



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
“EL ROSARIO”



**“FRECUENCIA DE ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN PACIENTES DE 60 AÑOS
Y MÁS, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. KARLA MARIBEL SÁNCHEZ MENDOZA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESORA

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

EXPROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR,
PROFESORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE
DELEGACIÓN NORTE

FEBRERO 2014



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.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
ASESORA DE TESIS
EXPROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR,
PROFESORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE
DELEGACIÓN NORTE

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
ENC. COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

DRA. KARLA MARIBEL SÁNCHEZ MENDOZA
MEDICO RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A dios por las bendiciones que han llegado a mi vida

A mi familia por estar siempre a mi lado apoyándome en mis proyectos

A la Dra. Mónica Enríquez Neri por su tiempo, apoyo y por compartir sus valiosos conocimientos

INDICE

➤ RESUMEN.....	5
➤ INTRODUCCION.....	6
➤ MARCO TEORICO.....	8
➤ ANTECEDENTES	17
➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
➤ OBJETIVOS	24
➤ MATERIAL Y METODOS	25
➤ RESULTADOS	27
➤ TABLAS Y GRÁFICAS	30
➤ DISCUSION	44
➤ CONCLUSIONES	48
➤ BIBLIOGRAFIA	50
➤ ANEXOS	53

Sánchez MK, Enríquez NM. Frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33.

Introducción: El envejecimiento exitoso se define como la sensación de bienestar y buen funcionamiento independientes de la edad cronológica y las circunstancias cambiantes de la vida. Este envejecimiento exitoso, está ligado a múltiples variables como son la salud física, factores psicológicos, el nivel de participación social, el entorno familiar, la estabilidad económica, mejoras en la nutrición, la actividad física, al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental. **Objetivo:** Determinar cuál es la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional, prolectivo, mediante muestreo no probabilístico de conveniencia, se calculo una muestra de 455 adultos de 60 años o mas de edad, adscritos a la UMF No. 33, del turno matutino y vespertino. Se aplico la escala de Katz de actividades de la vida diaria y un cuestionario diseñado ex profeso para variables sociodemográficas. Con los datos obtenidos se calcularon las frecuencias. **Resultados:** El 65% presento envejecimiento exitoso, el 35 % presento envejecimiento no exitoso. **Conclusión:** la mayoría de los adultos mayores se encuentran cursando un envejecimiento exitoso, por lo que se considera importante seguir llevando a cabo las medidas preventivas ya establecidas, así como una evaluación e intervención integral continua y multidisciplinaria para seguir fomentando un envejecimiento exitoso.

Palabras clave: envejecimiento exitoso, buen funcionamiento

INTRODUCCIÓN

Las tasas de envejecimiento en el mundo no hacen sino aumentar y así seguirán haciéndolo. Actualmente existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 69 años serán el 12% de los habitantes del planeta. ¹

Actualmente todavía es poco lo que sabemos sobre la salud de los ancianos, los resultados del estudio funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México indican que a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo. A las personas de este último grupo se les han diagnosticado enfermedades crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo. ²

Anteriormente se veía al envejecimiento como sinónimo de declinación o decrepitud, actualmente se ha transitado a lo que se conoce como envejecimiento exitoso, definido como la sensación de bienestar y buen funcionamiento independientes de la edad cronológica y las circunstancias cambiantes de la vida. Para valorar esta funcionalidad en un paciente geriátrico se utilizan varios instrumentos, los más utilizados son las escalas de Katz y de Barthel. ³

Este envejecimiento exitoso definido en términos de funcionalidad, activo y saludable, está ligado a múltiples variables interrelacionadas como la salud física la cual ocupa un lugar fundamental en este proceso, factores psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales, mejoras en la nutrición, la actividad física, y el control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental. ⁴

El presente estudio a través de la determinación de la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33., servirá como antecedente científico para hacer énfasis en la necesidad de un mayor conocimiento de las medidas preventivas y de atención a la salud que se pueden llevar a cabo en estos pacientes para que cada vez sean más los pacientes geriátricos que logren y vivan un envejecimiento exitoso.

MARCO TEÓRICO

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 69 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población los adultos mayores consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos como insuficientes. También consumen alrededor del 30% del presupuesto en salud y ocupan el 60% de las camas de hospital.¹

Efectivamente las tasas de envejecimiento, tanto en el mundo desarrollado como en países en vías de desarrollo, no hacen sino aumentar y así seguirán haciéndolo, por fortuna, durante los próximos años, con especial relevancia para el grupo de mayores de 80 años, que es el que crece de forma más intensa.⁴

Por ello algunos analistas observan este envejecimiento con alarma al considerar que las poblaciones de edad avanzada someterán a grandes presiones a los sistemas de salud y seguridad social y a los sistemas económicos en general; por lo que es de suma importancia implementar medidas para lograr el mantenimiento de la capacidad física y mental del paciente y buena calidad de vida lo que incrementara en los adultos mayores la oportunidad de permanecer activos, y en lo posible mantener su autonomía de vida. Esta actitud médica asistencial hacia los adultos de la tercera edad, deberá ser de orden general, conceptualizando al paciente como un ser valioso, útil y participativo.⁷

Pero el envejecimiento, además de constituir un fenómeno de la población, también representa un fenómeno individual y su estudio se debe abordar desde una perspectiva bio-psico-social; Y, aunque, hasta hace unas pocas décadas, ha sido la biología la que ha prevalecido en el estudio del envejecimiento (Birren,1960), en la actualidad existe un consenso científico en que el ser humano en interacción con su ambiente a lo largo del ciclo vital construye, en gran medida, su propia forma de envejecer; y que aunque es verdad que el individuo nace con una carga genética que influye en su longevidad, esa influencia genética representa un 25% dejando un 75% a factores conductuales y ambientales (Kirkwood, 2005). De ahí que exista una gran variabilidad en las formas de envejecer representadas como vejez “normal” “patológica” y con “éxito” (Baltes y Baltes, 1990a); las variables bio-psico-sociales determinan el modo en que envejecemos y las

acciones del individuo en interacción con su ambiente serán las principales responsables del mismo.¹⁷

En 1960, la población de México era de 27 741 000 habitantes, de los que 3.5% eran mayores de 65 años. En 2010, a 50 años de distancia, la población alcanza 112 469 000 de personas, de las que 6.4% es mayor de 65 años de edad.⁷

En México, la esperanza de vida al nacimiento para la población general es de 75.4 años; 77.9 años para las mujeres y 73.0 años para los hombres. Por ello, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social. En México, se da una gran división entre las funciones tradicionales de hombres y mujeres que están actualmente en edad avanzada, y sus consecuencias constituyen la problemática del género en la vejez. Las mujeres se encuentran vulnerables por su relativamente bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, falta de la pareja durante la vejez y la pérdida económica y de protección institucional que ello puede representar. Para los hombres, la trayectoria de vida en general se resume como de alta participación en actividades económicas, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud. Estas dos trayectorias implican una problemática diferente para ambos sexos en la vejez, por lo que las acciones públicas deben dirigirse a hombres y mujeres con énfasis diferentes.⁹

Todavía con excesiva frecuencia se tiende a asociar las situaciones de dependencia y discapacidad a la edad, como si fueran acompañantes inevitables del proceso de envejecimiento. La discapacidad y la dependencia son consecuencia de factores variados, entre los que se destacan muy llamativamente la enfermedad y también la edad, siempre que esta no se considere de forma aislada e independiente de otros factores. La diferencia es de extraordinaria importancia; la que media entre un hecho inexorable y otro modificable.⁴

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad

para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales".²⁵

Dentro de las enfermedades que afectan a esta población y sobre las que se deben de generar acciones preventivas, mejoras en la atención en los sectores de salud y educación sobre la importancia del autocuidado para lograr un envejecimiento exitoso se encuentran las enfermedades crónicas degenerativas, especialmente en países en desarrollo como México son consideradas problemas de salud pública por su magnitud y trascendencia, la vulnerabilidad a complicaciones y por la dependencia funcional generada. Estos padecimientos crónicos producen discapacidades físicas y neurológicas que alteran la calidad de vida por imponer invalidez funcional con el consecuente desajuste familiar. El impacto atañe a la familia y a la sociedad porque afectan el curso normal de sus vidas e interfiere en la satisfacción de necesidades básicas del adulto mayor.⁵

Los adultos mayores frecuentemente se ven afectados por artritis, arterioesclerosis, problemas cardiovasculares, tumores malignos, eventos cerebrovasculares, demencia senil, hipertensión arterial y diabetes mellitus, condiciones que favorecen la pérdida de la capacidad física y la autonomía.²¹

Uno de los procesos crónico degenerativos que afectan a la población de adultos mayores es la demencia. La demencia es un problema grave por: 1. Su frecuencia, afecta a más del 20% de las personas mayores de 80 años, y 2. Porqué es la principal causa de discapacidad en personas de 60 años o más. Esto se vuelve un problema prioritario si consideramos que dos terceras partes de pacientes con demencia viven en países de bajo y mediano ingreso como México, que carece de servicios adecuados para su asistencia. Los síntomas de la demencia afectan la calidad de vida y funcionalidad, incrementando el costo del cuidado, precipitando la institucionalización y el estrés en los cuidadores.¹²

Otra de las patologías que pone de manifiesto que uno de los grandes retos es la salud mental de los adultos mayores es la depresión. La depresión se expresa como una enfermedad del estado de ánimo que produce alteraciones en funciones fisiológicas como alimentación y sueño, afectando el área cognoscitiva generando problemas de memoria,

concentración y del razonamiento, lo que repercute en su funcionalidad y autocuidado de su salud. Las variables que se han encontrado asociadas con la presencia de depresión son: baja escolaridad, sexo femenino, viudez, la presencia de preocupaciones y una limitada red social.⁶

Estas dos afecciones (depresión y demencia) están ampliamente relacionadas ya que una puede llevar a otra y ambas generan otra de las afecciones degenerativas que afecta a la población geriátrica “el deterioro cognoscitivo”. El alto costo en salud de esta afección obliga a la búsqueda de modalidades terapéuticas económicas y eficaces; una de ellas es la rehabilitación neuropsicológica por lo cual es necesario establecer unidades especializadas para llevarla a cabo. La importancia de la neuropsicología radica en que con ayuda de ella se puede establecer un diagnóstico preciso en etapas iniciales e identificar los sistemas cerebrales afectados para que de esta manera puedan elaborarse programas de rehabilitación neuropsicológica. El efecto de la rehabilitación es duradero, con repercusión en la funcionalidad del individuo, con disminución de costos de salud al retrasar la hospitalización e institucionalización.

La reflexión de Aguilar Rebolledo menciona que debemos comprender que el mejoramiento de las condiciones de vida, la realización de ejercicio físico y mental adecuados incrementan el número de conexiones neuronales en regiones concretas del cerebro y, por consiguiente, mejoran la función intelectual y previenen el déficit neurológico.¹⁰

Este envejecimiento exitoso, activo y saludable, aparte de estas patologías está influenciado y ligado a múltiples variables interrelacionadas. Como se comentaba si bien la salud física ocupa un lugar fundamental en este proceso, no es menor la importancia de otros factores constitutivos del concepto de salud. Los factores psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales etc., son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento exitoso. También el envejecimiento exitoso ha sido asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física, y al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental. Por ello los estilos de vida saludables buscan crear

conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de autocuidado.⁷

El envejecimiento “usual” es el resultado de una combinación entre el efecto del tiempo, las características propias de un sujeto y un estilo de vida determinado. En este tipo de envejecimiento existe una pérdida de capacidades funcionales, la cual es relativamente pequeña y no interfiere con mantener una vida normal, independiente y de calidad. Por lo mismo, cuando se habla de la salud en el adulto mayor es mejor expresarla en términos de “funcionalidad” más que la presencia o ausencia de enfermedad.

Aunque este envejecimiento usual no es patológico, se le considera de alto riesgo para una morbimortalidad elevada cuando se le compara al envejecimiento “óptimo” o “exitoso”, el cual resulta del paso del tiempo combinado con un estilo de vida favorable y un efecto mínimo o nulo de la enfermedad, donde además existe mayor reserva funcional que se traduce como robustez, mayor funcionalidad y estado más prolongado de salud.¹³

El ejercicio es sumamente importante para lograr un envejecimiento exitoso ya que el envejecimiento provoca múltiples cambios en la composición corporal como la pérdida de músculo esquelético (sarcopenia). A este cambio se ha atribuido, al menos en parte, la disminución de la funcionalidad motriz lo que repercute en la capacidad funcional de la población geriátrica y en su calidad de vida. Sin embargo, existen múltiples estrategias para preservar e incluso aumentar la masa muscular y la fuerza siendo el ejercicio la única medida que ha comprobado ser eficaz y segura para restaurar o mantener la función en los ancianos al mejorar la fuerza muscular. Existen diversas modalidades de ejercicio para mejorar el estado funcional de los ancianos como el ejercicio aeróbico (EA), el entrenamiento de fuerza (EF), entrenamiento del equilibrio (EE) y regímenes mixtos.¹¹

Con la edad la mayoría de los adultos mayores reducen sus niveles de actividad física de modo que un porcentaje considerable de ellos podría ser sedentario.

Múltiples estudios recomiendan el ejercicio aeróbico regular y programado dado que se han documentado beneficios en la salud física y mental. El ejercicio regular mejora la forma física, la función cardiovascular, la masa ósea, la fuerza muscular, la sensación de bienestar, las relaciones interpersonales, así como se ha asociado a reducciones de la ansiedad, depresión, soledad, obesidad, y a la mortalidad general.⁴

Pueden mejorar también muchas de las alteraciones que acompañan al envejecimiento, incluyendo: la capacidad respiratoria, la masa muscular, la flexibilidad y la resistencia, el consumo de oxígeno, lo que ayuda a normalizar la tensión arterial, los niveles de glucosa y colesterol. El ejercicio aeróbico y de resistencia debería ser un hábito de todos los días, al igual que el manejo de técnicas efectivas para la reducción del estrés físico, mental y emocional. ¹⁶

Otro aspecto que influye en la calidad de vida de los adultos mayores es el tema de la seguridad social; recientemente en México se realizó un estudio nacional con dos cohortes de adultos mayores. De acuerdo con datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM), Wong, Espinoza y Palloni reportan que 45% de los hombres de 60 años y más que viven en zonas urbanas cuenta con ingresos por jubilación o pensión, mientras que, en las zonas rurales, sólo 16% recibe este beneficio. La proporción de mujeres que recibe este tipo de ingresos se reduce considerablemente a 26% en zonas urbanas y a 10% en rurales. ⁹

El apoyo social es otro factor importante dentro del concepto de bienestar y el envejecimiento satisfactorio y óptimo y un facilitador de las conductas de promoción de la salud; esto atenúa el riesgo de mortalidad e internamiento. En cuanto al funcionamiento de los tipos de apoyo, según el género, se ha reconocido que, en lo referente al apoyo psicológico, la pareja es para los hombres la figura más importante, seguida de los hijos. En cambio, en el caso de las mujeres, se identifica una clara orientación hacia los hijos como proveedores de apoyo. Para ambos casos, los amigos se convertían en la tercera figura de apoyo, toda vez que éstos son una fuente de refuerzo que se genera a partir de relaciones que son mutuamente provechosas y además contribuyen a favorecer la integración social de las personas mayores. En lo referente al apoyo instrumental, tal y como se ha podido observar, son en ambos casos los hijos la principal figura proveedora de apoyo. La red social en edades avanzadas muestra una serie de cambios típicos, como la finalización de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones procedentes del ámbito laboral y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad. De esta manera durante gran parte del ciclo vital donde se observa que la red de apoyo se extiende en las diferentes etapas, a partir de los 70 años sufre al parecer un descenso. En México, según Montes de Oca, la encuesta ENSE-94 muestra que 74.6% del apoyo recibido lo conceden el cónyuge (17.65%) y los hijos (56.95%); destacan

también de entre las demás figuras de apoyo, los yernos y nueras con 5.85% y los nietos con 5.3 por ciento.¹⁴

El ENASEM encontró que entre personas de 60 años de edad o más, aproximadamente, 10% de los hombres y 13% de las mujeres viven solas, mientras que 35% de los hombres y 45% de las mujeres viven en hogares extensos. Las mujeres durante el ciclo de vida realizan el trabajo de cuidadoras del bienestar familiar, puesto que son las que tienden a cuidar primero a los hijos, después a los padres y finalmente al cónyuge enfermo durante la vejez. Sin embargo, la selección del hijo o la hija con la cual residir puede resultar en una situación ventajosa para algunas mujeres en la vejez, pues podría seleccionarse al hijo(a) con mayor capacidad económica para compartir la residencia, lo cual puede representarle a la anciana una mejor calidad de vivienda que lo que podría solventar con su cónyuge o sola.⁹

Otro aspecto relevante para lograr un envejecimiento exitoso es el estado nutricional de un paciente geriátrico; el cual está determinado por tres factores los cuales son la actividad física, el peso y la composición corporal.

En la cantidad de actividad física el desempeño funcional del paciente geriátrico se subestima, como las señales iniciales de discapacidad en etapas tempranas se consideran propias del envejecimiento, se pierde de vista que son de gran impacto sobre su estado nutricional. Esto se observa en las actividades de la vida diaria, tareas que se desempeñan para el cuidado personal, como acudir a la tienda para conseguir víveres, prepararse alimentos o incluso el uso del teléfono, etc. La incapacidad para desempeñar todas estas actividades se considera factor de riesgo de desnutrición, y conforme aumenta su número y deterioro es mayor el riesgo. Los pacientes geriátricos tienen clara disminución de la actividad física así como de la participación social, influenciada por trastornos como la depresión, la insolvencia económica y el abandono. Con la edad avanzada como ya se mencionó anteriormente aumenta la frecuencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que de suyo limitan la actividad física y la capacidad cognitiva, y aceleran el proceso de discapacidad aumentando el riesgo de desnutrición. Entre las enfermedades que más condicionan la discapacidad están principalmente la cerebrovascular, las demenciales, la de Parkinson y las osteoarticulares.

Respecto al peso y la composición corporal la población geriátrica es la más heterogénea y en ella existe una gran gama de variaciones relacionadas con la edad. Debido a muchos y diversos cambios celulares y fisiológicos, incluida la reducción de la densidad ósea, hay modificaciones en la composición corporal. A finales del sexto decenio el peso comienza a declinar y el porcentaje de grasa aumenta, con modificaciones en su distribución (mayor en el tronco y menor en las extremidades); disminuyen la masa muscular y el porcentaje de agua corporal total, y la estatura promedio declina casi 4.9 cm en los hombres y 2.9 cm en las mujeres. Es normal que por el envejecimiento las necesidades calóricas disminuyan entre 2 y 5% por cada decenio de vida, con el concomitante decremento en el peso; para los hombres inicia entre los 55 y 60 años de edad, y para las mujeres entre los 65 y 75.7.

Otros de los factores que modifican el estado nutricional tiene que ver con las condiciones en que se encuentre la cavidad oral; se considera que el 40% de la población geriátrica carece de piezas dentarias y su reemplazo por prótesis dificulta la masticación y altera el gusto, lo que disminuye el apetito. La mucositis, la xerostomía por disfunción glandular, las caries dentales y la gingivitis disminuyen la capacidad para ingerir toda la ración de alimentos, y también alteran el gusto; y por último las alteraciones de la deglución secundarias a trastornos neuromotores también dificultan la ingestión de alimentos.¹⁵

Las piezas dentales también pueden presentar desgastes: atrición, abrasión y erosión. Otros cambios bucodentales que se observan al envejecer son: leve reabsorción en el hueso que soporta los dientes. Por ello para una mejor adaptación al envejecimiento bucodental, se debe mantener una correcta higiene oral, visitas periódicas al odontólogo y correctos estilos de vida.¹⁸

Es importante también dentro de este contexto hacer mención que actualmente hay un déficit importante de personal médico especializado y capacitado para cubrir la demanda de este creciente segmento de la población, la proporción de gerontólogos y geriatras en los países en desarrollo es sumamente baja y la respuesta a la demanda es insuficiente. En México hay sólo 250 geriatras en todo el país para atender a 7.3 millones de ancianos. Sin embargo, se requieren no únicamente médicos especializados, sino profesionales de otras disciplinas para atender adecuadamente a los ancianos. Es necesario capacitar en gerontología a médicos, psicólogos, oftalmólogos, trabajadores sociales, enfermeras y

nutriólogos, entre otros profesionales de la salud para que cada vez más pacientes logren tener un envejecimiento exitoso.⁹

Por todo lo mencionado anteriormente actualmente del envejecimiento como sinónimo de declinación o decrepitud se ha transitado a la propuesta del envejecimiento exitoso, definido como la sensación de bienestar y buen funcionamiento independientes de la edad cronológica y las circunstancias cambiantes de la vida. Para valorar la función y de forma indirecta un envejecimiento exitoso en un paciente geriátrico se utilizan varios instrumentos, los más utilizados son las escalas de Katz y de Barthel.

La escala de Katz de actividades de la vida diaria evalúa la funcionalidad de un paciente geriátrico con un cuestionario acerca de su dependencia o independencia para realizar el baño/lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación, clasificándolo posteriormente en los siguientes rubros: independiente en todas las actividades, independiente en todas las actividades, salvo en una, independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, vestido, el uso del retrete y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más, y dependiente en todas las actividades.³

La escala de Katz es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinario del hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados con fractura de cadera, publicado en 1963.²³

ANTECEDENTES

Una publicación realizada en Madrid-España, llamada Envejecimiento activo: un reto individual y social propone el envejecimiento activo definido como “el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece”. Los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, de salud y servicios sociales, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida).¹⁷

Otro estudio realizado en España por Lázaro Alquezar, et al; para determinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005, reporta una prevalencia de 63.7% de independencia, 26.7% de dependencia leve/moderada y 9.6% de dependencia grave/absoluta, para las actividades de la vida diaria.²²

Peel, McClure y Bartlett (2005) examinaron los resultados de la mayoría de los artículos procedentes sobre envejecimiento exitoso (de 1985 a 2003) y concluyeron que los criterios utilizados en la identificación del envejecimiento con éxito son dos: la supervivencia y el nivel de funcionalidad del individuo. Así también, la revisión de estos estudios puso de relieve que la mayoría de los determinantes o predictores investigados en la literatura son, esencialmente, los estilos de vida (no fumar, no beber, adecuada alimentación y ejercicio físico). Finalmente, Peel y colaboradores señalaron que cuando el objetivo de la investigación es la prevalencia de envejecientes con éxito, su variabilidad es muy amplia, oscilando entre un 12,7 y un 49%.¹⁹

Fernández-Ballesteros, en una revisión sobre diferentes investigaciones dirigidas a esclarecer la prevalencia del envejecimiento activo encontró una enorme variedad de resultados. El porcentaje de personas que envejecen con éxito, en los estudios descritos fue muy variado, oscilando entre un 12 y un 50%. Según Fernández-Ballesteros (2009), la enorme amplitud de la horquilla se debe sobre todo a las diferentes formas de operativizar el envejecimiento activo en función del concepto de partida, ya que los ingredientes o variables utilizadas para medirlo han sido muy diferentes.

Hay autores que lo han evaluado unidimensionalmente (por ejemplo: capacidad funcional) o multidimensionalmente (salud, funcionamiento cognitivo, físico, social, emocional).²⁰

Actualmente todavía es poco lo que sabemos sobre la salud de los ancianos, pero de acuerdo con los resultados de la Encuesta SABE 1999-2000 (Encuesta sobre bienestar, salud y envejecimiento), efectuada por la Secretaría de Salud en una muestra representativa de personas mayores de 60 años de la Ciudad de México y zona conurbada, el 20% de los ancianos percibe que su salud es mala y el 50% la califica como regular. Los cinco padecimientos que declararon haber tenido fueron: hipertensión arterial (42.7%), problemas articulares (38.2%), reumatismo (24.5%), diabetes (21.5%) y problemas nerviosos (10.8%).

Los datos derivados del ENASEM para México revelan que, entre las personas de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama), pero solamente en las áreas urbanas (8% para hombres y 14% para mujeres). En las áreas rurales, la proporción de personas ancianas con limitaciones es similar para hombres y mujeres.⁹

Los resultados del estudio funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México indican que a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo. A las personas de este último grupo se les han diagnosticado enfermedades crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo. Existen diferencias por sexo en lo que a salud se refiere.

Las cifras indican que 73.2% de los hombres tienen un estado de salud muy bueno o bueno, mientras que sólo 63.0% de las mujeres lo tienen. El grado de urbanización también hace diferencia, ya que 5.8% de la población que vive en áreas urbanas presenta un estado de salud muy bueno, mientras que en áreas mixtas ese porcentaje baja a 2.2%. El estado de salud empieza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de

población del grupo de 50-64 que presenta un estado de salud bueno es 70.3%; el de 65-74 es 58.9%, y menos de la mitad, 43.2%, en el grupo de 75 y más.²

Dentro de los estudios realizados en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 relacionados con algunas de las variables que intervienen en lograr un envejecimiento exitoso se encuentra el estudio Dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el primer nivel de atención realizado por Martínez, Estado nutricional y riesgo de desnutrición en adultos mayores que acuden a un primer nivel de atención realizado por Pérez, Identificación del grado de soledad social en los adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario realizado por Flores, Factores de riesgo mas frecuentes para síndrome de fragilidad en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario realizado por Ríos y Relación entre presencia de depresión y grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario realizado por López.^{24,26.27.28.29}

En el estudio Dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el primer nivel de atención realizado por Martínez se evaluó el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, se encontró que de 403 adultos mayores encuestados el 80% presento independencia, 12% presento dependencia escasa, 7% presento dependencia moderada, 1% presento dependencia severa y 0% presento dependencia total. Se encontró que los adultos mayores que presentan algún grado de dependencia, las actividades de la vida diaria más afectadas son: la micción en un 55%, subir y bajar escaleras en un 35% y la deambulación en un 32%.²⁴

En el estudio Estado nutricional y riesgo de desnutrición en adultos mayores que acuden a un primer nivel de atención realizado por Pérez, se encontró en 336 pacientes en relación al estado nutricional: del total de pacientes participantes, 96 (28.6%) tuvieron obesidad, 83 (24.7%) tuvieron sobrepeso, 135 (40.2%) tuvieron peso adecuado y 22 (6.5%) tuvieron desnutrición. En lo referente al riesgo nutricional: del total de pacientes participantes, 165 (49.1%) se encontraron sin riesgo de desnutrición, 150 (44.6%) tuvieron riesgo de desnutrición y a 21 (6.3%) se les encontró con mal estado nutricional.²⁶

En el estudio Identificación del grado de soledad social en los adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario realizado por Flores, de acuerdo al género y el grado de soledad social, de un total de 363 pacientes participantes en el género femenino se encontraron 38 mujeres (20.87%) con un nivel de soledad social bajo, en el nivel medio cayeron 112 mujeres (62.22%) y en el nivel alto se ubico el 17.58% correspondientes a 32 mujeres. En cuanto al género masculino: 46 hombres (25.41%) obtuvieron un nivel de soledad bajo, en cuanto al nivel medio se encontraron 91 hombres (50.27% y 44 hombres (24.3%) obtuvieron un nivel alto. En cuanto a las diferencias en función del genero y la edad se encontró lo siguiente: en mujeres, la edad que presenta un mayor nivel de soledad social bajo es a los 78 años de edad; la edad que predomino en el nivel de soledad social medio fue a los 75 años, y a los 70 años fue la edad predominante en cuanto al nivel de soledad social alto. Con respecto a los hombres la edad que presenta un mayor nivel de soledad social bajo son personas de 75 años, a los 78 años de edad presentaron mayor nivel de soledad social medio y el nivel alto fue predominante a la edad de 70 años. De acuerdo al estado civil en las mujeres: el nivel de soledad social más bajo se encuentra en las que viven en unión libre con 84.21%, el mayor grado de soledad social media se encuentra en las casadas 88.15% y el mayor grado de soledad social alta son las viudas con 63.63%. En los hombres las diferencias son: los casados tienen el nivel de soledad social más bajo con un 49.38%, mayor grado de soledad social media los divorciados 83.33% y los viudos con el nivel de soledad social más alto con 78.78%.²⁷

En el estudio Relación entre presencia de depresión y grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores derechohabientes de la UMF 33 El Rosario realizado por López, en la entrevista de 393 adultos mayores se encontró que la prevalencia de depresión en hombres fue 79/185 (42.7%) y en mujeres 108/208 (51.9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 187/393 (47.6%). De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage 9.3% vivían en familias funcionales; 12.3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 22.7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% vivían en familias altamente disfuncionales.²⁸

En el estudio Factores de riesgo más frecuentes para síndrome de fragilidad en adultos mayores adscritos a la UMF No 33 El Rosario, realizado por Ríos, se encontró en una

muestra de 223 adultos mayores; en cuanto al nivel socioeconómico se registraron a 36 con nivel socioeconómico marginal (16%), 127 con nivel obrero (57%), 34 con nivel medio bajo (15%), 26 con nivel medio alto (12%) y 0 con nivel alto (0%).

En cuanto a nivel educativo se registraron a 147 con nivel educativo alto (66%) y 76 con nivel educativo bajo (34%). De acuerdo al índice de masa corporal no se identificó a ningún adulto mayor con desnutrición, por el contrario se encontró que 93 (42%) cursan con estado nutricional normal, 68 (30%) con sobrepeso y 62 (28%) con obesidad. En lo que se refiere a enfermedades crónicas se encontró que 183 presentan algún tipo o varias enfermedades crónicas (82%) y 40 no presentan enfermedades crónicas (18%), de los cuales 134 tienen Hipertensión Arterial Sistémica (44%), 87 con Diabetes Mellitus tipo 2 (29%), 79 tienen Dislipidemia (26%). En cuanto a polifarmacia se encontró que de los 223 encuestados solo 17 (8%) adultos mayores no toman algún tipo de medicamento y de los 206 (92%) adultos mayores que toman medicamentos 63 (33%) toman menos de 3 medicamentos, 102 (50%) toman de 3 a 5 medicamentos, 35 (17%) consumen más de 6 medicamentos, considerando que polifarmacia es cuando se consumen diariamente 5 o más medicamentos, se puede observar que 137 (61%) de los adultos mayores encuestados presentan polifarmacia. Con respecto al factor de riesgo Depresión se encontró que 47 (21%) de los adultos mayores presentan una depresión establecida, 28 (13%) de los adultos mayores con una probable depresión y 148 (66%) se encuentran normal.²⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tasas de envejecimiento, no hacen sino aumentar y así seguirán haciéndolo. Se calcula que para el año 2025, los mayores de 69 años serán el 12% de los habitantes del planeta y de acuerdo con el Consejo Nacional de Población los adultos mayores consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos como insuficientes. También consumen alrededor del 30% del presupuesto en salud y ocupan el 60% de las camas de hospital. Por lo que es de suma importancia implementar medidas para lograr el mantenimiento de la capacidad física y mental del paciente y una buena calidad de vida lo que incrementara en los adultos mayores la oportunidad de permanecer activos, y en lo posible mantener su autonomía de vida para lograr un envejecimiento exitoso.

Los resultados de la Encuesta SABE 1999-2000 el 20% de los ancianos percibe que su salud es mala y el 50% la califica como regular.

Los datos derivados del ENASEM para México revela que, entre las personas de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama), pero solamente en las áreas urbanas (8% para hombres y 14% para mujeres). En las áreas rurales, la proporción de personas ancianas con limitaciones es similar para hombres y mujeres.

Los resultados del estudio funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México indican que a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo.

Actualmente en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 contamos con el grupo de población que necesitamos estudiar la cual es de adultos mayores de 60 años y más, con un número de pacientes de 31538. Dentro de los estudios realizados en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 relacionados con algunas de las variables que intervienen en

lograr un envejecimiento exitoso se encuentra el estudio Dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el primer nivel de atención realizado por Martínez. Estado nutricional y riesgo de desnutrición en adultos mayores que acuden a un primer nivel de atención realizado por Pérez.

En estudios previos realizados en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” como: el de Flores, en donde “Identificaron el grado de soledad social en los adultos mayores”, otro realizado por Ríos sobre “Los factores de riesgo más frecuentes para síndrome de fragilidad en el adulto mayor”, otro realizado por López sobre “La relación entre presencia de depresión y grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores”, se podrá observar que no se han realizado estudios sobre el envejecimiento exitoso es por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes de 60 años y más con envejecimiento exitoso, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" de la Delegación Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33.

Se realizó un estudio de encuesta transversal, descriptivo, observacional, prolectivo, para conocer la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33 que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes de 60 años y mas, de ambos sexos, que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, del turno matutino y vespertino, con los siguientes criterios de exclusión: pacientes menores de 60 años, pacientes de 60 años y mas que no deseen participar y como criterios eliminación: pacientes de 60 años y mas que contesten el cuestionario en forma incompleta en más del 5%.

Previo consentimiento informado se les aplico la escala de Katz de actividades de la vida diaria la cual es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados; consta de 6 ítems los cuales evalúan la funcionalidad de un paciente geriátrico con un cuestionario acerca de su dependencia o independencia para realizar las siguientes actividades de la vida diaria: el baño/lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación, clasificándolo posteriormente en los siguientes rubros: independiente en todas las actividades, independiente en todas las actividades, salvo en una, independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, vestido, el uso del retrete y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más, y dependiente en todas las actividades. Considerando un envejecimiento exitoso cuando sea independiente en todas las actividades y envejecimiento no exitoso cuando en una sola actividad sea dependiente. Además se aplico otro cuestionario diseñado ex profeso que cuenta con datos de identificación del paciente, variables como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad y ocupación.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos se concentraron en una base de datos de Excel, a través de la estadística descriptiva se calculó la frecuencia de adultos que cayeron en la categoría de envejecimiento exitoso de acuerdo a la escala de Katz y posteriormente los resultados se esquematizaron en tablas y gráficas.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De los 455 adultos mayores de 60 años y más adscritos a la UMF No. 33 que participaron en el estudio y sin excluir a ninguno, se obtuvieron los siguientes resultados.

En cuanto a las características sociodemográficas, en relación al género, se obtuvieron los siguientes datos: 260 (57%) participantes fueron del sexo femenino y 195 (43%) fueron del sexo masculino (Tabla 1 grafica 1).

Respecto a la edad por grupo etareo se encontraron 229 (50%) personas entre los 60 y 70 años, 178 (39%) personas entre 71 a 80 años, 41 (9%) personas entre 81 a 90 años y 7 (2%) personas de 91 años o más (Tabla 2 y grafica 2).

Respecto a su ocupación, 42 (9%) participantes se encuentran empleados, 176 (39%) se encuentran jubilados, 237 (52%) se encuentran desempleados (Tabla 3 y grafica 3).

En cuanto al estado civil, 10 (2%) participantes son solteros, 290 (64%) participantes son casados, 5 (1%) participantes viven en unión libre, 150 (33%) participantes son viudos (Tabla 4 y grafica 4).

En cuanto a la escolaridad, 150 (33%) participantes cuenta con primaria incompleta, 180 (40%) participantes cuenta con primaria completa, 84 (18%) participantes cuenta con secundaria incompleta, 30 (7%) participantes cuenta con secundaria completa, 6 (1%) participantes cuenta con bachillerato incompleto, 0 (0%) participantes cuentan con bachillerato completo, 0 (0%) participantes cuentan con licenciatura incompleta, 5 (1%) participantes cuentan con licenciatura completa (Tabla 5 y grafica 5).

Respecto al nivel socioeconómico, 326 (72%) participantes tienen un nivel socioeconómico bajo, 114 (25%) participantes tienen un nivel socioeconómico medio, 15 (3%) participantes tienen un nivel socioeconómico alto (Tabla 6 grafica 6).

En cuanto a envejecimiento exitoso, 290 (64%) participantes se encuentran cursando un envejecimiento exitoso, 165 (36%) participantes se encuentran cursando un envejecimiento no exitoso (Tabla 7 grafica 7)

De los 165 pacientes que se encuentran cursando un envejecimiento no exitoso lo cual corresponde al 36% del total de la muestra, se evaluó el grado de dependencia durante cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que evalúa el índice de Katz, obteniéndose los siguientes resultados:

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para bañarse fue de 33 (20%). (Tabla 8 y grafica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para el vestido fue de 25 (15%). (Tabla 8 y grafica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para el uso del W.C. fue de 29 (18%). (Tabla 8 y grafica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la movilidad fue de 35 (21%). (Tabla 8 y grafica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la continencia fue de 29 (18%). (Tabla 8 y grafica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la alimentación fue de 14 (8%). (Tabla 8 y grafica 8).

En los 455 pacientes se evaluó la distribución de las variables socio demográficas en el grupo de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso obteniéndose los siguientes resultados:

La distribución de acuerdo al género femenino en los pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 98 (38%) y 162(62%) respectivamente; con respecto al género masculino fue de 67 (34%) y 128 (66%) respectivamente. (Tabla 9 y grafica 9).

La distribución de acuerdo al grupo etáreo en pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 87 (38%) y 142 (62%) personas entre 60 a 70 años respectivamente, 50 (28%) y 128 (72%) personas entre 71 a 80 años respectivamente, 23 (56%) y 18 (44%) personas entre 81 a 90 años respectivamente, 5 (71%) y 2 (29%) personas de 91 años o más respectivamente. (Tabla 10 y grafica 10).

La distribución de acuerdo a la ocupación en pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 10 (24%) y 32 (76%) pacientes empleados respectivamente, 26 (15%) y 150 (85%) pacientes jubilados respectivamente, 129 (54%) y 108 (46%) pacientes desempleados respectivamente. (Tabla 11 y grafica 11).

La distribución de acuerdo al estado civil en pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 7 (70%) y 3 (30%) pacientes solteros respectivamente, 50 (17%) y 240 (83%) pacientes casados respectivamente, 1 (20%) y 4 (80%) pacientes en unión libre respectivamente, 107 (71%) y 43 (29%) pacientes viudos respectivamente. (Tabla 12 y grafica 12).

La distribución de acuerdo a la escolaridad en pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 100 (67%) y 50 (33%) pacientes con primaria incompleta respectivamente, 32 (18%) y 148 (82%) pacientes con primaria completa respectivamente, 31 (37%) y 53 (63%) pacientes con secundaria incompleta respectivamente, 2 (7%) y 28 (93%) pacientes con secundaria completa respectivamente, 0 (0%) y 6 (100%) con bachillerato incompleto respectivamente, 0 (0%) y 0 (0%) con bachillerato completo respectivamente, 0 (0%) y 0 (0%) pacientes con licenciatura incompleta respectivamente, 0 (0%) y 5 (100%) pacientes con licenciatura completa respectivamente. (Tabla 13 y grafica 13).

La distribución de acuerdo al nivel socioeconómico en pacientes con envejecimiento no exitoso y envejecimiento exitoso fue de 149 (46%) y 177 (54%) pacientes con nivel socioeconómico bajo respectivamente, 16 (14%) y 98 (86%) pacientes con nivel socioeconómico medio respectivamente, 0 (0%) y 15 (100%) pacientes con nivel socioeconómico alto respectivamente. (Tabla 14 y grafica 14).

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1

Distribución por género de adultos mayores que participaron en el estudio

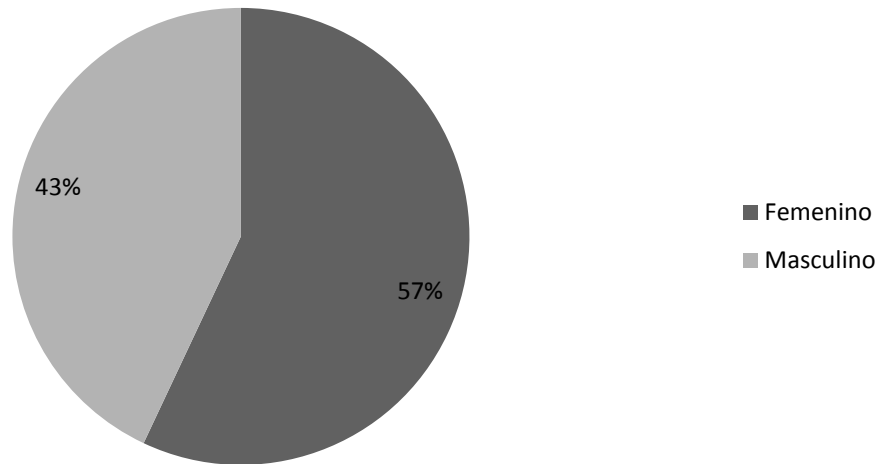
Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	260	57%
Masculino	195	43%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 1

Distribución por género de adultos mayores que participaron en el estudio

GENERO



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

TABLA 2

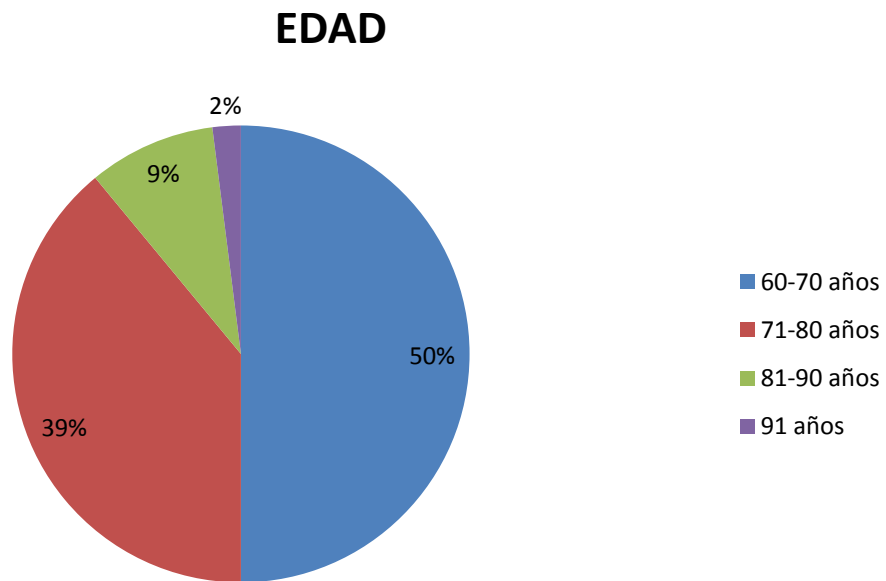
Distribución por edad de adultos mayores que participaron en el estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-70 años	229	50%
71-80 años	178	39%
81-90 años	41	9%
91 años o mas	7	2%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 2

Distribución por edad de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

TABLA 3

Distribución por ocupación de adultos mayores que participaron en el estudio

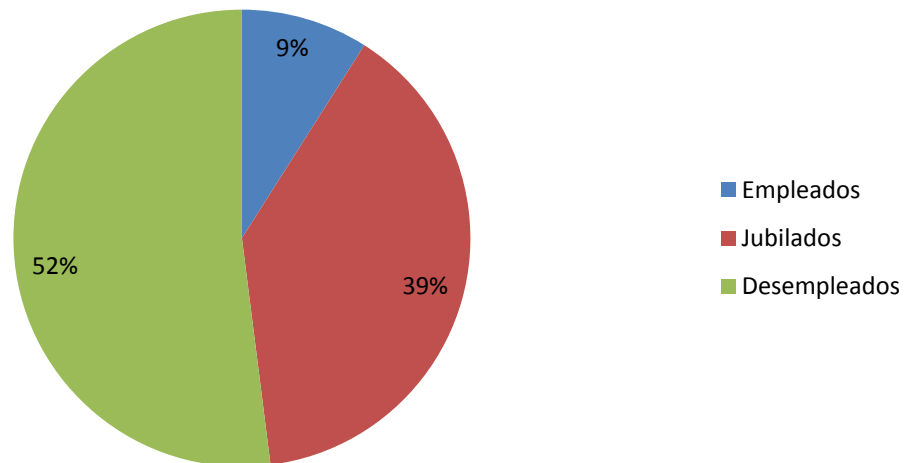
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleados	42	9%
Jubilados	176	39%
Desempleados	237	52%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 3

Distribución por ocupación de adultos mayores que participaron en el estudio

OCUPACIÓN



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

TABLA 4

Distribución por estado civil de adultos mayores que participaron en el estudio

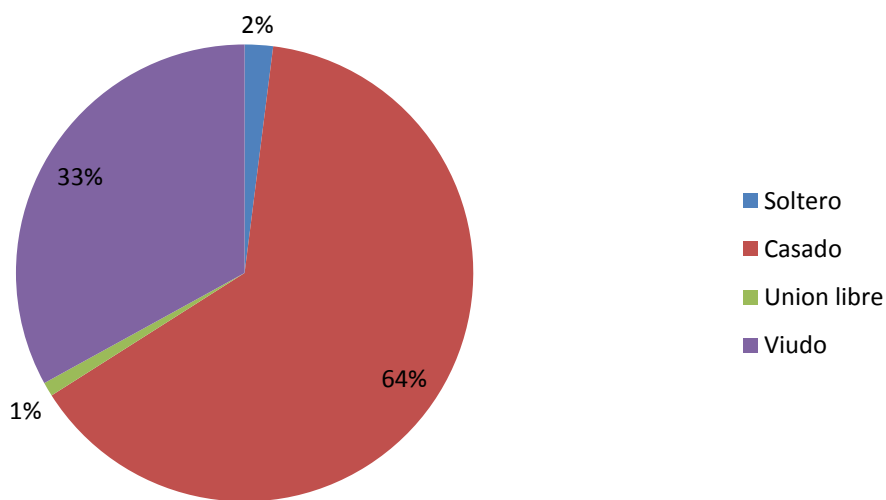
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	2%
Casado	290	64%
Unión libre	5	1%
Viudo	150	33%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 4

Distribución por estado civil de adultos mayores que participaron en el estudio

ESTADO CIVIL



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

TABLA 5

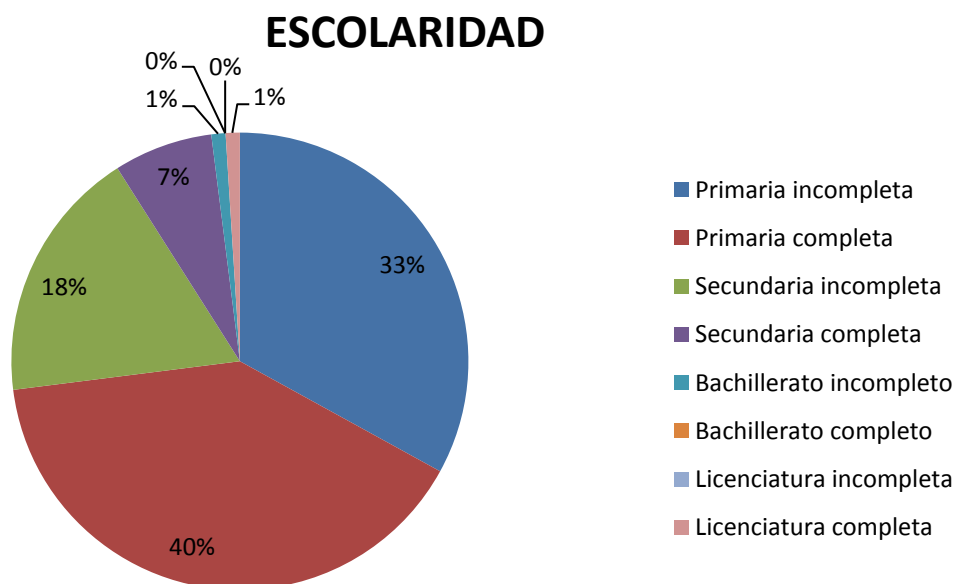
Distribución por escolaridad de adultos mayores que participaron en el estudio

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	150	33%
Primaria completa	180	40%
Secundaria incompleta	84	18%
Secundaria completa	30	7%
Bachillerato incompleto	6	1%
Bachillerato completo	0	0%
Licenciatura incompleta	0	0%
Licenciatura completa	5	1%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 5

Distribución por escolaridad de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

TABLA 6

Distribución por nivel socioeconómico de adultos mayores que participaron en el estudio

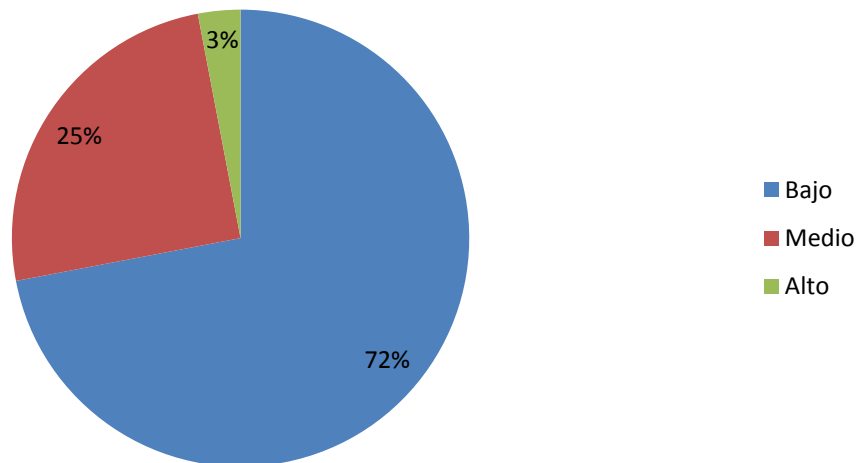
Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	326	72%
Medio	114	25%
Alto	15	3%
Total	455	100%

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas.

GRAFICA 6

Distribución por nivel socioeconómico de adultos mayores que participaron en el estudio

NIVEL SOCIOECONOMICO



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

TABLA 7

Distribución de envejecimiento exitoso y no exitoso de adultos mayores que participaron en el estudio

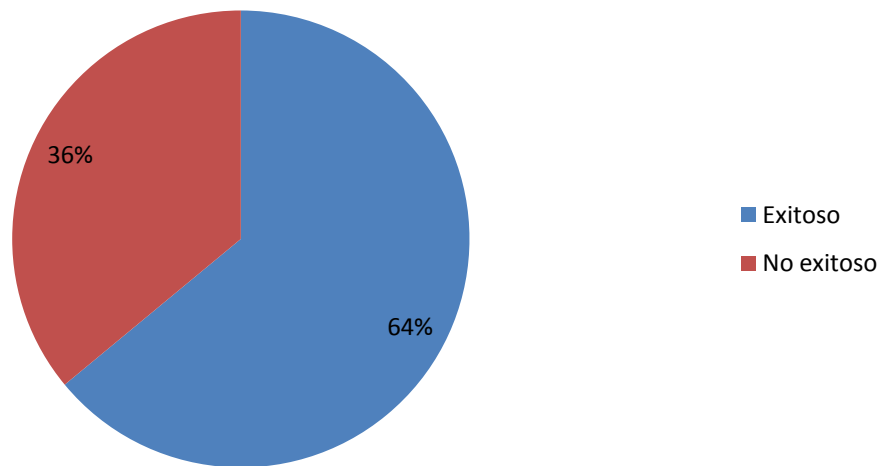
Envejecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Exitoso	290	64%
No exitoso	165	36%
Total	455	100%

Fuente: Valoración de las actividades de la vida diaria índice de Katz

GRAFICA 7

Distribución de envejecimiento exitoso y no exitoso de adultos mayores que participaron en el estudio

ENVEJECIMIENTO



Fuente: Valoración de las actividades de la vida diaria índice de Katz

TABLA 8

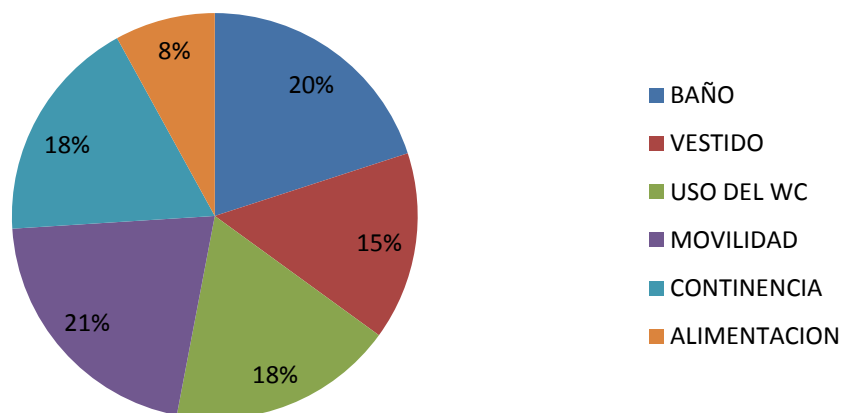
Distribución del grado de dependencia en los pacientes con envejecimiento no exitoso durante cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Baño	33	20%
Vestido	25	15%
Uso del W.C.	29	18%
Movilidad	35	21%
Continencia	29	18%
Alimentación	14	8%
Total	165	100%

Fuente: Valoración de las actividades de la vida diaria índice de Katz

GRAFICA 8

DEPENDENCIA DURANTE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



Fuente: Valoración de las actividades de la vida diaria índice de Katz

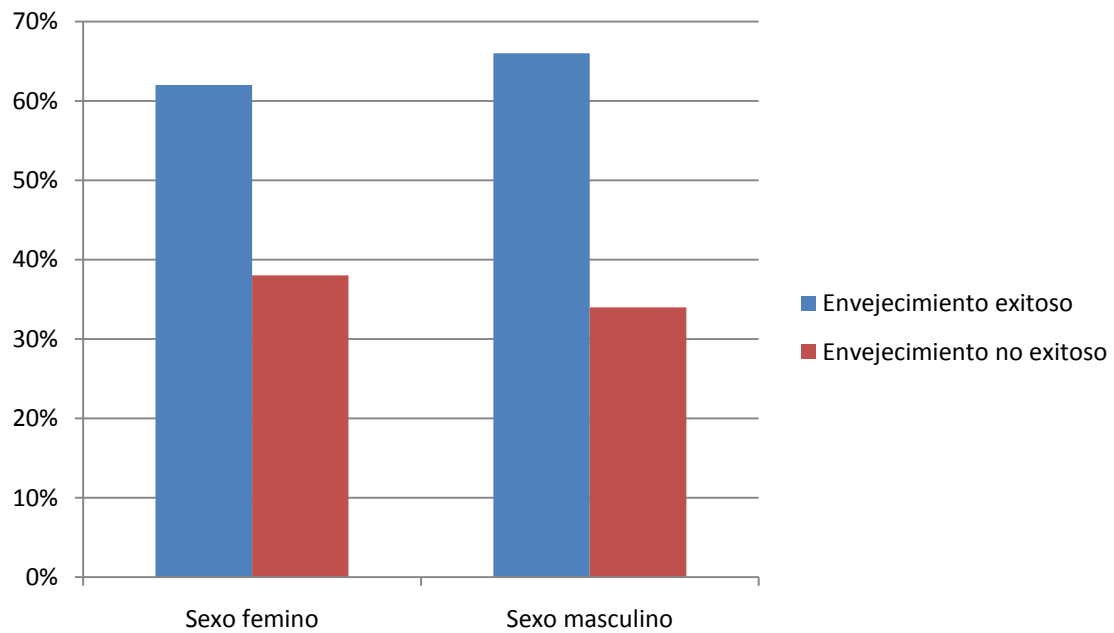
TABLA 9

Distribución por género de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Género	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
Femenino	162(62%)	98 (38%)	260(100%)
Masculino	128(66%)	67(34%)	195(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables socio demográficas

GRAFICA 9



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

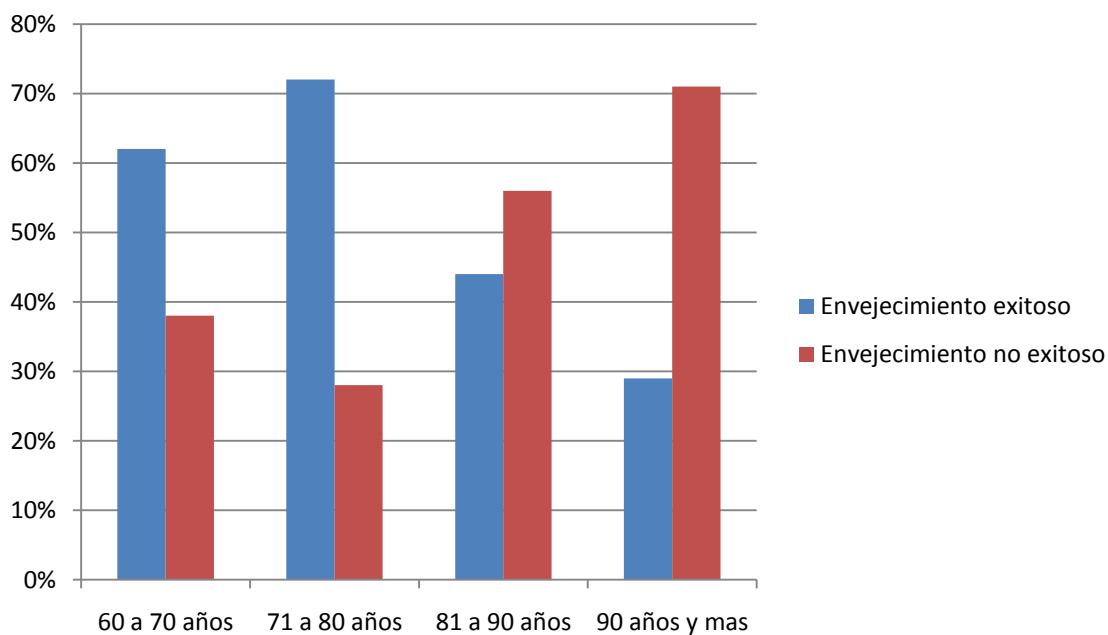
TABLA 10

Distribución por grupo etareo de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Grupo etario	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
60 a 70 años	142(62%)	87(38%)	229(100%)
71 a 80 años	128(72%)	50(28%)	178(100%)
81 a 90 años	18(44%)	23(56%)	41(100%)
91 años o mas	2(29%)	5(71%)	7(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

GRAFICA 10



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

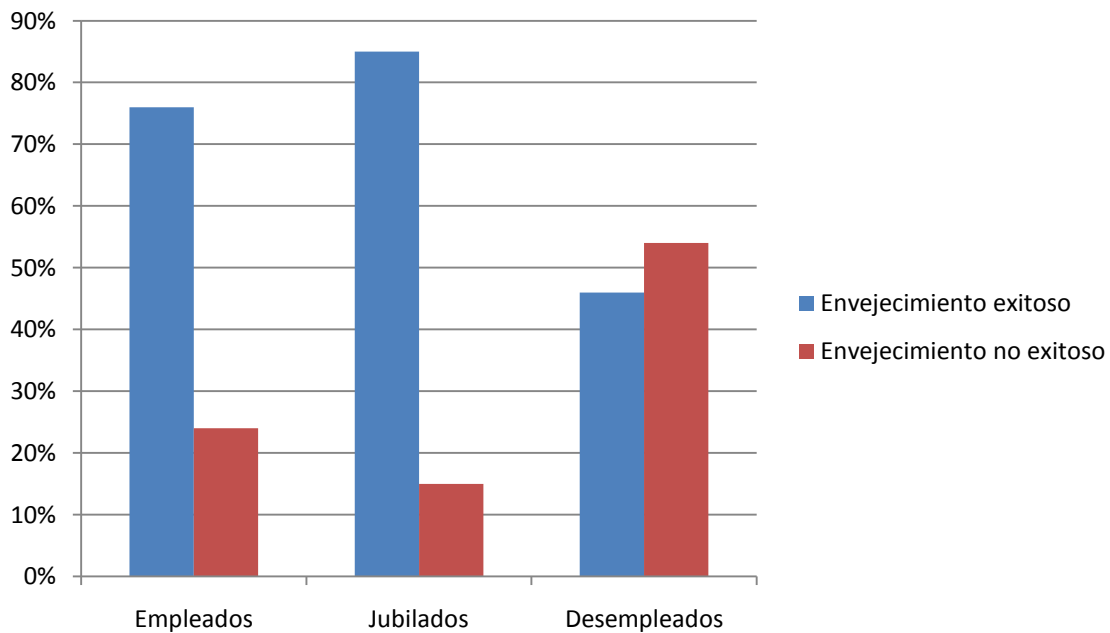
TABLA 11

Distribución por ocupación de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Ocupación	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
Empleados	32(76%)	10(24%)	42(100%)
Jubilados	150(85%)	26(15%)	176(100%)
Desempleados	108(46%)	129(54%)	237(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

GRAFICA 11



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

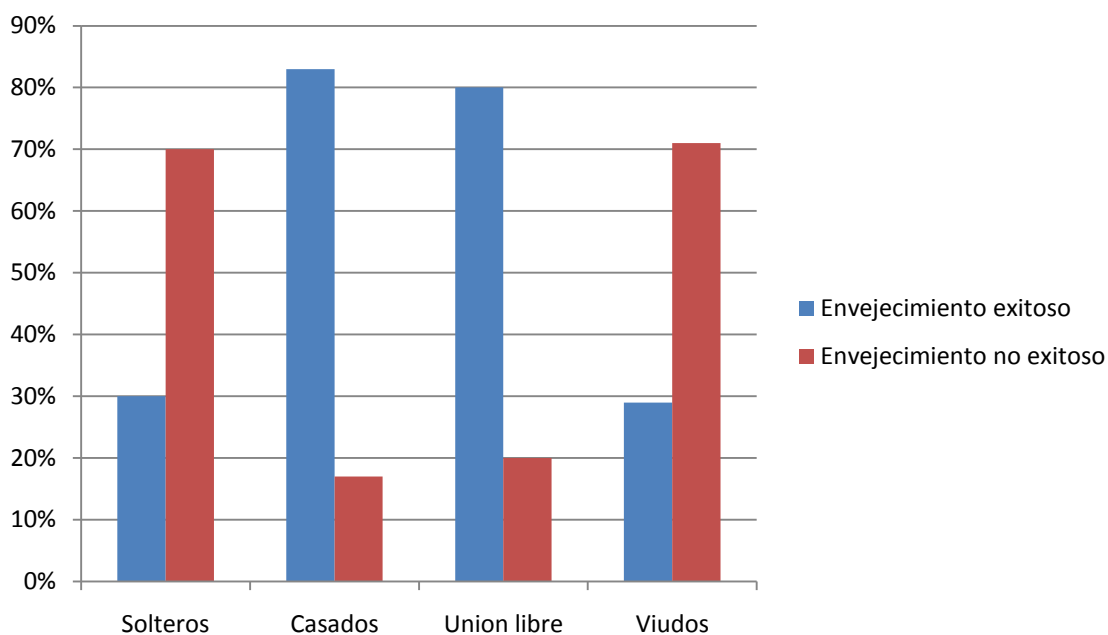
TABLA 12

Distribución por estado civil de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Estado civil	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
Solteros	3(30%)	7(70%)	10(100%)
Casados	240(83%)	50(17%)	290(100%)
Unión libre	4(80%)	1(20%)	5(100%)
Viudos	43(29%)	107(71%)	150(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables socio demográficas

GRAFICA 12



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

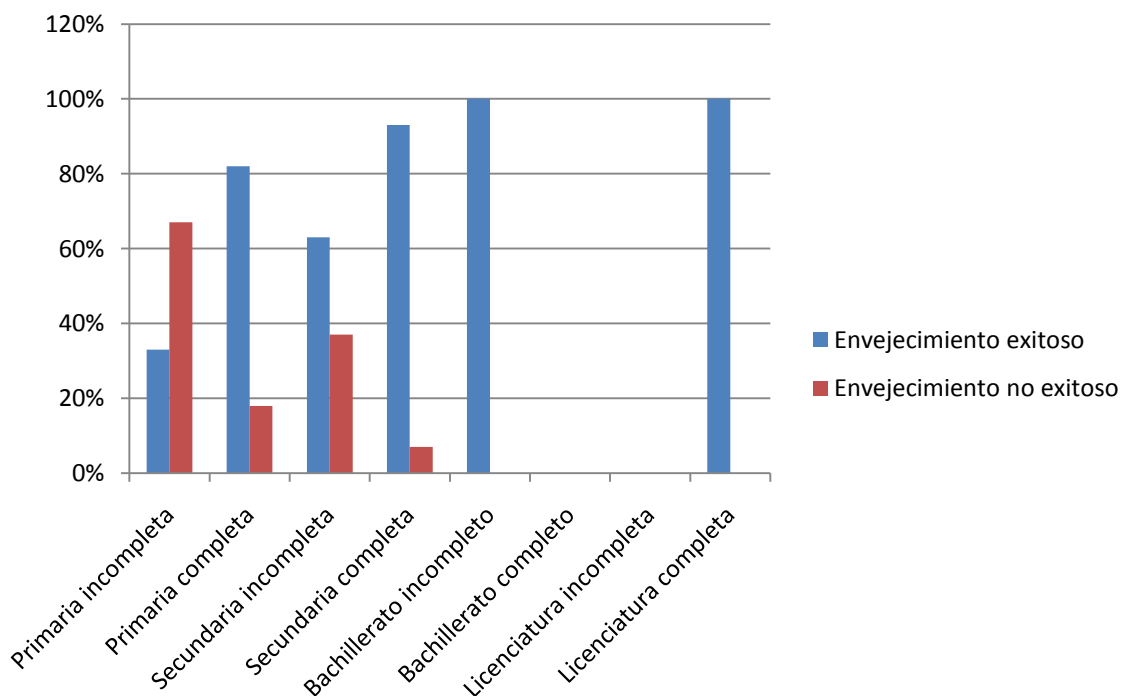
TABLA 13

Distribución por escolaridad de pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Escolaridad	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
Primaria incompleta	50(33%)	100(67%)	150(100%)
Primaria completa	148(82%)	32(18%)	180(100%)
Secundaria incompleta	53(63%)	31(37%)	84(100%)
Secundaria completa	28(93%)	2(7%)	30(100%)
Bachillerato incompleto	6(100%)	0	6(100%)
Bachillerato completo	0	0	0(0%)
Licenciatura incompleta	0	0	0(0%)
Licenciatura completa	5(100%)	0	5(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

GRAFICA 13



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

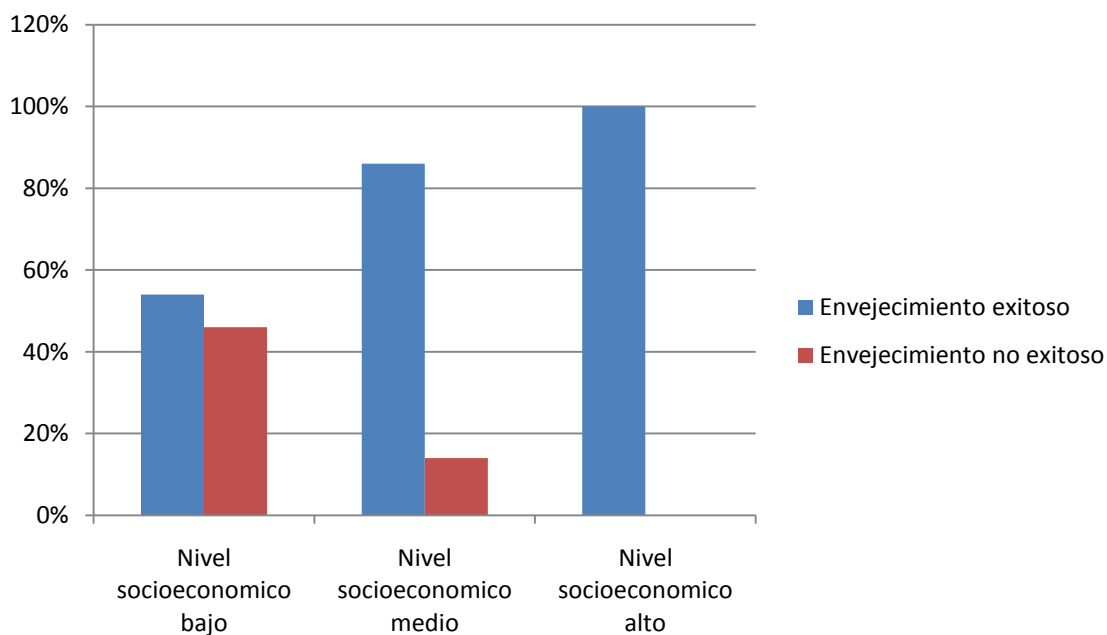
TABLA 14

Distribución de nivel socioeconómico en pacientes con envejecimiento exitoso y envejecimiento no exitoso en los adultos mayores que participaron en el estudio

Nivel socioeconómico	Envejecimiento		Total
	Exitoso	No Exitoso	
Bajo	177(54%)	149(46%)	326(100%)
Medio	98(86%)	16(14%)	114(100%)
Alto	15(100%)	0(0%)	15(100%)
Total	290	165	455

Fuente: cuestionario ex profeso para variables socio demográficas

GRAFICA 14



Fuente: cuestionario ex profeso para variables sociodemográficas

DISCUSION

En el presente estudio se determino la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”, utilizando la escala de Katz de actividades de la vida diaria.

Encontrándose que de 455 adultos mayores encuestados, la frecuencia de envejecimiento exitoso es de 64% y de 36% la frecuencia de envejecimiento no exitoso; entendiéndose el envejecimiento exitoso en términos de funcionalidad (dependencia/independencia) dentro de las actividades de la vida diaria; lo cual es similar a lo reportado en el estudio realizado en España por Lázaro Alquezar, et al; para determinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005, reportando una prevalencia de 63.7% de independencia, 26.7% de dependencia leve/moderada y 9.6% de dependencia grave/absoluta, para las actividades de la vida diaria. Sin embargo estos resultados están por debajo si lo comparamos con los obtenidos en el estudio funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México los cuales indican que 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; encontrándose también por debajo si los comparamos con lo reportado en el estudio Dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el primer nivel de atención realizado por Martínez en donde se evaluó el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario en donde se encontró que de 403 adultos mayores encuestados el 80% presento independencia, 12% presento dependencia escasa, 7% presento dependencia moderada, 1% presento dependencia severa y 0% presento dependencia total.

Todo lo mencionado anteriormente concuerda con la revisión realizada por Fernández-Ballesteros sobre diferentes investigaciones dirigidas a esclarecer la prevalencia del envejecimiento activo encontrando una enorme variedad de resultados, lo cual depende según Fernández-Ballesteros sobre todo a las diferentes formas de operativizar el envejecimiento activo en función del concepto de partida, ya que los ingredientes o variables utilizadas para medirlo han sido muy diferentes.

Con respecto a las actividades de la vida diaria, se observó que las actividades que con mayor frecuencia se encuentran afectadas son la movilidad (21%), el baño (20%), uso del W.C. (18%) y continencia (18%); en cuanto a las actividades que se encuentran con menor frecuencia afectadas son la alimentación (8%).

En cuanto a los resultados obtenidos de acuerdo a las variables socio demográficas en cuanto al género en los pacientes con envejecimiento exitoso y no exitoso encontramos que el porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso del género masculino fue ligeramente mayor en comparación con el género femenino siendo este de 66% y 62% respectivamente lo cual es similar a los pacientes con envejecimiento no exitoso ya que fue ligeramente mayor en el género femenino en comparación con el masculino siendo este de 38% y 34 % respectivamente; lo cual concuerda con que en México, la esperanza de vida al nacimiento para la población general es de 75.4 años; 77.9 años para las mujeres y 73.0 años para los hombres. Por ello, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable por su relativamente bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, falta de la pareja durante la vejez y la pérdida económica y de protección institucional que ello puede representar. Para los hombres, la trayectoria de vida en general se resume como de alta participación en actividades económicas, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud. Estas dos trayectorias implican una problemática diferente para ambos géneros en la vejez, por lo que las acciones públicas deben dirigirse a hombres y mujeres con énfasis diferentes.

Respecto a la comparación de resultados obtenidos de acuerdo al grupo etareo se observó que entre los grupos de 60 a 70 años y de 71 a 80 años existe un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento exitoso comparado con los pacientes con envejecimiento no exitoso; observándose lo contrario en los pacientes de los grupos de 81 a 90 años y de 91 años y más en donde el mayor porcentaje fue de pacientes con envejecimiento no exitoso; sin embargo es importante señalar que este envejecimiento es consecuencia de factores variados, entre los que se destacan muy llamativamente la edad, siempre que esta no se considere de forma aislada e independiente de otros factores.

En cuanto al estado civil se encontró en el grupo de casados y en unión libre un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento exitoso (83% y 80% respectivamente) y en el grupo de solteros y viudos un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento no exitoso (70% y 71% respectivamente); lo cual representa significativamente la importancia del apoyo social como otro factor dentro del concepto de bienestar y el envejecimiento exitoso. En cuanto al funcionamiento de los tipos de apoyo, se ha reconocido que, en lo referente al apoyo psicológico, la pareja es para los hombres la figura más importante, seguida de los hijos. En cambio, en el caso de las mujeres, se identifica una clara orientación hacia los hijos como proveedores de apoyo. En México, según Montes de Oca, la encuesta ENSE-94 muestra que 74.6% del apoyo recibido lo conceden el cónyuge (17.65%) y los hijos (56.95%); destacan también de entre las demás figuras de apoyo, los yernos y nueras con 5.85% y los nietos con 5.3 por ciento.

Con respecto a la escolaridad se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento no exitoso en el grupo de primaria incompleta (67%), mientras que en el resto de los grupos se encontró un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en especial en el grupo de bachillerato completo y licenciatura completa (100% y 100% respectivamente).

De acuerdo al nivel socioeconómico se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en el grupo de nivel socioeconómico medio y alto (86% y 100% respectivamente).

De acuerdo a la ocupación se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en el grupo de empleados y jubilados (76% y 74% respectivamente), mientras que en el grupo de desempleados el mayor porcentaje fue de pacientes con envejecimiento no exitoso (54%).

Con lo mencionado anteriormente nos podemos dar cuenta que este envejecimiento exitoso, activo y saludable, está influenciado y ligado a múltiples variables interrelacionadas como las que estudiamos en las variables socio demográficas entre otras como son la salud física, los factores psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales, mejoras en la nutrición, la actividad física, el control adecuado de

factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental.

CONCLUSIONES

En este estudio se determinó la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario", se encontró que de 455 adultos mayores encuestados el 64% se encuentran cursando un envejecimiento exitoso y 36% se encuentran cursando un envejecimiento no exitoso. En cuanto a la comparación de resultados obtenidos de acuerdo a las variables sociodemográficas de acuerdo al género en los pacientes con envejecimiento exitoso y no exitoso encontramos que el porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso del género masculino fue ligeramente mayor en comparación con el género femenino siendo este de 66% y 62% respectivamente lo cual es similar a los pacientes con envejecimiento no exitoso ya que fue ligeramente mayor en el género femenino en comparación con el masculino siendo este de 38% y 34% respectivamente.

Respecto a la comparación de resultados obtenidos de acuerdo al grupo etareo se observó que entre los grupos de 60 a 70 años y de 71 a 80 años existe un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento exitoso comparado con los pacientes con envejecimiento no exitoso; observándose lo contrario en los pacientes de los grupos de 81 a 90 años y de 91 años y más en donde el mayor porcentaje fue de pacientes con envejecimiento no exitoso.

De acuerdo a la ocupación se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en el grupo de empleados y jubilados (76% y 74% respectivamente), mientras que en el grupo de desempleados el mayor porcentaje fue de pacientes con envejecimiento no exitoso (54%).

En cuanto al estado civil se encontró en el grupo de casados y en unión libre un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento exitoso (83% y 80% respectivamente) y en el grupo de solteros y viudos un porcentaje mayor de pacientes con envejecimiento no exitoso (70% y 71% respectivamente); lo cual nos habla de que los pacientes que tienen el apoyo de su pareja logran en mayor proporción un envejecimiento exitoso.

Con respecto a la escolaridad se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento no exitoso en el grupo de primaria incompleta (67%), mientras que en el

resto de los grupos se encontró un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en especial en el grupo de bachillerato completo y licenciatura completa (100% y 100% respectivamente).

De acuerdo al nivel socioeconómico se observó un mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso en el grupo de nivel socioeconómico medio y alto (86% y 100% respectivamente); lo cual nos habla de que el mayor porcentaje de pacientes con envejecimiento exitoso son los que tienen mayor capacidad económica.

Por lo tanto podemos concluir que la mayoría de los adultos mayores se encuentran cursando un envejecimiento exitoso en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" y un grado menor de pacientes se encuentran cursando un envejecimiento no exitoso, por lo que tanto el personal médico y no médico que nos encontramos al cuidado de la salud de los adultos mayores continuemos realizando de forma continua, temprana y con más intensidad las medidas preventivas y acciones establecidas para cada grupo de edad lo que se verá reflejado en que cada vez más adultos mayores logren un envejecimiento exitoso y con ello una mejor calidad de vida en estos últimos años de su vida; considerando las múltiples variables que influyen en este proceso además de crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Casanueva E, Las personas de la tercera edad. Necesidades de investigación en nutrición. Revista Salud Pública y Nutrición 2005; 6 (1).
- 2.- González CA, Ham-Chande R, Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México, Salud pública de México / vol.49, suplemento 4 de 2007 (448-458).
- 3.-Rodriguez García Rosalía, Lazcano Botello Guillermo Antonio, Practica de la geriatría, Mc Graw Hill 3ª edición págs. 104-109, 123-133, 319-322.
- 4.-Fernández R. X., Méndez Ch. E., Población y Salud en Mesoamérica, 2007, volumen 5, número 1, informe técnico 1, págs. 1-10.
- 5.- Hernández RM, Juárez FC, Enfermedades crónicas degenerativas y el envejecimiento: colapso de la enfermería, Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 17 N° 7 Agosto 2009 (325-329).
- 6.-Cañongo LG, Acosta CG, Sosa OA, Prince M, Asociación de síntomas depresivos con variables sociodemográficas y red social, Arch Neurocien (Mex) Vol. 16, Supl-I: 10-13; 2011.
- 7.- Medina-De la Garza CE, El mundo envejece, Medicina Universitaria 2010;12(49):201-202.
- 8.- Romero CA, Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores, Med Int Mex 2011;27(5):455-462.
- 9.- Salgado de SN, Wong R, Genero y pobreza: determinantes de salud en la vejez, Salud pública de México / vol.49, suplemento 4 (515-521) de 2007.
- 10.- Rivera ZD, Estrada HM, Estrada HL, Posibilidades de la rehabilitación neuropsicológica en población geriátrica con deterioro cognoscitivo, Med Int Mex 2007;23:133-7.

- 11.- Avila FJ, García ME, Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos, Gac Méd Méx Vol. 140 No. 4, 2004 (431-436).
- 12.- Acosta CG, Sosa OA, Borges G, Prince M, Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores de áreas de mediano y bajo ingreso económico. Grupo de Investigación en Demencias 10/66, Arch Neurocién (Mex) Vol. 16, Supl-I: 18-23; 2011.
- 13.- Avila FJ, Aguilar NS, Melano CE, La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica, Gac Méd Méx Vol. 144 No. 3, 2008 (255-262).
- 14.- Melendez MJ, Tomas MJ, Navarro PE, Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim, Salud pública de México / vol.49, no.6 (408-414), noviembre-diciembre de 2007.
- 15.- Martínez CH, García MA, González RJ, Evaluación del estado nutricional del paciente geriátrico, Med Int Mex 2007;23:229-33.
- 16.- Terrés-Speziale AM, Homo longevus: El paradigma del envejecimiento sano, Rev Mex Patol Clin, Vol. 52, Núm. 1, pp 27-39 • Enero - Marzo, 2005.
- 17.- Zamarron CM, Envejecimiento activo: un reto individual y social, Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, Num. 41. Mayo de 2013 (pp. 449-463).
- 18.- Murillo BO, Envejecimiento bucodental, Anales en Gerontología, N.º 6 / 59-67, 2010.
- 19.- Fernández-Ballesteros GR, Zamarrón CM, López BM, Molina MM, Juan Díez NJ, Montero LP, Envejecimiento con éxito: criterios y predictores, Psicothema 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 641-647.
- 20.- Fernandez-Ballesteros GR, Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid: Ediciones Pirámide 2009.

- 21.-García MG, Landeros OE, Arrijoja MG, Pérez GA, Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1):21-26.
- 22.- Lázaro AA, Rubio AE, Sánchez SA, García HJ, Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza Capital en 2005, Rev Esp Salud Publica 2007; 81:625-36.
- 23.- Sanjoaquin RA, Fernández AE, Mesa LM, Garcia-Arilla CE, Valoración geriátrica integral. Capítulo 4. Tratado de geriatría para residentes.
- 24.- Martínez GE, Dependencia durante las actividades de la vida diaria del adulto mayor en el primer nivel de atención, 2012, pp 35.
- 25.- Dorantes MG, Ávila FJ, Mejía AS, Gutiérrez RL, Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001, Rev Panam Salud Publica 2007; 22 (1):1-11.
- 26.- Pérez BR, Estado nutricional y riesgo de desnutrición en adultos mayores que acuden a un primer nivel de atención, 2012, pp 13.
- 27.- Flores VC, Identificación del grado de soledad social en los adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, 2012, pp 22.
- 28.- López GM, Relación entre presencia de depresión y grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, 2013, pp 34.
- 29.- Ríos PM, Factores de riesgo más frecuentes para síndrome de fragilidad en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, 2013, pp 12.

ANEXOS

ANEXO I

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES
INSTRUCCIONES: FAVOR DE LLENAR LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A
CONTINUACION:**

1.-NOMBRECOMPLETO: _____

2.- GENERO:

FEMENINO

MASCULINO

3.- EDAD

4.-OCUPACION:

5.- ESTADO CIVIL

SOLTERO (A)

CASADO (A)

UNION LIBRE (A)

VIUDO (A)

6.-ESCOLARIDAD

PRIMARIA INCOMPLETA

PRIMARIA COMPLETA

SECUNDARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA

BACHILLERATO INCOMPLETO

BACHILLERATO COMPLETO

LICENCIATURA INCOMPLETA

LICENCIATURA COMPLETA

7.-NIVEL SOCIOECONOMICO

BAJO (ingresos de 3499.00 \$ o menor)

MEDIO (ingresos de 3500.00 \$ a 9999.00 \$)

ALTO (ingresos de 10000.00 \$ o más)

ANEXO II VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ

1. Baño

Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).

Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.

2. Vestido

Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.

Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.

3. Uso del WC

Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.

Dependiente: Precisa ayuda para ir al W.C.

4. Movilidad

Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.

Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

5. Continencia

Independiente: Control completo de micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6. Alimentación

Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.

Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

ANEXO III



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: **Justificación:**

La importancia y relevancia del presente estudio se basa en el hecho de que en la actualidad se está dando una inversión de la pirámide poblacional y en que actualmente existen en el mundo más de 416 millones de ancianos, calculándose que para el año 2025 la población de los mayores de 69 años serán el 12% de los habitantes del planeta. Este grupo de población de acuerdo con el Consejo Nacional de Población consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos como insuficientes. También consumen alrededor del 30% del presupuesto en salud y ocupan el 60% de las camas de hospital; lo que implica que conforme aumente este grupo de población se someterá a grandes presiones a los sistemas de salud y seguridad social y a los sistemas económicos en general; por lo que es de suma importancia implementar medidas para lograr el mantenimiento de la capacidad física y mental del paciente y con ello lograr una buena calidad de vida lo que incrementará en los adultos mayores la oportunidad de permanecer activos, y en lo posible mantener su autonomía de vida. Esta actitud médica asistencial deberá tener un enfoque preventivo en los principales aspectos que influyen en lograr que una persona de 60 años y más viva un envejecimiento exitoso; considerándolo en términos de funcionalidad a pesar de la edad y de los factores asociados, para conceptualizar al paciente como un ser valioso, útil y participativo.

Por ello se considera necesario conocer la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33 y con ello demostrar de forma indirecta la necesidad de reconocer e intervenir de manera oportuna en las demandas que este grupo de población requiere para cubrir las de forma integral tanto el personal médico como no médico lo cual beneficiará a este grupo de población, a la población en general (las familias y la sociedad) y a la economía del país reduciendo los costos en atención por enfermedades crónicas, sus complicaciones, comorbilidades, hospitalización y rehabilitación.

El estudio a realizar está acorde a las políticas de salud en las cuales se promueven medidas preventivas en los adultos para propiciar que cuando lleguen a la edad de adultos mayores tengan un envejecimiento exitoso por lo que conocer la proporción de adultos mayores que en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario tengan o no tengan un envejecimiento exitoso nos dará idea de la magnitud del problema para actuar en consecuencia.

La factibilidad que tenemos en esta Unidad de Medicina Familiar es que contamos con el grupo de población que necesitamos estudiar la cual es de adultos mayores de 60 años y más, con un número de pacientes de 31538 de este grupo que nos interesa estudiar, captándolos en los servicios como son consulta externa y módulos de medicina preventiva.

Este estudio no genera mayores recursos, ya que solo se basa en la toma de información por medio de la escala de Katz y de una encuesta ex profeso sobre variables socio demográficas las cuales serán aplicadas por el investigador a cada paciente y autofinanciado por el mismo.

Objetivo: determinar la frecuencia de envejecimiento exitoso en pacientes de 60 años y más, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33.

Procedimientos:

Previo consentimiento informado se les aplico la escala de Katz de actividades de la vida diaria la cual es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados; consta de 6 ítems los cuales evalúan la funcionalidad de un paciente geriátrico con un cuestionario acerca de su dependencia o independencia para realizar las siguientes actividades de la vida diaria: el baño/lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación, clasificándolo posteriormente en los siguientes rubros: independiente en todas las actividades, independiente en todas las actividades, salvo en una, independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más, independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más, y dependiente en todas las actividades. Considerando un envejecimiento exitoso cuando sea independiente en todas las actividades y envejecimiento no exitoso cuando en una sola actividad sea dependiente. Además se aplico otro cuestionario diseñado ex profeso que cuenta con datos de identificación del paciente, variables como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad y ocupación.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos se concentraron en una base de datos de Excel, a través de la estadística descriptiva se calculo la frecuencia de adultos que cayeron en la categoría de envejecimiento exitoso de acuerdo a la escala de Katz y posteriormente los resultados se esquematizaron en tablas y graficas.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Informarse sobre los resultados obtenidos en el presente estudio lo cual puede usar en beneficio de su salud

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El paciente podrá obtener información sobre los resultados obtenidos en el presente estudio en cuanto lo solicite

Participación o retiro:

El paciente tendrá la libertad de participar o no y de retirarse si así lo prefiere

Privacidad y confidencialidad:

Por medio de la presente se le informa al paciente de la privacidad y confidencialidad que se tendrá en cuanto a la información otorgada

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

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable:

Dra. Mónica Enríquez Neri
Investigador Principal
Exprofesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar, profesora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Delegación Norte Avenida México Tacuba No. 501 Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo tel: 57-52-80-59 Correo electrónico: dra_monica_en@hotmail.com

Colaboradores:

Dra. Karla Maribel Sánchez Mendoza
Médico Residente de tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"
Avenida Aquiles Serdán y Renacimiento sin número Colonia Unidad Habitacional el Rosario en la Delegación Azcapotzalco, C.P. 02100.
Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario".
México Distrito Federal.
Correo electrónico: karla_ms25@hotmail

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013