁴⁾

En cuanto a la actividad económica de los pacientes el 63% de los pacientes no tiene una actividad remunerada, dependen económicamente de sus familiares. Todos los pacientes manifestaron no recibir pensión o ayuda económica. Se encontró que la actividad para obtener ingresos propios es el comercio informal o ambulante. Este grupo de edad se encuentra vulnerable económicamente debido a las diferencias socioeconómicas vigentes en nuestra sociedad y la falta de previsión tanto de los individuos y del Estado, constituyendo un factor más de riesgo para la salud.

Las redes sociales y de apoyo en los pacientes fueron principalmente los hijos mayores y la pareja. En los estudios realizados en población general, se encontraron datos similares.⁽²²⁻²⁴⁾ En cuanto a la presencia y tipo de Cuidador Primario, solo un 5.52% de los pacientes refirió que requería de este tipo de atención. Las causas médicas mencionadas de este tipo de atención son las secuelas de la diabetes mellitus, la osteoartrosis, EPOC y la demencia. El contar con este apoyo familiar determina la necesidad o no de ingresar a un asilo.

El 100% de los pacientes manifestó no contar con servicios médicos de seguridad social, como son el ISSSTE o el IMSS o algún otro, por lo que acudían a los servicios para población abierta que brinda la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

El promedio de integrantes por familia fue de 3.4. El 59% son mujeres y el 41% son hombres. Los grupos de edad más grandes fueron el de las personas en edad reproductiva de 15 a 45 años y el de los adultos mayores (ver anexo D. Pirámide poblacional). De acuerdo al tipo de familia encontrado principalmente de tipo Nuclear y Extensa en Fase de Independencia y en Fase de Retiro y muerte. Sin embargo se encontró que un 4.9% de los pacientes viven solos, por lo que se consideran pacientes de alto riesgo debido a la vulnerabilidad que ocasiona la soledad en el paciente geriátrico. La escolaridad encontrada entre los familiares fue de nivel primaria y secundaria, lo que facilita al médico la educación en salud. El nivel económico de las familias según el Índice de Pobreza Familiar fue bajo y muy bajo .haciendo menos vulnerable a las familias de los factores económicos. Se encontró en general que las familias se encuentran ubicadas en zonas urbanas con todos los servicios. El tipo de propiedad de la vivienda fue Propio principalmente. Las familias por su ocupación fueron de tipo obrera y por su desarrollo fueron Tradicionales. Lo anterior se puede deber a que el rol de la mujer todavía continua siendo de ama de casa, sin embargo en otros estudios de MOSAMEF se muestra un aumento del número de familias modernas, mostrando así una diferencia entre las familias de los adultos mayores y de personas mas jóvenes. La funcionalidad de las familias fue normofuncional. Se debe tener en cuenta que el APGAR familiar mide la satisfacción del paciente encuestado respecto a la función de su familia. ⁽³⁶⁻³⁸⁾

3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados de este estudio no pueden generalizarse a toda la población geriátrica y solo representan esa unidad médica ya que cuenta con sesgos de información pues los encuestados pudieron olvidar o desconocer datos referentes a los antecedentes familiares de enfermedades o también pudieron negar el poseer servicios de salud institucionales como IMSS o ISSSTE, por miedo a que se les niegue la atención en la Clínica de Geriátria. De igual forma puede haber sesgo de información en lo concerniente al ingreso

económico mensual y al grado de escolaridad de los familiares. Otra limitante es que no se menciona las enfermedades por la cuales acuden los pacientes. En cuanto a salud reproductiva es conveniente explorar el antecedente de detección oportuna de cáncer de próstata en los hombres. También es conveniente incluir el estado civil en los aspectos sociales.

CONCLUSIONES.

1. El número de pacientes geriátricos esta en aumento, por lo que se requiere que los médicos familiares conozcan sus características bio-psico-sociales para brindar una atención médica de acuerdo al perfil de su especialidad.
2. Las familias de estos pacientes son principalmente de tipo nuclear y extensa y en fase de independencia, retiro y muerte.
3. Son familias normofuncionales, de tipo tradicional y obrera.
4. Los pacientes cuentan con el apoyo de sus hijos mayores para la atención médica constituyendo el principal recurso familiar del médico para la planeación y atención medica familiar.
5. Los pacientes cuentan con un nivel de escolaridad bajo de primaria y sin estudios siendo en su mayoría dependientes económicamente, situación que aumenta su vulnerabilidad a enfermar y a cuidar adecuadamente de su salud.
6. Aunque no poseen servicios de salud institucional, cuentan con los servicios para población abierta que brindan el gobierno federal y el estatal.
7. El nivel de escolaridad de primaria y secundaria encontrado entre los familiares de los pacientes, permitirá que las medidas de educación en salud tengan un mayor impacto en sus familias y la salud del adulto mayor.
8. El hecho de vivir en zonas urbanas con todos los servicios básicos de urbanización y contar con un Índice de Pobreza Familiar bajo y muy bajo, disminuye la vulnerabilidad de estos pacientes a enfermar debido a factores de riesgos ambientales y económicos.
9. Se encontró que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad son los principales factores de riesgo, por lo que es necesario intensificar la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y la detección oportuna de estas enfermedades entre los familiares de estos pacientes.
10. De igual forma se debe de educar a las pacientes respecto a la detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama, así como a las mujeres en edad reproductiva que integran sus familias.

11. El MOSAMEF permitió la identificación de las características sociodemográficas, clínicas y familiares de este grupo de adultos mayores en particular.

Con base a los resultados encontrados se proponen las siguientes acciones con el fin de implementar un sistema de atención basado en los principios de la medicina familiar en población abierta:

1. Historia médica familiar
2. Historia médica individual
3. Visita domiciliaria
4. Diagnóstico familiar
5. Diagnóstico individual
6. Plan de trabajo integral
7. Evaluación
8. Actualización de la información.
9. Creación de clubes para los pacientes donde se brinde educación y promoción de estilos de vida sanos.

Debido a las limitaciones del estudio se propone que se continúe esta línea de investigación en la población geriátrica y adaptar el modelo de acuerdo a las características de dicha población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kane RL. Ouslander JG. Abrass IB. Geriatría Clínica. 2da edición. McGraw-Hill Interamericana. México 2001.
2. Instituto Nacional De Estadística Geografía E Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.asp>
3. Consejo Nacional De Población. Situación demográfica de México. Población de México en el nuevo siglo.
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
<http://www.conapo.gob.mx/>
4. Kenneth BS. Desarrollo y envejecimiento humanos. En: Taylor B. Alan KD. Thomas AJ. Melessa P. Joseph ES. Comp. Medicina de Familia. Principios y práctica. Editorial Springer. 5ta ED. Barcelona España 1998.
5. Resnick N.. Medicina geriátrica. En Harrison TR. Resnick WR. Wintrobe MM. Thorn GW. Adams RD. Beeson PB et al Comp. Principios de Medicina Interna. 14 Edición. McGraw-Hill. México 1998.
6. Alvarado M.L. Lifshitz A. Geriatría. En: Ramiro H. M. Halabe Ch. J. Lifshitz G. A. López B. J. El internista. Medicina interna para internistas. Asociación de Medicina Interna de México McGraw-Hill Interamericana. 2 Edición. México 2002.
7. Hutt E. El paciente anciano. En: Mladenovic J. Comp. Secretos de la atención primaria. McGraw-Hill Interamericana. México 2002.
8. Dickinson S. Geriatric assessment addresses quality of life. News for today's family physician. Ag 2001 Vol. 7 No 8.
<http://www.aafp.org/fpr/20010700>
9. Karl EM. Robert GZ. John BS. The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. American Family Physician. February 15, 2000. Vol.61 No.4
10. Estrada Inda L. El ciclo vital de la familia. Editorial Posada 1996.15va Edición. México 1996.
11. Irigoyen Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 5 Edición. México 1998.
12. De la Revilla L Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Editorial Doyma. Barcelona 1994.

13. Darley JM .Glucksberg S. Kinchla RA. Psicología.. Prentice-Hall Hispanoamericana. 4ta edición. México 1990.
14. Eriksson EH. El ciclo vital completado. Editorial Paidos Barcelona 2000.
15. Zurro MA. JF Cano Pérez. Atención primaria de salud. En: Zurro MA comp. Manual de atención primaria. Editorial Doyma 2da Ed. Barcelona España
16. Loewe R. Atención primaria a la salud: revisión conceptual. Rev. Salud Pública de México. Sep.-Oct 1988 Vol. 30 No 5.:666-675
17. Gallo Vallejo FF. Perfil profesional del médico de familia. Bases conceptuales. En: Ceitlin J. Tomás GT Comp. Medicina de familia. La clave de un nuevo modelo. Editorial semFYC Madrid 1997
18. Gallo Vallejo FF. Altisent TR. Díez EJ. Fernández SC. Fox GG. Granados MM. Et al. Perfil profesional del médico de familia. Rev. Atención Primaria. Vol. 23 No 4 Marzo 1999
19. Narro Robles J; Medicina Familiar, En: "La salud en México, testimonios 1998".Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.
20. Irigoyen Coria A. Morales López H. MOSAMEF Bases conceptuales. Modelo sistemático de atención medica familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2000.
21. Santiago-Iglesias H. Lomeli-Guerrero LE. Diagnostico de salud y estructura familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar. Archivos Medicina Familiar 2000; 2(1): 11-16.
22. Reyes RE. Modelo sistematizado de atención médica familiar en el micro escenario del consultorio 11 de la CMF Gustavo A Madero ISSSTE. UNAM 2002.
23. Ramírez MA. Modelo sistematizado de atención medica familiar en el micro escenario del consultorio 10 de la CMF Gustavo A Madero ISSSTE. UNAM 2002.
24. Mejia YS. Modelo sistematizado de atención médica familiar en el micro escenario del consultorio 9 de la CMF Gustavo A Madero ISSSTE. UNAM 2002.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. <http://www.salud.gob.mx>

26. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. <http://www.salud.gob.mx>
27. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. <http://www.salud.gob.mx>
28. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.
<http://www.salud.gob.mx>
29. Lazcano PE. MC, Rojas MR. MC, López A. CD, López CL. MSP, Hernández AM. MC. E. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la ciudad de México. Rev. Salud Pública Méx. 1993; 35:65-73.
30. Secretaria de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm#top>
31. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama <http://www.salud.gob.mx>
32. Blane D. Explanations of the difference in mortality risk between different educational groups. Rev. International journal of epidemiology 2003 Volume 32, number 3 pp 355-356.
33. Hardarson, T.; Gardarsdottir, M. Gudmundsson, K.; Thorgeirsson, Sigvaldason, Sigfusson. The relationship between educational level and mortality. The Reykiavik Study. Rev. Journal of Internal Medicine. 249(6):495-502, June 2001.
34. Osler M. Prescott E. Educational level as a contextual and proximate determinant of all cause mortality in Danish adults. Rev. Journal of epidemiology and community health 2003 pp 266-269
35. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile 2001. Editorial ONU.
36. Neabel B. Fothergill-Bourbonnais F. Dunning J. Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. Rev. Heart and Lung. The Journal of acute and critical care. May 2000 Vol. 29(3), pp 196-209.

37. Díaz Tabares O. Soler Quintana ML. García CM. El APGAR Familiar en ancianos conviventes. Revista Cubana de Medicina General Integral 1988; 14(6): 548-553.
38. Rodríguez Fernández E. Gea Serrano A. Gómez Moraga A. García González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario APGAR. Rev. Atención Primaria Vol. 17 No 8, 1996.
39. Ponce Rosas R. Et al. Validez de constructo del Índice Simplificado de Pobreza Familiar. Rev. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 4 No.1 Enero-Marzo. 2002.
40. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaria General. Secretaria de Servicios Parlamentarios. Centro de Documentación, Información y Análisis. Ley General De Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 14-02-2006
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964. Última revisión Asamblea General de la AMM. Tokio 2004.
42. Clínica de Geriatría del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón. Diagnostico de salud año 2004.
43. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y post menopausia de la mujer. Criterios para brinda atención médica.

ANEXO A.

Cronograma.

Etapa/Actividad	Año 2004											
	enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Etapa De Planeación Del Proyecto	■	■										
Marco Teórico			■	■	■	■						
Material Y Métodos							■	■	■			
Registro Y Autorización Del Proyecto										■		
Ejecución Del Proyecto										■		
Recolección De Datos											■	
Almacenamiento De Datos											■	
Análisis De Datos												■
Descripción De Los Datos												■
	Año 2005											
Discusión De Los Resultados	■											
Conclusiones Del Estudio		■										
	Año 2006											
Integración Y Revisión Final	■	■	■	■								
Reporte Final					■							
Autorizaciones					■							
Impresión Del Trabajo Final					■							
Solicitud De Examen De Tesis					■	■						

Anexo B.

Consentimiento de participación voluntaria. Ponce-Rosas ER

Consentimiento para participar en la encuesta CEBIF-4

El propósito del presente cuestionario es conocer las características socio demográficas y familiares de los pacientes que acuden a la Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o mas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido, lastimado o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Medica. No existen respuesta buenas o malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

Acepta contestar el cuestionario SI _____ NO _____

Gracias por su participación.

Anexo C.

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR. (CEBIF-4). Gómez-Clavelina FJ; Ponce-Rosas ER; Terán-Trillo M; Irigoyen-Coria A.

Cédula básica de identificación familiar (CEBIF-4)
Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria A.

Identificación		Fecha: _____	Folio: _____
Familia: _____, No. Exp: _____		Consul / Turno: ___/___/___	
Domicilio: _____		Teléfono: _____	
Datos demográficos			
Nombre	Parentesco	Edad	Sexo
Escolaridad	Ocupación		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
Escriba en el margen izquierdo un asterisco(*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario			
Salud reproductiva		Factores de riesgo detectados	
	<i>AGO</i>		
	G	P	
Madre	Embarazo	PF	Método
	Si No	Si No	Factor
Padre	Embarazo	PF	Nombre
	Si No	Si No	Inclusión a programa
		Cáncer	Si (Fecha) No
		Obesidad	
		Caries dental	
		Vacunas	
		Psicosociales	
		Otros	
Redes sociales y apoyo			
Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc) se apoyan en: (marque todas las opciones que el paciente indique)			
<input type="checkbox"/> Padres y abuelos () <input type="checkbox"/> Pareja () <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos () <input type="checkbox"/> Hijos mayores () <input type="checkbox"/> Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etcétera.) ()		<input type="checkbox"/> Servicios públicos () <input type="checkbox"/> Servicios privados () <input type="checkbox"/> Otros () <input type="checkbox"/> No requiere ()	
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones (marque todas las opciones que el paciente indique)			
BMS ()	DI ()	SSA ()	PEMEX ()
Secretaría de Marina ()	Privado ()	Otros ()	SEDENA ()
Especifique: _____			
Apoyo de cuidadores			
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? Si _____ No _____			
¿Quién proporciona los cuidados? _____			
¿A quién le proporciona los cuidados? _____			
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____			

Índice simplificado de pobreza familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 ó más salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes	3 ó más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Esaoridad materna	Sin instrucción	3
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Pos-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	5 ó más personas	3
	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0
<i>Total</i>		

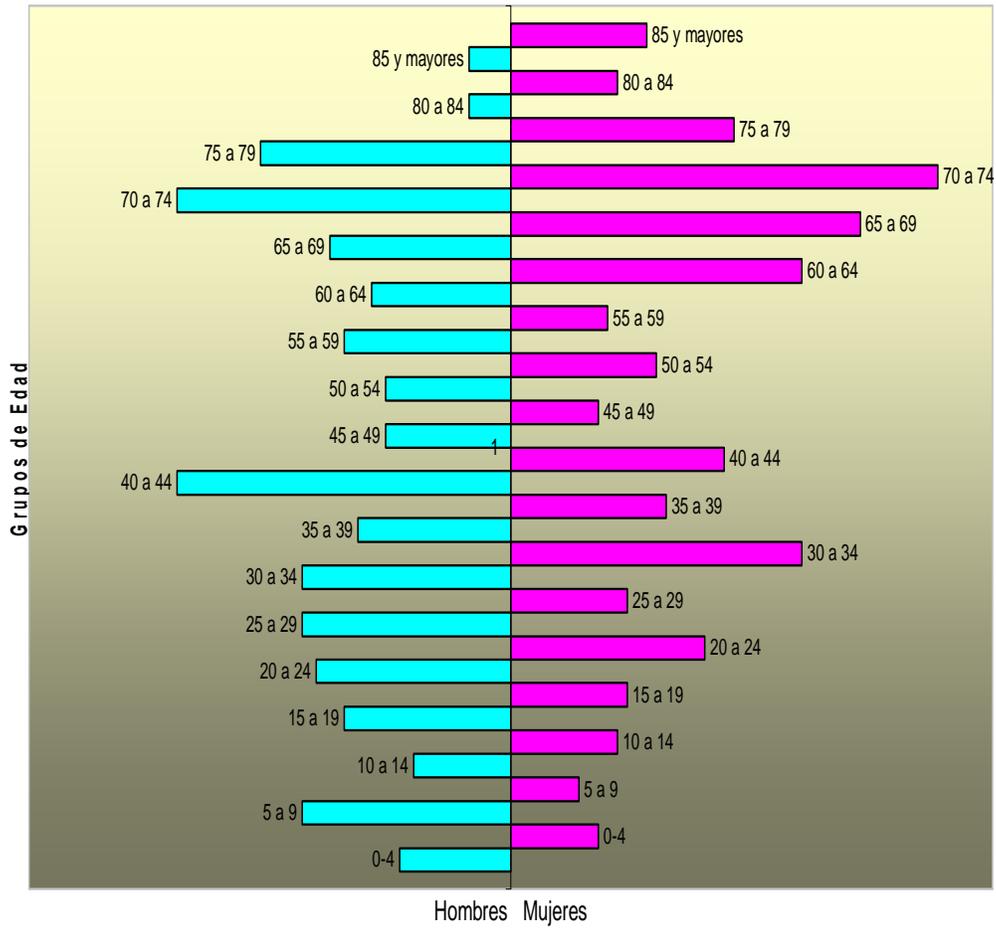
Factores económicos			
Vivienda		Si	No
■ Número de personas que contribuyen al ingreso familiar:		()	()
		()	()
■ Casa:	Propia ()	■ Núm. de hijos en escuela pública ()	()
	Financiamiento ()		
	Rentada ()		
	Prestada ()		
■ Agua entubada intradomestiliaria ()		■ Núm. de hijos en escuela privada ()	()
■ Automóviles: 0, 1, 2, 3 ó más		■ Núm. de hijos con beca ()	()
Desarrollo comunitario			
		Si	No
■ Serv. de agua potable ()	()	■ Alumbrado público ()	()
	()		
■ Drenaje subterráneo ()	()	■ Pavimentación ()	()
	()		
■ Energía eléctrica ()	()	■ Banquetas ()	()
	()		
■ Servicio telefónico ()	()	■ Serv. de trans. púb. ()	()
	()		
		■ Vigilancia ()	()

Apgar familiar					
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?					
Casi nunca	0	A veces	1	Casi siempre	2
2. ¿Conversan sobre ustedes los problemas que tienen en casa?					
Casi nunca	0	A veces	1	Casi siempre	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?					
Casi nunca	0	A veces	1	Casi siempre	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?					
Casi nunca	0	A veces	1	Casi siempre	2
5. ¿Siente que su familia lo quiere?					
Casi nunca	0	A veces	1	Casi siempre	2

Total

Anexo D.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.



FUENTE CEBIF-4

Anexo E.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE LA CLÍNICA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO SAN JUAN DE ARAGÓN. 2004

GERIATRÍA	
1. Hipertensión esencial	I10X
2. Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	E119
3. Artrosis no especificada	M199
4. Catarata no especificada	H269
5. Insuficiencia venosa crónica periférica	I872
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	J449
7. Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	E109
8. Diabetes mellitus insulina dependiente	E10
9. Episodio depresivo no especificado	F329
10. Catarata senil no especificada	H259
Fuente: Diagnóstico de Salud 2004. Clínica de Geriatria del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.	