



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN GERIÁTRICA EN EL
HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

TESIS

**QUE REALIZO PARA OBTENER TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. CRUZ ALDACO ITZAYANA

Correo: polimed_itza@hotmail.com. Cel. 0445551058428

DIRECTOR DE TESIS DE INVESTIGACIÓN

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx. Cel. 5535143649

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Cel. 5520671563

ASESOR CLÍNICO

DR. CARDEÑA CORTÉS ISMAEL

Correo: ica_ger@hotmail.com Cel. 04455- 17254985

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx. Cel. 5535143649

**CD. DE MÉXICO, D. F. 18 NOVIEMBRE 2016
Número de registro**



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.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN GERIÁTRICA EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

AUTORES: Dra. Cruz Aldaco Itzayana¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dr. Cardeña Cortes Ismael⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES: HGZ/UMF No.8."Dr.Gilberto Flores Izquierdo"

1. Médico Residente de Medicina Familiar. 2. Coordinador Clínico de Educación y Salud del H.G.Z. /U.M.F. No.8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo".3. Titular de la especialidad de Medicina Familiar del H.G.Z. /U.M.F. No.8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo" 4. Médico Adscrito del servicio de Medicina Interna del H.G.Z. /U.M.F. No.8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo"

OBJETIVO

Evaluar la situación geriátrica en el HGZ/UMF#8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y METODOS

Estudio transversal, descriptivo. Muestra 196 pacientes. Criterios; Inclusión: Paciente geriátrico de consulta externa. Exclusión: Paciente geriátrico que no acepte participar, con patología evidentemente incapacitante y/o con hospitalización recientes. Escala de Yesavage (Depresión), Índice de Katz (AVDB) e Índice de Lawton Brody (AVDI).

RESULTADOS:

Se estudió a 196 pacientes geriátricos; 140 (71.4%) mujeres, 56 (28.6%) varones, con edad media de 74.3 años; La frecuencia de depresión fue 87 (44.4%); Dependencia en ABVD 187 (95.4%) ausente/leve, 9 (4.6%) moderada; Dependencia en AIVD 15 (7.7%) severa, 67 (34.3%) moderada, 45 (23%) ligera,69 (35.2%) autonomía.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados de esta investigación existe un alto grado de subdiagnostico Depresión y Dependencia en ABVD y AIVD las características sociodemográficas sobresalientes que aumentan la frecuencia de presentación son: el sexo femenino, la baja escolaridad y la situación de viudez o divorcio. Se sugiere aplicación de las herramientas diagnosticas al menos 1 vez al año en pacientes del sexo femenino , baja escolaridad, en situación de viudez o divorcio; y en pacientes sin estos factores al menos cada 2 años para realizar diagnóstico y tratamiento oportuno mejorando la calidad de vida del paciente geriátrico.

PALABRAS CLAVE:

Paciente Geriátrico, Depresión, Dependencia en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF # 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN DEL HGZ /UMF # 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF #8
“DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR DE EDUCACION EN INVESTIGACIÓN
DEL HGZ/UMF #.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLOGICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF #.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. ISMAEL CARDEÑA CORTES
ASESOR CLÍNICO
MEDICO NO FAMILIAR AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL
HGZ/UMF # 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Agradecimientos

A mi madre:

Que en el día a día ha estado presente al cuidado de mi persona en apoyo a mi crecimiento y realización personal, siempre en respaldo de mis ideales.

A mi padre:

Que aun en la distancia ha hecho de mi camino un lugar más fácil de transitar con sus sabios consejos y apoyo incondicional.

A mi hermano:

A el que con su entusiasmo abre camino en el mundo ante cualquier adversidad, siempre orgulloso de mis logros actuando como motor para mi crecimiento.

A mis profesores:

Que brindaron la guía para conducirme en el arte de la medicina y la práctica médica.

**“EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN
GERIÁTRICA EN EL HGZ/UMF # 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

CONTENIDO

	P.
MARCO TEÓRICO	1
ANTECEDENTES	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
HIPÓTESIS:	12
HIPÓTESIS NULA (H_0)	
HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)	
MATERIALES Y METODOS	13
TIPO DE INVESTIGACION	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	14
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	15
MUESTRA	15
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	
CRITERIOS:	16
INCLUSIÓN	
EXCLUSIÓN	
ELIMINACIÓN	
VARIABLES :	17
VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN	
VARIABLES DEL ESTUDIO	
VARIABLES DEL INSTRUMENTO	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL ESTUDIO:	18
PACIENTE GERIATRICO	
DEPRESION	
DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES BASICAS	
DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES:	19

CARACTERISTICAS GENERALES	19
ESCALA DE YESAVAJE (1)	20
INDICE DE KATZ (2)	21
INDICE DE LAWTON BRODY (3)	22
DISEÑO ESTADISTICO	23
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:	24
INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE	24
ÍNDICE DE KATZ	25
ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY	26
METODO DE RECOLECCIÓN	27
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:	28
CONTROL DE LOS SESGOS DE INFORMACIÓN	28
CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN	28
CONTROL DE SESGOS DE MEDICIÓN	29
CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:	30
ETAPA DE PLANEACIÓN	30
ETAPA DE EJECUCIÓN E INFORME	31
RECURSOS DEL ESTUDIO	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
RESULTADOS	34
TABLAS Y GRÁFICAS	40
DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	87

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

En la Asamblea mundial del envejecimiento se ha planteado la transición demográfica y epidemiológica por la que actualmente está pasando el mundo, sin excepción de México, donde el Instituto Mexicano de Seguro social (IMSS) se atiende aproximadamente el 40% de este grupo poblacional (mayor de 65 años), observando el envejecimiento progresivo y significativo de la población y el aumento en la esperanza de vida, que no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Los problemas más importantes en esta población son la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, asociada a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. El envejecimiento poblacional genera una disminución en la población económicamente activa y un incremento en la prevalencia de síndromes geriátricos como son: incontinencia urinaria, delirio, demencia, depresión, caídas, polifarmacia, pluripatología entre otros. Se prevé que de no tratarse adecuadamente este fenómeno, los sistemas de salud colapsarán, debido al aumento de la prevalencia de la pérdida de la autonomía del adulto mayor.¹

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que se inicia desde el nacimiento y generalmente determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, consiste en un conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de su vida, es decir es la consecuencia del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son de índole bioquímica, fisiológica, morfológica, funcional, psicológica y social. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento es heterogéneo e individual es decir cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona, además de verse afectado por factores intrínsecos como enfermedades o bien extrínsecos de tipo económico social, cultural etc.²

El envejecimiento puede ser estudiado desde diferentes puntos de vista que forman una idea global del contexto en el que se desenvuelve el paciente geriátrico; uno de ellos es el enfoque biológico que se refiere a la pérdida de la función orgánica que lleva a la muerte de forma progresiva, este envejecimiento biológico puede ser primario debido a la herencia o bien secundario complicado con traumatismos, enfermedades o caídas. Desde el punto de vista demográfico podemos resaltar la inversión de la pirámide poblacional con el aumento de la esperanza de vida y la transición epidemiológica con el aumento de enfermedades crónico- degenerativas, cabe resaltar que en torno al sexo, la mujer es más longeva que el hombre, otra particularidad de este enfoque es que divide la población geriátrica en dos grupos de la tercera edad (desde la jubilación a la pérdida de independencia 60-80 años) y cuarta edad (después de los 80 años).³

Desacuerdo al enfoque socioeconómico se refiere el envejecimiento como el término de etapa productiva útil, representada por la jubilación y generalmente asociada a una disminución de ingresos, que determinaran la posición social, calidad y acceso a la salud, mantenimiento de vivienda y relaciones sociales.³

En cuanto al ámbito sociocultural, el comportamiento social en relación al paciente geriátrico, depende de la cultura y el desarrollo particular de la población, que puede ir desde un trato con respeto por poseer sabiduría y experiencia, o pasar por la desvalorización en presencia de estereotipos negativos. Desde el punto de vista de la familia podemos encontrar núcleos en donde los adultos mayores se quedan solos por que los hijos forman nuevos núcleos o bien el núcleo familiar extenso en donde son desvalorizados en la mayoría de casos; debido a esto es importante el reforzamiento de convivencia, con formación de lazos interfamiliares fuertes. Desde el punto de vista psicológico es una etapa del ciclo vital en la cual el paciente geriátrico se encuentra en un proceso de evaluación en cuanto a su desarrollo personal, calidad de vida logrando con ello expresa satisfacción o insatisfacción de su trayecto de vida.⁴

Por paciente geriátrico podemos entender que es aquel individuo mayor de 65 años que se encuentra asociado a la presencia de pluripatología que requiere control simultáneo, con tendencia a incapacidad y deterioro funcional, con posibilidades reales de recuperación funcional y que generalmente presenta condicionamientos psíquicos y sociales.⁵

En el envejecimiento normal ocurren modificaciones en el cerebro, consecuencia de la interacción entre el deterioro marcado por el paso del tiempo y la propia neuroplasticidad, aunque estas modificaciones presentan una amplia variabilidad entre individuos. Durante el envejecimiento se produce una reducción de peso y volumen del cerebro que se ha calculado en un 5-7% respecto al cerebro en la edad media de la vida, lo que equivaldría a 80-100 g. La pérdida de peso cerebral puede ser consecuencia de una disminución del número de neuronas, de la atrofia neuronal o de la pérdida de elementos no neuronales, como los vasos sanguíneos. El envejecimiento también se asocia a alteraciones funcionales en áreas cerebrales relacionadas con las capacidades cognitivas como la corteza pre frontal y, subcortical, el hipocampo. También se registra una disminución del número de receptores y de su actividad y una disminución de enzimas sintetizadoras de neurotransmisores. Todas estas modificaciones afectan sin duda el rendimiento cognitivo y, en efecto, el 15-25% de la población geriátrica presenta déficits cognitivos que influyen en diversas funciones, en especial: memoria, atención, lenguaje, capacidades visoespaciales y funciones ejecutivas. Estos déficits interfieren con la realización de actividades cotidianas, con el mantenimiento de las relaciones sociales y con el autocuidado.⁶

La capacidad funcional, entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades de la vida diaria. Se puede representar en los niveles básicos de funcionalidad que son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas

acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol.⁷

La funcionalidad se divide en tres: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las ABVD son aquellas que permiten su desarrollo dentro de su domicilio, las AIVD son aquellas que permiten su desarrollo dentro de la comunidad y AAVD son aquellas que permiten el desarrollo de un rol social.⁷

El Consejo Europeo define independencia funcional como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”, mientras que la dependencia funcional se define como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”, la presencia de la dependencia funcional aumenta con la edad y no es exclusiva de los adultos mayores.⁸

El deterioro en las capacidades funcionales del adulto mayor provoca cambios en todos los ámbitos y específicamente en su calidad de vida por lo que se ha propuesto la utilización de la valoración geriátrica integral, en donde uno de los puntos valorados es la capacidad funcional a través de la realización de Actividades básicas de vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).⁹

En este grupo existe una marcada heterogeneidad, lo cual puede abordarse desde diversas ópticas, cada una de ellas tiene sus implicaciones individuales, sociales y sanitarias propias de estos grupos.¹⁰

Entorno a su edad y funcionalidad se dividen en: Seniors, Adultos mayores jóvenes y Adultos mayores viejos. Los “Seniors” (60-70 años) ; Se denomina así a personas que entran a la vejez después de su jubilación y han completado su vida laboral, o en caso de mujeres al término de la crianza de los hijos; dependiendo de las políticas de retiro esta etapa puede iniciar a los 50 años con retiro por tiempo de trabajo, a los 60 años por retiro por edad oficial o a los 65 años para recibir pensión; En esta etapa los adultos son en su mayoría autónomos , activos e independientes ; muchos de ellos permanecerán de la misma manera al avanzar los años por lo que es adecuado dar promoción y prevención dirigida para la prolongación de una vida activa y saludable, así extender la esperanza de vida con autonomía. Adultos mayores jóvenes; (70-80 años); Este grupo se encuentra en fase transicional entre la plena salud y la fragilidad, aunque dicho cambio puede darse en cualquier momento de la vejez; el objetivo para este grupo es diagnosticar oportunamente los problemas de salud para mantener la autonomía .Adultos mayores viejos (80 y más); Esta población generalmente tiene síndrome de fragilidad (disminución en la reserva fisiológica y en la resistencia a estresores intrínsecos y extrínsecos con aumento en la vulnerabilidad) se encuentra enferma y es dependiente estas personas son más proclives a complicación y muerte como resultado de problemas de salud mental como la demencia, enfermedad cerebro vascular y multimorbilidad o

problemas sociales como el abuso y la pérdida patrimonial o ambas; el objetivo en este grupo de edad es anticipar y responder a la problemática presente.¹¹

El aumento del número de pacientes geriátricos llevara a un incremento en las necesidades de salud de este sector, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Su importancia radica en las consecuencias que conlleva como: en el ámbito personal (la disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido), de ámbito familiar (el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.¹²

Las enfermedades en el paciente geriátrico son múltiples, crónicas y de presentación atípica, lo que lleva a la pérdida de la autonomía de forma rápida y significativa, pero además puede ir acompañada de problemas emocionales durante la evolución de las patologías, generando largos periodos de incapacidad previos a la muerte.¹³

No conocemos la repercusión funcional específica para cada una de las enfermedades crónicas sin embargo, tomando en cuenta los reportes de mortalidad actualmente, podríamos afirmar que el impacto funcional de las mismas no es una cifra despreciable y que constituyen un problema de salud; aumentando los gastos en los servicios médicos, y provocando mala calidad de vida el paciente geriátrico.¹⁴

La presencia de discapacidad motora evidente, como la secundaria a miembro amputado, o las secuelas de un EVC, al igual que sería el dolor incapacitante, son situaciones que indudablemente causan dependencia funcional. Sin embargo es importante reconocer que además de la condición biológica, comprometida que se presenta en el paciente geriátrico el fenómeno de la vejez abarca también las esferas psicológicas y sociales. En nuestro país se postula una ideología que invade, impide y limita, aísla, restringe, vigila y presiona al paciente geriátrico, y no lo deja participar en la toma de decisiones en esta etapa de su vida. El estereotipo prejuicioso que se tiene del viejo promueve la desmoralización social, desactualización, o bien el ataque humorístico hacia esta edad. Este fenómeno es llamado viejísimo y es un factor que condiciona alteraciones en el estado de ánimo en el paciente geraitrico.¹⁵

La existencia de padecimientos psiquiátricos (afectivos, cognitivos o conductuales) puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia. La depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Su prevalencia en el paciente geriátrico va del 10 – 70 %. ;Esta variación en la prevalencia está de acuerdo a la población estudiada, por ejemplo existe menor frecuencia de sintomatología depresiva, en aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico, en el siguiente

orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último, los pacientes en institucionalización prolongada.¹⁶

Esto porque los ancianos que residen en la comunidad representan una población “sobreviviente” más sana, mientras que los que viven en residencias o asilos, están caracterizados por una alta morbilidad, mayor vulnerabilidad y menores redes de apoyo social.¹⁶

La depresión se encuentra asociada a factores de riesgo como la dificultad para realizar actividades de la vida diaria, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo amparo social, vejez, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, pobreza, sexo femenino, rasgos de personalidad, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental factores que se presentan con alta frecuencia en el paciente geriátrico.¹⁷

En esta población la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.¹⁸

Con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Y pese a la elevada prevalencia de la depresión, se estima que sólo un 10% de los ancianos diagnosticados reciben un tratamiento adecuado.¹⁹

En este punto es importante reconocer que se ha encontrado que la manera que tenga la persona de afrontar la problemática de esta etapa juega un papel importante, ya que un afrontamiento pasivo unido a un sistema familiar inestable, bajos recursos económicos, dificultad para acceder a los servicios de salud, y la aparición de diversas patologías, llevan a que el adulto mayor se limite de manera significativa, impidiendo ya sea gradual o abruptamente que participe de diversas actividades necesarias en este momento de la vida, como la socialización con otros, el involucramiento en actividades de ocio y recreación además impedir su inclusión como miembro activo dentro de la sociedad. Por lo tanto el grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el paciente geriátrico.²⁰

Muchos ancianos que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen. Los sociólogos lo explican como resiliencia; Grother la define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad.²¹

Los sociólogos norteamericanos Elaine Cumming y William Henry elaboraron la teoría del retraimiento o desvinculación, la cual sostiene que la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio (o funcional) para ambas partes. Por un lado, este abandono permitiría al adulto mayor desprenderse (a través de la “oportunidad” de jubilarse) de una serie de roles y responsabilidades socio laborales que ya no está en condiciones físicas ni psicológicas de asumir y encontrar un espacio de paz para prepararse para la muerte. Por otro lado, deja campo libre para que se produzca el recambio de generaciones viejas por otras nuevas y más aptas, sin mayores conflictos ni traumas.²²

Sin embargo la transición demográfica y epidemiológica apremian a una pirámide poblacional invertida, sin recambio generacional equilibrado, originado por el aumentado de esperanza, presentación de padecimientos crónicos y sus complicaciones ; En consecuencia el Estado no puede subsidiar el gasto generado por todos los pacientes geriátricos. Desde este punto de vista, la desvinculación del paciente geriátrico y la sociedad podría a ser resultado de la falta de oportunidades para la población geriátrica y no un proceso que ellos deseen o sea parte del envejecimiento, por lo que en oposición a la teoría de la desvinculación y en respuesta a la problemática en salud Robert Harvighurst formuló la teoría de la actividad, cuyo fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible. Este enfoque reconoce que la pérdida de roles (consecuencia de viudez, la jubilación y la emancipación de los hijos, etc.) es la fuente principal de inadaptación de los adultos mayores al sistema que puede entonces ser modificado, detectado y manejado de forma oportuna para crear una sociedad apta para el desarrollo del paciente geriatrico.²³

Por la elevada frecuencia de síntomas depresivos, pérdida progresiva de capacidad funcional y la problemática económica, social, cultural, personal, y familiar que generan es útil, en la consulta de primer nivel de atención, realizar de rutina la valoración geriátrica integral. Es recomendable Instrumento valoración de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), así como el Índice de Katz ABVD y el Índice de Lawton Brody para AIVD ; Herramientas de fácil y rápida aplicación, validadas a nivel internacional y recomendadas en la GPC de Valoración Geriátrica Integral. En relación a los instrumentos : el Instrumento de y tamizaje para depresión de Yesavage (GDS) fue diseñada en 1982 específicamente para valorar depresión en paciente geriátrico, el instrumentó original consta de 30 ítems, con sensibilidad de 97% y especificidad de 85% ; versión reducida de 15 ítems, validada en Madrid y Argentina en 2002 con sensibilidad de 84% y especificidad de 95%; El Índice de Katz elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinario del Hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados por fractura de cadera con el objetivo de valorar el grado de dependencia en actividades de la vida diaria básicas durante el progreso de la enfermedad y así establecer su mortalidad a corto y largo plazo y así mismo su expectativa de vida activa; El índice de Lawton y Brody fue publicado en 1969 diseñado para valorar la dependencia en actividades de la vida diaria instrumental y así conocer el grado de capacidad funcional que tiene el individuo en su comunidad.²⁴ (Ver anexo Instrumentos 1,2,3,4).

ANTECEDENTES

Los síntomas depresivos así como la depresión tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del paciente geriátrico. Esto ha sido demostrado en estudios longitudinales y transversales, en donde se resalta que aquellos adultos afectados por depresión desarrollan con mayor frecuencia discapacidad física y social.²⁵

En ámbito internacional, el estudio realizado por John RM Copeland y Cols. "Depression among older people in Europe" publicado en 2010; mostro que la de frecuencia de patología depresiva en este grupo de edad, fue de 22.7 %.²⁶

Perez Martinez V. En su articulo Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor publicado en 2010 en La Habana Cuba, reporta que el trastorno depresivo tiene predominio en ancianos en el rango de edad de 60 a 69 años con 48% , seguido por 70 a 79 años con 32% y finalmente mayores de 80 con 18.8%.²⁷

En un estudio nacional realizado por Márquez Cardoso et al. "Depresión en adulto mayor. Frecuencia y factores de riesgo asociados" publicado en 2009; se observó que el sexo más afectado por depresión es el femenino con 67% en relación al sexo masculino con 32.9%.²⁸

Trinidad Hoyl en su estudio titulado "Depresión en el adulto mayor y evaluación preliminar de afectividad" publicado en Santiago de Chile en 2010; reporta que la frecuencia de depresión en relación al estado civil fue la siguiente; Viudos de 58 %, casado 33% y aquellos que viven solos 20%.²⁹

En el estudio de Friedrich Von Mühlenbrock y Cols. Titulado "Depresión en adultos mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna" publicado en Santiago de Chile en 2011; Aporto los siguientes resultados en relación a Escolaridad y Depresión; Enseñanza básica completa el 37.5% presento depresión; educación media incompleta 30.43%; educación media completa 14.29% y paciente con estudios técnicos completos 17.39 %; sin evidencia de depresión en analfabetas y aquellos sujetos con posgrado.³⁰

Mariana Bello, es su estudio titulado Prevalencia y Diagnostico de depresión en la población mexicana adulta mayor publicado en 2010 en México D.F. observo que entre los individuos sin educación formal hasta el 8 % presentaba depresión, en contraste con aquello con educación superior o mayor con 2.1%.³¹

En el estudio realizado por Mariela Borda Pérez, Titulado "Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia)" Publicado en 2013; se observó que el 70 % de los pacientes con depresión presentaban alguna comorbilidad.³²

En México se reporta en una muestra representativa de la población, 24% dependiente en ABVD y 23% dependiente en AIVD. De los sujetos que tienen dependencia funcional en ABVD, 6% presentaba un grado severo, 4% un grado moderado y la mayoría (14%) un grado leve. De los dependientes en AIVD, 12.5% presenta dependencia severa y 10.5%, dependencia leve. ³³ (Ver anexo cuadro 1).

Zavala González en su estudio Dependencia funcional y Depresión en un grupo de ancianos de Villa Hermosa México publicado en 2010 refiere que en relación a dependencia en actividades básicas de la vida diaria el 99.3% presentaron ausencia de dependencia o dependencia leve y tan solo el 0.6% se encontraron con dependencia moderada. ³⁴

En un estudio realizado por Mendoza Dorantes titulado “Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores”. Se mostró el grado de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria de la siguiente manera: independiente 8%, Dependencia moderada 71% y dependencia severa 21%, con una sumatoria de 92%, siendo este tipo de actividades reflejan de forma temprana la dependencia. ³⁵

Barrantes en su estudio retrospectivo, transversal, publicado en 2007 que llevó a cabo en pacientes geriátricos mexicanos en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM), llevada a cabo en el año 2003, menciona en orden decreciente las comorbilidades crónicas más frecuentes : hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión (42.8%). Las enfermedades crónicas asociadas a dependencia funcional severa en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria fueron en orden de frecuencia la enfermedad vascular cerebral, depresión y artropatía. ³⁶ (Ver Anexo Cuadro 2, 3).

La Organización Mundial de la Salud en una investigación en el cual estudio las causas más importantes de discapacidad y estimo que en el 2030 el diagnóstico de depresión se encontrara en el segundo lugar en países con renta per cápita alta. Asegura que de los pacientes geriátricos que viven en la comunidad, al menos el 10% presenta depresión. Estas cifras de prevalencia deben contemplarse bajo la consideración del infra diagnóstico de este trastorno, que en algunos casos puede alcanzar tasas de hasta un 67%. ³⁶

Países desarrollados afrontan el problema del envejecimiento y específicamente la situación de dependencia, implementado sistemas que proveen cuidados personales. Tradicionalmente, estos cuidados fueron otorgados informalmente por la familia, sin embargo, y dado los cambios en la estructura y vida familiar, estos cuidados -intensivos en mano de obra han sido sistematizados en los llamados “cuidados de largo plazo” los cuales bajo distintas modalidades de servicios y financiamiento, son crecientemente responsabilidad del Estado. En México siendo un país en vías de desarrollo no contamos con el recurso económico, infraestructura y cultura social que apoyen el desarrollo de estas políticas pero contamos con una estrategia muy sustentable que es la promoción y prevención en materia de salud. ³⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la práctica médica actual , tenemos incremento en la población correspondiente al paciente geriátrico el cual tiene características propias de su edad que lo hacen diferir de la atención medica en general ; encontrándose expuesto situaciones desfavorables como depresión y la dependencia en sus actividades de la vida diaria, motivo por el cual es necesario plantear la siguiente interrogante:

**¿Cuál es la situación geriátrica en el
HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?**

JUSTIFICACIÓN:

La transición demográfica y epidemiológica trae como consecuencia el envejecimiento progresivo y significativo de la población, el paciente geriátrico ha logrado un aumento en la esperanza de vida, sin una mejora en sus condiciones de salud. Su salud se deteriora gravemente en presencia de enfermedades crónicas; entre ellas ocupando el tercer lugar en frecuencia se encuentra la depresión con una prevalencia en el paciente geriátrico de 10-70%, esta patología es frecuentemente sub diagnosticada secundario al pensamiento errático de que el estado depresivo es propio del grupo etario (viejísimo medico), la depresión ha sido relacionada con la perdida de la capacidad funcional. La dependencia funcional resultante tiene implicaciones a nivel individual, familiar, social, económico y en políticas de salud. Por tal motivo es importante describir el panorama actual, depresión - dependencia funcional en la población geriátrica de la consulta externa del HGZ/UMF 8; Y así dar importancia al diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión para evitar la probable pérdida de capacidad funcional y sus consecuencias.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la situación geriátrica del adulto mayor en el HGZ/UMF# 8.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características del paciente geriátrico que siguieran mayor riesgo para presentar patología depresiva.
- Definir las características del paciente geriátrico que siguieran mayor riesgo para presentar dependencia funcional (AB Y AI) .
- Determinar la presencia de dependencia funcional en los pacientes geriátricos que presentaron patología depresiva.

HIPÓTESIS

CON FINES DE ENSEÑANZA SE PRESENTAN:

HIPÓTESIS NULA (H_0):

El paciente geriátrico de la CE del HGZ/UMF # 8, no representa una población en riesgo para padecer depresión y dependencia funcional.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

El paciente geriátrico de la CE del HGZ/UMF # 8, representa una población en riesgo para padecer depresión y dependencia funcional.

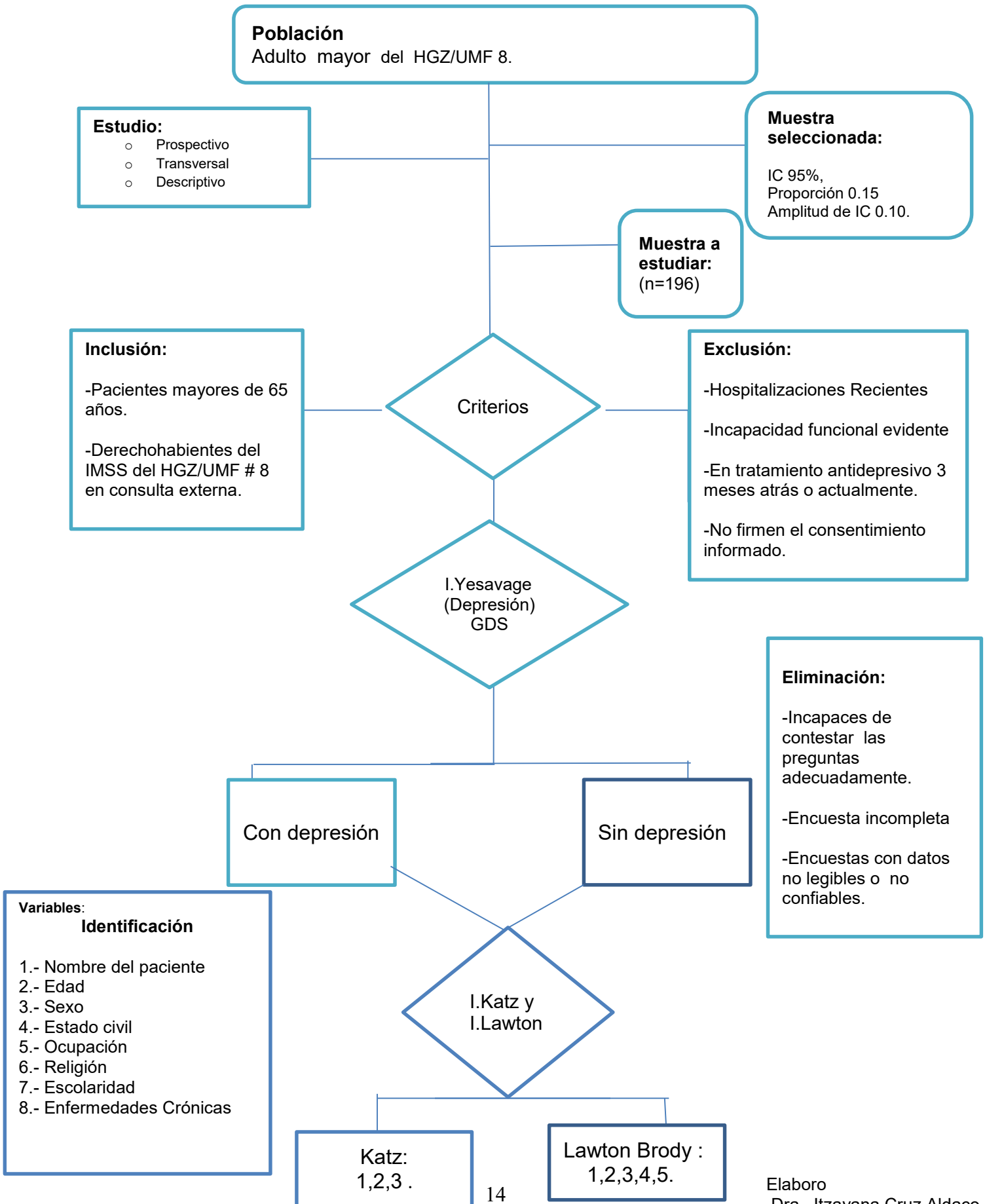
MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La investigación se realizó durante los años 2014 al 2015, en población geriátrica urbana derechohabiente del IMSS que acudió a la consulta externa del HGZ/UMF 8. En la colonia Tizapán San Angel, Delegación Álvaro Obregón.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria fue de 196 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.15. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfabilateral

P= Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4Z^2 \alpha^2 P (1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS:

Inclusión

1. Pacientes mayores de 65 años.
2. Sexo indistinto
3. Derechohabientes del IMSS de la consulta externa del HGZ/UMF #.8.

Exclusión

1. Pacientes que fueron hospitalizados recientemente.
2. Pacientes con incapacidad funcional evidente (Deterioro neurológico evidente y/o hipoacusia o alteraciones del habla, alteración motora, dolor).
4. Pacientes en tratamiento antidepresivo en 3 meses atrás o actualmente.
5. Pacientes que no firmen consentimiento informado.
6. Pacientes incapaces de contestar la encuesta adecuadamente.

Eliminación:

1. Pacientes que resuelvan la encuesta de forma incompleta.
2. Aquellas encuestas que posterior a la realización no cuenten con datos legibles o certeros.

VARIABLES:

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN:

- 1.- Nombre del paciente
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Estado civil
- 5.- Ocupación
- 6.- Religión
- 7.- Escolaridad
- 8.- Enfermedades Crónicas

VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Pacientes Geriátricos

VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión

VARIABLES DEPENDIENTES CONFUSORAS:

Dependencia funcional en ABVD

Dependencia funcional en AIVD

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

E.Yesavage

- 1.Sin depresión
- 2.Con depresión

I.KATZ

- 1.- Ausencia de dependencia o dependencia leve .
- 2.-Dependencia moderada
- 3.-Dependencia severa.

I. Lawton

- 1.-Dependencia total
- 2.-Dependencia severa
- 3.-Dependencia moderada
- 4.-Dependencia leve
- 5.-Autonomo

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variable	Definición Conceptual
Paciente Geriátrico	Individuo mayor de 65 años que se encuentra asociado a la presencia de pruripatología que requiere control simultáneo, con tendencia a incapacidad y deterioro funcional, con posibilidades reales de recuperación funcional y que generalmente presenta condicionamientos psíquicos y sociales.
Depresión	La depresión es un trastorno afectivo con síntomas como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, repercusiones cognitivas y somáticas que se establece de forma crónica.
Dependencia en ABVD	El estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana entendiéndose ABVD las siguientes: Baño, Vestimenta, uso de retrete, movilidad, continencia, alimentación
Dependencia en AIVD	El estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana entendiéndose como AIVD las siguientes: uso de teléfono, compras, preparación de comida, tareas del hogar, lavado de ropa, transporte, medicación y manejo de dinero.
Elaboro : Dra Itzayana Cruz Aldaco	

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERÍSTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Cualitativa	Nominal politémica	1.-65-70 años 2.- 71-80 años 3.- +81 años
Sexo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Femenino 2.-Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal Politémica	1.-Soltero 2.-Sasado 3.Divorciado 4.-Viudo 5.-Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal Politémica	1.-Empleado 2.-Desempleado 3.-Trabajador independiente 4.-Pensionado 5.-Labores del hogar 5.-Sin ingreso económico
Religión	Cualitativa	Nominal Politémica	1.-Con religión 2.-Sin religión
Escolaridad	Cualitativa	Nominal Politémica	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Bachillerato 5.-Licenciatura
Enfermedades Crónico Degenerativas	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Si 2.-No

Elaboro: Dra .Itzayana Cruz Aldaco.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL
INSTRUMENTO (1)**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VALORACIÓN	VALORES DE VARIABLES
Depresión Escala de Yesavage GDS (15)	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-Sin Depresión 2.- Con Depresión
Elaboro: Dra. Itzayana Cruz Aldaco			

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO (2)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VALORACIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<p style="text-align: center;">Índice de KATZ</p> <p>Actividades básicas de la vida diaria</p>	Cualitativa	Nominal Politòmica	<p>1. Ausencia de dependencia o dependencia leve. (5-6)</p> <p>2. Dependencia moderada. (3-4)</p> <p>3. Dependencia severa. (0-2)</p>
Elaboro: Dra. Itzayana Cruz Aldaco			

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO (3)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<p style="text-align: center;">Índice de Lawton Brody</p> <p style="text-align: center;">Actividades instrumentales de la vida diaria</p>	Cualitativa	Nominal Politómica	<p>1.-Dependencia total (M 0-1, H 0)</p> <p>2.-Dependencia severa (M 2-3, H 1)</p> <p>3.-Dependencia moderada (M4-5,H2-3)</p> <p>4.-Dependencia ligera (M 6-7, H 4)</p> <p>5.-Autonomo (M 8, H 5-8)</p>

Elaboro: Dra. Itzayana Cruz Aldaco

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Usando estadística descriptiva que tiene por función recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las características cierto evento; en nuestro caso Depresión y Dependencia en actividades de la vida diaria en el paciente geriátrico de la C.E. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) Así como calculará porcentajes y frecuencias con su posterior, realización de tablas de frecuencia y tablas de contingencia para su posterior representación gráfica. En cuanto a la estadística inferencial, se aplicó el tamaño de la muestra para estudio descriptivo de variable dicotómica, con intervalo de confianza de 95% , con proporción de 0.15 ,obteniéndose una muestra de 196 unidades de análisis.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Instrumento de depresión de Yesavage

Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 11 o superiores, presenta una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 85%.

La versión reducida, que incluye 15 preguntas, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida.

Para la interpretación de esta escala (GDS 15) , el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; 6-15 puntos indican presencia de depresión.

Esta escala reducida fue validada en Madrid y Argentina en el 2002, con los siguientes resultados:

Fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 84% y la especificidad del 95 % para un punto de corte de 5 o más puntos, coeficiente de correlación: 0.87, correlación Interitem: 0.36; Alfa de Chronbach 0.94

Sus aplicaciones son:

- Tamizaje de depresión.
- Evaluación de la severidad del cuadro depresivo.
- Monitorización de la respuesta terapéutica.

Índice de actividades básicas de la vida diaria (KATZ)

Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinario del hospital Benjamín Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera. Publicado en 1963.

Consta de seis ítems:

- Baño.
- Vestirse/desvestirse.
- Uso del retrete.
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Cada ítem tiene dos posibles respuestas.

- Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto.
- Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos.

Tiene una puntuación total de 6 puntos, los pacientes quedan clasificados en tres grupos en relación a su puntuación, ausencia de dependencia / dependencia leve (5-6), dependencia moderada (3-4), dependencia severa (0-2).

Como fortaleza de este índice podemos decir que es un instrumento fácil de administrar. Además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, anticipa de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos además es eficaz para dar idea de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa).

Como desventaja de este índice destacar que no es sensible a cambios mínimos.

Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas. El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

Reproducibilidad (CR 0.94 y 0.97), tanto intraobservador como interobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados y una consistencia interna buena entre los ítems, Alfa de Chrombach 0.86.

Índice de actividades instrumentales de la vida diaria

Índice de Lawton y Brody

Instrumento desarrollado en el Centro geriátrico de Filadelfia y publicado en 1969 , construido específicamente para su uso con población geriátrica.

Recoge información sobre ocho ítems:

- Usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

El tipo de respuesta a cada ítem es de tipo Likert. La puntuación varía entre 0 y 8 puntos. En este estudio se utiliza la puntuación es adaptada a sexo como corrección ya que algunas de las actividades tomadas en cuenta son de realización generalmente femenina. Los resultados van desde dependencia total hasta autonomía siendo 5 posibles resultados.

- 1.- Dependencia total (M 0-1 y H 0)
- 2.-Dependencia severa (M 2-3 y H 1)
- 3.-Dependencia moderada (M 4-5 y H 2-3)
- 4.-Dependencia ligera (M 6-7 y H 4)
- 5.-Autonomía (M8. y H 5-8)

Una desventaja es que es poco sensible a pequeños cambios y es más específica para tareas femeninas.

Tiene coeficiente de reproductividad interobservador e intraobservador alto 0.94. Alfa de Chrombach de 0.93.

METODO DE RECOLECCIÓN:

La investigadora realizo una entrevista clínica directa en la que oriento brevemente al paciente sobre el motivo de la investigación le pedio su consentimiento para formar parte de la misma, iniciando con toma de ficha de identificación y un breve cuestionario de selección , en caso de resultar apto para el estudio dio inicio la entrevista con la escala GDS de Yesavage como instrumento de tamizaje de depresión ; posteriormente aplicó las pruebas de dependencia funcional para actividades de la vida diaria básicas (Índice de Katz) , y actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton Brody), Los cuestionarios fueron aplicados por la investigadora en la sala de espera de la consulta externa en la UMF 8 con un tiempo aproximado por paciente de 30 min.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Control de los sesgos de información:

Se realizó una revisión sistemática de artículos en portales nacionales e internacionales; en medida de la disposición de estos de no más de 5 años de publicación.

La información fue revisada antes durante y en el momento del análisis de resultados de la investigación, en la búsqueda de información adecuada para sustentar el estudio.

Se contó con la asesoría de un especialista Geriatra y apoyo de un Gerontólogo quienes tienen amplia experiencia en el tema y ayudaron al análisis clínico objetivo en la trayectoria del estudio.

Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.

Control de sesgos de selección:

La muestra ocupada fue representativa de la patología a estudiar.

El muestreo fue tomado en la consulta externa con un pequeño cuestionario para identificar criterios de selección y exclusión.

Se tuvo en cuenta los criterios de eliminación en cada una de las encuestas; evitando ingresar al análisis descriptivo aquellas que resulten poco fiables.

Control de sesgos de medición:

Los instrumentos seleccionados para el estudio están validados y tienen una adecuada fiabilidad interobservador e intraobservador, lo que las ubica como pruebas objetivas y confiables para el estudio.

El instrumento fue aplicado de manera objetiva sin tendencias en explicación de cada uno de los ítems (Sin posibilidad de respuestas subjetivas, vocabulario adecuado, preciso y corto).

Se explicó en un inicio de forma verbal la mecánica de la entrevista para evitar confusiones que se pudieran presentar durante el cuestionario; tratando de no influir con comentarios los resultados del cuestionario.

Los instrumentos fueron aplicados de manera directa a la persona de interés, solicitando privacidad para la entrevista; debido a que la presencia de opiniones externas puede alterar las respuestas de los pacientes.

Control de sesgos de análisis e interpretación:

Se registró y analizó los datos correctamente, con cautelosa interpretación de los mismos.

Se utilizó un programa informático SPSS 20 de Windows que apoyó con el correcto uso del usuario a la formación de tablas y gráficas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
COORDINACIÓN CLÍNICA Y EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“EVALUACION DE SITUACION GERIATRICA
EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

1 CRONOGRAMA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MEDICINA FAMILIAR

ETAPA DE PLANEACIÓN												
FECHA	03/14	04/14	05/14	06/14	07/14	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15
ETAPA DE PLANEACION	X											
IDEA A ESTUDIAR	X											
TITULO	X											
ANTECEDENTES (MARCO TEORICO)	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
JUSTIFICACION		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
MATERIAL Y METODOS					X							
TIPO DE ESTUDIO				X								
DISEÑO METODOLOGICO				X								
POBLACION (UNIVERSO DE LA MUESTRA)				X								
LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO				X								
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA				X								
CRITERIOS DE SELECCIÓN					X							
VARIABLES					X							
DISEÑO ESTADISTICO					X							
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION						X						
METODO DE RECOLECCION						X						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						X						
RECUSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD							X					
CONSIDERACIONES ETICAS							X					
BIBLIOGRAFIA							X					
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION								X				
REVISION DE PROTOCOLO									X			
CORRECCIÓN DE PROTOCOLO										X		
ACEPTACIÓN											X	X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
COORDINACION CLINICA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**“EVALUACIÓN DE LA SITUACION GERIÁTRICA
 EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

2 CRONOGRAMA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MEDICINA FAMILIAR

ETAPA DE EJECUCIÓN E INFORME

FECHA	03/ 15	04/ 15	05/ 15	06/ 15	07/ 15	08/ 15	09/ 15	10/ 15	11/ 15	12/ 15	01/ 16	02/ 16
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X											
ALMACENAMIENTO DE DATOS				X								
ANALISIS DE DATOS					X							
DESCRIPCION DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
CONCLUSION DEL ESTUDIO								X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
ETAPA DE INFORME											X	
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para llevar a cabo esta investigación se contó con:

Recursos humanos:

Investigador: Dra. Itzayana Cruz Aldaco
Director de tesis: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Asesor metodológico: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Asesor clínico: Dr. Ismael Cardeña Cortés

Recursos físicos:

Sala de Espera de Consulta externa del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Recursos materiales:

Computadora mini Hp, con procesador Intel Atom, Windows 7, USB 4 Gb, Software Open Office para hoja de texto, hoja de cálculo y presentador multimedia, impresora, hojas de papel, lápices, bolígrafos, gomas, instrumentos impresos (GDS, I.KATZ, I L. Browdy), copias fotostáticas para reproducir instrumentos,

Recursos financieros:

Los gastos en general se cubrieron por la investigadora (Médico Residente de Medicina Familiar) Dra. Cruz Aldaco Itzayana

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. Se seguirán los estándares éticos sobre la investigación educativa (revisados en el año 2000) de la Asociación Americana de Investigación Educativa (AERA).³⁸

Se cumplió las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.³⁹

Se informó a los pacientes sobre la temática de la investigación y se solicitó el consentimiento bajo información de manera verbal y por escrito.⁴⁰

Los participantes en este estudio estuvieron enterados del uso que se le dio a la información que proporcionaron. De acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares se garantizará la seguridad, confidencialidad y de ser posible el anonimato de la personas que proporcionen los datos. Se evitó el uso de esta información con objetivos de investigación distintos a los autorizados, aun años después de su almacenamiento, requerirá del consentimiento del participante en caso de ser requeridos.⁴¹

El investigador aseguro conservar en todo momento la calidad de los datos obtenidos a través de las entrevistas y los cuestionarios. Una vez recolectados los datos, su manejo, análisis e interpretación se realizó de acuerdo con el protocolo de estudio y se evitó la manipulación de los mismos que busquen obtener resultados “interesantes” o convenientes.

Resultados

- Se estudió a 196 pacientes geriátricos del HGZ/UMF No.8. La Media de la edad fue de 74.3 años con una desviación estándar de 8.2 años con un valor mínimo de 65 años y un valor máximo de 92 años.
- En la sección de rango de edad se encontró 101 (51.5 %) de 60 a 70 años, 52 (26.5%) 71 a 80 años y 43 (21.9%) más de 81 años. (Ver tabla y Grafica 1)
- De acuerdo a su sexo se observó 140 (71.4%) mujeres, 56 (28.6%) varones. (Ver tabla y Grafica 2)
- En relación a ocupación fue evidente 5 (2.6%) empleados, 17 (8.7%) trabajador independiente, 59 (30.1%) pensionado, 111 (56.6%) labores del hogar, 4 (2%) desempleado. (Ver tabla y Grafica 3)
- El apartado de religión se encontró que 186 (94.9%) pacientes profesaban alguna religión y 10 (5.1%) no ejercían ninguna religión. (Ver tabla y Grafica 4)
- En razón a escolaridad se aprecia 46 (23.5%) analfabetas, 73 (37.2%) primaria, 22 (11.2%) secundaria, 27 (13.8%) Bachillerato y 28 (14.3%) Licenciatura. (Ver tabla y Grafica 5)
- En cuanto a estado civil se encontró que 18 (9.2%) solteros, 81 (41.3%) casados, 73 (37.2%) viudos, 5 (2.6%) unión libre y 19 (9.7%) divorciados. (Ver tabla y Grafica 6)
- En cuanto a la presencia de Enfermedades crónico degenerativas se observó 171 (87.2%) con enfermedades Crónico degenerativas y 25 (12.8%) sin enfermedades crónico degenerativas. (Ver tabla y Grafica 7)
- La regularidad de Depresión en la población se expresó de la siguiente manera 109 (55.6%) sin depresión y 87 (44.4%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 8)
- En relación a Dependencia en las Actividades Básicas de la vida diaria se observó ausencia de dependencia / Leve en 187 (95.4%) y 9 (4.6%) Dependencia Moderada. (Ver tabla y Grafica 9)

- Lo observado en Dependencia en Actividades Instrumentales de la vida diaria fue lo siguiente 15 (7.7%) Dependencia Severa, 67 (34.3%) Dependencia Moderada, 45 (23%) Dependencia ligera, 69 (35.2%) Autonomía. (Ver tabla y Grafica 10)
- En relación al rango de edad y Depresión se encontró que para el rango de edad de 60 -70 años, 55 (28.1%) sin depresión y 46 (23.5%) con depresión; En cuanto a el Rango de edad de 70 -80 años se observó 20 (10.2%) sin depresión, 32 (16.3%) con depresión. Por otra parte los pacientes mayores de 81 años mostraron 34 (17.4%) sin depresión, 9 (4.6%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 11)
- Respecto a sexo y depresión se observó que en el sexo femenino 70 (35.7%) no presento depresión y 70 (35.7 %) presento depresión , en el sexo masculino 39 (19.9%) no presento depresión y 17 (8.7%) se mostró con depresión. (Ver tabla y Grafica 12)
- En lo referente a ocupación y depresión se obtuvo lo siguiente; Empleados 2 (1%) sin depresión y 3 (1.5%) con depresión; Trabajador independiente 17 (8.7%) con depresión, Pensionado 43 (21.9%) sin depresión , 16 (8.2%) con depresión ; Labores del Hogar 64 (32.7%) sin depresión , 47 (24%) con depresión; 4 (2%) Desempleados con depresión. (Ver tabla y Grafica 13).
- En relación a religión y depresión se encontró que de los pacientes que profesaban una religión 104 (53%) no reportaban depresión y 82 (41.8%) si presentaron depresión. De los pacientes que refirieron no profesar ninguna religión 5 (2.6%) no presento depresión y 5 (2.6%) si presentaron depresión. (Ver tabla y Grafica 14)
- En el apartado escolaridad y depresión se observó que de los pacientes analfabetas 16 (8.2%) no presentaba depresión mientras que 30 (15.3%) presento depresión, , de los pacientes con escolaridad primaria 49 (25%) no presentaron depresión y 24 (12.2%) si presento depresión ; escolaridad secundaria 9 (4.6%) se encontró sin depresión y 13 (6.6%) con depresión ; bachillerato 8 (4.1%) sin depresión y 19 (9.7%) con depresión ; Licenciatura 27 (13.8%) sin depresión y 1 (0.5%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 15)

- En lo referente a estado civil y depresión de aprecio que aquellos pacientes solteros 13 (6.6%) con depresión y 5 (2.6%) con depresión; casados 60 (30.6%) sin depresión y 21 (10.7%) con depresión, divorciados 7 (3.6%) sin depresión y 12 (6.1%) con depresión, viudos 29 (14,8%) sin depresión, 44 (22.4%) con depresión; Unión libre 5 (2.6%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 16)
- En cuanto a la presencia de enfermedades crónico degenerativas y depresión se observó que las personas portadoras de alguna enfermedad crónico degenerativa 93 (47.4%) sin depresión y 78 (39.8%) con depresión; en relación a los pacientes sin enfermedades cronicodegenerativas se vislumbró que 16 (8.2%) sin depresión y 9 (4.6%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 17)
- En relación a dependencia en ABVD y Depresión se denoto que de aquellos pacientes con ausencia de dependencia o dependencia leve 109 (55.6%) sin depresión y 78 (39.8%) con depresión y de los que presentaban dependencia moderada solo 9 (4.6%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 18)
- En el apartado Dependencia en AIVD y Depresión se observó que aquellos pacientes con Dependencia Severa 12 (6.1%) sin depresión y 3 (1.5%) con depresión; Dependencia Moderada 8 (4.1%) sin depresión y 59 (30%) con depresión; Dependencia ligera 28 (14.3%) sin depresión y 17 (8.7%) con depresión; Ausencia de Dependencia o autonomía 61 (31.1%) sin depresión y 8 (4%) con depresión. (Ver tabla y Grafica 19)
- En relación al rango de edad y Dependencia en ABVD se observó que en el rango de edad de 60-70 años 93 (47.7%) presentaban Ausencia de Dependencia/ Dependencia Leve y 8 (4.1%) presentaban Dependencia Moderada; del Rango 71-80 años 52 (26.5%) presentaron Ausencia de dependencia o dependencia leve; Los mayores de 81 años reportaron 42 (21.4%) Ausencia de Dependencia o dependencia Leve y 1 (0.5%) Dependencia Moderada. (Ver tabla y Grafica 20)
- En cuanto a Sexo y Dependencia en ABVD se obtuvieron los siguientes resultados; del sexo femenino 132 (67.3%) Ausencia de Dependencia/ Dependencia leve y 8 (4.1%) dependencia moderada; Del sexo masculino 55 (28.1%) Ausencia de Dependencia / Dependencia leve y 1 (0.5%) Dependencia moderada. (Ver tabla y Grafica 21)

- En el apartado ocupación y dependencia en ABVD se encontró que los empleados 5 (2.6%) Ausencia de dependencia/dependencia leve; trabajadores independientes 9 (4.6%) Ausencia de dependencia o dependencia leve; Pensionados 59 (30.1%) Ausencia de dependencia/dependencia leve; Labores del hogar 110 (56.1%) Ausencia de dependencia /dependencia Leve y 1 (0.5%) Dependencia Moderada; Desempleados 4 (2.0%) Ausencia de Dependencia /Dependencia Leve y 4 (2%) dependencia Moderada. (Ver tabla y Grafica 22)
- En la relación religión y dependencia en ABVD se encontró que de los pacientes con religión 177 (90%) Ausencia de dependencia / dependencia leve y 9 (4.6%) dependencia moderada; pacientes que no refirieron tener ninguna religión 10 (5.1%) presentaban ausencia de dependencia / dependencia leve. (Ver tabla y Grafica 23)
- En la sección estado civil y Dependencia en ABVD se observó que los pacientes solteros 18 (9.2%) presentaron ausencia de dependencia / dependencia leve; Casados reportaron 73 (37.2%) ausencia de dependencia / dependencia leve, 8 (4.1%) dependencia moderada; Divorciados 19 (9.7%) ausencia de dependencia /dependencia leve, 1 (0.5%) dependencia moderada; Viudos 72 (36.7%) Ausencia de dependencia /dependencia leve y 1 (0.5%) dependencia moderada; Unión Libre 5 (2.6%) Ausencia de dependencia / dependencia leve. (Ver tabla y Grafica 24)
- En relación a enfermedades crónico degenerativas y Dependencia en ABVD se observó que los portadores de enfermedades cronicodegenerativas en 162 (82.2%) se presentó ausencia de dependencia / dependencia leve y 9 (4.6%) dependencia moderada; de los pacientes sin enfermedades cronicodegenerativas 25 (12.8%) presentaron ausencia de dependencia / dependencia leve. (Ver tabla y Grafica 25)
- Respecto a Dependencia en ABVD y AIVD se observó que aquellos pacientes con Dependencia severa en actividades instrumentales de la vida diaria presentaban 15 (7.7%) ausencia de dependencia / dependencia leve en Actividades básicas de la vida diaria ;En el caso de Dependencia moderada en AIVD 58 (29.6%) reportaron ausencia de dependencia/ dependencia leve y 9 (4.6%) dependencia moderada en ABVD ; De los pacientes con dependencia leve en AIVD se encontró que 45 (23%) presento Ausencia de dependencia/ dependencia leve ; Autónomos / sin dependencia para AIVD 69 (35.2%) presentaban ausencia /dependencia leve. (Ver tabla y Grafica 26)

- Con Respecto a Depresión y dependencia en ABVD se observó que de los pacientes sin depresión 109 (55.6%) presentaron ausencia / dependencia leve en ABVD y de los pacientes con depresión 78 (39.8%) presentaban ausencia / dependencia leve en ABVD y 9 (4.6%) con dependencia moderada. (Ver tabla y Grafica 27)
- En relación al rango de edad y dependencia en AIVD en el rango de 60-70 años se observó que 34 (17.3%) dependencia moderada, 17 (8.7%) dependencia ligera, 50 (25.5%) autonomía; en el rango de 71-80 años 3 (1.5%) dependencia severa en AIVD, 21 (10.7%) dependencia moderada en AIVD, 11 (5.6%) dependencia leve, 17 (8.7%) Autonomía; Delos pacientes mayores de 81 años 12 (6.1%) con dependencia severa, 12 (6.1%) dependencia moderado, 17 (8.7%) dependencia ligera, 2 (1%) autonomía. (Ver tabla y Grafica 28)
- En razón de sexo y dependencia en AIVD se observó que el sexo femenino 15 (7.7%) presento dependencia severa, 56 (28.6%) dependencia moderada, 33 (16.8%) dependencia ligera, 36 (18.4%) autonomía; Masculino 11 (5.6%) dependencia moderada; 12 (6.1%) dependencia ligera, 33 (16.8%) autonomía. (Ver tabla y Grafica 29)
- En la sección ocupación y dependencia en AIVD se observó que los Empleados 3 (1.5%) dependencia moderada , 2 (1%) autonomía; trabajadores independientes 17 (8.7%) dependencia moderada , Pensionados 9 (4.6%) dependencia moderada , 16 (8.2%) dependencia leve , 34 (17.3%) autonomía , Labores del hogar 12 (6.1%) dependencia severa, 37 (18.9%) dependencia moderada, 29 (14.8%) dependencia leve, 33 (16.8%) autonomía ; Desempleado 3 (1.5%) dependencia severa y 1 (0.5%) dependencia moderada. (Ver tabla y Grafica 30)
- En el apartado religión y Dependencia en AIVD de los pacientes con religión 15 (7.7%) dependencia severa, 67 (34%) dependencia moderada, 45 (23%) dependencia ligera, 59 (30 %) autonomía, de los pacientes sin religión 10 (5.1%) autonomía. (Ver tabla y Grafica 31)
- En la sección escolaridad y dependencia en AIVD ; analfabetas 28 (14.3%) dependencia moderada , 2 (1%) dependencia leve, 16 (8.2%) autonomía ; primaria 15 (7.7%) dependencia severa , 16 (8%) dependencia moderada , 23 (11.7%) dependencia leve, 19 (9.7%) autonomía ; Escolaridad secundaria 8 (4.1%) dependencia moderada , 14 (7.1%) autonomía ; Bachillerato 13 (6.6%) dependencia moderada , 6 (3.1%) dependencia leve , 8 (4.1%) Autonomía; Licenciatura 2 (1%)

dependencia moderada, 14 (7.1%) dependencia leve, 12 (6.1%) Autonomía. (Ver tabla y Grafica 32)

- En la sección estado civil y dependencia en AIVD se observó que los solteros 18 (9.2%) dependencia leve ; casados 19 (9.7%) dependencia moderada , 12 (6.1%)dependencia leve , 50 (25.5%) autonomía ; Divorciados 11 (5.6%) dependencia moderada , 1 (0.5%)dependencia leve , 7 (3.6%) autonomía; unión libre 5 (2.6%) autonomía ; viudos 15 (7.7%) dependencia severa, 37 (18.9%) dependencia moderada , 14 (7.1%) dependencia ligera y 7 (3.6%) autonomía. (Ver tabla y Grafica 33)
- En relación a enfermedades crónico degenerativas y dependencia en AIVD se observó que aquellos pacientes con Enfermedades crónico degenerativas 15 (7.7%) dependencia severa, 67 (34.2%) dependencia moderada, 39 (19.9%) dependencia leve, 50 (25.5%) autonomía .Sin Enfermedades crónico degenerativas 6 (3.1%) dependencia ligera y 19 (9.7%) autonomía. (Ver tabla y Grafica 34)

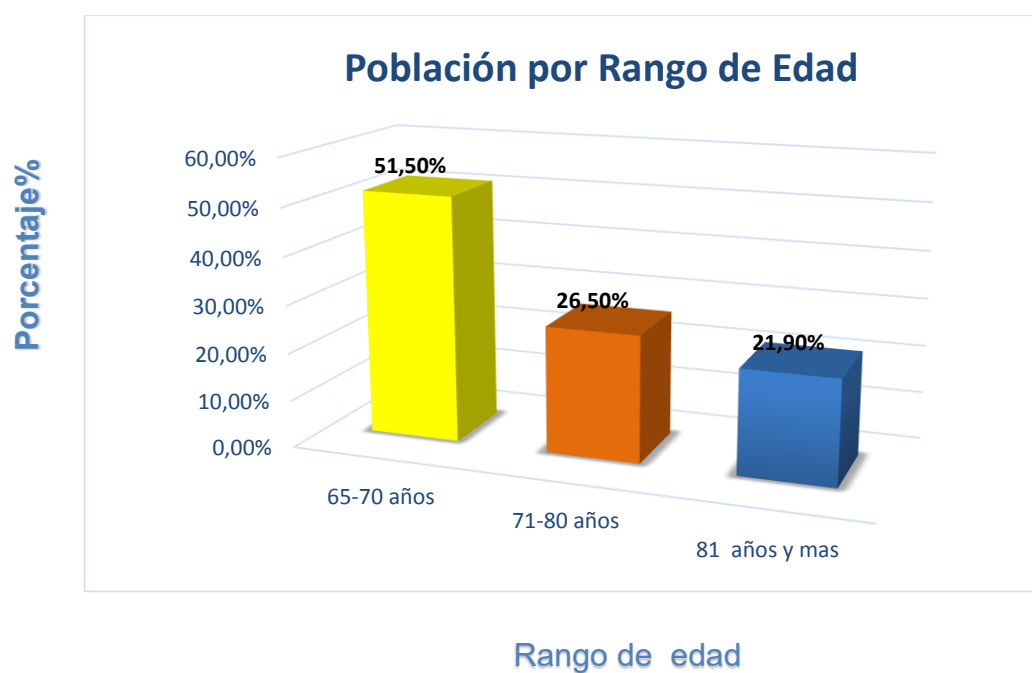
Tablas y Gráficas

Tabla 1

Población Geriátrica Por Rango de Edad		
Rango de Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
65-70 años	101	51.5
71-80 años	52	26.5
81 años y mas	43	21.9
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 1



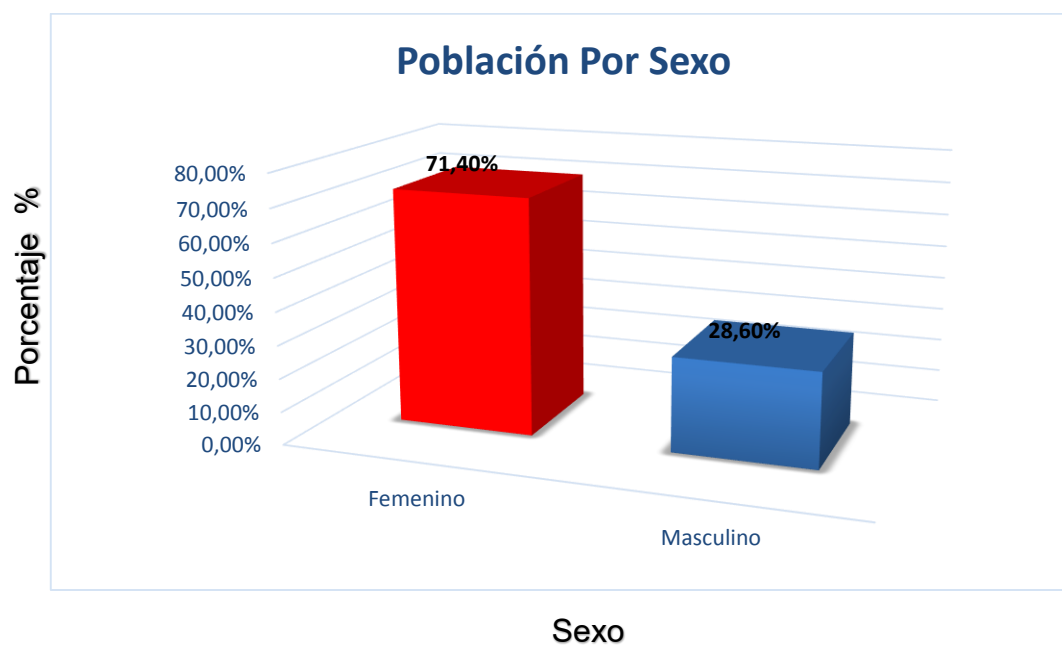
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 2

Población Geriátrica del HGZ /UMF No.8 por Sexo		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	140	71.4
Masculino	56	28.6
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 2



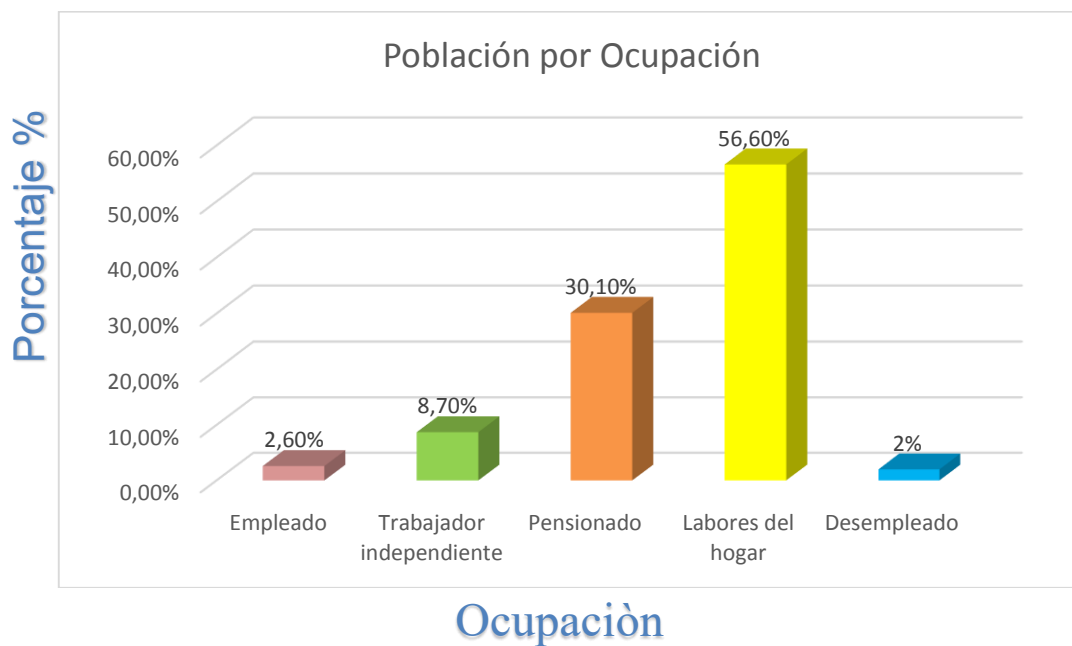
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 3

Población Geriátrica por ocupación		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	5	2.6
Trabajador independiente	17	8.7
Pensionado	59	30.1
Labores del hogar	111	56.6
Desempleado	4	2
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF 8

Gráfica 3



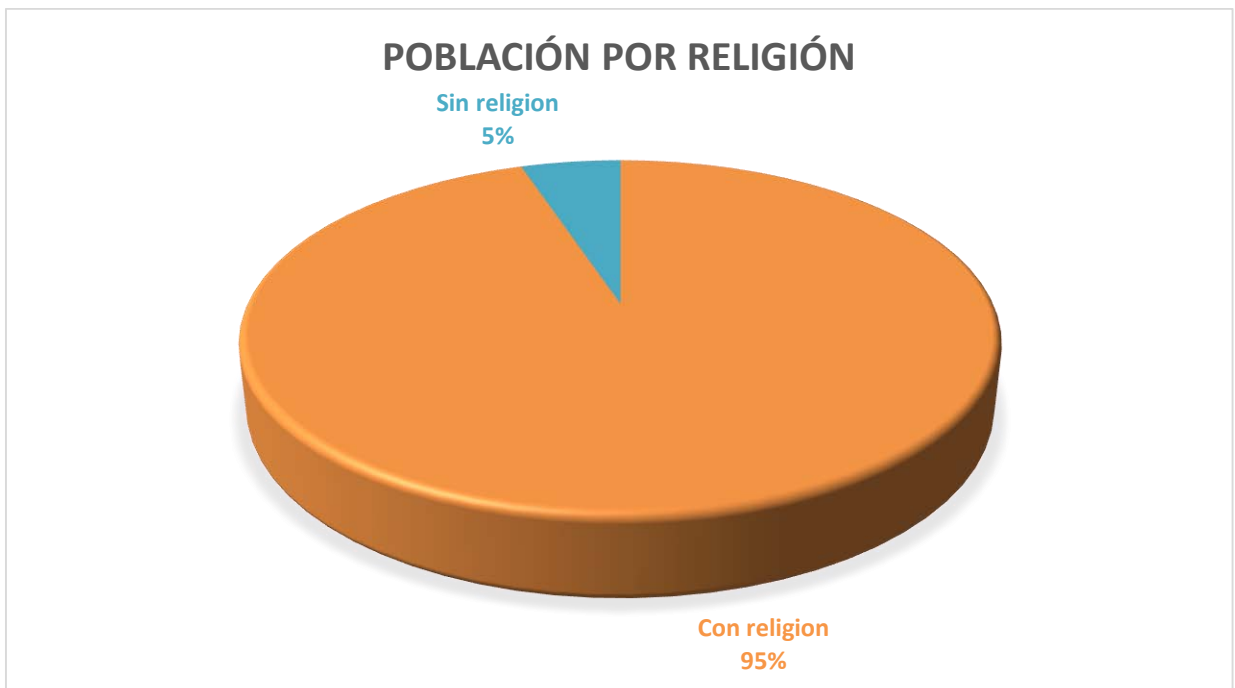
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 4

Población Geriátrica del HGZ/UMF No. 8 según religión		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	186	94.9
Sin religión	10	5.1
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 4



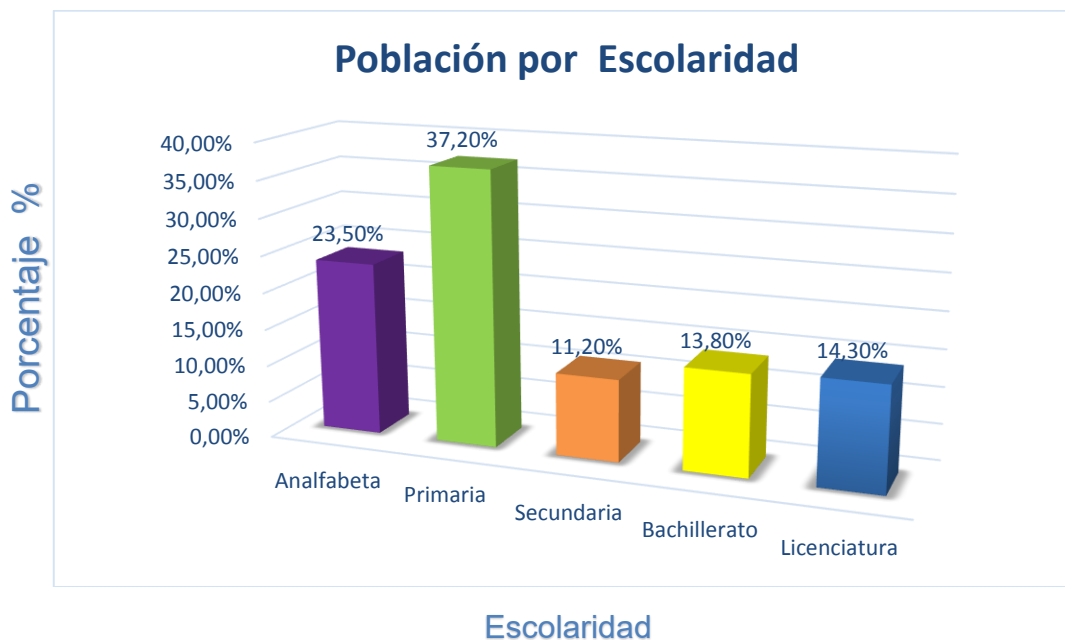
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 5

Población Geriátrica del HGZ/UMF No.8 por Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	46	23.5
Primaria	73	37.2
Secundaria	22	11.2
Bachillerato	27	13.8
Licenciatura	28	14.3
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 5



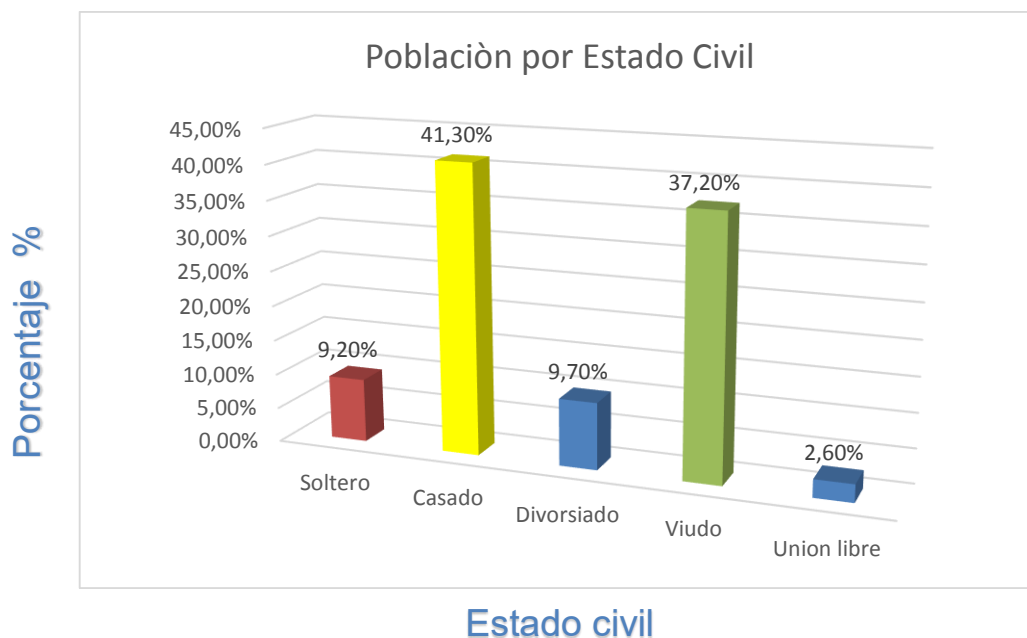
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 6

Población Geriátrica por Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	18	9,20%
Casado	81	41,30%
Divorciado	19	9,70%
Viudo	73	37,20%
Unión libre	5	2,60%
Total	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 6



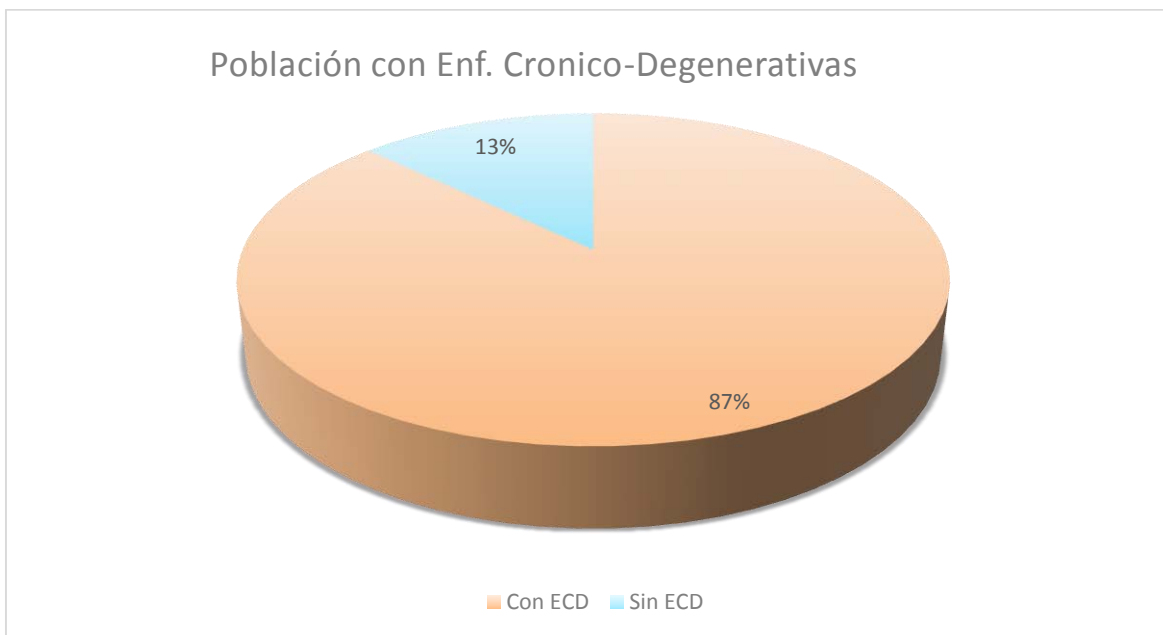
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 7

Población Geriátrica del HGZ/UMF No.8 y Enfermedades Crónico- Degenerativas		
Enfermedades Crónico Degenerativas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	171	87.2
No	25	12.8
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 7



FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 8

Población Geriátrica y Depresión del HGZ/UMF No. 8		
Depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin depresión	109	55.6
Con depresión	87	44.4
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 8



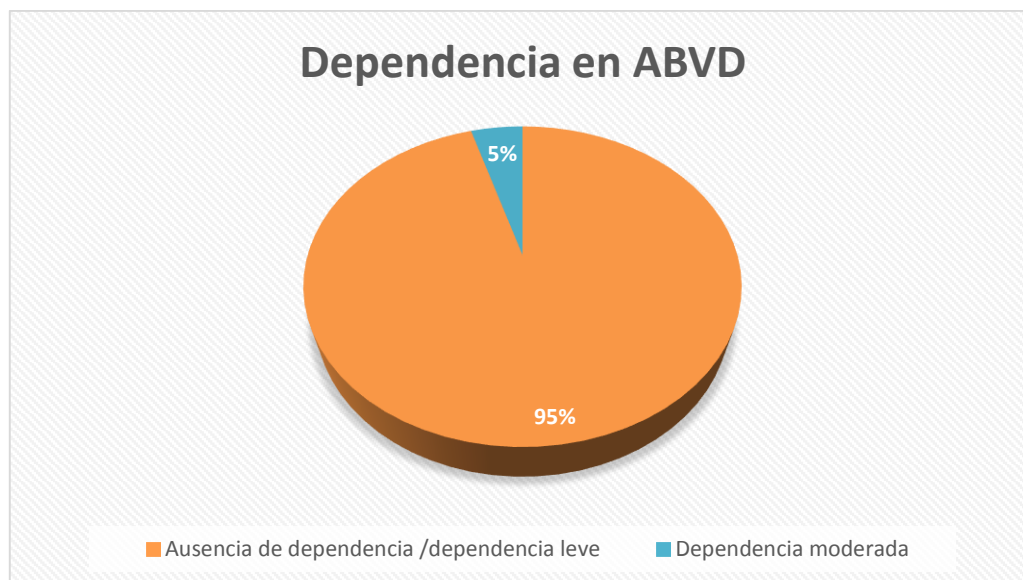
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 9

Población Geriátrica y Dependencia en ABVD del HGZ / UMF No. 8		
Dependencia en ABVD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausencia de dependencia /dependencia leve	187	95.4
Dependencia moderada	9	4.6
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 9



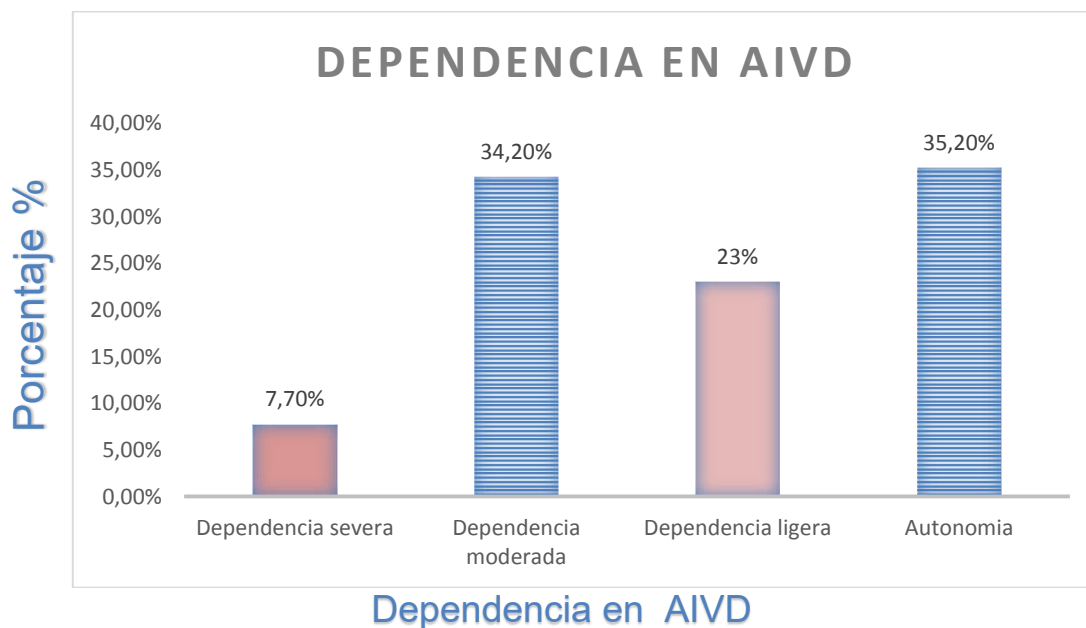
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 10

Población Geriátrica y Dependencia en AIVB del HGZ/UMF No.8		
AIVD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dependencia severa	15	7.7
Dependencia moderada	67	34.2
Dependencia ligera	45	23
Autonomía	69	35.2
Total	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 10



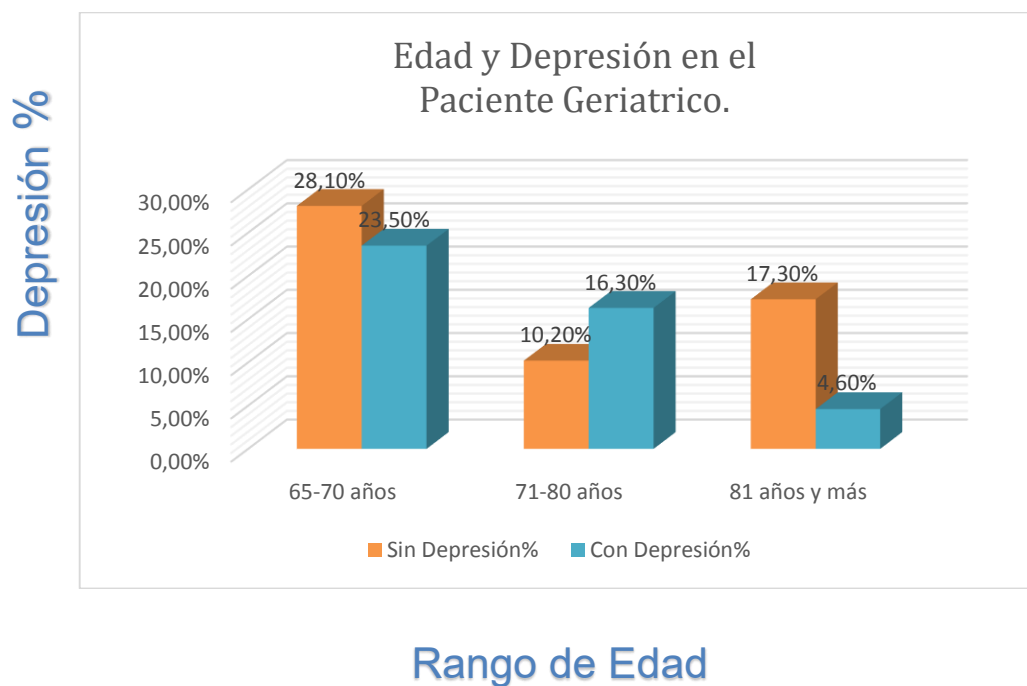
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 11

Depresión y Edad en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No.8				
Rango de Edad	Sin Depresión		Con Depresión	
	%	Frec.	%	Frec.
65-70 años	28.10%	55	23.50%	46
71-80 años	10.20%	20	16.30%	32
81 años y más	17.30%	34	4.60%	9
Total	55.6%	109	44.4%	87

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 11



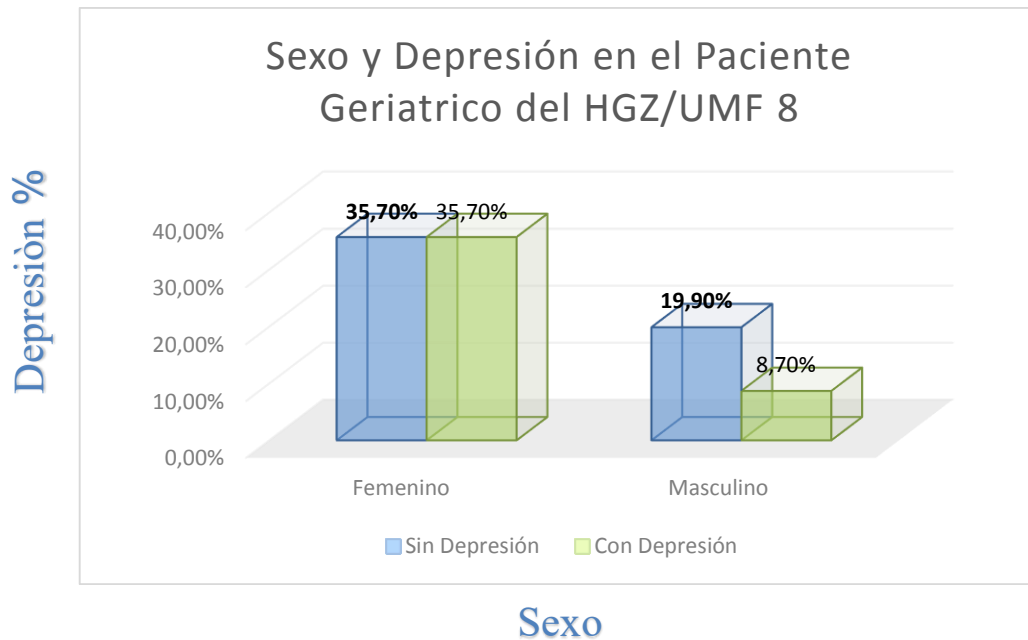
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 12

Depresión y sexo en el Paciente Geriátrico del HGZ/UMF No. 8						
	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
Sexo	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Femenino	70	35.70%	70	35.70%	140	71.40%
Masculino	39	19.90%	17	8.70%	56	28.60%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100.00%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 12



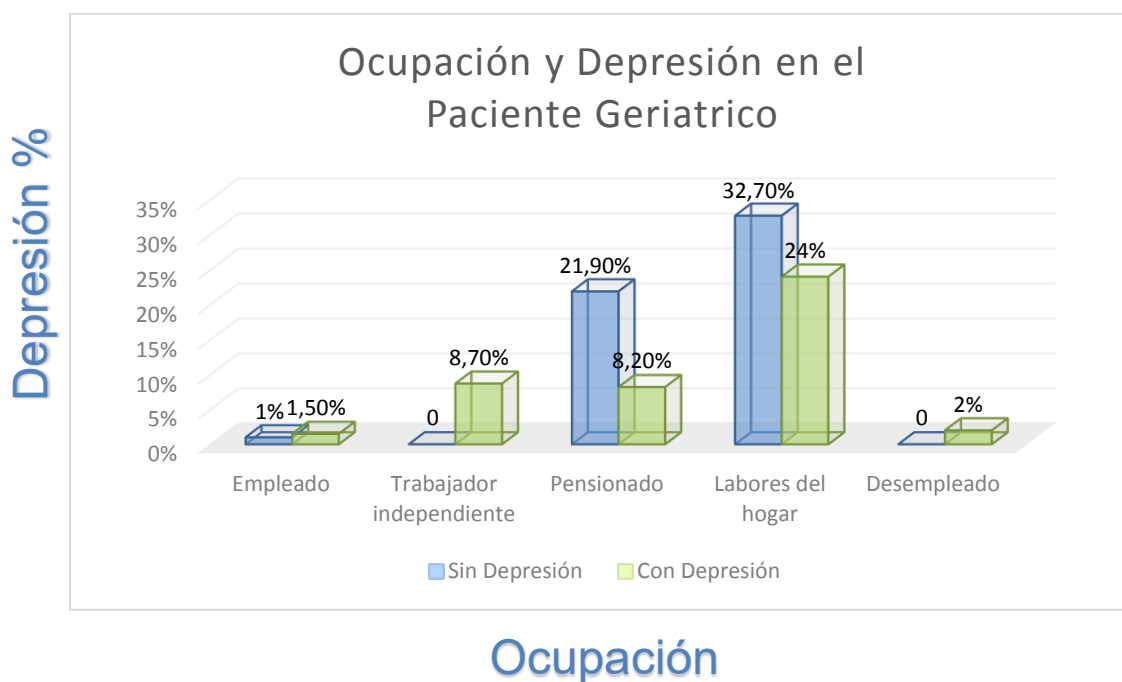
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 13

Depresión y Ocupación en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No. 8						
Ocupación	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	2	1%	3	1.50%	5	2%
Trabajador independiente	0	0	17	8.70%	17	8.70%
Pensionado	43	21.90%	16	8.20%	59	30.10%
Labores del hogar	64	32.70%	47	24%	111	56.60%
Desempleado	0	0	4	2%	4	2%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100.00%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 13



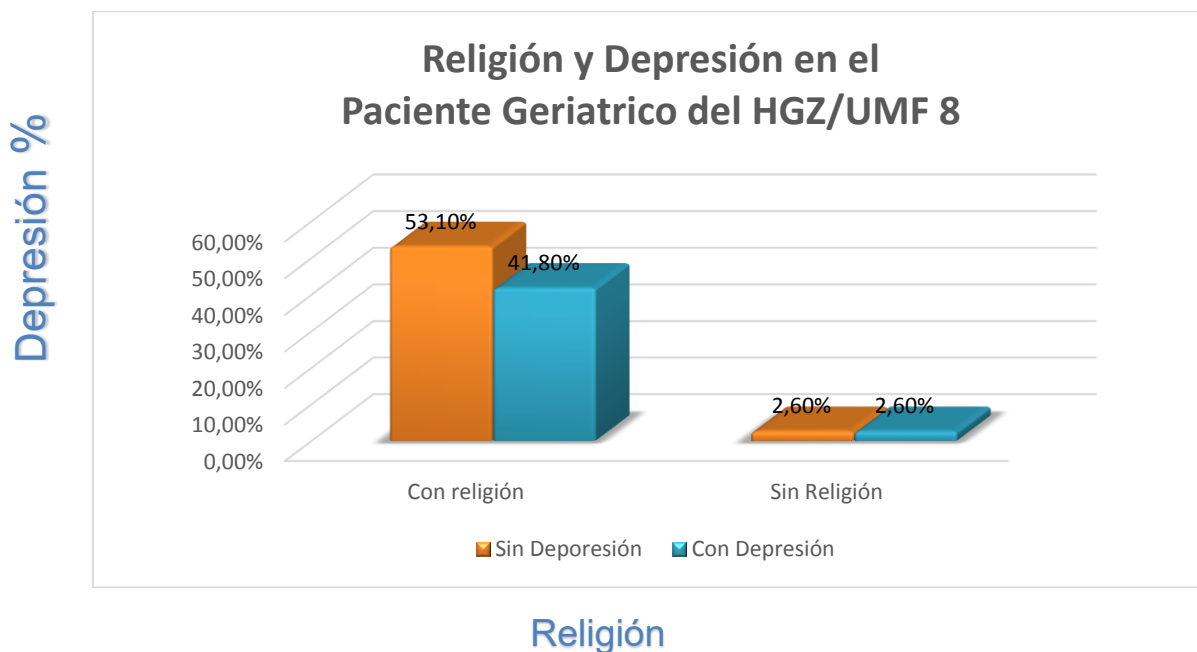
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 14

Depresión y Religión en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No. 8						
Religión	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con Religión	104	53.10%	82	41.80%	186	94.90%
Sin Religión	5	2.60%	5	2.60%	10	5.10%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 14



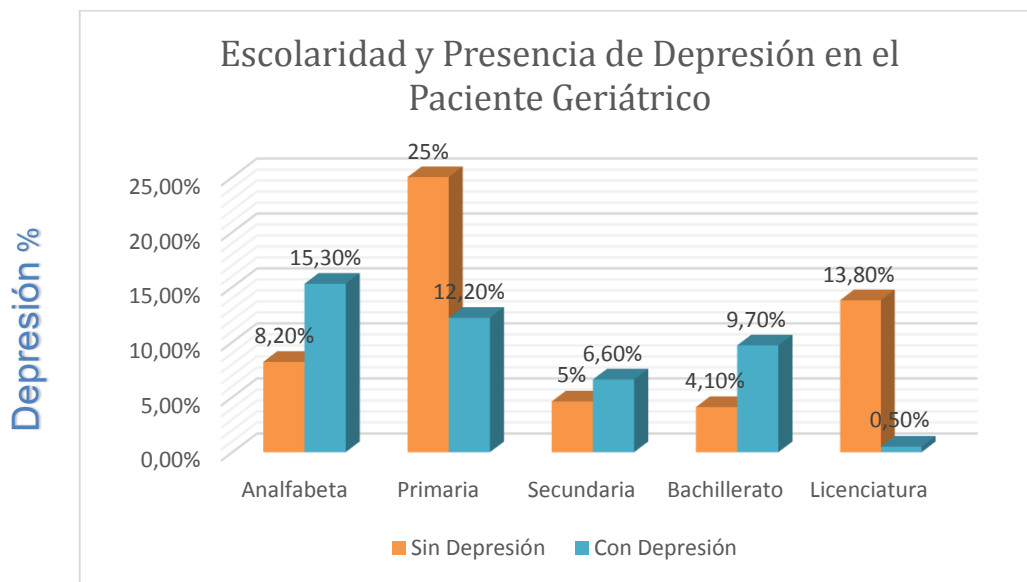
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 15

Depresión y Escolaridad en el Paciente Geriátrico del HGZ / UMF No.8						
	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
Escolaridad	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
Analfabeta	16	8.20%	30	15.30%	46	23.50%
Primaria	49	25%	24	12.20%	73	37.20%
Secundaria	9	4.6%	13	6.60%	22	11.20%
Bachillerato	8	4.10%	19	9.70%	27	13.80%
Licenciatura	27	13.80%	1	0.50%	28	14.30%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100.00%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 15



Escolaridad

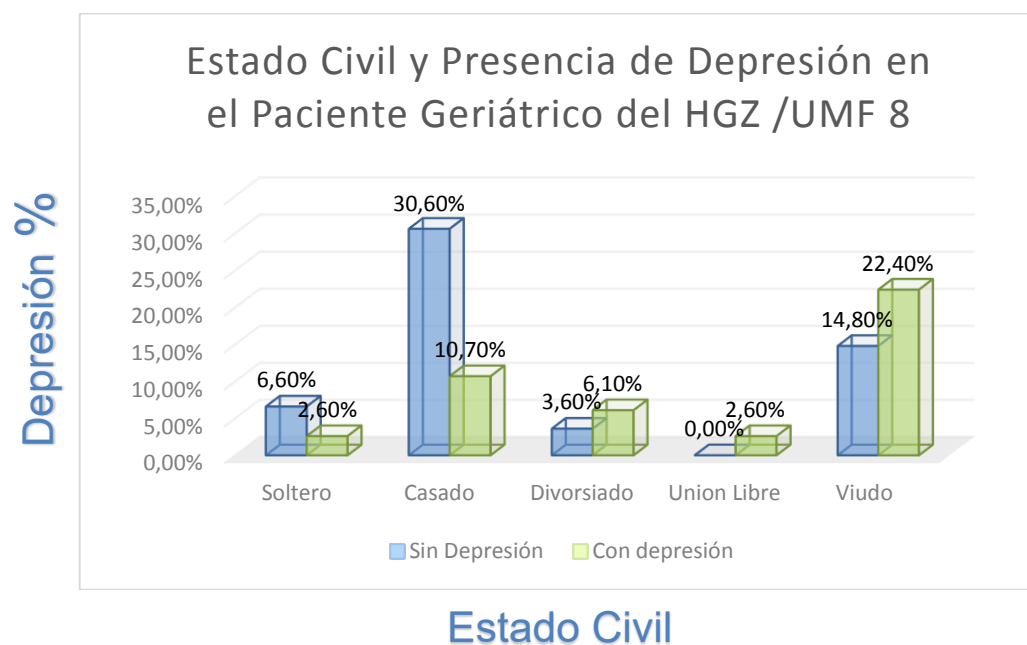
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 16

Depresión Y Estado Civil en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No.8						
	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
Estado Civil	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	Porcentaje
Soltero	13	6.60%	5	2.60%	18	9.20%
Casado	60	30.60%	21	10.70%	81	41.30%
Divorciado	7	3.60%	12	6.10%	19	9.70%
Unión Libre	0	0.00%	5	2.60%	5	2.60%
Viudo	29	14.8%	44	22.4%	73	37%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 16



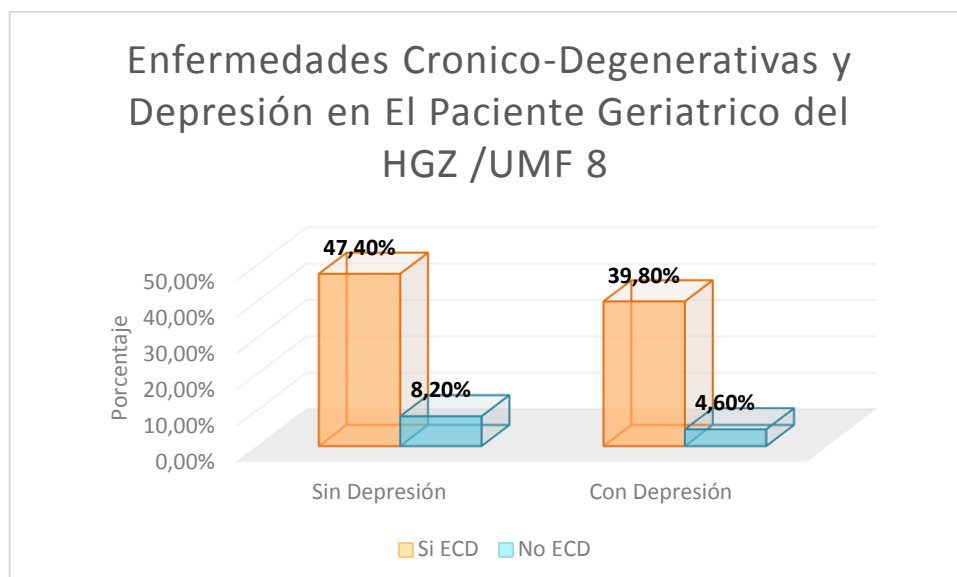
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 17

Depresión Y Enfermedades Crónico- Degenerativas en el Paciente Geriátrico del HGZ / UMF 8						
	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
Crónico Degenerativas	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	93	47.40%	78	39.80%	17	87.20%
No	16	8.20%	9	4.60%	25	12.80%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 17



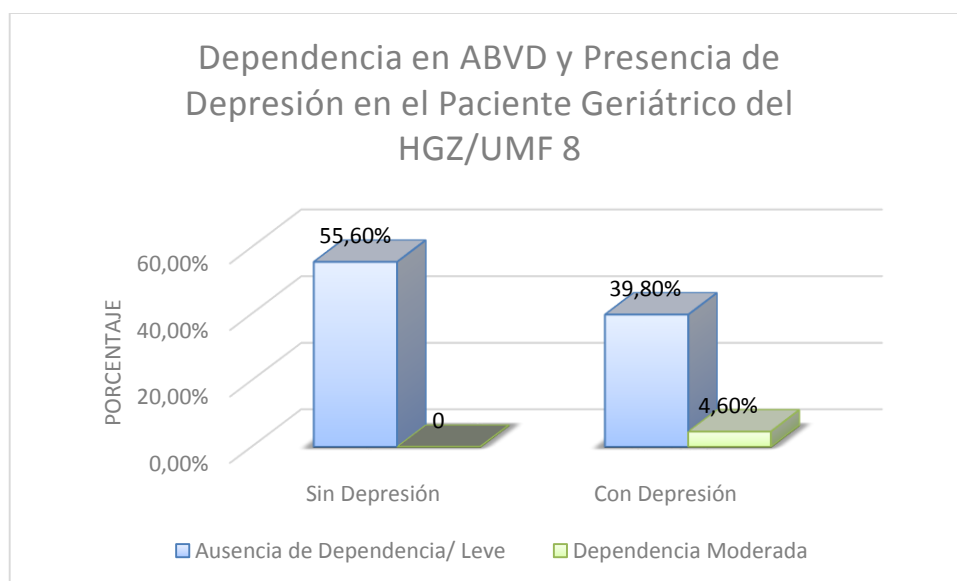
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 18

Depresión Y Dependencia en ABVD en el Paciente Geriátrico del HGZ/UMF No. 8						
	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
Dependencia	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausencia de Dependencia/ Leve	109	55.60%	78	39.80%	187	95.40%
Dependencia Moderada	0	0	9	4.6	9	4.60%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 18



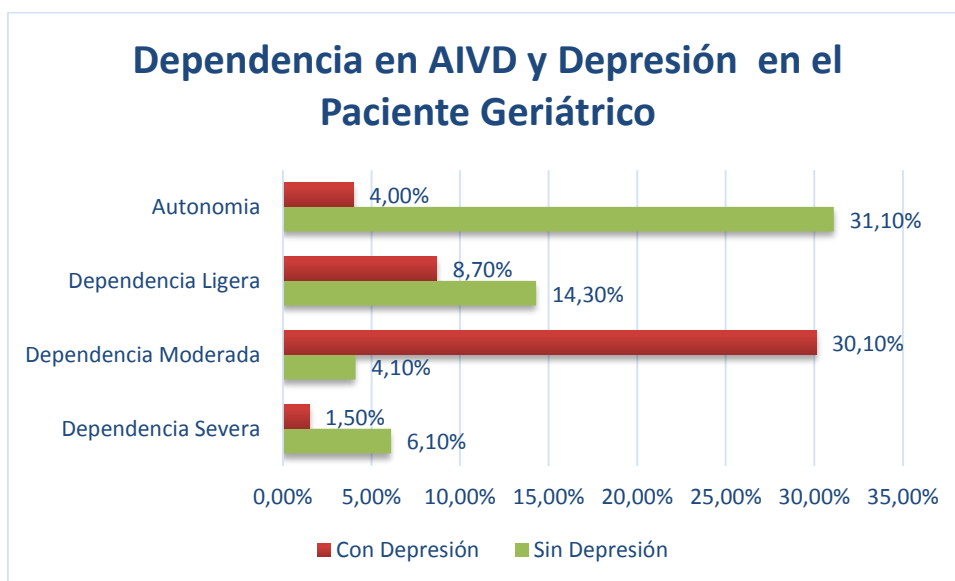
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 19

Depresión y Dependencia en AIVD en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No.8						
Dependencia AIVD	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec.	%
Dependencia Severa	12	6.10%	3	1.50%	15	7.70%
Dependencia Moderada	8	4.10%	59	30.10%	100	34.20%
Dependencia Ligera	28	14.30%	17	8.70%	45	23%
Autonomía	61	31.10%	8	4.00%	69	35.20%
Total	109	55.60%	87	44.40%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 19



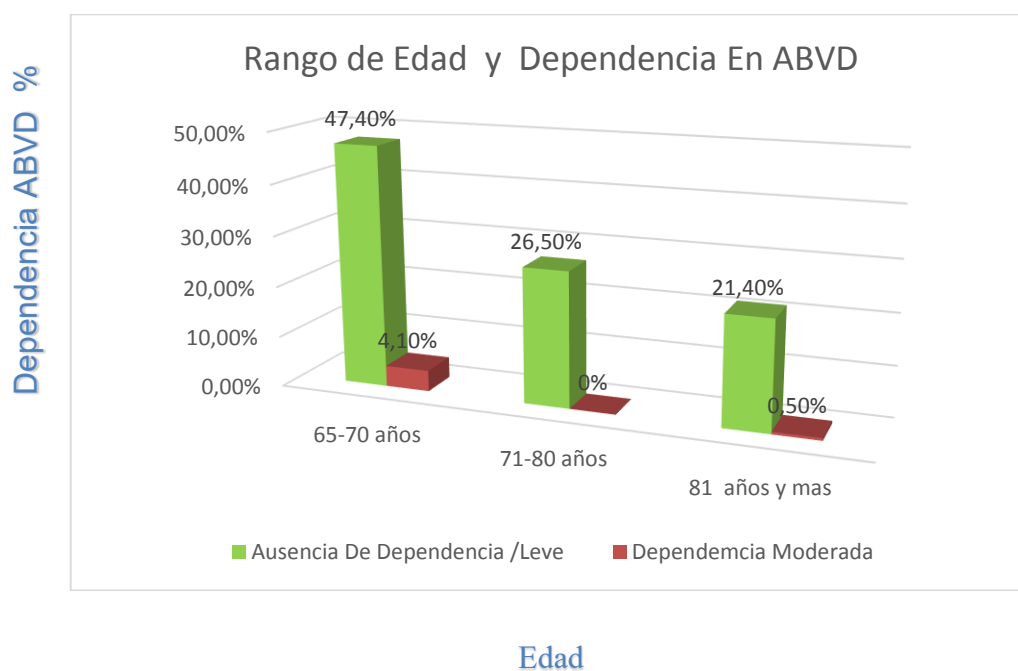
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 20

Dependencia en ABVD y Edad en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No. 8						
Rango de Edad	Ausencia de dependencia /Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
65-70 años	93	47.40%	8	4.1	101	51.50%
71-80 años	52	26.50%	0	0	52	26.50%
81 años y mas	42	21.40%	1	0.50%	43	21.90%
Total	187	95.50%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 20



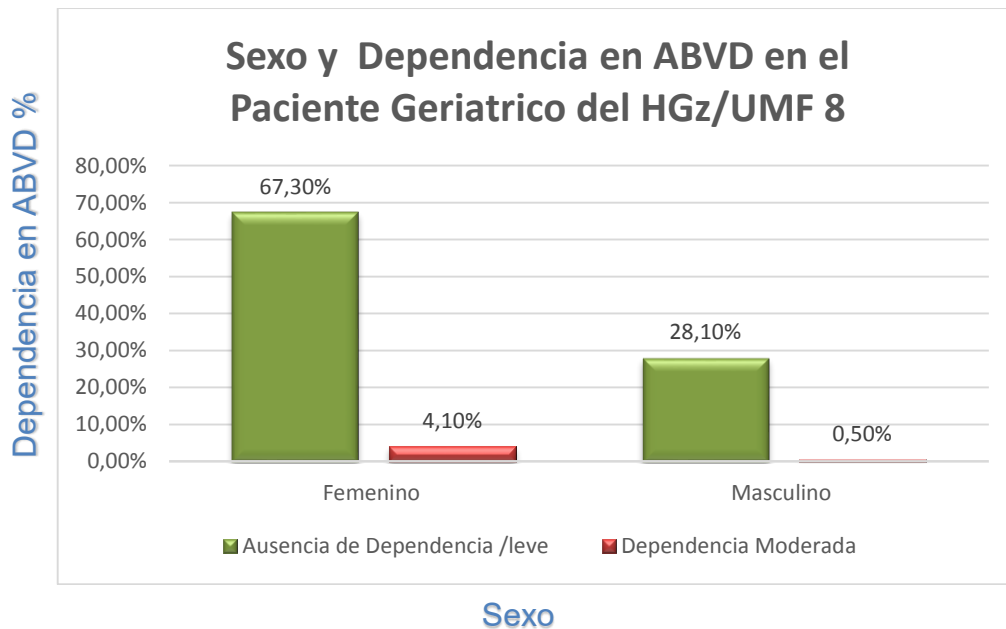
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 21

Dependencia en ABVD y Sexo en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No. 8.						
Sexo	Ausencia de Dependencia / Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	132	67.30%	8	4.10%	140	71.40%
Masculino	55	28.10%	1	0.50%	56	28.60%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 21



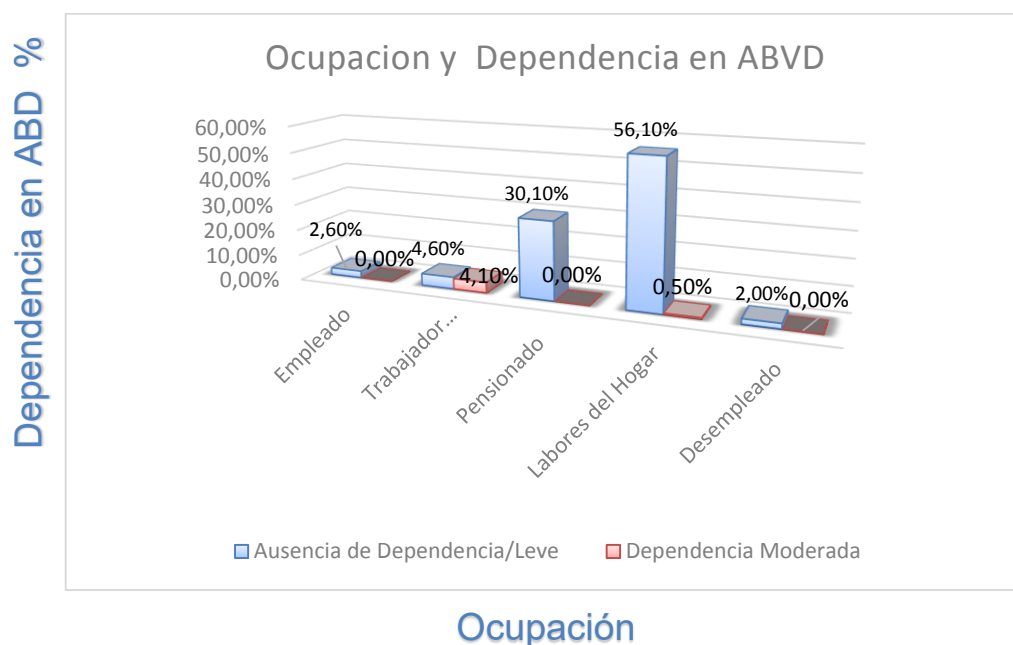
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 22

Dependencia en ABVD y Ocupación en Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No. 8						
Ocupación	Ausencia de Dependencia/Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	5	2.60%	0	0.00%	5	2.60%
Trabajador Independiente	9	4.60%	8	4.10%	17	8.70%
Pensionado	59	30.10%	0	0.00%	59	30.10%
Labores del Hogar	110	56.10%	1	0.50%	111	56.60%
Desempleado	4	2.00%	0	0.00%	4	12.00%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 22



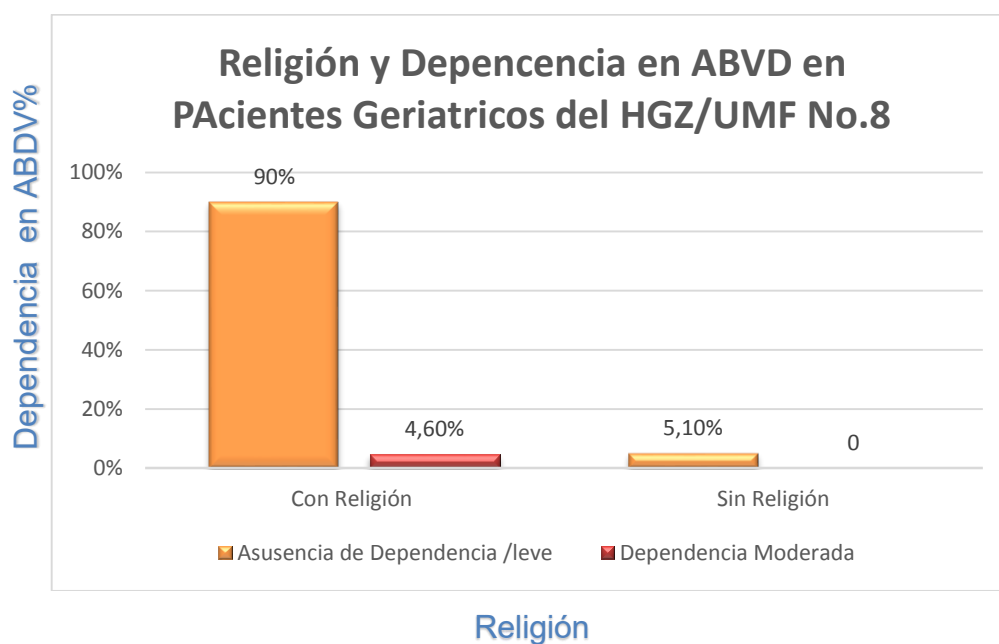
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 23

Dependencia y Religión en ABVD en Pacientes Geriátricos HGZ / UMF No. 8						
Religión	Ausencia de Dependencia /leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con Religión	177	90%	9	4.6%	186	94.90%
Sin Religión	10	5.10%	0	0	10	5.10%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 23



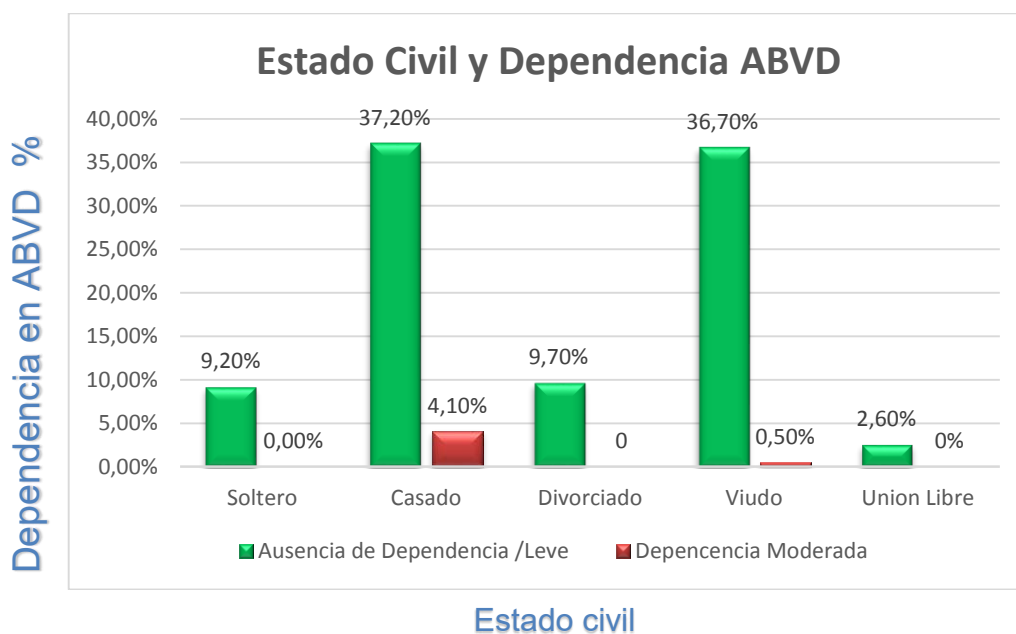
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 24

Dependencia en ABVD y Estado civil en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No. 8.						
Estado Civil	Ausencia de Dependencia /Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	18	9.20%	0	0.00%	18	9.20%
Casado	73	37.20%	8	4.10%	81	41.30%
Divorciado	19	9.70%	0	0	19	9.70%
Viudo	72	36.70%	1	0.50%	73	37.20%
Unión Libre	5	2.60%	0	0%	5	2.60%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 24



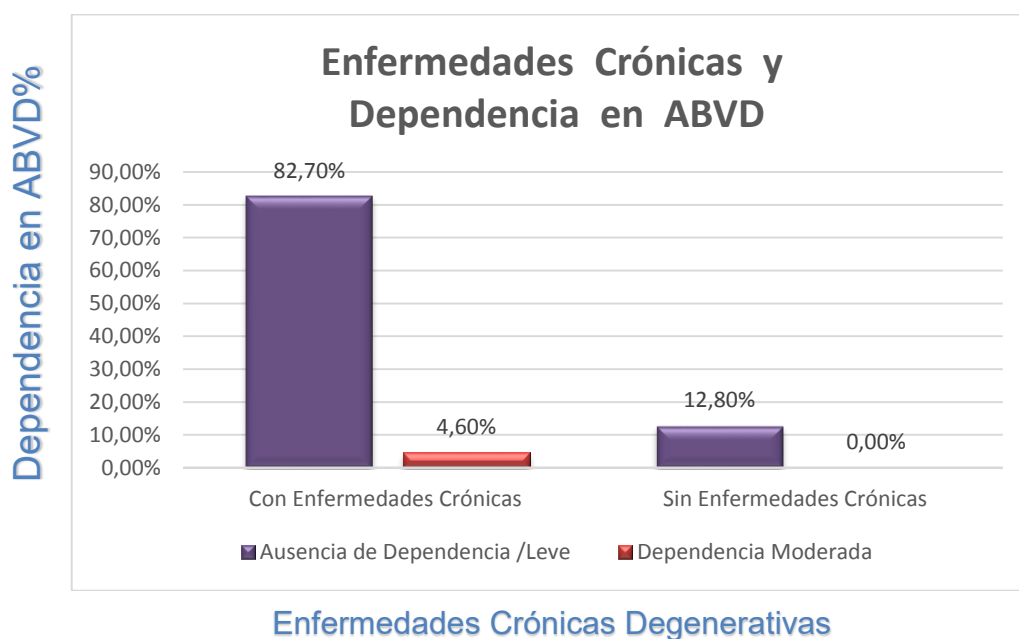
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 25

Dependencia en ABVD y Enfermedades Crónicas en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No.8						
Enfermedades Crónicas	Ausencia de Dependencia /Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
Con Enfermedades Crónicas	162	82.70%	9	4.60%	17	87.20%
Sin Enfermedades Crónicas	25	12.80%	0	0.00%	25	12.80%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráficas 25



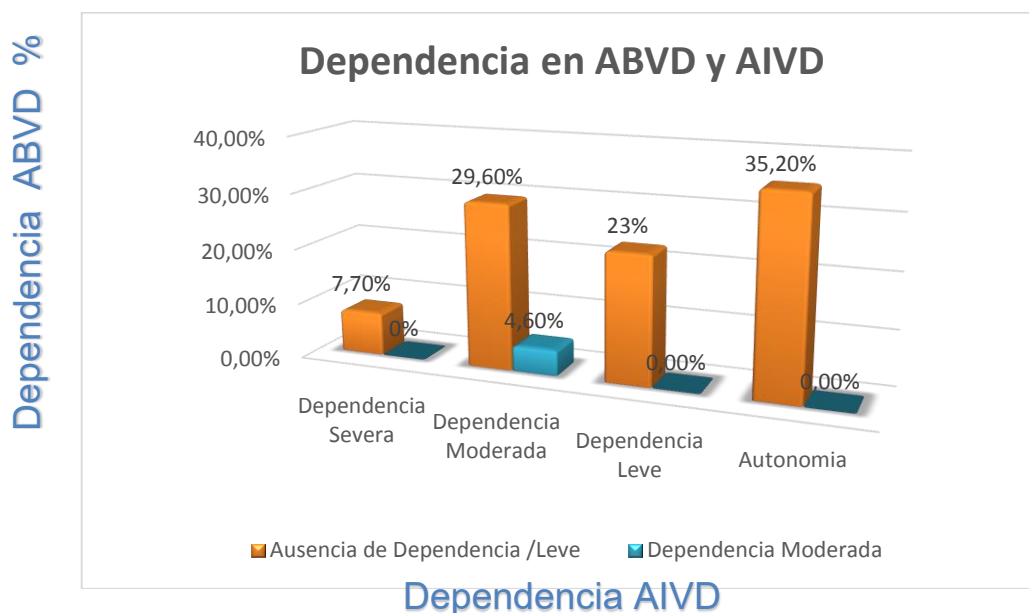
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 26

Dependencia en ABVD y Dependencia de AIVD en el Paciente Geriátrico del HGZ/UMF No. 8						
Dependencia en AIVD	Ausencia de Dependencia /Leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dependencia Severa	15	7.70%	0	0%	15	7.70%
Dependencia Moderada	58	29.60%	9	4.60%	67	34.20%
Dependencia Leve	45	23%	0	0.00%	45	23%
Autonomía	69	35.20%	0	0.00%	69	35.20%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 26



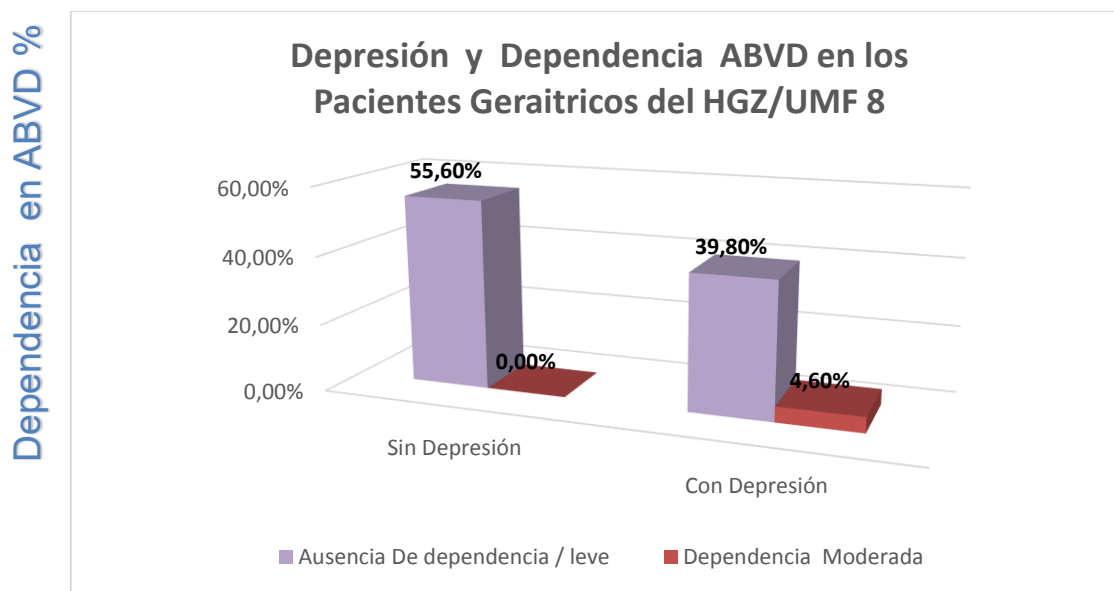
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 27

Dependencia en ABVD y Depresión en la Población Geriátrica del HGZ/UMF No.8						
Depresión	Ausencia De dependencia / leve		Dependencia Moderada		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin Depresión	109	55.60%	0	0.00%	109	55.60%
Con Depresión	78	39.8	9	4.60%	87	44.40%
Total	187	95.40%	9	4.60%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 27



Depresión

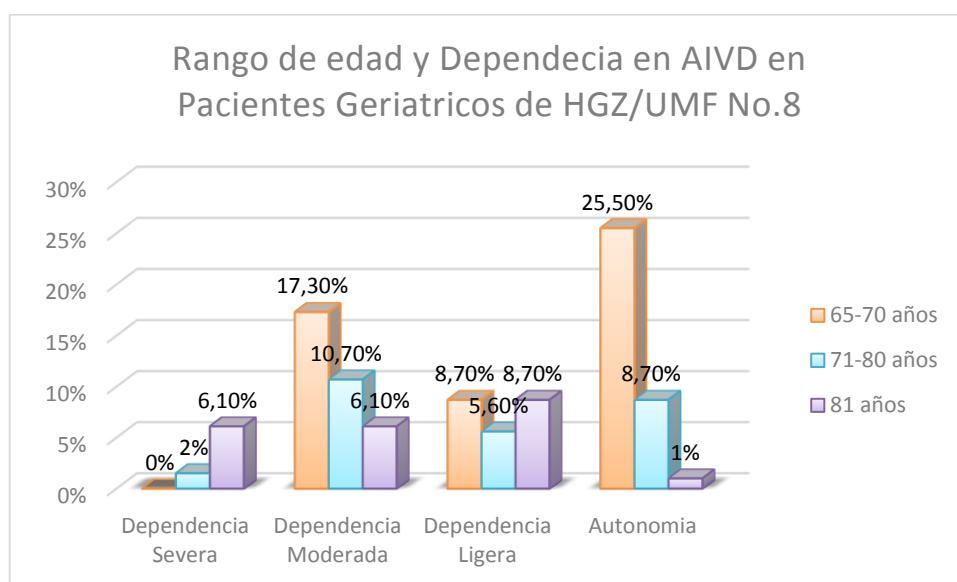
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 28

Dependencia en AIVD y Edad en el Pacientes Geriátricos del HGZ / UMF No. 8										
Rango de edad	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%	Frec.	%
65-70 años	0	0%	34	17.30%	17	8.70%	50	25.50%	101	51.50%
71-80 años	3	1.5%	21	10.70%	11	5.60%	17	8.70%	52	26.50%
81 años	12	6.10%	12	6.10%	17	8.70%	2	1%	43	21.90%
Total	15	7.70%	67	34.20%	45	23%	69	35.20%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 28



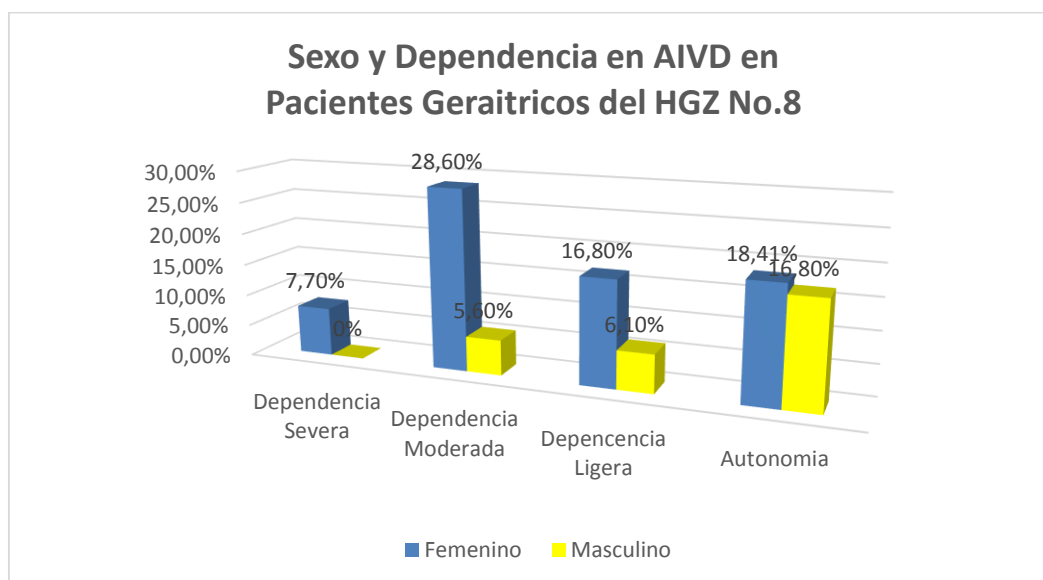
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 29

Dependencia en AIVD y Sexo en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No.8										
Sexo	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fem.	15	7.70%	56	28.60%	33	16.80%	36	18.41%	40	7.14%
Mas.	0	0%	11	5.60%	12	6.10%	33	16.80%	56	28.60%
Total	15	7.70%	67	34.20%	45	23%	69	35.20%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 29



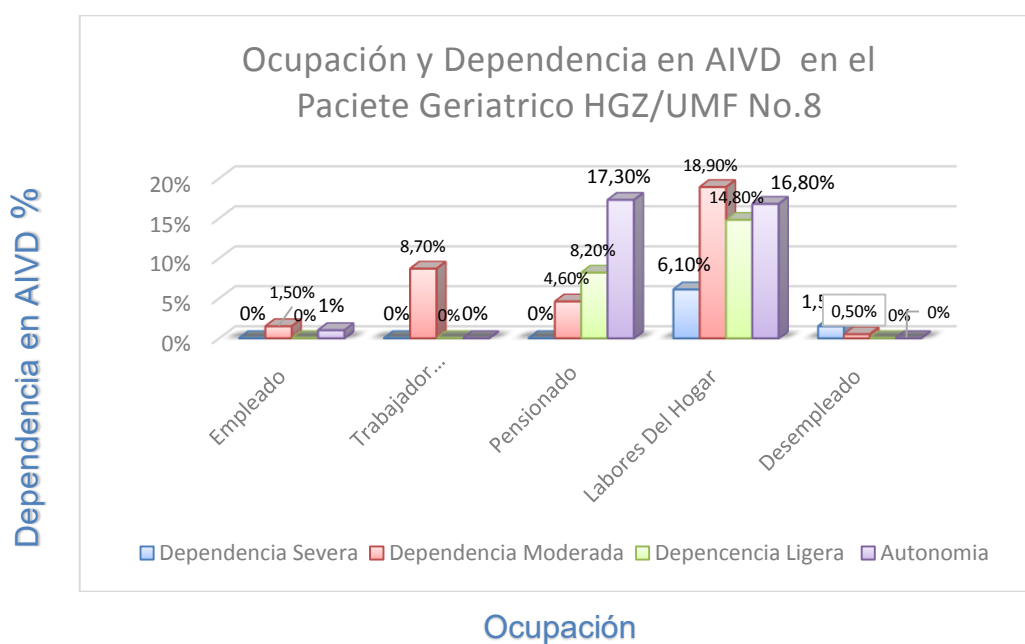
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 30

Dependencia en AIVD y Ocupación en el Paciente Geriátrico del HGZ /UMF No. 8										
Ocupación	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	0	0	3	1.50	0	0	2	1	5	2.60
Trabajador Independiente	0	0	17	8.70	0	0	0	0	17	8.70
Pensionado	0	0	9	4.60	16	8.20	34	17.30	59	30.10
Labores Del Hogar	12	6.10	37	18.90	29	14.80	33	16.80	111	56.60
Desempleado	3	1.50	1	0.50	0	0	0	0	4	2
Total	15	7.70	67	34.20	45	23	69	35.20	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 30



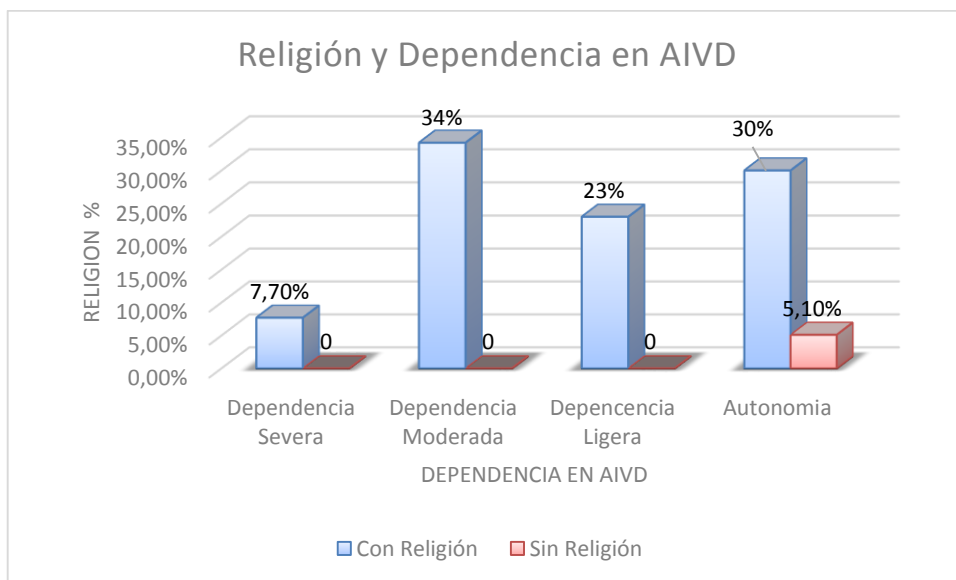
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 31

Dependencia en AIVD y Religión en el Paciente Geriátrico del HGZ No. 8										
	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
Religión	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con Religión	15	7.70%	67	34%	45	23%	59	30%	186	94.90%
Sin Religión	0	0	0	0	0	0	10	5.10%	10	5.10%
Total	15	7.70%	67	34%	45	23%	64	35.20%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 31



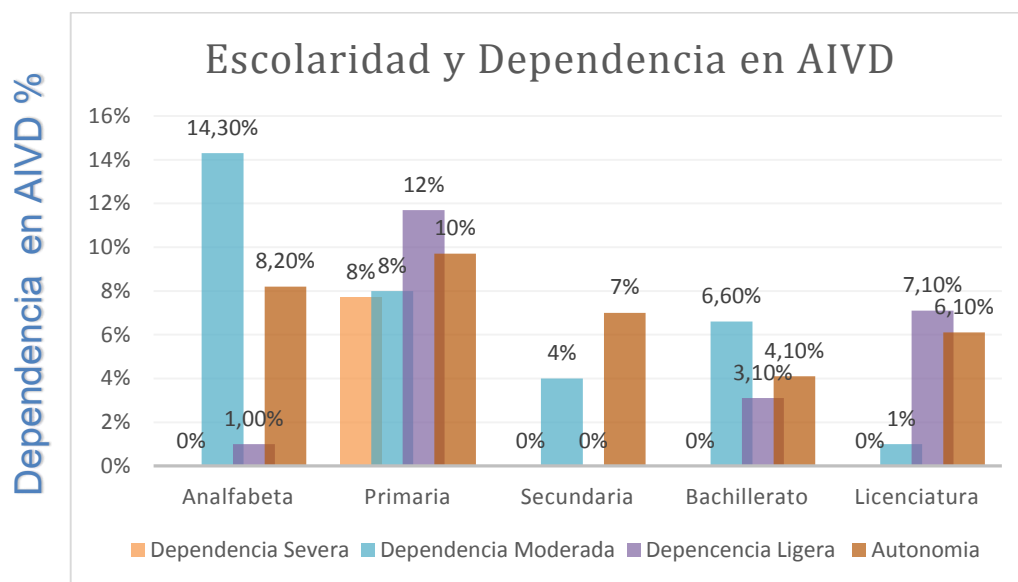
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 32

Dependencia en AIVD y Escolaridad en los Pacientes Geriátricos del HGZ No. 8										
Escolaridad	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	0	0	28	14.30	2	1.00	16	8.20	46	23.50
Primaria	15	7.7	16	8	23	11.7	19	9.7	73	37.2
Secundaria	0	0	8	4	0	0	14	7	22	11.2
Bachillerato	0	0	13	6.60	6	3.10	8	4.10	27	13.80
Licenciatura	0	0	2	1	14	7.10	12	6.10	28	14.30
Total	15	8.00	67	34.20	45	23	69	35.20	196	100

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 32



Escolaridad

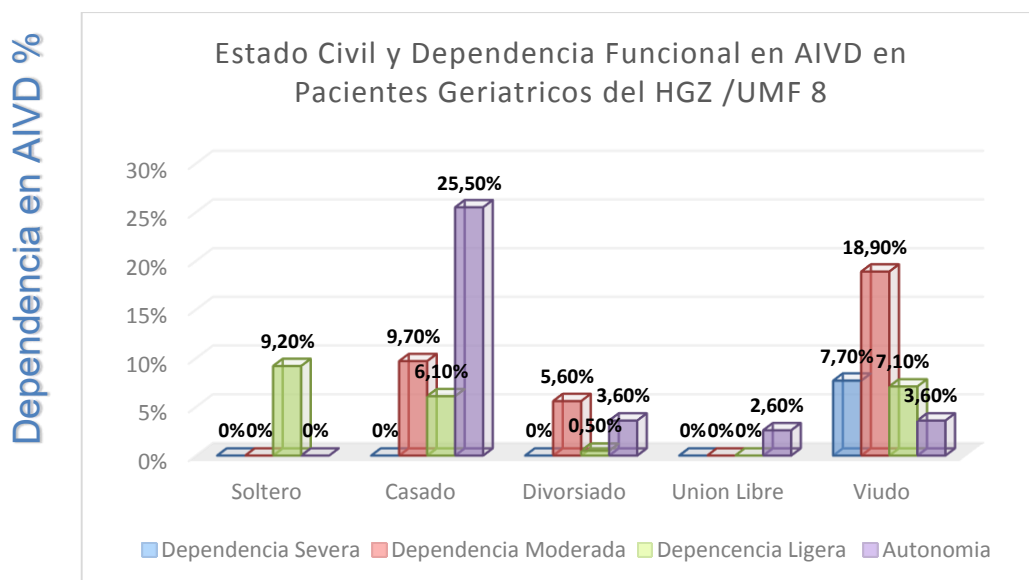
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 33

Dependencia en AIVD y Estado civil en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No.8										
Estado Civil	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	0	0	0	0	18	9.20	0	0	18	9.20
Casado	0	0	19	9.70	12	6.10	50	25.50	81	41.30
Divorciado	0	0	11	5.60	1	0.50	7	3.60	19	9.70
Unión Libre	0	0	0	0	0	0	5	2.60	5	2.60
Viudo	15	7.70	37	18.90	14	7.10	7	3.60	19	37.2
Total	15	8	67	34.20	45	23	69	35.20	196	100

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 33



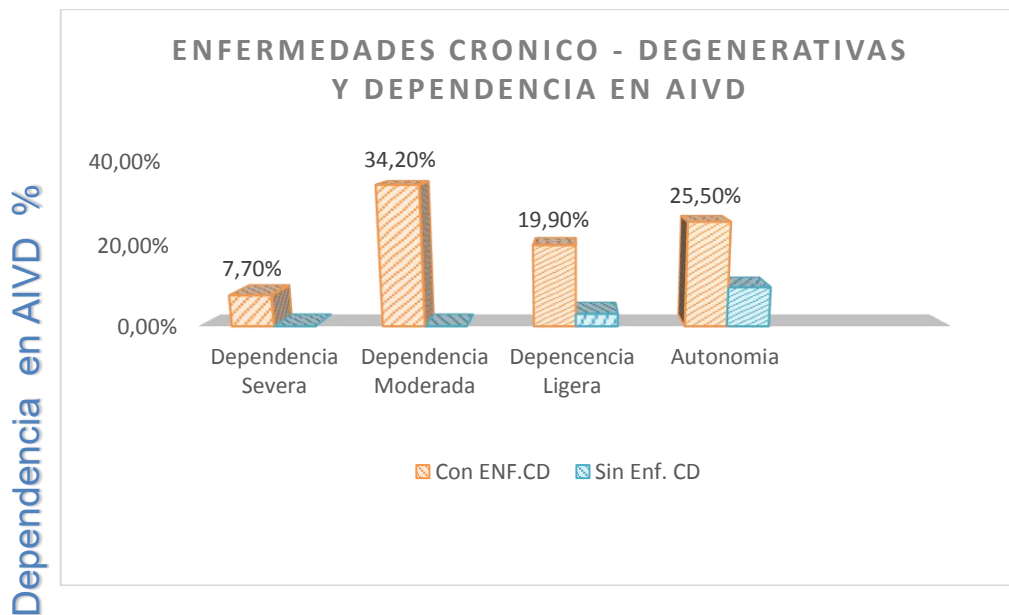
Estado Civil

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 34

Dependencia en AIVD y Enfermedades crónico degenerativas en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8										
	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Enfermedades Crónico Degenerativas										
Con Enf.CD	15	7.70	67	34.20	39	19.90	50	25.50	171	87.20
Sin Enf. CD	0	0	0	0	6	3.10	19	9.70	25	12.80
Total	15	7.70	67	34.20	45	23	69	35.20	196	100

Gráfica 34



Enfermedades Cronico Degenerativas

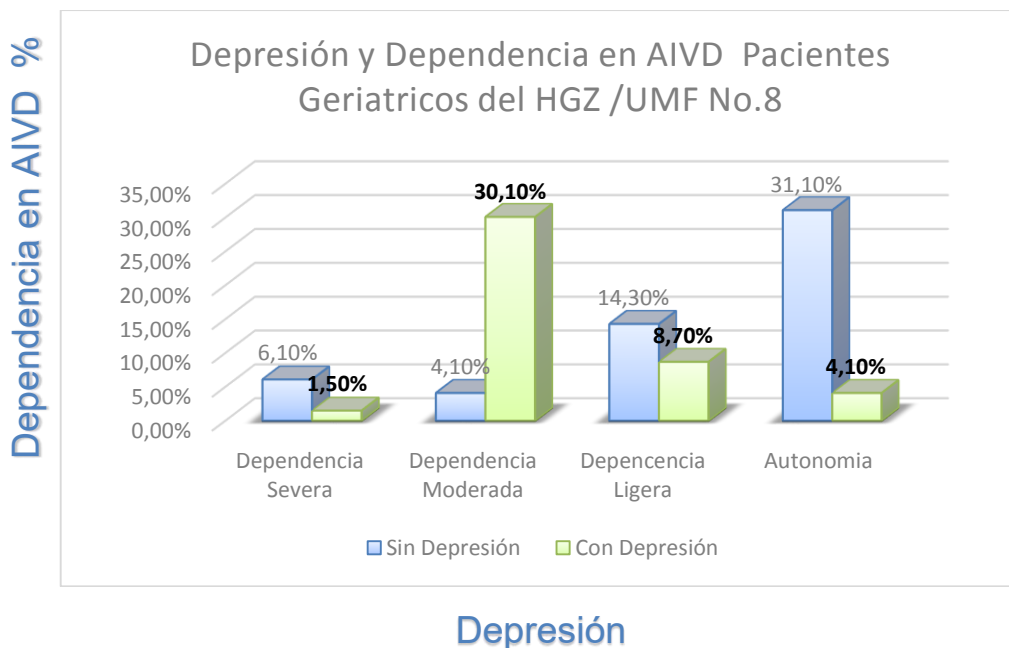
FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 35

Dependencia en AIVD y Depresión en Pacientes Geriátricos del HGZ/UMF No.8										
	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Depresión Sin Depresión	12	6.10%	8	4.10%	28	14.30%	61	31.10%	109	55.60%
Con Depresión	3	1.50%	59	30.10%	17	8.70%	8	4.10%	87	44.40%
Total	15	7.70%	67	34.2	45	23%	69	35.20%	196	100%

FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Gráfica 35



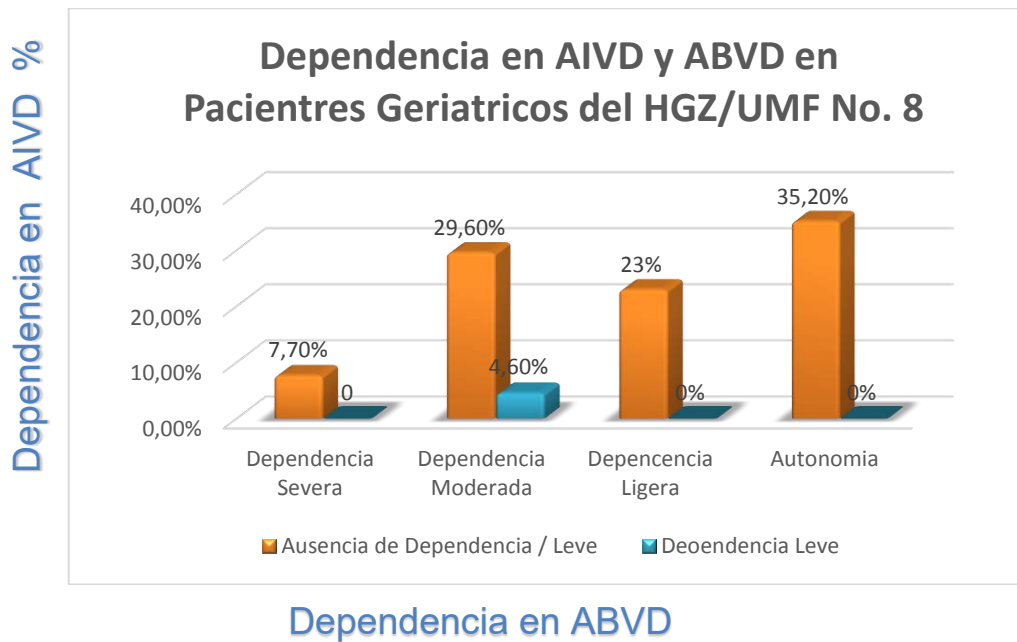
FUENTE: n=196 Cruz -A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Tabla 36

Dependencia en AIVD y ABVD en el Paciente Geriátrico del HGZ/UMF No.8										
	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia Ligera		Autonomía		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dependencia en ABVD										
Ausencia de Dependencia / Leve	15	7.70	58	29.60	45	23	69	35.20	18	95.40
Dependencia Leve	0	0	9	4.60	0	0	0	0	9	4.60
Total	15	7.70	67	34.20	45	23	69	35	196	100

FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Grafica 36



FUENTE: n=196 Cruz –A I, Espinoza-A G , Vilchis-CE, Cardeña-C I, Evaluación de la situación geriátrica en el HGZ/UMF No. 8

Discusión

En ámbito internacional, el estudio realizado por John RM Copeland y Cols. "Depression among older people in Europe" publicado en 2010; mostro que la de frecuencia de patología depresiva en este grupo de edad, fue de 22.3 %.En relación nuestro estudio se observó que el 44% de la población geriátrica padecía depresión. En relación a la comparativa de los resultados se observa que en Europa la frecuencia de depresión es menor que en nuestro país, por lo que se puede argumentar que el estilo y calidad de vida en el continente Europeo propicia las herramientas suficientes al anciano para su desarrollo activo en la sociedad, comunidad y entorno familiar; disminuyendo los factores de riesgo de padecer depresión.

Victor T. en su artículo "Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor" publicado en 2010, en la Habana Cuba revela que el trastorno depresivo tiene predominio en el grupo de ancianos de 60 – 69 años con 48.3%, seguido por el grupo de 70 a 79 con 32 .9% y finalmente en mayores de 80 años con 18.8%.En nuestro estudio, se observo; 60-70 años con 23.5% adultos mayores depresivos ,70-80 años 16.3% , más de 81 años 4.6% .Aunque los resultados no son similares, la tendencia de depresión en relación a la edad tiene predominio por el grupo de 60 – 69 años de edad, una posible explicación a este patrón de distribución, es que la vejez es una etapa en la que el individuo tiene la necesidad de realizar cambios adaptativos en diversas áreas de su vida frente a crisis normativas como son la jubilación, el síndrome de nido vacío, reestructuración familiar, perdida de roles, diagnóstico de enfermedades crónicas, termino de vida reproductiva, entre otras, que tienen como edad de presentación 60-70 años siendo esta una edad vulnerable para el paciente geriátrico.

E. Márquez Cardoso en su estudio "Depresión en el adulto mayor frecuencia y factores de riesgo asociados" publicado en 2011, menciona que el sexo más afectado por depresión es el sexo femenino con 67% en relación al masculino 32.9%; En Nuestro estudio se observa que el 80 % de la población deprimida son mujeres y el 20 % son hombres. El predominio de presentación de trastorno depresivo en el sexo femenino se debe a que presenta múltiples situaciones asociadas a desarrollo de depresión, como son los factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Dentro del rubro biológico, tenemos conocimiento de que la mujer presenta cambios hormonales en relación al declive de estrógenos y progéstágeno y que el cerebro humano tiene receptores de ambas hormonas por lo tanto los periodos de peri menopausia y menopausia pueden considerarse periodos ventana de vulnerabilidad, que asociados a otros generan mayor posibilidad de presentar depresión.

Culturalmente la mujer tiene roles asignados como son; labores del hogar, crianza de los hijos y compañera o esposa, en cada uno de los roles mencionados existe una transición en la etapa de la vejez; en el caso de las labores del hogar y de compañera o esposa, observamos que el varón ahora pensionado o jubilado ingresa al territorio de la mujer "El hogar", en tiempo completo lo que modifica el ritmo de vida de la mujer y su nivel de control en su área de trabajo, acentuando la situación de subordinación y opresión propias del papel de mujer y ama de casa, en cuanto a la crianza de los hijos, generalmente estos han partido o ya son autosuficientes. Socialmente el envejecimiento de la mujer se encuentra estigmatizado, ya que el prototipo ideal en una mujer es aquella mujer joven, hermosa y propia para la reproducción, estas características al no coincidir con la etapa y al ser claramente identificadas por la sociedad, afectan el autoestima de las pacientes.

Trinidad Hoyl en su estudio titulado "Depresión en el adulto mayor ; evaluación preliminar de afectividad " publicado en Santiago de Chile en 2010 reporta que en relación al estado civil y depresión; viudo 58% ,casado 33% ,vive solo 20 %, en nuestro estudio se observó lo siguiente; viudos 50%, unión libre o divorciados o solteros 26% y casados 24% .El estado civil más asociado a depresión en ambos estudios fue el de viudez, debido probablemente a que en esta etapa de retiro o muerte se presentan eventos estresantes entre ellos la pérdida de la pareja sentimental, está pérdida acompañada del proceso de duelo que puede llegar a sobrepasar los mecanismos adaptativos sociales, económicos, culturales del adulto mayor.

En el estudio de Mariana Bello. Titulado " Prevalencia y Diagnostico de Depresión en la población Adulta Mayor " México D.F. en 2011; Aporto los siguientes resultados en relación a Escolaridad y Depresión; Entre los individuos sin educación formal se reporta depresión con frecuencia de 8% disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor .En nuestro estudio se observó que los analfabetas el 15.3% presentaba depresión, escolaridad primaria 12.2 %, escolaridad secundaria 6.6 %, Bachillerato 9.7% con depresión; licenciatura 0.5% con depresión. En términos generales se podría decir que a mayor grado de escolaridad menor probabilidad de presentar depresión; La baja escolaridad se asocia a situaciones como son sentimientos de infelicidad, pobres relaciones sociales, pobre salud auto-reportada y bajo ingreso económico que tienen una fuerte influencia en la calidad de vida, siendo la baja escolaridad un potencial factor de riesgo para la presentación de depresión. Además está comprobado que el alto nivel de educación se asocia a desarrollo de habilidades cognoscitivas que son claramente factor protector contra depresión.

En el estudio realizado por Mariela Borda Pérez, Titulado "Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia)" Publicado en 2013; se observó que el 70 % de los pacientes con depresión presentaban alguna comorbilidad; En nuestro estudio se observó que la población que presentaba comorbilidades asociadas a depresión fue de 88%. La frecuencia de presentación depresión asociada a comorbilidades es elevada en ambos estudios.

Las enfermedades crónico-degenerativas son crisis para normativas que socialmente se encuentran etiquetadas como irreversibles e irremediables , con la idea frecuente de que condenan a muerte, lo que ocasiona en el paciente una respuesta de sufrimiento acompañado de la necesidad de afrontarlas para lograr adaptación a un nuevo estilo de vida , se sabe que solo el 30% de la población geriátrica es capaz de lograr adaptarse a vivir en presencia de estas enfermedades , ya que necesitan cambios en diferentes ámbitos como son rutina, preparación de alimentos, relaciones sociales y familiares ; realización de ejercicio, gasto económico entre otros.

En el estudio realizado por Zavala González María, Titulado “Dependencia Funcional y depresión en un grupo de ancianos de villa hermosa México” publicado en 2010; Se observó que el 99.3% presentaba ausencia de dependencia o dependencia leve y el 0.7% presentaba dependencia moderada en nuestro estudio se observó que el 95.4% presentaba ausencia de dependencia o dependencia leve y el 4.6 % presentaba dependencia moderada. Los resultados se explican por secuencia que sigue la pérdida de la capacidad funcional con el detrimento en la realización de actividades avanzadas de la vida diaria , posteriormente se ven mermadas las actividades instrumentales de la vida diaria y finalmente se ven afectadas de actividades básicas de la vida diaria; Por lo que la pérdida de actividades básicas de la vida diaria se presenta con más frecuencia a edades avanzadas por arriba de los 80 años de edad , teniendo en cuenta que en México la esperanza de vida es alrededor de 72 años, es esperado encontrar muy bajo índice de dependencia e nuestra población , sin embargo con el aumento de la población geriátrica y la transición epidemiológica cada vez será más frecuente siendo de gran interés, identificar la dependencia de forma temprana, para implementar programas de rehabilitación e intentar recuperar funcionalidad.

En un estudio realizado por Concepción Tomas Aznar Titulado “Dependencia y Necesidades de cuidados no cubiertos de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza “publicado en 2010 en Madrid España se observó que en relación a la edad de 75- 79 años el 76% presentaba autonomía en ABVD, 80 a 84 años el 76% y de más de 85 años 55.9%. En relación a nuestro estudio se observó que entre las edades de 60 y 70 el 47 % presentaba autonomía en Actividades de la vida diaria, de los pacientes entre 70 – 80 años se presentó en 52 % y más de 80 años 21%. Los resultados presumen relación inversa entre edad y autonomía, es decir, a más edad - mayor dependencia en ABVD. El patrón mencionado probablemente es secundario a la pérdida de capacidades asociadas al envejecimiento, la presencia de complicaciones de enfermedades crónicas, aislamiento social y progresiva falta de actividad en su entorno.

En un estudio realizado por Marco Antonio Zavala González titulado “Funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor “ publicado en Villa Hermosa Tabasco en 2011 se reportó de acuerdo a la dependencia en AIVD el 92% ; en nuestro estudio se observó que el 77% con presencia de dependencia en AIVD;

En ambas poblaciones se manejan frecuencia de presentación elevada, se sabe que estas actividades tienden a verse afectadas en edades de 70 – 80 años , las actividades instrumentales de la vida diaria permiten la convivencia del anciano con su comunidad por lo tanto al perderlas significa su aislamiento de la comunidad, esto representa cambios en la vida familiar afectando productividad del paciente y de la familia, con consecuencias psicológicas y sociales en los miembros del núcleo familiar .

En un estudio de Milagros de la Fuente Sanz , titulado “ Dependencia funcional del anciano institucionalizado “ se observó que el sexo femenino 54.5% independencia y 45.5% dependientes y sexo masculino 70.9% independientes y 29% dependientes; En nuestro estudio Sexo femenino 67% Independiente / Dependencia leve y 4% Dependencia moderada, sexo masculino 28.5% dependencia leve Independencia, 0.5 % dependencia moderada .

Tomando en cuenta que el tipo de población estudiada en el comparativo, tenemos adultos hospitalizados con predominio en edad de 70 años , es esperado que tengan mayor grado de dependencia sin embargo la frecuencia de dependencia en ambos estudios es más alta en la mujer, esto se debe probablemente a que las patologías crónico degenerativas que se presentan en este género tienden a provocar mayor grado de dependencia entre ellas tenemos a Hipertensión arterial sistémicas , osteoporosis , obesidad , enfermedades reumáticas , sx caídas y depresión.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo conocimiento sobre la situación de geriátrica de los pacientes del HGZ 8, mediante la aplicación del cuestionario GDS de Yesavage, Índice de Katz e Índice de Lawton Brady se identificó la frecuencia de Depresión y dependencia en ABVD y AIVD. Es relevante mencionar que en la literatura tanto nacional como internacional se encuentran grandes estudios en relación a la patología depresiva pero pocos en relación a la dependencia funcional en el adulto mayor, así como poca difusión de instrumentos para diagnósticos de tales patologías; Siendo otro alcance del presente estudio, la difusión de estas herramientas de diagnóstico; ya que estas son confiables y están validadas para población mexicana.

Otro de los alcances que se obtuvieron en este estudio es el referente a la importancia del diagnóstico temprano de la patología depresiva en el paciente geriátrico ya que en nuestra población es usualmente subdiagnosticada y por lo tanto como toda patología crónica un diagnóstico tardío y por ende, un retraso en el tratamiento impacta en la vida del paciente la cual se merma con la tendencia a la dependencia del individuo. Siendo así un hecho importante la realización de un screening en los pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa de primer nivel la aplicación de estas herramientas diagnósticas para realizar un tratamiento integral y multidisciplinario.

Un alcance más que se obtuvo fue que nos permitió aportar importantes hallazgos con relevancia clínica, entre los que destaca la identificación de variables socio demográficas que muestran aparentemente alta frecuencia de presentación en depresión y Dependencia en ABVD y AIVD .

Como ejemplo tenemos que el sexo femenino tiene mayor índice de depresión y dependencia; de igual forma el estado de viudez representa un factor que aumenta la frecuencia de presentación de ambas patologías o bien el presentar un menor grado académico, aumenta la frecuencia de depresión y dependencia; sirviendo como alerta al médico de primer contacto; que con estos y otros datos estará más pendiente de realizar un correcto tamizaje de estas patologías.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que durante la selección de los pacientes de la investigación, únicamente se incluyeron aquellos que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z./U.M.F. No. 8, con predominio de la población de turno vespertino por lo que imposibilita generalizar los resultados obtenidos y únicamente pueden ser aplicados en nuestra población. De esta forma se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes de ambos turnos y de otras unidades.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

En cuanto a los posibles sesgos se observó que en los criterios de exclusión no se incluyó la presencia de etapa de duelo, la cual alteraría el resultado del tamizaje de depresión. Otro posible sesgo que al no realizar examen del estado Cognoscitivo, algunos reactivos del el cuestionario GDS de Yesavage podrían resultar no certeros del todo. Otro posible sesgo es que en relación al Índice de Katz que es utilizado para evaluar Dependencia ABVD, las categorías de puntuación engloban ausencia de dependencia / dependencia leve en una sola categoría, siendo esta una limitante en el momento de comparación con otros estudios en donde son categorías separadas.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite resaltar algunas características sociodemográficas que apoyen el diagnóstico temprano de la patología depresiva en el paciente geriátrico, de tal forma que se puedan llevar a cabo intervenciones oportunas, directas y especializadas. Así como la difusión de los instrumentos de valoración geriátricos gran relevancia en la detección de patologías como depresión y dependencia funcional, siendo estos de fácil y rápida aplicación en la consulta de primer nivel. Al conocer la presencia de depresión o dependencia funcional de nuestros pacientes podemos promover medicación, derivación a apoyo psicológico, cambios en el estilo de vida y factores sociales que repercutan en el paciente. Todo esto nos lleva a la tarea de implementar programas de apoyo y educación para cada uno de nuestros pacientes y cuidadores primarios, que los eduquen sobre la etapa de vida y cambios fisiológicos normales por la edad.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta mayor conocimiento acerca de la presencia de depresión en la población del HGZ 8. De igual forma muestra la gran utilidad de los instrumentos de valoración geriátrica los cuales se

encuentran validados en población de habla hispana, como prueba de tamizaje y detección oportuna de alteraciones depresivas y dependencia funcional. Nuestro estudio aporta información útil de la aplicación y resultados del cuestionario, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores. En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto. De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en los estudios que busquen de forma dirigida la asociación de dependencia y depresión

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para impulsar y orientar políticas de salud en favor del paciente geriátrico, así como la gestión necesaria de entrega de presupuesto y contratación de personal capacitado para la creación de programas orientados al desarrollo del adulto mayor.

El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es importante y el saber derivar a tiempo desde un primer nivel de atención es una pieza clave, el derivar de forma oportuna a los servicios de psicología, psiquiatría y rehabilitación tiene como finalidad establecer en el paciente un mejor control en todas las esferas de su vida, condicionado un mejor desempeño a nivel personal, familiar y social.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje del paciente geriátrico en la consulta de medicina familiar, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria, evitando así las complicaciones como puede ser la dependencia funcional.

Conclusiones

En la presente investigación se cumplió con el objetivo de estudiar la situación Geriátrica en los pacientes de la Consulta Externa del H.G.Z. / U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que de acuerdo a los resultados se puede observar que el diagnóstico de Depresión y Dependencia en ABVD y AIVD son menospreciados en nuestro país, que el sexo más vulnerable es el femenino, la baja escolaridad es un factor importante de predisposición a episodios depresivos y situación de dependencia; en cuestión de religión y ocupación no se encontraron relevantes; en cuanto al estado civil el grupo más afectado son aquellos en situación de viudez; En relación a Dependencia de ABVD se observa su presentación a edades avanzadas, en particular en pacientes con más de 80 años, asociada a depresión en la mayoría de los casos; En Dependencia en AIVD se observa mayor frecuencia de presentación entre los 70 y 80 años con asociación a depresión importante. En relación Depresión / Dependencia en ABVD y AIVD llama la atención la frecuencia de asociación en ambas, sin poder asegurar relación efecto causa por lo que sería conveniente estudiar en un futuro la presencia de asociación con otro tipo de estudio. En relación dependencia y sexo es importante mencionar que el sexo femenino se observa más afectado que el masculino, por lo que se debe tener el sexo como un factor de riesgo para desarrollo de dependencia.

Dentro de las líneas de investigación que se pueden desprender de este estudio encontramos necesario saber ¿Cuál es la frecuencia de utilización de la valoración geriátrica integral recomendada por la GPC en el consultorio de medicina familiar? Ya que al evaluar el uso indirectamente con la validación de expedientes no podremos dar cuenta del cumplimiento del personal médico en relación a este grupo de edad.

Otra línea de trabajo importante que puede surgir de esta investigación es la evaluación del tratamiento adecuado para depresión ya que es bien sabido que esta patología es subdiagnosticada; y cuando se realiza el diagnóstico solo el 10% de los pacientes obtienen un tratamiento adecuado.

La depresión en el adulto mayor depende de forma importante del afrontamiento que preste el paciente geriátrico a la adaptación de las crisis normativas y para normativas propias de su edad, por lo que otra problemática a estudiar sería el grado de resiliencia en el adulto mayor frente al envejecimiento.

En cuanto a la dependencia en ABVD y AIVD además de evaluar el uso de los instrumentos de diagnóstico y el grado de dependencia del paciente, se debería evaluar la forma en que el médico familiar evita o intenta restaurar la funcionalidad del adulto mayor por medio de la rehabilitación.

Al ser notoria la elevada frecuencia de dependencia en la mujer sería importante saber cuáles son las condicionantes de la misma; como dato importante sería el reconocimiento de las patologías que se presentan más en este género y que se asocian más a dependencia funcional.

Dentro de las propuestas a plantear es importante cambiar la mentalidad del personal de salud en cuanto al paciente geriátrico; se debe ofrecer una sociedad que le permita su desarrollo y que de la posibilidad de mantenerse activo el mayor tiempo posible.

En materia de salud y apoyo social; será necesario la creación y difusión de aquellos grupos que promuevan socialización, auto cuidado, autoestima, activación física, terapia ocupacional, además de la concientización de las redes familiares de la problemática que enfrenta el adulto mayor, en esta etapa de su vida.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje del paciente geriátrico en la consulta de medicina familiar, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria, evitando así las complicaciones.

Bibliografía

1. Rodríguez Daza KD. Mitos de la vejez. *Vejez y Envejecimiento*. Rodríguez Daza KD. 1ra ed. Colombia: Universidad el Rosario; 2011; 5(2):12-19.
2. González A, Rodríguez L. Fragilidad, paradigma de la atención al adulto mayor. *Rev.Geroinfo*. 2009; 3(1):1-11.
3. Fajardo Ortiz G, Roberto A.; *Viejísimo en el ambiente cotidiano; Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud* Instituto Nacional de Geriátría.; Serie Cuadernillos de salud pública; 1ra ed. México 2013 ;6(3): 19-32.
4. Alba Víctor; *Paro, jubilación y envejecimiento prematuro*, Gerontología y Salud: perspectivas actuales. José Buendía (ed .lit).Madrid.1997;4(5): 59-76.
5. Dorantes Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2010; 22(1).1-11.
6. Gonzalez F., Massan C. Estudio Nacional de Dependencia en Adultos Mayores; *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2010; 7(4): 8-10.
7. Pedro Carazo Bargas, *Activación Física y Capacidad Funcional en el adulto mayor: El Taekowondo como alternativa de mejoramiento*. Revista Educación 2011,25(2).125-135.
8. López Torres JH, Boix Gras C, David García Y, Téllez Lapeira J, del Campo del Campo JM, López Verdejo MA. Functional status in the elderly with insomnia. *Quality of Life Research*. 2010; 16(2).279-286.
9. Ma. ZavalaGonzález, SE Posada-Arévalo, RG. Cantú-Pérez. Dependencia funcional en un grupo de pacientes geriátricos de consulta externa Villa hermosa. *Archivos en Medicina Familiar*.2010; 12(4): 116-126.
10. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex*. 2007; 12 (3): 49 -70.
11. Olivares Tirado ,V. Miranda, M Gillmore, C. Ibáñez. División; Dependencia de los adultos mayores en Chile ; *GeriatricRev*. 2008. 4(3): 23-45.
12. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores mexicanos. *Psicogeriatría*. 2010;2(1).41-8.
13. García-Peña C, Juárez T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general. *La salud del adulto mayor*. Temas y debates. México D.F.: Arenas Editores; 2008; 5(3): 209-233.
14. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 5(9): 49.761-768.
15. Alexopoulos GS., Katz IR., Reynolds CF., et al. Pharmacotherapy of depression in older people: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2011; 7(7): 361-376.

16. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel Molina CG, Velasco-Rodríguez M. Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(1).21-8.
17. Áviles-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx.* 2010;49(5).367-75.
18. Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo y cols. *Resiliencia.* Ed. Paídos 2012. 5 (6) : 23-32.
19. Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. *Valoración Geriátrica Integral.* Barcelona: Glosa Ediciones; 2011;5 (4): 15-27.
20. Martínez Soto J, Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008; 4 (9)103-108.
21. Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 49 (23) : 788-794.
22. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:570-578
23. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2002;49(9).1-100.
24. F. Valoración geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (Supl. 5): 25-31.
25. Agüera-Ortiz Luis F., Rosario Losa, Luisa Goez, Inmaculada Gilaberte, Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico, *Psicogeriatría* 2011; 3 (1).1-8.
26. Dechent Claudia R. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos, *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2008; 19: 339 – 46.
27. Gregorio P Gil, Carrasco Martín . Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2004.16-24.
28. Martínez J, Onís MC, et al. Versión española del cuestionario de Yesavege abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MedFam. España.* 2002;12(10).26-40.
29. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. *J Psychiatr Res* 1982; 17 (1). 37-49.
30. Jiménez Manuel Antón, Gálvez Sánchez Noemí, Esteban Sáiz Raquel, Depresión y Ansiedad, síndromes geriátricos. *Tratado de Geriatria para residentes, Masson.* 2011;23 (2).243-249.
31. San Joaquín Romero Ana Cristina; *Valoración Geriátrica Integral, Tratado de Geriatria para Residentes, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* 2006 (1).55-68.
32. Fernández Elena A., Lampré Ma. Pilar Mesa. *Valoración Geriátrica integrales, Tratado de Geriatria* 2008;24.123-124.
33. RM Copeland John y Cols. "Depression among older people in Europe" *World Psychiatry* 2004; 1(3): 25- 34.
34. Martínez-Mendoza Jesús Alfonso et al. "Depresión en adulto mayor hospitalizado" *Anales de Salud Mental*, 2010; 5(16): 20-24.

35. Von Mühlenbrock F. y Cols. "Depresión en adultos mayores de 60 años hospitalizados" Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4). 331-337
36. Gómez D R. Titulado " Depresión en el adulto mayor " Chile en 2012 Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4): 331-337.
37. Mariela Borda Pérez "Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia)" 2013 ; 1 (29) : 123-150.
38. De la Horra Julián; Estadística Descriptiva : Una Variable, Manual de epidemiología práctica, Departamento de Matemáticas U.A.M. 2011; 5(6):1-3.
39. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
40. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario oficial de la Federación 1983.
41. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Diario oficial de la federación, 2010.

ANEXOS

ANEXOS:

Cuadro 1

**Dependencia funcional en ancianos mexicanos
Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento
En México 2003 (N= 4872)**

Estado Funcional	ABVD %	AIVD %
Dependiente	24%	23%
Severo	6%	12.5%
Moderado	4%	-
Leve	14%	10.5%
Funcional	76%	77%

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Cuadro 2

Dependencia En Actividades Básicas de la Vida Diaria Y Enfermedades Crónicas Encuesta Nacional De Salud Y Envejecimiento En México, 2003 (N= 4862)

Variables	Dependencia Leve			Dependencia Moderada			Dependencia Severo		
	RR	IC 95%	P	RR	IC 95%	P	RR	IC 95%	P
Edad	-	-	0.3	-	-	0.017	-	-	menos 0.001
Estado Civil	1.00	0.83- 1.20	0.99	-	-	NS	1.09	0.93- 1.28	0.265
Percepción del estado económico	1.03	0.81- 1.32	0.75	0.58	0.33-1- 02	0-06	0.89	0.71- 1.11	0.319
Percepción del estado de salud	0.63	0.50- 0.91	0.001	0.31	0.16- 0.61	0.01	0.47	0.37- 0.57	Menos 0.001
ECV	1.27	0.83- 1.94	0.25	1.00	0.47- 2.08	0.98	2.08	1.45- 2.98	Menos 0.001
Depresión	1.40	1.08- 1.72	Menos 0.001	2.40	1.66- 3.47	Menos 0.001	1.99	1.69- 2.33	Menos 0.001
Enfermedad Respiratoria	1.28	0.94- 1.72	0.10	1.38	0.85- 2.24	0.186	1.58	1.22- 2.05	Menos 0.001
Enfermedad cardíaca	-	-	NS	1.77	1.02- 3.07	0.42	1.52	1.10- 2.11	0.0.10
Artropatía	1.72	0.96- 1.42	0.11	1.81	1.30- 2.43	Menos 0.001	1.51	1.28- 1.79	Menos 0.001
DM2	1.07	0.84- 1.32	0.64	1.40	0.96- 2.05	Menos 0.001	1.38	1.14- 1.67	0.001
Caídas	1.26	1.05- 1.52	0.01	1.13	0.81- 1.58	0.45	1.37	1.17- 1.61	Menos 0.001
Hipertensión	1.26	1.04- 1.57	0-01	1.26	0.90-1.//	0.1/	0.96	0./26- 1.280	0.800
Ejercicio más de 3 veces por semana.	0.66	0.52- 0.83	Menos 0.001	0.70	0.50- 1.21	0.27	0.56	0.46- 0.69	Menos 0.001

Cuadro 3

Dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria y enfermedades crónicas Encuesta Nacional De Salud Y Envejecimiento en México, 2003 (N= 4 862)

Variable	Leve RR	IC 95%	P	Severa RR		P
Edad	-	-	0.9	-	-	Menos 0.001
Estado Civil	-	-	NS	1.24		0.040
Autopercepción del estado de salud	-	-	NS	0.76	1.01-1.53	0.78
Auto percepción del estado económico	0.63	0.48-0.82	0.001	0.61	0.56-1.03	0.001
Enfermedad cerebro vascular	-	-	NS	3.73	0.45-0.82	Menos 0.001
Depresión	1.20	0.98-1.48	0.0/	1.81	2.54-5.49	Menos 0.001
Enfermedad respiratoria	1.31	0.94-1.82	0.10	1.34	1.46-2.24	0.079
Enfermedad cardiaca	-	-	NS	1.67	1-14-2.43	0.008
Artroplastias	1.36	1.10-1.60	0.004	1.67	1.35-2.0/	Menos 0.001
DM2	-	-	NS	1.43	1.11-1.83	0.005
Caídas	-	-	NS	1.11	0.90-1.36	0.319
Hipertensión	-		NS	0.09	0.88-1.35	-
Ejercicio más de 3 semana	-		NS	0.48	0.36-0.65	-

INSTRUMENTO 1

DEPRESIÓN GERIÁTRICA (J. A. YASAVAGE, 1983)

Reactivo	Si	No
1. ¿Esta básicamente satisfecho(a) de su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	0	1
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5. ¿Tiene esperanzas en el futuro?	0	1
6. ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7. ¿Tiene a menudo buenos ánimos?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	1	0
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
10. ¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11. ¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12. ¿Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	1	0
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio que está?	1	0
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?	1	0
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
22. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0

23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	1	0
25. ¿Frecuentemente tiene ganas de llorar?	1	0
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	0	1
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	0	1

Puntaje total:

Escala:

0 –10 Normal

≥ - 11 Depresión

Interpretación:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
 MEDICINA FAMILIAR



UBICACIÓN : HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 8
 DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 CONSULTA EXTERNA

EVALUACIÓN DE LA SITUACION GERIATRICA EN EL HGZ/UMF # 8 .GILBERTO FLORES IZQUIERDO
ENCUESTA APLICATIVA

INSTRUCCIONES: ENCIERRE EN UN CIRCULO LA OPCION CORRECTA.

NOMBRE			
SEXO	1.-FEMENINO	2.-MASCULINO	
EDAD 1.-SENIORS 65-70 AÑOS 2.-ADULTO MAYOR JOVEN 71-80 AÑOS 3.-ADULTO MAYOR VIEJO +81 AÑOS EDAD : _____AÑOS	RELIGIÓN 1.- CON RELIGION 2.-SIN RELIGION	OCUPACION 1.-EMPLEADO 2.-TRABAJADOR INDEPENDIENTE 3.-PENSIONADO 4.-LABORES DEL HOGAR 5.-DESEMPLEADO	ESCOLARIDAD 1.-ANALFABETA 2.-PRIMARIA 3.-SECUNDARIA 4.-BACHILLERATO 5.-LICENCIATURA
ESTADO CIVIL 1.-SOLTERO 2.-CASADO 3.DIVORCIADO 4.-VIUDO 5.-UNIÓN LIBRE	CRONICO DEGENERATIVAS 1.- SI 2.-NO		

NOMBRE ENCUESTADOR :ITZAYANA CRUZ ALDACO
 MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

DEPRESIÓN GERIÁTRICA (J.A. YASEVAGE BREVE)

Reactivo	Respuesta esperada	Puntuación
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	No	
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	Si	
¿Siente que su vida está vacía?	Si	
¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si	
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	No	
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	No	
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	No	
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	Si	
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Si	
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	Si	
¿Cree que es agradable estar vivo?	No	
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	Si	
¿Se siente lleno de energía?	No	
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	Si	
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	Si	
Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la izquierda , y la suma total se valora como sigue: 1) SIN DEPRESION : (0-5) 2) CON DEPRESION : (MAS DE 6)		

ÍNDICE DE KATZ. 6 FUNCIONES. (Escala AVD básica)

	BAÑARSE (esponja, ducha o bañera)
	Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.
	Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera
	VESTIRSE
	Independiente: Coge la ropa del armario y se la pone solo puede usar cremalleras se (se excluye atarse los zapatos)
	Dependiente: No es capaz de vestirse solo.
	USAR EL RETRETE
	Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.
	Dependiente: Usa orinal o cuña, o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.
	MOVILIDAD
	Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.
	Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.
	CONTINENCIA
	Independiente: Control completo de la micción y defecación.
	Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.
	ALIMENTACIÓN
	Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).
	Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición enteral.

A. Independiente en todas sus funciones.
B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra Cualquiera.
E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. y Otra cualquiera.
F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., Movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
G. Dependiente en todas las funciones.
H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

1. Ausencia de incapacidad o incapacidad leve. (A-B) (5-6)
2. Incapacidad moderada. (C-D) (3-4)
3. Incapacidad severa.(E-G) (0-2)

LAWTON.B. 8 FUNCIONES. (Escala AVD instrumental)

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
COMPRAS	
Realiza independientemente las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1

Lava por sí solo prendas pequeñas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil, pero solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0
Se puntúa con 1 punto las actividades independientes y con un 0 las actividades dependientes	
1.-DEPENDENCIA TOTAL (M 0-1, H 0) 2.-DEPENDENCIA SEVERA (M 2-3, H 1) 3.-DEPENDENCIA MODERADA (M4-5,H2-3) 4.-DEPENDENCIA LIGERA (M 6-7, H 4) 5.-AUTONOMO (M 8, H 5-8)	

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**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: EVALUACIÓN DE LA GERIÁTRICA EN EL DEL HGZ # 8. GFI.
Patrocinador externo (si aplica): DRA. ITZAYANA CRUZ ALDACO
Lugar y fecha: HGZ / UMF 8 MARZO 2014 – JUNIO 2015
Número de registro: _____
Objetivos del estudio: DESCRIBIR LA SITUACIÓN GERIÁTRICA EN EL HGZ NO.8
ADULTO MAYOR EN EL HGZ / UMF 8

Justificación: MEJORA EN PROGRAMAS PARA POBLACIÓN GERIÁTRICA
Procedimientos: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS: GDS (DEPRESIÓN) KATZ (ABVD) LAWTON BRODY (AIVD)
Posibles riesgos y molestias: TIEMPO DE APLICACIÓN 15 -20 MIN
Posibles beneficios al participar: DETECCIÓN DE DEPRESIÓN Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ABVD Y AIVD

Información sobre resultados y Alternativas de tratamiento: OPCIONAL

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: ASEGURADO
Disponibilidad de tratamiento: ASEGURADO
Médico en derechohabientes (si aplica): ASEGURADO
Beneficios al término del estudio: MEJORA EN PROGRAMAS DE SALUD

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

Investigador Responsable:

Dra. Cruz Aldaco Itzayana Médico Residente de Medicina Familiar **Correo: polimed_itza@hotmail.com. Cel. 0445551058428**

Colaboradores:

Dr. Espinoza Anrubio Gilberto; Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx. Cel. 5535143649

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Cel. 5520671563

Dr. Cardeña Cortés Ismael; Correo: ica_ger@hotmail.com Cel. 04455- 17254985

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: Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
COORDINACIÓN CLÍNICA Y EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“EVALUACION DE SITUACION GERIATRICA
EN EL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

1 CRONOGRAMA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MEDICINA FAMILIAR

ETAPA DE PLANEACIÓN													
FECHA	03/14	04/14	05/14	06/14	07/14	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	
ETAPA DE PLANEACION	X												
IDEA A ESTUDIAR	X												
TITULO	X												
ANTECEDENTES (MARCO TEORICO)	X												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X											
JUSTIFICACION		X											
OBJETIVOS			X										
HIPOTESIS			X										
MATERIAL Y METODOS					X								
TIPO DE ESTUDIO				X									
DISEÑO METODOLOGICO				X									
POBLACION (UNIVERSO DE LA MUESTRA)				X									
LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO				X									
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA				X									
CRITERIOS DE SELECCIÓN					X								
VARIABLES					X								
DISEÑO ESTADISTICO					X								
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION						X							
METODO DE RECOLECCION						X							
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						X							
RECUSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD							X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X						
BIBLIOGRAFIA							X						
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION								X					
REVISION DE PROTOCOLO									X				
CORRECCIÓN DE PROTOCOLO										X			
ACEPTACIÓN											X	X	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
COORDINACION CLINICA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“EVALUACIÓN DE LA SITUACION GERIÁTRICA
EN EL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
”

2 CRONOGRAMA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MEDICINA FAMILIAR

ETAPA DE EJECUCIÓN E INFORME												
FECHA	03/15	04/15	05/15	06/15	07/15	08/15	09/15	10/15	11/15	12/15	01/16	02/16
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X											
ALMACENAMIENTO DE DATOS				X								
ANALISIS DE DATOS					X							
DESCRIPCION DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
CONCLUSION DEL ESTUDIO								X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
ETAPA DE INFORME											X	
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X