

11276  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO 49

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR  
EN LA UMF No.20 IMSS DELEGACION 1 NOROESTE  
MÉXICO; D.F”

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
P R E S E N T A :  
DRA. OLIVIA VERÓNICA FERNÁNDEZ CABRERA

A S E S O R :  
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS

MÉXICO; D.F. FEBRERO 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO**  
**DEL ADULTO MAYOR**  
**EN LA UMF No. 20 IMSS**  
**DELEGACION No.1 NOROESTE**  
**MÉXICO; D.F.**

**ASESOR METODOLOGICO**

*Yolanda E. Valencia Islas*

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"  
DELEGACION 1 NOROESTE D.F. IMSS.**



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.**

**Vo.Bo.**

*Yolanda E. Valencia Islas*

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"  
DELEGACION 1 NOROESTE D.F. IMSS**

**Vo.Bo.**

*Maurilio Espino Garcia*

---

**DR. MAURILIO ESPINO GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
UMF No. 20 "VALLEJO"  
DELEGACION 1 NOROESTE D.F. IMSS.**

## **AGRADECIMIENTOS:**

A DIOS:

POR LA FE QUE EN EL TENGO Y POR PERMITIRME EL DON DE LA VIDA Y EN EL ALCANZAR UNO DE MIS MAS GRANDES ANHELOS

A MIS PADRES:

POR LA SATISFACCIÓN Y EL ORGULLO QUE REPRESENTA SURGIR DE SUS RAICES, POR LA EDUCACIÓN QUE ME HAN BRINDADO. POR SUS SABIOS CONSEJOS, SU INVALUABLE MOTIVACIÓN, COMPRENSIÓN, SOLIDARIDAD Y APOYO EN TODO MOMENTO, POR SUS CUIDADOS, CARIÑO Y RESPETO, POR HACER DE MI LO QUE SOY

A MI HERMANA CARMEN:

POR SER LA GRAN AMIGA Y COMPAÑERA DESDE LA INFANCIA, POR SU ENTEREZA Y EL GRAN EJEMPLO QUE HA SABIDO TRANSMITIRME AUN ANTE LA ADVERSIDAD, POR SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONAL SIEMPRE

A MIS HERMANOS: LAURO, RICARDO Y PABLO

POR SU ESTIMULO Y COMPRENSIÓN PARA LLEVAR A CABO ESTA META PROFESIONAL

A DR RAUL VARGAS ROQUE:

PORQUE JUNTOS UN DIA DECUBRIMOS QUE EL DESTINO EXISTE, POR LA OPORTUNIDAD DE DEMOSTRARNOS QUE TODO ES POSIBLE, POR LA COMPLICIDAD COMPARTIDA EN MOMENTOS BUENOS Y MALOS, POR LA TRASCENDENCIA QUE DEJA EN MI AL HABERLO CONOCIDO DESPERTANDO UNA GRAN ADMIRACIÓN, UN INMENSO AMOR Y UN CONSTANTE RESPETO, POR LAS EXPECTATIVAS SUEÑOS E ILUSIONES QUE SÉ ALGUN DIA REALIZAREMOS

A DRA YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS:

POR SU VALIOSA GUIA NO SOLO EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO SINO TAMBIEN EN MI FORMACIÓN COMO ESPECIALISTA, POR SU EJEMPLO PALPABLE DE LUCHA CONSTANTE Y PROFESIONALISMO COMO COORDINADORA, POR SU GRAN CALIDAD COMO SER HUMANO, POR LA AMISTAD Y CONFIANZA DEPOSITADA EN CADA UNO DE NOSOTROS, POR EL REGALO DE LA EXPERIENCIA COMPARTIDA Y CONOCIMIENTOS TRANSMITIDOS

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:

POR LA COMPAÑÍA Y APOYO COMPARTIDOS DURANTE ESTOS TRES AÑOS

## **AGRADECIMIENTOS DEL ANCIANO:**

### **GRACIAS A QUIENES:**

Entienden lo torpe de mi caminar y la poca firmeza de mi pulso

Comprenden que ahora mis oídos se esfuerzan por escuchar lo que ellos dicen

Se percatan de que mis ojos están empañados y mi sentido del humor limitado

Disimulan cuando derramo el café sobre la mesa

Se detienen a charlar conmigo por unos minutos

Aceptan mis fallas de memoria y nunca me dicen, “eso ya lo dijiste”

Saben despertar recuerdos de un pasado feliz

Me hacen saber que soy querido y respetado y que no estoy solo

Comprenden lo difícil que es el encontrar fuerzas para vivir con dignidad y me permiten esperar tranquilo el día de mi partida

## **INDICE**

❖ OBJETIVOS	1
❖ JUSTIFICACIÓN	2
❖ ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	3
❖ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
❖ MATERIAL Y METODOS	21
❖ PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	25
❖ TABLAS Y GRAFICOS	30
❖ ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	51
❖ CONCLUSIONES	57
❖ COMENTARIOS	59
❖ RESUMEN	61
❖ BIBLIOGRAFÍA	62
❖ ANEXOS	64

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar el perfil epidemiológico del adulto mayor en la UMF No 20

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar a los pacientes adultos mayores entre 60 Y 65 años de edad, en la pirámide de población de la UMF No 20. Distinguirlos por sexo y estado civil
- Identificar los parámetros para la evaluación del adulto mayor, desde el punto de vista neuropsiquiátrico: evaluando particularmente: Deterioro cognoscitivo, Demencia, Depresión y Grado de dependencia
- Describir el número total de consultas recibidas al año en promedio en el adulto mayor
- Identificar y enunciar los diez principales motivos de consulta
- Distinguir la distribución de los ingresos económicos en base a la ocupación en el adulto mayor
- Identificar la tipología familiar del adulto mayor
- Identificar la dinámica familiar en el adulto mayor mediante el FACES III para medir el grado de funcionalidad

## **JUSTIFICACIÓN:**

En otros tiempos, los ancianos eran una minoría respetada que detentaba el poder ideológico y muchas veces también político de un pueblo, pero con el correr de los siglos las situaciones cambiaron. Con mucha frecuencia el término anciano se usa como sinónimo de enfermo, por dos razones que aunque diferentes, pueden desarrollarse juntas. Por una parte el anciano, estando sano, se siente enfermo, y por otra, actúa haciendo el papel de enfermo. La enfermedad enfrenta al paciente y a su familia a diversos problemas económicos, de dinámica familiar y afectivoemocionales.

Uno de los grandes retos en la actualidad para los sistemas de salud es el de enfrentar la patología que nos presenta el perfil demográfico en el futuro, puesto que el grupo de personas de más de 60 años es cada vez mayor, lo cual nos indica que debemos aplicar más estrictamente el enfoque de riesgo como una metodología que nos permita identificar los factores de riesgo y en consecuencia detectar las necesidades de atención de estos grupos susceptibles modificando los sistemas de atención con carácter prioritario a nivel institucional por la distribución y frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas así como sus secuelas, enfermedades incapacitantes y enfermedades terminales programando su impacto desde el punto de vista económico.

Es tal la dinámica de la sociedad que la pirámide de población se ha ido modificando, exigiendo demanda de atención a determinados grupos susceptibles específicos, incluido el adulto mayor.

Conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor en primer nivel de atención médica implica un compromiso que nos permitirá prepararnos para ese futuro cada vez más cercano a través de conocimientos sobre todo en el área Geriátrica para cumplir con una de nuestras funciones como Médicos Familiares siendo catalizadores de cambios conductuales en el paciente implicado dentro de un proceso salud enfermedad lo mismo para una enfermedad crónico degenerativa, como para una afección aguda, una deficiencia del estado mental o bien una alteración de su dinámica y funcionalidad familiar, tomando en cuenta los aspectos socioeconómicos, culturales, de interacción familiar, biológicos y psicológicos individuales y ambientales que nos orienten a formar un diagnóstico integral e individual para cada paciente.

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS:**

La situación de los ancianos a través de la historia, no es fácil, ya que esta etapa del ser humano esta englobada desde el punto de vista adulto, y solo cierta valoración puede desprenderse de los estudios de la mitología, literatura; y esta varía según la época y la geografía, por lo que resulta en ocasiones incierta. Por ejemplo; en China se exige un poder centralizado y autoritario, por lo que ocupa un lugar primordial el anciano, en este sistema social, tanto en el gobierno como en la familia.

En Egipto, los ancianos ocupaban con frecuencia puestos en el poder aunque en algunos escritos en papiro se encontraban escritos algunos malcstares y declinaciones de los ancianos.

Los judíos amaban y respetaban a los ancianos, los cuales ocupaban puestos políticos y religiosos; sin embargo, también se referían a la declinación que tiene el hombre con el paso del tiempo.

En la cultura griega se observó que el anciano juega un papel de tirano existiendo una permanente lucha de generaciones en la cual triunfan los jóvenes: todo es confuso porque no se sabe si los viejos tenían prestigio y este fue arrebatado por los jóvenes: todo es confuso porque no se sabe si los viejos tenían prestigio y este fue arrebatado por los jóvenes. Sin embargo el anciano parece rodeado de respeto, símbolo de autoridad y sabiduría por lo que podía asistir al rey como consejero, pero en aquella época, la propiedad esta garantizada no por instituciones, sino que era defendida por la fuerza de las armas y por los jóvenes, quienes en realidad tenían el poder, pues dada de la decrepitud de los ancianos, ellos no podían sostener un sistema imperante solo con sabiduría y tiranía.

En Roma el anciano trabajaba en actividades en las cuales no requería agilidad ni fuerza, como gobernar el imperio romano, influyendo en el senado, ya que senado en latín (*senatus*, *senex*, anciano) así como también en la familia y dentro del ejército las jerarquías eran otorgadas a los más ancianos.

Con la aparición del Cristianismo no se superaron las condiciones de los viejos, sino en el siglo IV se realizaron hospicios y hospitales donde se mantuvieron recluidos a los ancianos, hasta finales de la edad media.

En el feudalismo durante el siglo VII, aparece el Vasallaje, el señor feudal, el cual gobierna en su propiedad hasta su muerte o cuando la edad hace imponente al caballero.

En esa época se consideraba "anciano" a la persona mayor de los 30 años de edad (Carlos V a los 42 años se le consideraba al anciano sabio). Al finalizar

la edad media el anciano adquiere nuevamente el poder al acumular riqueza, y su privilegio se ve reivindicado

(1)

## **LATINOAMÉRICA**

Entre los aztecas ocupaban un lugar importante dentro de la sociedad, pues intervenían como: consejeros del emperador, del clan y de su familia, además, ocupaban puestos sacerdotales intervenían en la formación de nuevos matrimonios. Conocían la administración de las tierras y sus productos, por lo que el amor y el respeto al anciano es más notorio, gozaban de cierto privilegio, ya que se consideraba que habían cumplido con las obligaciones impuestas y por lo tanto merecedores de una etapa senil digna y además eran protegidos hasta el final de sus días

En el siglo XVII surge la idea de que la sociedad es responsable y el estado reconoce el derecho a vivir del hombre atenuando la situación de los viejos y los individuos, en donde los grandes cambios y adelantos hacen que la población sea cada vez más joven y a la vez existen más ancianos, por los logros obtenidos con los avances de la ciencia médica. Sin embargo, no significa que los cambios logrados: fueron víctimas de la evolución económica, social y biológica, así como de los cambios que trajo consigo la revolución industrial, el exodo rural que origino el surgimiento urbano, y la aparición y desarrollo de una nueva clase social el proletario

Cambiando la situación del anciano, sobre todo a mediados del siglo XIX, en que la explotación del hombre por el hombre era exagerada, y por lo tanto, el anciano era abandonado en un hospicio o en el abandono total

Cuando A. Bismark creo un sistema de seguridad social para el proletariado de 1833 a 1889. Extendiéndose de 1890 a 1910 en donde la seguridad social cubría riesgos de trabajo y por primera vez protegía a los asalariados contra la invalidez; de donde nace la primera iniciativa para contemplar las que posteriormente beneficiarían al anciano

(2)

Con la industrialización, la función de empresa y la situación económica actual, la mayoría de las personas de más de 40 años que no tiene trabajo fijo, ni tierras para la siembra, o son dueños de establecimientos o de comercios que en determinado momento, pueden seguir trabajando hasta el final de sus días

El problema de las personas ancianas es por ruptura de la célula familiar y en la mayoría de las veces, en la misma familia

En muchas ocasiones los ancianos viven solos o en asilos donde muchas veces no disponen de los cuidados mínimos necesarios sobre habitación, cuidados médicos espacio vital alimentación e higiene

El anciano ha pasado a ser en algunos países un objeto de explotación (EUA y Francia), al crearse pensiones y asilos donde solo tienen derecho los que poseen medios económicos y consecuentemente al resto se le margina de su medio ambiente, quedando en lugares en donde con frecuencia los cuidados que se les brindan dejan mucho que desear

En cuanto al alojamiento, se preconiza que los ancianos vivan con sus hijos. Para apoyar a los jóvenes productivos en el cuidado de sus hijos

La jubilación es un cambio de vida, ya que es darle a un ritmo de vida establecido por años. Teniendo sus ventajas y desventajas ya que por un lado, habrá tiempo y descanso y por otro empobrecimiento en el sentirse ya no útil tanto para la sociedad como para la familia

Se ha demostrado que aquellas personas que continúan trabajando reflejan un optimismo mayor que los que definitivamente dejan de hacerlo, por un lado, porque dejar de percibir sustento, el valor máximo de la sociedad es la productividad, y esta se mide y exalta al individuo, por lo que es capaz de producir y se estudian los métodos más apropiados en la administración para conseguir el mayor rendimiento humano en tiempo determinado

(3)

## **BIOLÓGICO**

En tiempos remotos, los ancianos eran una minoría respetada en la que se encontraba depositado el poder ideológico y en otras ocasiones, político de un pueblo posteriormente la situación cambió

“Existen dos palabras con un significado preciso Gerón Geronto: anciano, y Geras vejez.” por lo que para el estudio de los ancianos se originaron la Geriátrica, que es la medicina de los ancianos: es decir, la prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y la asistencia psicológica y socioeconómica y Gerontología que es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (Anatomía, Fisiología y Bioquímica), psicológicos (Personalidad, Manifestaciones Conductuales Aparato intrapsíquico, Experiencia vivencial y Comunicación) y sociales (la introducción, actuación y desempeño de roles familiares, recreación, habitación y economía), en un grupo, o en la población en la que vive

(4)

La palabra “SENIL”, proviene de la palabra latina senectus que significa envejecer, por lo tanto senil es lo relativo a vejez y edad senil y senectud son sinónimos

El envejecimiento o la senescencia como proceso biopsicológico, esta constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de "VIEJO"

Todos estos cambios facilitan el desarrollo y presentación de enfermedades y son de difícil diagnóstico y tratamiento

Se considera anciano sano, a aquel que independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales: en estas condiciones todavía es posible encontrar grandes diferencias, aunque los sujetos formen parte de un mismo grupo de edades

(10)

Las edades que interesan para el estudio en cuestión son.

### **EDAD INTERMEDIA:**

Abarca de los 45 a los 59 años, denominada presénil, primer envejecimiento o crítica: aparecen los primeros síntomas de envejecimiento que presentan a la predisposición de diferentes enfermedades que requieran medidas preventivas

### **SENECTUD GRADUAL**

Es el periodo de los 60 a los 69 años de edad, periodo en donde aparecen enfermedades clínicas típicas de la edad, que requieran tratamiento oportuno

### **SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA:**

Se inicia a partir de los 70 años incluye al anciano con problemas asistenciales a nivel médico, social, de rehabilitación por el estado de minusvalidez, provocado por las enfermedades y su cronicidad

### **LONGEVOS:**

Se refiere a los mayores de 90 años

### **FISIOPATOLOGÍA:**

El envejecimiento se refiere a una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, con tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional, la cual se manifiesta por pérdida de

peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reduciendo la vascularización capilar, aumentando el tejido conjuntivo y disminución del contenido hídrico, con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad, la cual se manifiesta principalmente en la piel, como piel seca y sin elasticidad

Las causas de envejecimiento del organismo se desconocen, sin embargo existen diversas teorías:

---

## TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

---

TEORIA DE LA MUTACION

TEORIA CLONAL

TEORIA AUTOINMUNITARIA

TEORIA DEL USO Y CONSUMO

TEORIA DE ACUMULACION

TEORIA NERVIOSA:

TEORIA DE LA CALIFILAXIA

TEORIA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA COLÁGENA:

TEORIA DE LAS MODIFICACIONES DE LA SÍNTESIS CON EL PASO DE LOS AÑOS.

TEORIA DEL ERROR INDEPENDIENTE DEL DNA:

TEORIA ENZIMATICA

TEORIA DEL DESGASTE MECANICO

TEORIA DEL RELOJ MOLECULAR (Hayflick)

(5, 11, 12)

## **ENVEJECIMIENTO DEL ORGANISMO:**

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos caracterizados por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional

Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, disminución de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resquebrada, esta última es notable sobre todo en la piel que en el anciano es típicamente seca y sin elasticidad

**ENVEJECIMIENTO CELULAR:** Los procesos de atrofia del envejecimiento se caracterizan principalmente por reducción del número de células, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos

## **MÉXICO ENFRENTA LA PROBLEMÁTICA GERIÁTRICA:**

En el pasado era sumamente difícil llegar a la vejez esa posibilidad se consideraba como un privilegio y se hablaba de la fortaleza y el vigor de los que la lograban, la vejez se consideraba como una etapa de la vida rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos En México la atención del anciano, elemento básico de la cohesión familiar, era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una mejor calidad de vida para los viejos, en la sociedad moderna – individualista y competitiva se valora más la juventud y la condición física, lo que de manera indirecta debilita las redes sociales de apoyo a los ancianos que poco a poco van perdiendo su lugar protagónico en la familia

El viejo se ha convertido en una carga familiar, social y económica, después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza

(1, 13)

Mientras muchos países tropiezan con serios obstáculos para organizar el servicio asistencial a su creciente población de ancianos Una pequeña experiencia mexicana esta dando resultados lo suficientemente prometedores a pesar de su escala reducida, como para llamar la atención

El crecimiento de la expectativa de vida, aunado en la reducción en los índices de natalidad, van configurando cambios en la pirámide de población que a su vez, plantean nuevas y cambiantes exigencias a los servicios de salud

El creciente número de pacientes geriátricos obliga a introducir modificaciones profundas en los sistemas asistenciales, para que sean capaces de responder a las exigencias particulares de este grupo de enfermos

En México, el proceso de envejecimiento de la población esta apenas en sus comienzos, pero en otros países como Japón por ejemplo,, ya se han hecho notar de manera dramática los resultados del incremento en la proporción de la población anciana

(2)

Este proceso se ha producido con escasas variaciones en todos los países industrializados, y se viene manifestando de manera incipiente en otros que, como México, se hallan en vías de desarrollo, la correlación es tan estrecha que este proceso de envejecimiento de la población ha sido señalado como una de las principales consecuencias sociales de la industrialización

Uno de los pesos mayores de este proceso recae sobre las instituciones de salud, porque por una parte empiezan a resentir el crecimiento del número de derechohabientes que no aportan cuotas, en relación con los que si lo hacen, y por la otra se ven en la obligación de adaptar sus servicios a las necesidades de usuarios con exigencias básicamente diferentes

Esta adaptación implica costos que, dependiendo del tipo de soluciones que se adopten pueden ser sumamente elevados

(3)

Este interés Estadounidense parte de una validación de la modalidad de atención,, que parte de un enfoque multidisciplinario por parte de Geriatras, Psiquiatras, Nutriologos, Endocrinologos, Farmacólogos, Sociólogos, Trabajadoras Sociales, Enfermería y por su puesto Médicos Familiares en un primer Nivel de Atención Médica. dirigido a prolongar los años de vida de calidad en este grupo de población, reduciendo lo más posible el uso de servicios de atención aguda, hospitalares y asilos

(4, 14)

La evolución de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, es un ejemplo muy concreto de que la respuesta social hacia la vejez, ya que ilustra como la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa con servicios de salud diseñados para atender a los trabajadores y sus familias sin anticipar las demandas de atención que resultarían de la transición demográfica,

producto del aumento en la esperanza de vida, en el descenso de la mortalidad infantil, materna y general, el mejoramiento de la nutrición y la disminución de la fecundidad

Por otro lado el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mejor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, y un ascenso marcado de las enfermedades crónicas, tumores malignos, Diabetes mellitus y Enfermedades Cardiovasculares como las principales causas de muerte, estas son las que, de manera natural,, afectan más a los ancianos. El incremento actual y futuro de la población anciana obliga a replantear la organización de los servicios, a fin de poder satisfacer la futura demanda

(5)

Para el año 2020, 12% de la población total mundial tendrá más de 60 años y, debido a la migración del campo a la ciudad, se estima que para el año 2000, 75% de los ancianos residirán en áreas urbanas

En México los sujetos de 60 años y más representan 6.5% del total de la población, cifra muy similar a la de otros países de América Latina,, como Argentina (9.6%), Chile (6.7%) y Brasil (5.2%). Sin embargo, en Cuba (12.2%) y Uruguay (12.2%) esa proporción es semejante a la de países desarrollados como la ex Unión Soviética (10%), Alemania (10%) Estados Unidos de América EUA (12.3%), Canadá (12%) y Europa (13%)

(6)

En 1960, en México, la esperanza de vida era de 57 años para los hombres y 60 años para las mujeres en 1992, se incremento a 67 y 73.7 años, respectivamente. Las diferencias en la esperanza de vida por género indican que los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen proclives a enfermedades crónicas, con un desenlace fatal a edades más tempranas, por el contrario, las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan su calidad de vida durante mayor tiempo, lo anterior influye directamente sobre las diferencias en los motivos de consulta y hospitalización, y sobre la mayor utilización de los servicios de salud que hacen las mujeres

La naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el sector salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, su diagnóstico a edades más tempranas y la producción de distintos tipos de discapacitados, darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja, la atención institucional enfrentará, a corto plazo, por lo menos dos tipos de demandas: en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, destacando los aspectos positivos de la salud para mejorar la calidad de vida y disminuyendo la discapacidad física y psicológica derivada de la demencia, la depresión, el delirium, el abandono y la pérdida de las redes sociales de apoyo, por otro lado el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas se combinara para generar una demanda de servicios altamente especializados, de alto costo, que requerirán de atención multidisciplinaria

(8)

A pesar de las escasas evidencias y de las estimaciones, se desconocen los datos referentes a las características sociodemográficas y la magnitud de la utilización que hace actualmente este segmento de la población de los servicios médicos

(9)

Para realizar una adecuada valoración del paciente adulto mayor debemos tomar en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también los factores sociales, familiares y epidemiológicos que sustentaran y servirán de base en la realización y posteriormente adecuada utilización del perfil sociodemográfico de la población 60 años y más

(15)

## **EVALUACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO:**

La evaluación del paciente geriátrico representa uno de los aspectos más estimulantes y satisfactorios de la clínica médica, es estimulante por la multitud de factores médicos, sociales y ambientales que convergen en el paciente para producir una enfermedad de una complejidad que solo raras veces se observa en otras esferas de la práctica clínica. No solo resulta difícil la elaboración del diagnóstico, sino que el éxito del diagnosticador puede tener profundas consecuencias para el paciente, aún en los casos en que no se produciría una situación de este tipo si se tratara de una persona de edad diferente.

Lo que podría representar una enfermedad trivial para un joven de 20 años, que en otros aspectos es sano, podría ser de serias consecuencias geriátrico afectado por una multiplicidad de estados crónicos, en consecuencia, se trata de un esfuerzo médico especialmente gratificante, porque a menudo un paciente geriátrico solo requiere un pequeño mejoramiento en su bienestar para revelar un cambio significativo en la calidad de su vida.

Los pacientes ancianos atribuyen con frecuencia, los dolores o incapacidades pequeñas, pero frecuentemente invalidantes a ese fenómeno nebuloso llamado el proceso de envejecimiento y, por consiguiente, omiten buscar ayuda con excesiva frecuencia, es lamentable que muchos Médicos y Profesionales de la salud cometan el mismo error al evaluar a sus pacientes geriátricos, se debe separar con gran cuidado el proceso de envejecimiento de la acumulación de estados crónicos.

Atribuir una dolencia o un descubrimiento al primero significa convertirlo a un proceso inevitable, para el cual no suele haber tratamiento o esperanza de mejoría, es aún más importante el hecho de que en si mismo el envejecimiento raras veces origina la enfermedad o la muerte, porque la declinación funcional de los órganos con la edad deja aún una capacidad suficiente para realizar actividades normales.

Lo que se pierde es la reserva de la juventud y un cierto grado de adaptabilidad para luchar con éxito contra las enfermedades y otras tensiones

Por otra parte los estados patológicos son el resultado de procesos mórbidos que pueden producir la incapacidad y la muerte, pero que a su vez pueden ser suavizados, inducidos a un ritmo más lento en su progresión natural o incluso curados, en consecuencia la persona anciana no solo envejece sino que, como regla general acumula en forma concurrente un número cada vez mayor de esos estados crónicos, que en todos los casos posibles deben ser prevenidos, investigados y tratados (9)

### **LA EDAD CRÍTICA:**

Periodo en el cual se manifiestan los primeros signos de envejecimiento en ambos sexos, los primeros signos son fatiga, disminución de la agudeza visual, menor eficacia cardiopulmonar, disminución de la memoria, disminución de la capacidad de concentración, hipertrofia prostática en varones, disminución de la potencia sexual, por lo que el ser humano inicia a advertir que el organismo no funciona en forma tan óptima como antes y posteriormente, puede el anciano sentir signos biohumerales del primer envejecimiento como hipercolesterolemia que puede ocasionar aterosclerosis, hipercoagulación por trombosis, hiperglicemia por diabetes, hiperuricemia por gota, encontrándose los niveles entre lo normal y lo patológico

(1)

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ANCIANO:**

La psicología del envejecimiento, estudia la descripción y explicación de la conducta adulta, en su desarrollo y a lo largo del ciclo vital. Incluyen el estudio de la aparición y el cambio de las aptitudes, la percepción, el aprendizaje, la capacidad para resolver problemas, los sentimientos, las emociones, los conocimientos prácticos y la conducta social

Existen tres clases de envejecimiento: biológico, psicológico y social, la edad psicológica hace referencia a la situación de los individuos en una población determinada, en relación con la capacidad de adaptación observada o deducida de mediciones de la conducta, la edad psicológica está relacionada con la edad biológica y cronológica y la combinación de ambas, no la explica en su totalidad

La edad social, alude a las costumbres y funciones del individuo en relación con su grupo o edad, esta se relaciona con la cronológica, biológica pero también la definen en su totalidad

(16)

## **PROBLEMAS DE SALUD:**

En cuanto a los problemas de salud, las estadísticas han establecido aspectos importantes del aspecto psicológico de las personas mayores de 65 años. Es mayor el % de causas físicas que limitan sus actividades

Se ha dicho que no todos los cambios experimentados con la edad, se deben a los cambios biológicos del envejecimiento. Y en la actitud física, sino que también tiene importancia las diferencias funcionales y la clase social a la que pertenece el individuo

Algunos factores como la incapacidad crónica debida a accidentes se deriva del riesgo corrido, el cual depende a su vez de la ocupación y la clase social

El hecho de pertenecer a la clase social desposeída significa que existe mayor probabilidad de estar afectado por factores desfavorables en relación con la salud mental y física, las oportunidades educativas, los ingresos, las relaciones familiares y conyugales entre otros

Aunque la edad guarda relación con la vulnerabilidad ante un ambiente social hostil, las circunstancias adversas, pueden también aumentar en función de la edad. Así por ejemplo, la pérdida de sus seres queridos, influye en los índices de mortalidad, la muerte de un conyúge, parece ser que acelera en forma significativa la muerte del superviviente.

Todas las tareas inherentes al desarrollo del individuo, representan en algún sentido una crisis que debe afrontar, sin embargo a través de una adaptación o resolución adecuada de estas crisis y de las preocupaciones dominantes en cada etapa del desarrollo, el individuo se convierte en una persona cada vez mas diferente y competente

El principio que hay que subrayar es que el adulto, al igual que el niño, está continuamente evolucionando para convertirse en una persona más diferenciada.

En base a lo anterior, el adulto se desarrolla o evoluciona en los tres aspectos del envejecimiento: biológico, psicológico y social, según esquemas ordenados de forma determinada, pero debido a la precisión de diversas situaciones fortuitas, estas transiciones son uniformes en una población determinada, aunque

varian alrededor del promedio entre los efectos psicológicos que vive el anciano: es el relativo el que se refiere a los aspectos sociales

Entre estos, se hayan principalmente, el mantenimiento de los ingresos y el empleo, el alojamiento, la asistencia médica, la movilidad social y la posibilidad de unas relaciones interpersonales adecuadas

Se ha visto que los ancianos, suelen tener unos ingresos reducidos y pocas reservas, por ello se hallan en una posición difícil para mantener su nivel de vida, alimento, vestido, alojamiento y diversiones sociales

Además la poca salud y los defectos que limitan frecuentemente su movilidad social, revelando aún más el nivel de vida

En las personas de edad, suele existir una elevada interacción entre los factores económicos, psicológicos y de salud física, por ejemplo el anciano que ha estado hospitalizado, al ser dado de alta tiene menos posibilidades de volver a su ambiente y de poder resumir su modo de vida; entre estos factores: el aislamiento social y las necesidades de servicios de asistencia, lo que restringe su comportamiento

En general, podemos observar que los servicios de seguridad social y los servicios médicos están organizados de forma tal que favorecen a los niños, adultos jóvenes o de edad media, en algunos aspectos, la situación se parece a la del niño pequeño, aunque la independencia del niño se centra en los padres y esto no existe para los ancianos; un foco primario que tenga la obligación de aliviar sus problemas de aislamiento social y enfermedad

El cambio de la lucha a la retirada ante la vida, ha sido descrito también como un proceso de "desligamiento", una reducción de la energía, el individuo puede contribuir voluntariamente al progresivo abandono de las funciones de la sociedad

Esto guarda relación con el hecho de que el individuo que envejece, constituye un sistema biológico y de conducta en interacción con los estímulos procedentes de un ambiente social concreto  
Conviene añadir que las actitudes psicológicas del individuo determinan la eficacia de su adaptación a las características en evolución continua de la vida

(17)

## **APTITUDES:**

Las enfermedades en especial las cerebrovasculares y las que afectan al cerebro en edad avanzada pueden trastornar en forma importante el funcionamiento mental y limitar la eficacia de la conducta afectando los resultados

de los grupos estudiados y desfigurando lo que podría considerarse como los cambios debidos al envejecimiento

Como sabemos, los cambios debidos al paso de los años, que suceden en el sistema nervioso son variados; por ejemplo la función sensorial, la velocidad y ritmo los cuales resultan en menos de sus actitudes físicas o por ende psicológicas

Se considera que la lentitud general en el comportamiento de las personas de más edad, constituye una expresión del proceso primario del envejecimiento nervioso en general

A medida que el individuo se vuelve más inseguro, al caminar tenderá a tener las consecuencias de una caída, a reducir considerablemente sus movimientos, así mismo, la lentitud con reducción de las actividades en la edad madura, puede acompañar a la adaptación, al nivel de estimulación del ambiente

La adaptación a largo plazo, a nivel tóxico de actividades, puede motivar que la velocidad de respuesta, se fije de tal forma que un aumento en la estimulación no volverá a restablecer los límites previos del comportamiento, con respecto a las habilidades psicomotoras. El anciano, con el transcurso del tiempo elabora en su trabajo métodos por los cuales simplifica su tarea

Gran parte de los datos tomados de los estudios realizados en la industria, indican que no se producen grandes cambios en la actuación del trabajador hasta los 60 a 65 años. No se sabe con exactitud lo que concluye de estos datos, ya que los trabajadores de más edad, que han conseguido permanecer en el empleo constituyen un subgrupo selecto de una población total inicial

A excepción de los individuos que han sufrido repetidas lesiones o que tienen problemas de salud, la actuación del trabajador hasta los 60 años, no debería resultar muy influida por los cambios fisiológicos del envejecimiento

(18)

La adaptación del individuo a sus condiciones de trabajo, así como sus propias aptitudes guarda relación con su eficacia total, quizás únicamente después de los 70 años, las habilidades del individuo resultan cuantitativamente "viejas", debido sobre todo, a la lentitud de su acción, a la tendencia a trabajar de acuerdo con un ritmo interno, en vez de seguir un ritmo externo

Los cambios debidos a la edad en las actitudes, implican aumentos y disminuciones, y algunos apenas representan cambios durante los años de madurez, generalmente la cantidad de información que un individuo posee aumenta a lo largo del ciclo vital; en consecuencia, a la medida en que un problema contenga elementos conocidos será resuelto con más eficacia por el adulto de más edad que por el joven

Parece admirable que el adulto aumente su repertorio de soluciones prefabricadas a lo largo de su vida y en consecuencia, sea más eficaz en ciertos casos, y de esta manera de enfrentar un problema, en consecuencia la edad no solo aporta cambios diferentes en las actitudes mentales, sino que pueden ser benéficas las adaptaciones del individuo a las situaciones de resolución de problemas

(18)

### **CARÁCTER:**

La inflexibilidad de los adultos de más edad, alude a la tendencia de mantener un punto de vista concreto y resistirse a modificarlo: algunos autores la interpretan como tendencia a la seguridad y al equilibrio, por lo cual los ancianos preservan en actitudes que no ocasionan peligro, otros sugieren que la inflexibilidad no parece residir principalmente en las actitudes personales sino en los cambios de actitud

El número de años de educación que guarda una relación mayor con las habilidades mentales, que la edad cronológica. Se dice que los individuos sanos de más de 60 años, tenderán a actuar mejor que los jóvenes adultos, debido a estos cambios diferenciales con la edad, no se puede responder sencillamente a la cuestión de si la capacidad intelectual y la capacidad de solucionar problemas, aumenta o disminuye con la edad de los adultos

(19)

### **PERFIL EPIDEMIOLOGICO:**

Se refiere al conjunto de características o factores predisponentes desde el punto de vista en el proceso salud enfermedad que incluye los aspectos sociales, culturales, económicos, familiares, psicológicos que nos orientan a formar un diagnóstico integral individual en cada paciente

(20)

Recordando que riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumentan la posibilidad de que la intervención sea adecuada

(20, 21)

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que

exponen las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño - prevención primaria -, modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación -prevención secundaria- La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que estén más expuestas

Está presente el enfoque de riesgo al enfatizar las acciones allí donde se encuentran las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los factores protectores (apoyo familiar, vacunaciones, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicios de salud), las conductas de riesgo (manejo de automóvil a alta de velocidad, conductas impulsivas), y los factores de riesgo (desempleo, aguas estancadas) para llegar a su reducción o eliminación. Las acciones hacia las personas deben organizarse en función de la etapa del ciclo vital, género, contexto cultural y otros (23, 24)

Por otra parte, las enfermedades, sobre todo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece, sino que da lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento en la vida del paciente, del lugar que ocupa en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad, y su tratamiento. Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación prolongando un círculo vicioso difícil de romper (22, 23,25)

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico cambie, ya que como en otras enfermedades crónicas, su figura se torna central por la tendencia de los límites a diluirse, ocasionando que consecuentemente, las interacciones en la familia giren en torno a él. Los niveles de jerarquía se modifican; pueden aparecer alianzas y coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente, pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad (20, 25)

Hablar de familia implica tener en cuenta una diversidad de conceptos, situaciones, características, tradiciones y mitos, es decir, contemplar la

dinámica del núcleo familiar, en su momento actual y la influencia ejercida por generaciones anteriores que son determinantes y que se perfilan dentro de un mismo contexto (25)

La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez “ La familia se comporta como si fuera una unidad”

Recordemos que el inicio de la enfermedad durante la vida adulta, en especial cuando el individuo se encuentra alrededor de la quinta década de su vida, coincide con un período centrífugo de la vida familiar, lo cual tiene consecuencias organizacionales bastante importantes, ya que su presentación ocasionará por lo menos una regresión al período centrípeto, o bien, disparará un proceso de huida de los miembros que conduzca a una disfunción familiar o a una desintegración (25)

Todas las enfermedades crónicas que producen recaídas que alternan con períodos asintomáticos, se caracteriza por lapsos en que la familia sufre un sobreenvolvimiento y otros en que permite llevar a cabo los proyectos individuales. Sin embargo, el estado de alerta mantiene a una parte de la familia dentro de un modelo centrípeto de vida a pesar de que a veces se curse por un período médicamente asintomático (25)

La presentación de una enfermedad en un miembro del grupo familiar implica necesariamente una situación de crisis, la cual dependerá de varios factores, como el grado de posibilidades que existan de lograr un equilibrio metabólico que garantice la salud del individuo, las circunstancias que hayan rodeado al diagnóstico inicial; el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos impliquen para este individuo en particular; la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad del deterioro, las secuelas invalidantes la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la enfermedad; y la posibilidad de crear un significado que los ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad

Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento -los cuales deberán incluir temas como etiología, manejo y las consecuencias de la enfermedad-, así como en programas psicoterapéuticos que incluyan terapeutas familiares, conductuales e individuales, con el propósito de que un equipo multidisciplinario actúe y oriente a la familia en la situación de crisis (22) Al proveer una adecuada información crear conciencia en la familia de lo importante de la dieta y el ejercicio; y fomentar la responsabilidad del autocuidado en el paciente, son fundamentales para un tratamiento adecuado (25)

El enfoque biopsicosocial del enfermo crónico y su familia permite alcanzar varios objetivos. primero minimizar el impacto del padecimiento sobre el desarrollo y funcionamiento tanto físico como emocional del individuo que la padece,

segundo lograr un balance óptimo entre el manejo adecuado de la enfermedad y la calidad de vida tanto del paciente como de su familia. También facilitar que el individuo se adapte y reintegre a su vida familiar y a otros aspectos de la vida, entre ellos las áreas social, productiva y recreativa, y que la familia llegue a efectuar de manera similar este proceso en todos los aspectos de su vida (25)

El enfoque biopsicosocial de Miller (1995) identifica tres niveles en los cuales se pretende que el personal de salud actúe:

- 1 A un nivel biológico, a través de manejar y llevar a cabo intervenciones en los aspectos fisiológico, médico quirúrgico y farmacológico;
- 2 Tomar las consideraciones necesarias para proporcionar al individuo un ambiente adecuado, donde pueda solventar sus necesidades de desarrollo, psicosociales y emocionales durante el tratamiento como en el seguimiento de la fase crónica, y
- 3 Llevar a cabo un plan de tratamiento integral (holístico) que permita al paciente aprender nuevos métodos para sobrellevar de la mejor manera posible los efectos de su enfermedad en las diversas esferas sociales, ya sea en la escuela, el trabajo, con los amigos, los parientes, la iglesia y el sistema de salud (25)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el perfil epidemiológico del adulto mayor, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Delegación 1 Noroeste IMSS México, D.F.?

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:**

La realización del presente estudio, se llevo a cabo en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No 20 "Vallejo" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal, la cual pertenece al primer nivel de atención médica

Se eligió a aquellos pacientes adultos mayores entre los 60 y 65 años de edad, ambos sexos, que estén adscritos a la UMF No 20 del IMSS, que acudan a demandar consulta de manera espontánea o programada independientemente del motivo de consulta, en el período de tiempo establecido y con la característica de que tengan familia. De esta forma; quedaron excluidos aquellos pacientes que acudieron a demandar de consulta a la UMF No 20 del IMSS y que se encontraron fuera de los rangos de edad ya enunciados, adultos mayores adscritos a cualquier otra UMF, pacientes quienes durante el estudio, presentaran alteraciones graves de salud, que por ende requirieran atención inmediata de urgencia y aquellos pacientes que vivieran solos o en asilos

El tipo de estudio que se llevó a cabo fue por el control de la maniobra experimental de tipo observacional; de acuerdo a la captación de la información, de tipo prospectivo; por la medición de los fenómenos en el tiempo, de tipo transversal por la presencia de un grupo control, de tipo descriptivo y por la evaluación de las maniobras, fue un estudio de tipo abierto

Se trabajó con una muestra del 10% del total de pacientes adscritos que se encontraban dentro de este grupo de edad en la pirámide de población del Departamento de ARIMAC de la UMF No 20, constituyendo un total de 230 pacientes, bajo los parámetros establecidos en párrafos anteriores, considerándose una muestra significativa por constituir el 10% de la población total entre 60 y 65 años de edad y que cumplieron con estos criterios

Se captó la información por medio de una encuesta diseñada para conocer tipología familiar, economía, geografía e historia ( ver anexo No 2 ) el cual es un instrumento validado, utilizado como una herramienta de contenido, de la cual obtenemos datos como: edad, sexo, estado civil, estructura familiar, desarrollo geográfico y económico, distribución de ingresos en: alimentación, vivienda, vestido, diversión, alguna dependencia (tabaco, alcohol), medicamentos y apoyo a familiares, así como integración familiar, número total de consultas al año y principal motivo de consulta De este cuestionario obtenemos diferencias existentes entre la distribución de los ingresos económicos en los diferentes tipos de ocupación

Otro de los métodos utilizados fue la Escala de Pfeiffer, un instrumento validado para la evaluación de la patología mental en el adulto mayor en relación al deterioro cognoscitivo, mismo que considera trastornos de la memoria reciente, de forma episódica, acompañada de fallos en orientación espacial y en memoria "topográfica", sufriendo en ocasiones <<despistes>> El cuestionario de medición consta de 8 reactivos, los cuales incluyen preguntas directas de contenido de la vida cotidiana del paciente como fecha, lugar donde se encuentra, número telefónico, domicilio, edad y fecha de nacimiento, nombre del Presidente actual, restar de 3 en 3 a partir de 20 y primer apellido los cuales deben ser respondidos como error o acierto, calificando deterioro cognoscitivo leve con 3 errores, deterioro cognoscitivo moderado con 4 errores y deterioro cognoscitivo grave con más de 4 errores ( ver anexo No 3 )

Otra entidad clínica importante en la patología mental del adulto mayor es la Depresión, para lo cual el instrumento de evaluación empleado es la Escala de Yesavage La depresión es considerada como el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, presentada de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con un importante componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente Esta escala de medición esta compuesta por 15 reactivos los cuales incluyen preguntas familiares o personales de tipo depresivo en las áreas afectiva, cognoscitiva y conductual, las cuales tienen respuestas dicotómicas a través de un si o no de manera intercalada con letras mayúsculas, teniendo como resultado de la evaluación más de 5 respuestas con mayúscula es equivalente a depresión ( ver anexo No 4 )

Otro instrumento utilizado fue el Minimental Test con la finalidad de conocer la presencia de Demencia en la población estudiada Teniendo en cuenta que la demencia es un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afcción de al menos tres de las siguientes áreas de la actividad mental: lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, trastornos emocionales o de personalidad y trastornos cognitivos (abstracción, cálculo, juicio, etc ) La medición la realizamos a través de el minimental test que es un cuestionario compuesto de preguntas en relación a la orientación, la rememoración, la atención y cálculo, la repetición, el lenguaje, el

razonamiento, abstracción y habilidades dando una puntuación total de 30 puntos considerándose normal y calificándola como demencia con menos de 24 puntos ( ver anexo No 5 )

Para la valoración del grado de dependencia del adulto mayor tomamos en cuenta el instrumento de evaluación conocido como Escala de Barthel Grado de dependencia el adulto mayor puede sentirse desamparado o estarlo en realidad De acuerdo a su condición física necesita ayuda, pero ni él ni sus familiares tienen la capacidad técnica para comprender el proceso de envejecimiento y prestar esa ayuda en forma razonada y razonable Para la medición de esta variable utilizamos la escala de Barthel donde se cuestionan la independencia, asistencia y dependencia de diferentes funciones tales como: alimentación, baño, vestirse, ir al excusado, subir escaleras, aseo personal, traslado (silla-cama), deambulaci3n, micci3n y evacuaci3n; dando como resultado la siguiente escala de evaluaci3n: Independiente: 100 puntos, Dependencia leve de 60 a 70 puntos, Dependencia moderada: de 40 a 55 puntos, Dependencia grave: de 20 a 35 puntos y Dependencia total. menos de 20 puntos ( ver anexo No 6 )

Otro de los instrumentos utilizados fue el FACES III, un instrumento validado para la evaluaci3n de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesi3n, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptaci3n; esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relaci3n en respuesta a estrés situacional y desarrollo (Olson y cols 1979)

Para la medici3n de éste se aplicó una escala conformada por 20 ítems que recogió la percepci3n presente e ideal acerca de la cohesi3n y adaptabilidad de la familia Los ítems de cohesi3n incluyeron. apoyo interno, límites emocionales y familiares, intereses, valoraci3n del compartir en familia, solidaridad interna, principalmente, los ítems de adaptabilidad evalúan liderazgo, control, disciplina, roles y reglas Cada ítem es contestado de acuerdo a una escala Likert que interroga cinco alternativas que van desde un total acuerdo al total desacuerdo con la pregunta. Cada respuesta tiene un puntaje Los ítems de adaptabilidad y cohesi3n se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permiten ubicar a la familia encuestada en uno de los 16 tipos de familias del modelo circunflejo de Olson que clasifica de acuerdo a las dos variables mencionadas los tipos de familias se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y grado de funcionalidad ( ver anexo No 7 )

A todos los pacientes participantes en este estudio se les otorgo la información pertinente del proyecto de investigación, aceptando su participación por escrito ( ver anexo No 1 )

Las encuestas y cuestionarios se aplicaron durante el período de Septiembre a Diciembre del año 2001 de lunes a viernes en un horario comprendido de las 11:00 a las 13:00Hrs y de las 15:00 a las 17:00Hrs en la Sala de espera de la consulta externa de la UMF No 20 IMSS, trabajando con pacientes que entraban dentro de los criterios de inclusión ya mencionados

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba de significancia estadística  $\chi^2$  aplicada para la comparación de los grupos seleccionados básicamente en cuanto a distribución de ingresos económicos y ocupación así como dinámica familiar y funcionalidad familiar según FACES III, esperando que mediante esta prueba nos indicará si el estudio llevado a cabo tuvo o no significancia estadística entre los parámetros comparados

## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:**

Los resultados del presente estudio de investigación, realizados a un total de 230 pacientes adultos mayores quienes asistieron a demandar atención en la consulta externa de la UMF No 20 "Vallejo", se presentan a continuación:

Se tomo en cuenta un rango de edad que va de los 60 a los 65 años, distribuyéndose de la siguiente manera. 60 años (n=35) con un porcentaje de 15 22%, 61 años (n=32) con un porcentaje de 13 9%, 62 años (n=52) con un porcentaje de 22 6%, 63 años (n=39) con un porcentaje de 16 96%, 64 años (n=35) con un porcentaje de 15 22% y 65 años (n=37) con un porcentaje de 16 1%

(Tabla y Gráfico No 1)

De acuerdo al estado civil encontrado en este grupo de adultos mayores tenemos los siguientes resultados: Casados (n=176) con un porcentaje de 76 52%, Solteros (n=0) con un porcentaje de 0%, Viudos (n=12) con un porcentaje de 5 22%, Divorciados (n=4) con un porcentaje de 1 74% y Unión libre (n=38) con un porcentaje de 16 52%

(Tabla y Gráfico No 2)

En relación al sexo, obtuvimos los siguientes resultados: Para el sexo Femenino (n=120) con un porcentaje de 52 17% y para el sexo Masculino (n=110) con un porcentaje de 47 83%

(Tabla y Gráfico No 3)

Desde el punto de vista de desarrollo económico, la ocupación de los pacientes quedo distribuida de la siguiente manera: Pensionados (n=97) con un porcentaje de 42 2%, Jubilados (n=15) con un porcentaje de 6 5%, Obreros (n=73) con un porcentaje de 31 8%, Comerciantes (n=33) con un porcentaje de 14 3% y Profesionistas (n=12) con un porcentaje de 5 2%

(Tabla y Gráfico No 4)

Para determinar la distribución de los ingresos económicos de los pacientes adultos mayores, tomamos en cuenta la ocupación, sus percepciones mensuales correspondientes con un equivalente al 100% del total de casos por el sueldo mensual en cada ocupación

(Tabla No 5)

En relación a la distribución económica en los pacientes jubilados obtuvimos los siguientes resultados: Para Alimentación (n=\$48,500 00) con un porcentaje de 25%, para vivienda (n=\$83,420 00) con un porcentaje de 43%, para vestido (n=\$19,400 00) con un porcentaje de 10%, para diversión (n=\$15,520 00) con un porcentaje de 8%, Dependencias (alcohol y tabaco) (n=\$9,700 00) con un porcentaje de 5%, Medicamentos (n=\$13,580 00) con un porcentaje de 7% y Apoyo a familiares (n=\$3,880 00) con un porcentaje de 2%

(Tabla y Gráfico No 5a)

La distribución económica de los pacientes pensionados queda de la siguiente manera: Alimentación (n=\$5,250 00) con un porcentaje de 25%, Vivienda (n=\$9,450.00) con un porcentaje de 45%, Vestido (n=\$1,050 00) con un porcentaje de 5%, Diversión (n=\$1,050 00) con un porcentaje de 5%, Dependencias (n=\$1,680 00) con un porcentaje de 8%, Medicamentos (n=\$2,100 00) con un porcentaje de 10% y Apoyo a familiares (n=\$420 00) con un porcentaje de 2%

(Tabla y Gráfico No 5b)

La distribución económica en los adultos mayores obreros, se presenta a continuación: Alimentación: (n=\$35,040 00) con un porcentaje de 20%, Vivienda (n=\$96,360 00) con un porcentaje de 55%, Vestido (n=\$17,520.00) con un porcentaje de 10%, Diversión (n=\$3,054 00) con un porcentaje de 2%, Dependencias (n=\$17,520 00) con un porcentaje de 10%, Medicamentos (n=\$5,256.00) con un porcentaje de 3% y Apoyo a familiares (n=\$0 00) con un porcentaje del 0%

(Tabla y Gráfico No 5c)

La distribución económica en los adultos mayores comerciantes, nos presenta los siguientes resultados: Alimentación. (n=\$49,500 00) con un porcentaje de 30%, Vivienda (n=\$33,000 00) con un porcentaje de 20%, Vestido (n=\$33,000 00) con un porcentaje de 20%, Diversión (n=\$24,750 00) con un porcentaje de 15%, Dependencias (n=\$16,500 00) con un porcentaje de 10%, Medicamentos (n=\$4,950 00) con un porcentaje de 3% y Apoyo a familiares (n=\$3,300 00) con un porcentaje de 2%

(Tabla y Gráfico No 5d)

En cuanto a la distribución económica de los adultos mayores profesionistas, la relación queda como sigue: Alimentación. (n=\$33,600.00) con un porcentaje de 35%, Vivienda (n=\$4,800 00) con un porcentaje de 5%, Vestido (n=\$24,000 00) con un porcentaje de 25%, Diversión (n=\$14,400 00) con un porcentaje de 15%, Dependencias (n=\$2,880 00) con un porcentaje de 3%, Medicamentos (n=\$11,520 00) con un porcentaje de 12% y Apoyo a familiares (n=\$4,800 00) con un porcentaje de 5%

(Tabla y Gráfico No 5e)

En base a la Tipología Familiar , clasificamos a las familias del paciente adulto mayor en las siguientes categorías: Familia nuclear (n=109) con un porcentaje de 47.4%, Familia Extensa (n=61) con un porcentaje de 26.5% y Familia Compuesta (n=60) con un porcentaje de 26.1%

(Tabla y Gráfico No 6)

Desde el punto de vista geográfica las familias de los pacientes adultos mayores habitan en áreas urbanas (n=200) con un porcentaje de 87% y una minoría (n=30) habitan zonas suburbanas con un porcentaje de 13%

(Tabla y Gráfico No 7)

En base a la integración familiar del adulto mayor los resultados son los siguientes: Familia integrada (n=45) con un porcentaje de 19.6%, Familia semiintegrada (n=159) con un porcentaje de 69.2% y Familia Desintegrada (n=26) con un porcentaje de 11.2%

(Tabla y Gráfico No 8)

En relación al número total de consultas recibidas por año, estas se distribuyen de la siguiente manera: 2 consultas por año (n=1) con un porcentaje de 0.4%; 3 consultas por año (n=6) con un porcentaje de 2.6%, 4 consultas por año (n=18) con un porcentaje de 7.8%; 5 consultas por año (n=14) con un porcentaje de 6.1%; 6 consultas por año (n=20) con un porcentaje de 8.7%; 7 consultas por año (n=8) con un porcentaje de 3.5%, 8 consultas por año (n=18) con un porcentaje de 7.8%, 9 consultas por año (n=3) con un porcentaje de 1.3%; 10 consultas por año (n=38) con un porcentaje de 16.5%; 11 consultas por año (n=3) con un porcentaje de 1.3% y 12 consultas por año (n=101) con un porcentaje de 44%

(Tabla y Gráfico No 9)

En relación al principal motivo de consulta, destacan las siguientes entidades clínicas: I: Hipertensión arterial sistémica (n=86) con un porcentaje de 37.4%; II Diabetes mellitus (n=69) con un porcentaje de 30%, III: Enfermedad Acido Péptica (n=38) con un porcentaje de 16.5%, IV: Enfermedad Articular Degenerativa (n=35) con un porcentaje de 15.2%, V: Insuficiencia Venosa Periférica (n=31) con un porcentaje de 13.5%; VI Infección de vías urinarias: (n=28) con un porcentaje de 12.2%, VII: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (n=26) con un porcentaje de 11.3%; VIII: Depresión. (n=23) con un porcentaje de 10%; Lumbalgia, IRC, Sx anémico y Secuelas de EVC (n=12) con un porcentaje de 5.2%; IX. CHAN, AR (n=10) con un porcentaje de 4.3% ; X: Osteoporosis e hipertriglicéridemias (n=8) con un porcentaje de 3.5% y otras enfermedades con menores porcentajes

(Tabla y Gráfico No 10)

Desde el punto de vista del estado neurológico, las variables que se utilizaron para medir el Deterioro Cognoscitivo, la distribución por variable fue la siguiente sin Deterioro (n=132) con un porcentaje de 57.4%; Deterioro leve (n=69) con un porcentaje de 30%, Deterioro moderado (n=23) con un porcentaje de 10% y Deterioro severo (n=6) con un porcentaje de 2.6%

(Tabla y Gráfico No 11)

Para la valoración de presencia o ausencia de Depresión, la distribución queda de la siguiente manera: Pacientes con Depresión (n=210) con un porcentaje de 91.3% y Pacientes sin Depresión (n=20) con un porcentaje de 8.7%

(Tabla y Gráfica No 12)

Para la valoración de la presencia o no de demencia, los valores encontrados son: Pacientes sin Demencia (n=205) con un porcentaje de 89.1% y pacientes con demencia (n=25) con un porcentaje de 26.1%

(Tabla y Gráfico No 13)

En relación al estado de dependencia, tenemos la siguiente distribución de variables: Independientes (n=112) con un porcentaje de 48.7%, Dependencia leve (n=77) con un porcentaje de 33.5%, Dependencia moderada (n=22) con un porcentaje de 9.6%, Dependencia severa (n=15) con un porcentaje de 6.5% y Dependencia total (n=4) con un porcentaje de 1.7%

(Tabla y Gráfico No 14)

En relación al grado de Funcionalidad Familiar según las variables del FACES III acerca de cohesión y adaptabilidad la distribución de los pacientes fue de la siguiente manera: PARA COHESIÓN No relacionada (n=6) con un porcentaje de 2 6%, Semirelacionada (n=132) con un porcentaje de 57 4%, relacionada (n=69) con un porcentaje de 30% y Aglutinada (n=23) con un porcentaje de 10%

(Tabla y Gráfico No 15)

En relación al grado de ADPTABILIDAD, la distribución fue: Rígido (n=23) con un porcentaje del 10%, Estructurado (n=69) con un porcentaje de 30%, Flexible (n=132) con un porcentaje de 57 4% y Caótico (n=6) con un porcentaje de 2 6%

(Tabla y Gráfico No 16)

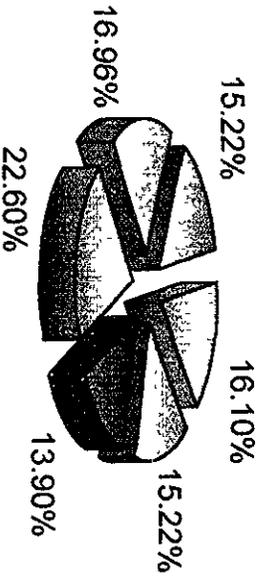
De acuerdo a los parámetros antes mencionados, el grado de funcionalidad familiar según FACES III fue de la siguiente manera: Menos funcional (n=40) con un porcentaje de 17 4%, Mediana funcionalidad (n=170) con un porcentaje de 74% y Más funcional (n=20) con un porcentaje de 8 6%

(Tabla y Gráfico No 17)

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

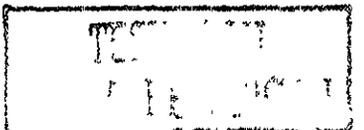
EDADES	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJES
60	35	15.22%
61	32	13.90%
62	52	22.60%
63	39	16.96%
64	35	15.22%
65	37	16.10%
TOTAL	230	100.00%

**PORCENTAJES POR GRUPO DE EDAD**



**TABLA Y GRAFICO No.1**

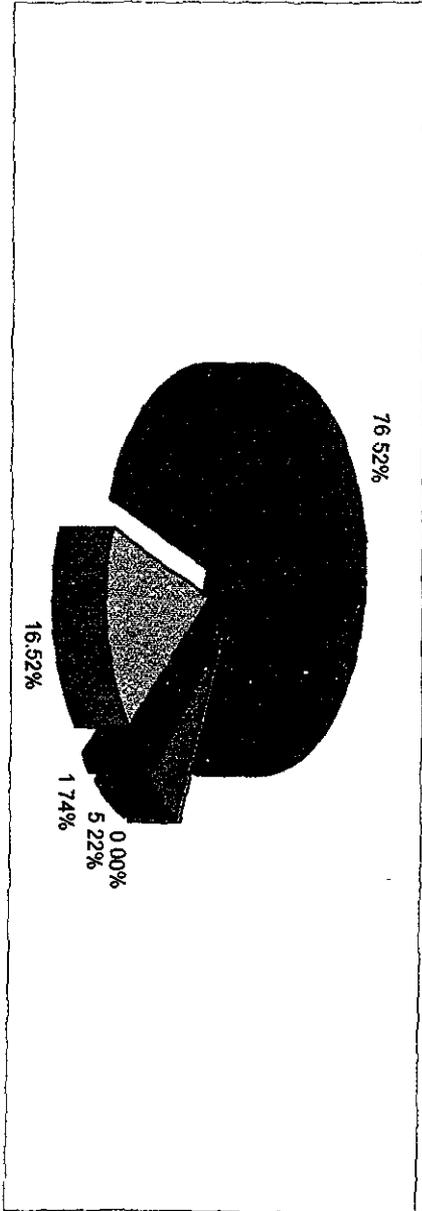
**CLASIFICACION DEL ADULTO MAYOR POR RANGO DE EDAD**



**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

ESTADO CIVIL	No. PACIENTES	PORCENT
CASADO	176	76.52%
SOLTERO	0	0.00%
VIUDO	12	5.22%
DIVORCIADO	4	1.74%
UNION LIBRE	38	16.52%
TOTAL	230	100.00%

TESTIS CON FALLA DE ORIGEN

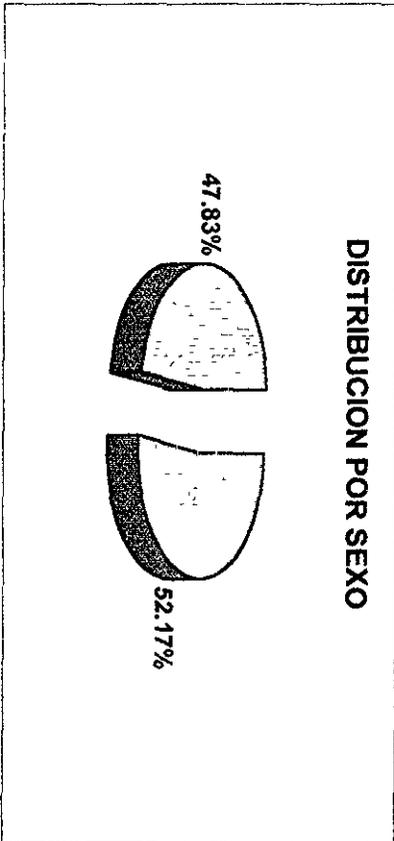


**TABLA Y GRAFICO No. 2  
DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

FEMENINO	120	52.17%
MASCULINO	110	47.83%
TOTAL	0	100.00%

**DISTRIBUCION POR SEXO**

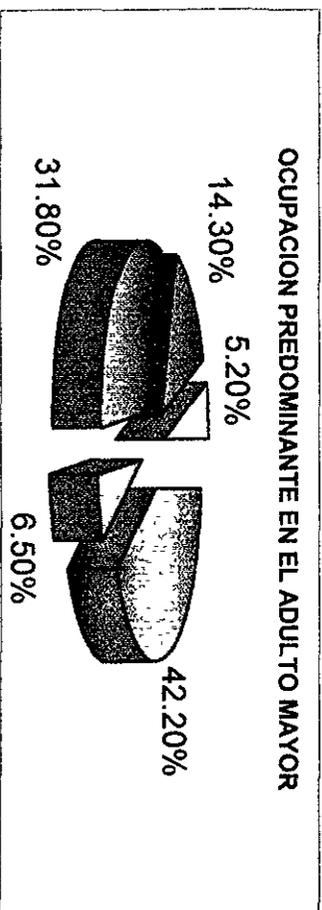


**TABLA Y GRAFICO No.3  
AGRUPACION POR SEXO DEL ADULTO MAYOR**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR.**

OCUPACION		
PENSIONADA	97	42.20%
JUBILADA	15	6.50%
OBRAERA	73	31.80%
COMERCIANTE	33	14.30%
PROFESIONISTA	12	5.20%
TOTAL	230	100.00%



**TABLA Y GRAFICO No.4  
TIPO DE OCUPACION PREDOMINANTE EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

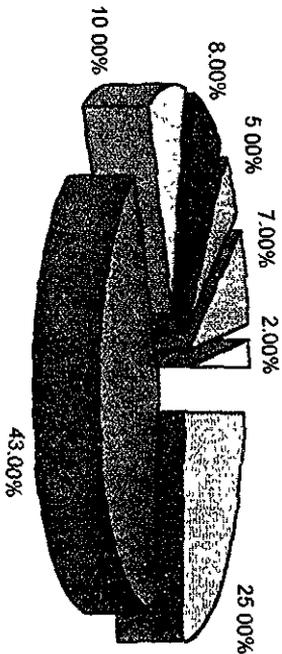
TABLA No.5

OCCUPACION	SUELDO/MES	CASOS	TOTAL	PORCENTAJE
JUBILADO	\$ 2000.00	X 97	\$ 194000.00	100%
PENSIONADO	\$ 1400.00	X 15	\$ 21000.00	100%
OBRAERO	\$ 2400.00	X 73	\$ 175200.00	100%
COMERCIANTE	\$ 5000.00	X 33	\$ 165000.00	100%
PROFESIONISTA	\$ 8000.00	X 12	\$ 96000.00	100%

PERCEPCIÓN MENSUAL TOTAL POR OCCUPACIÓN EN EL PACIENTE  
ADULTO MAYOR

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR  
DE UN TOTAL DE 97 PACIENTES JUBILADOS.**

DISTRIBUCION	CANTIDAD	PORCENT
ALIMENTACION	\$48.500,00	25,00%
VIVIENDA	\$83.420,00	43,00%
VESTIDO	\$19.400,00	10,00%
DIVERSION	\$15.520,00	8,00%
DEPENDENCIAS	\$9.700,00	5,00%
MEDICAMENTOS	\$13.580,00	7,00%
APOYO A FAMILIARES	\$3.880,00	2,00%
TOTAL	\$194.000,00	100,00%

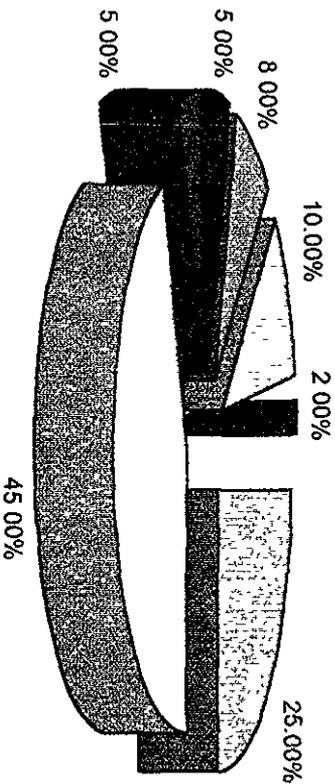


**TABLA Y GRAFICO No.5a  
DISTRIBUCION ECONOMICA EN BASE A SU OCCUPACION: JUBILADOS.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR  
DE UN TOTAL DE 15 PACIENTES PENSIONADOS**

DISTRIBUCION	CANTIDAD	PORCENT
ALIMENTACION	\$5.250,00	25,00%
VIVIENDA	\$9.450,00	45,00%
VESTIDO	\$1.050,00	5,00%
DIVERSION	\$1.050,00	5,00%
DEPENDENCIAS	\$1.680,00	8,00%
MEDICAMENTOS	\$2.100,00	10,00%
APOYO A FAMILIARES	\$420,00	2,00%
TOTAL	\$21.000,00	100,00%



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

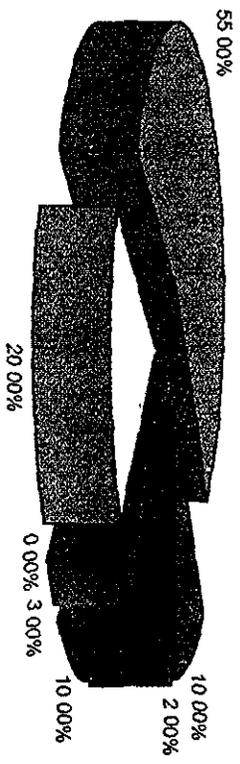
**TABLA Y GRAFICO No.5b  
DISTRIBUCION ECONOMICA EN BASE A SU OCUPACION: PENSIONADOS.**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

**DE UN TOTAL DE 73 PACIENTES OBREROS**

DISTRIBUCION	CANTIDAD	PORCENT
ALIMENTACION	\$ 35.040,00	20,00%
VIVIENDA	\$98.360,00	55,00%
VESTIDO	\$17.520,00	10,00%
DIVERSION	\$3.054,00	2,00%
DEPENDENCIAS	\$17.520,00	10,00%
MEDICAMENTOS	\$5.256,00	3,00%
APOYO A FAMILIARES	\$0,00	0,00%
TOTAL	\$175.200,00	100,00%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

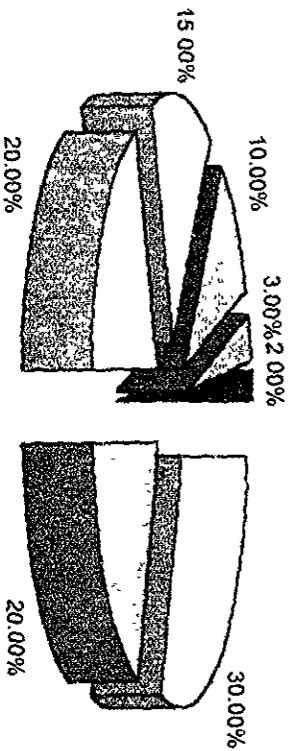


**TABLA Y GRAFICO No.5c**  
**DISTRIBUCION ECONOMICA EN BASE A SU OCUPACION: OBRERO**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR  
DE UN TOTAL DE 33 PACIENTES COMERCIANTES**

DISTRIBUCION	CANTIDAD	PORCENT
ALIMENTACION	\$49.500.00	30.00%
VIVIENDA	\$33.000.00	20.00%
VESTIDO	\$33.000.00	20.00%
DIVERSION	\$24.750.00	15.00%
DEPENDENCIAS	\$16.500.00	10.00%
MEDICAMENTOS	\$4.950.00	3.00%
APOYO A FAMILIARES	\$3.300.00	2.00%
TOTAL	\$165.000.00	100.00%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



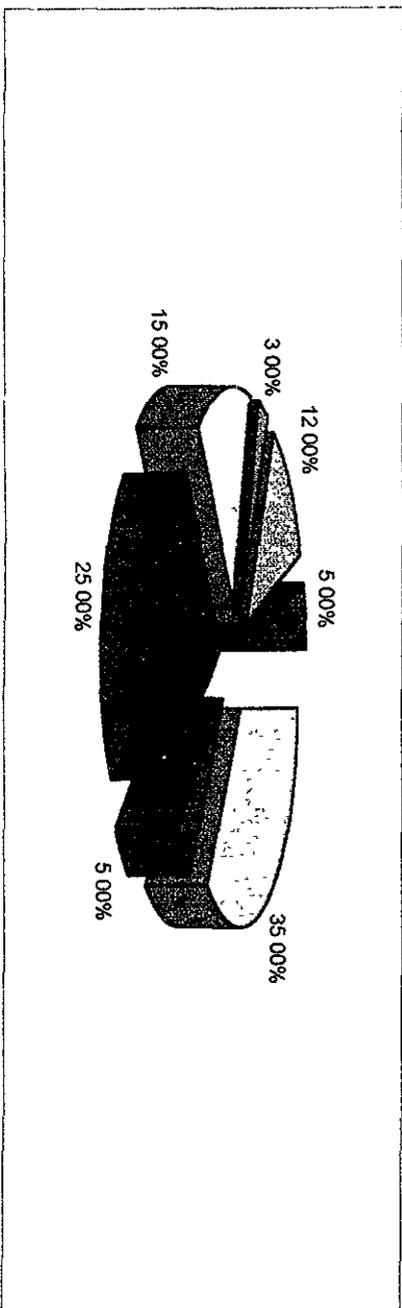
**TABLA Y GRAFICO No. 5d  
DISTRIBUCION ECONOMICA EN BASE A SU OCUPACION: COMERCIANTES**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

**DE UN TOTAL DE 12 PACIENTES PROFESIONISTAS**

DISTRIBUCION	CANTIDAD	PORCENT
ALIMENTACION	\$33,600.00	35.00%
VIVIENDA	\$4,800.00	5.00%
VESTIDO	\$24,000.00	25.00%
DIVERSION	\$14,400.00	15.00%
DEPENDENCIAS	\$2,880.00	3.00%
MEDICAMENTOS	\$11,520.00	12.00%
APOYO A FAMILIARES	\$4,800.00	5.00%
TOTAL	\$96,000.00	100.00%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



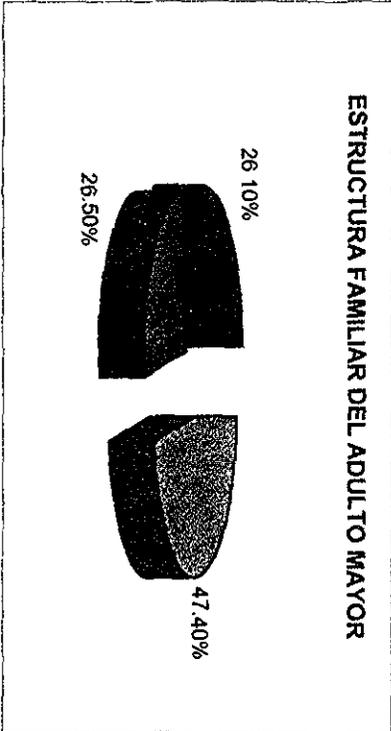
**TABLA Y GRAFICO No.5e**  
**DISTRIBUCION ECONOMICA EN BASE A SU OCUPACION: PROFESIONISTAS**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

ESTRUCTURA			
NUCLEAR	109	47.40%	
EXTENSA	61	26.50%	
COMPUESTA	60	26.10%	
TOTAL	230	100.00%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

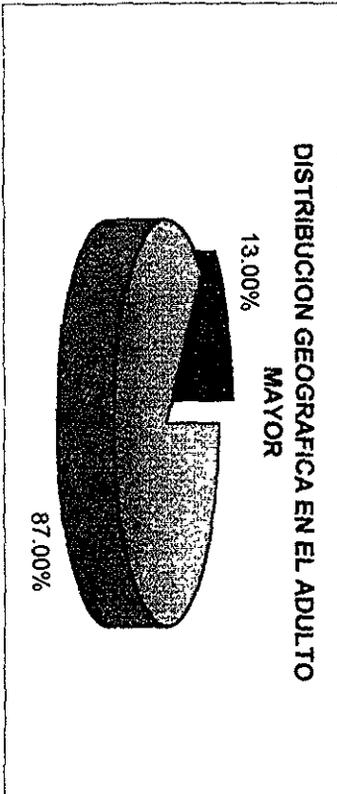
**ESTRUCTURA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR**



**TABLA Y GRAFICO No. 6  
TIPOLOGIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR.**

**PELIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

GEOGRAFICA			
URBANA	200	87.00%	
SUBURBANA	30	13.00%	
TOTAL	230	100.00%	

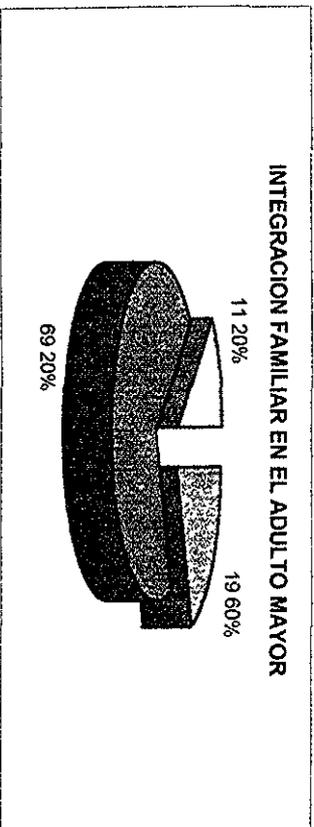


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TABLA Y GRAFICO No. 7**  
**DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

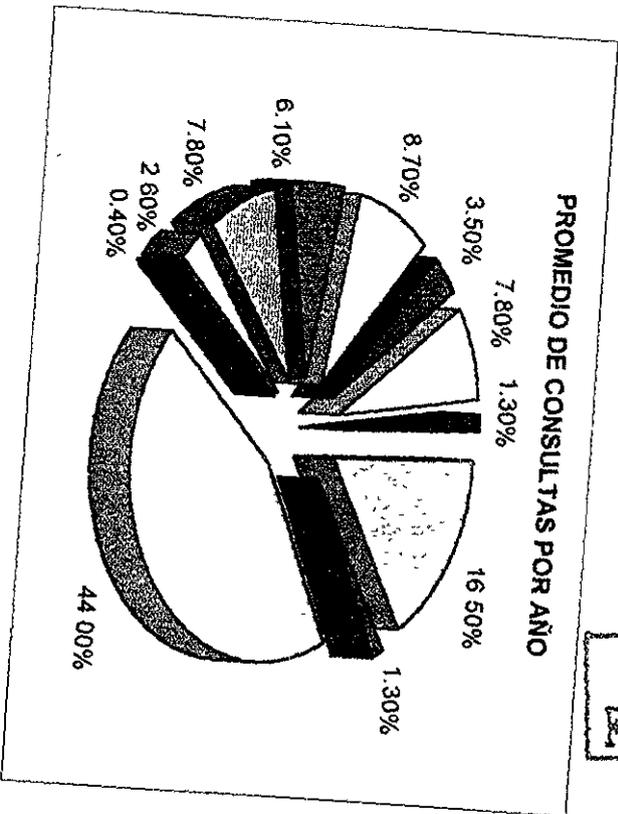
<b>INTEGRACION</b>			
<b>INTEGRADA</b>	45	19.60%	
<b>SEMIINTEGRADA</b>	159	69.20%	
<b>DESINTEGRADA</b>	26	11.20%	
<b>TOTAL</b>	230	100.00%	



**TABLA Y GRAFICO No. 8**  
**GRADO DE INTEGRACION FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

CONSULTAS POR AÑO	
1	0
2	1
3	6
4	18
5	14
6	20
7	8
8	18
9	3
10	38
11	3
12	101
TOTAL	230



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**TABLA Y GRAFICO No. 9  
PROMEDIO DE CONSULTAS AL AÑO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR**

TIPO  
FALLA DE ORIGEN

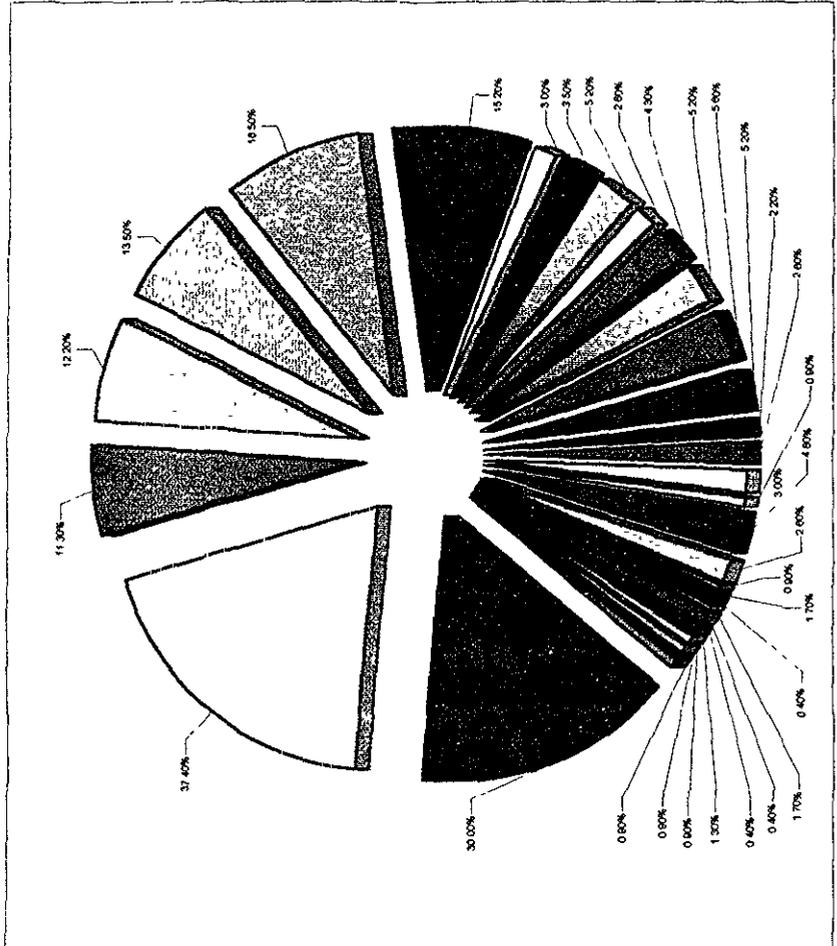
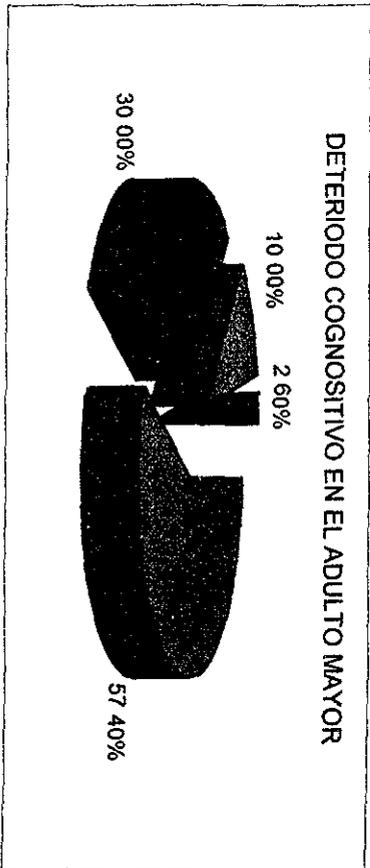


TABLA Y GRAFICO No. 10  
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

DETERIORO COGNOSITIVO		
SIN DETERIORO	132	57.40%
DETERIORO LEVE	69	30.00%
DETERIORO MODERADO	23	10.00%
DETERIORO SEVERO	6	2.60%
TOTAL	0	100.00%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

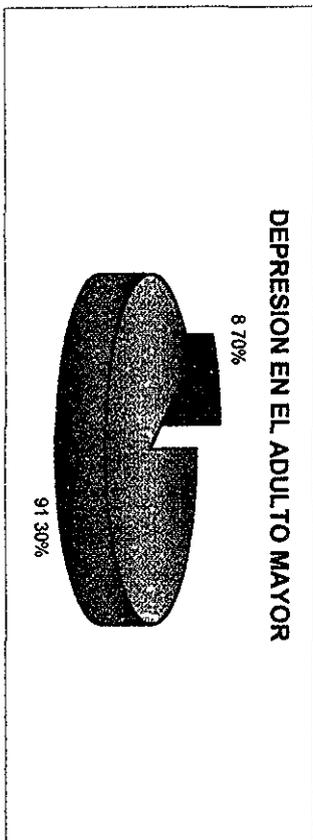


**TABLA Y GRAFICO N.º.11  
CLASIFICACION DEL DETERIORO COGNOSITIVO DEL ADULTO MAYOR.**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

DEPRESION		
DEPRESION	210	91.30%
SIN DEPRESION	20	8.70%
TOTAL	0	100.00%

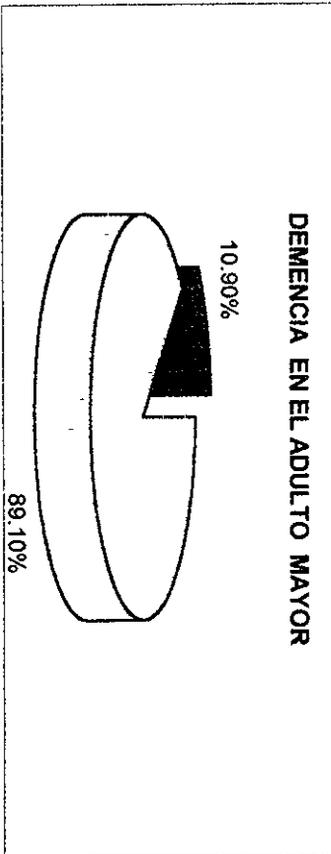
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA Y GRAFICO No.12  
DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

DEMENCIA		
SIN DEMENCIA	205	89.10%
CON DEMENCIA	25	10.90%
TOTAL	230	100.00%



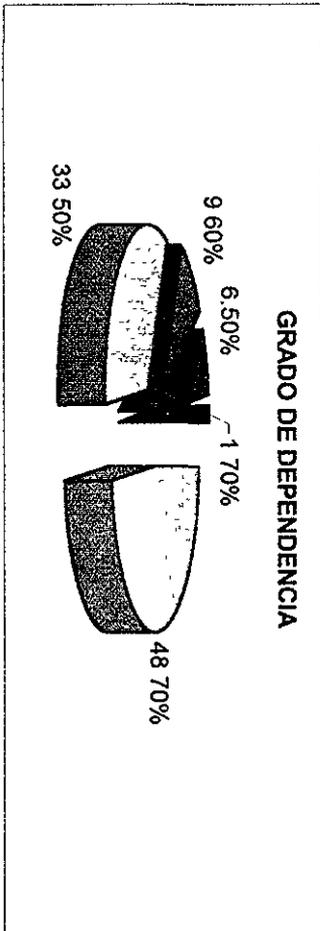
**TABLA Y GRAFICO No. 13**  
**DEMENCIA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**PERIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

ESTADO DE DEPENDENCIA	
INDEPENDIENTE	112
DEP. LEVE	77
DEP. MODERADO	22
DEP. SEVERA	15
DEP. TOTAL	4
TOTAL	230

**TESES CON FALLA DE ORIGEN**



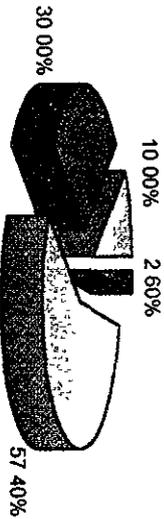
**TABLA Y GRAFICO No.14  
GRADO DE DEPENDENCIA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

GRADO DE COHESION	
NO RELACIONADA	6 2.60%
SEMIRELACIONADA	132 57.40%
RELACIONADA	69 30.00%
AGLUTINADA	23 10.00%
TOTAL	230 100.00%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRADO DE COHESION FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR**



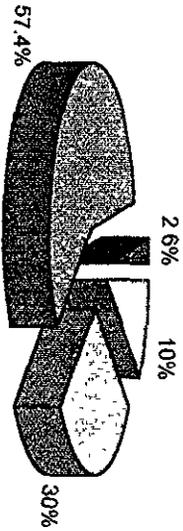
**TABLA Y GRAFICO No. 15**  
**GRADO DE COHESION EN EL ADULTO MAYOR (FACES III).**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR.**

GRADO DE ADAPTABILIDAD			
RIGIDO	23		10%
ESTRUCTURADO	69		30%
FLEXIBLE	132		57.4%
CAOTICO	6		2.6%
TOTAL	230		100%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

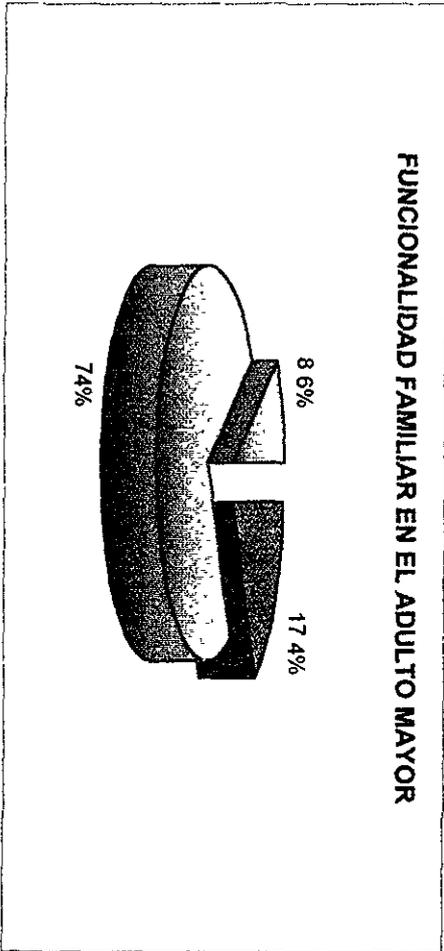
**GRADO DE ADAPTABILIDAD EN EL ADULTO MAYOR**



**TABLA Y GRAFICO No. 16**  
**GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR (FACES III).**

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR**

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		
MEMOS FUNCIONAL	40	17.4%
MEDIANA FUNCIONAL	170	74%
MAS FUNCIONAL	20	8.6%
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA Y GRAFICO No.17  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN ESCALA DE PACES III.**

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

El análisis de la presente investigación nos muestra que en el rango de edad tomado en cuenta en este estudio, los pacientes de 62 años, ocupan un 22.6% con una muestra de 52 pacientes, no notando diferencia significativa entre las otras edades, pues el porcentaje oscila entre 13.9% a 16.9%, aunque debemos tomar en cuenta que es un grupo seleccionado de la séptima década de la vida entre 60 y 65 años de edad. De acuerdo al estado civil encontrado más predominantemente son los casados con un 76.5% situación esperada por las condiciones socioculturales en base a las costumbres y tradiciones de nuestro país, seguida esta relación de adultos mayores en unión libre con un porcentaje de 16.52%, después adultos mayores viudos con un porcentaje de 5.2%, teniendo únicamente un reporte de 1.7% para adultos mayores divorciados. No reportando este estudio adultos mayores solteros. En cuanto al sexo se presenta una mínima diferencia con mayor predominio del sexo femenino con un porcentaje de 52.7% en relación con el masculino con un porcentaje de 47.3%. Esto es debido a que la esperanza de vida actualmente para la mujer es mayor en relación a la del hombre; 79 y 73 años respectivamente; además de que la mujer es la que acude más frecuentemente a demandar servicios de salud (4,22)

Desde el punto de vista de desarrollo económico, observamos que pese a que son pacientes entre 60 y 65 años de vida que en teoría y debido a la idiosincrasia de nuestro medio tendrían que estar disfrutando de su jubilación o pensión por cesantía y por lo tanto retirados de la vida reproductiva y de la pirámide de población económicamente activa, cuando el ser humano envejece, ve con recelo que se acerca el momento de retirarse de los centros laborales; de las actividades retribuidas con dinero y de las satisfacciones que a través de este y del desempeño del trabajo mismo ha podido obtener en su vida de adulto joven no es lo que encontramos en la vida cotidiana del adulto mayor en nuestro país, donde encontramos las siguientes ocupaciones con sus respectivos porcentajes observamos con un porcentaje de 42.2%, jubilados con un porcentaje de 6.5%, obreros con un porcentaje de 31.8%, comerciantes con un porcentaje de 14.3% y profesionistas con un porcentaje de 5.2% (4, 8,22)

En la determinación de los ingresos económicos del adulto mayor, se toman en cuenta las necesidades básicas de la pirámide de Maslow las cuales son: alimentación, vivienda, vestido, recreación o diversión, dependencias (alcohol, tabaco), medicamentos (salud) y apoyo económico a familiares, obteniendo los siguientes resultados en cada una de las ocupaciones reportadas:

NECESIDADES	JUBILADO	PENSIONADO	OBRAERO	COMERCIANTE	PROFESIONISTA
ALIMENTACION	25%	25%	20%	30%	35%
VIVIENDA	43%	45%	55%	20%	5%
VESTIDO	10%	5%	10%	20%	25%
DIVERSION	8%	5%	2%	15%	15%
DEPENDENCIAS	5%	8%	10%	10%	3%
MEDICAMENTOS	7%	10%	3%	3%	12%
APOYO A FAMILIARES	2%	2%	0%	2%	5%

En esta tabla podemos observar que si existen diferencias significativas entre los diferentes tipos de ocupación y su actividad laboral, notando por ejemplo que los adultos mayores clasificados dentro de un nivel socioeconómico bajo destinan la mayor parte de sus ingresos económicos en lo que respecta a vivienda y alimentación, dando mucha menor importancia a vestido, diversiones y apoyo a familiares, comparados con los pacientes quienes cuentan con un nivel socioeconómico medio-alto donde es prioritaria la inversión para alimentación, diversiones y vestido, lo cual está condicionado por el status social y el nivel sociocultural de cada familia

De lo cual podemos notar que las necesidades así como la distribución de los ingresos económicos va a estar determinada por la ocupación laboral que desempeñan (1, 4, 9, 20)

En relación a la estructura familiar en el adulto mayor, observamos que el porcentaje más alto de la población total tiene una familia nuclear, compuesta por Padre, Madre e hijos, seguida de las familias con una estructura extensa la cual está conformada por Madre, Padre, hijos, esposo (a) de los hijos, sobrinos, abuelos o algún otro familiar que tenga lazos consanguíneos; y por último las familias que tienen una estructura compuesta la cual está integrada por Padre, Madre, hijos, abuelos, sobrinos o cualquier otro individuo que no tenga lazos consanguíneos, lo cual está considerado dentro de la literatura como pauta de relación en la sociedad mexicana que la familia más predominante es la nuclear no habiendo diferencias entre la compuesta donde la unión es por lazos consanguíneos y afectivos y la extensa donde está formada exclusivamente por lazos consanguíneos. Es importante destacar que en la etapa de vida del adulto mayor, este tiende generalmente a "refugiarse" con la familia formada por alguno de sus hijos (as) (2, 11, 12)

Para la ubicación geográfica del adulto mayor nos basamos en conocer si la localidad donde vive la familia del adulto mayor tiene más de 2500 habitantes, obteniendo que el 87% de los pacientes viven en zonas urbanas contando con todos los servicios públicos, en tanto que el resto de los adultos mayores viven en zonas

consideradas como suburbanas debido a que la cantidad de habitantes es menor de 2500 y tienen carencias relativas de los servicios públicos de urbanización, factor importante desde el punto de vista epidemiológico debido a que nos puede ayudar a identificar factores de riesgo en deficiencias de saneamiento ambiental las cuales son condicionantes en la morbilidad sobre todo en enfermedades infecciosas agudas (4, 5,8, 21)

Desde el punto de vista de integración familiar, partiendo del marco textual donde la familia integrada es aquella que cumple con las funciones y roles estáticos dentro del grupo familiar, en tanto que la familia semintegrada es aquella en donde tanto las funciones como los roles estáticos se cumplen de manera incompleta y la familia desintegrada que es aquella en donde las funciones y los roles no se cumplen. En este estudio encontramos que más del 50% de las familias de pacientes adultos mayores entran en la categoría de semintegrada, seguida de la integrada y por último la desintegrada. De tal manera que como también ya se había documentado, no existe el ideal de familia o familia perfecta pues está como un sistema dinámico en el cual diariamente entra y sale información tiene que reaccionar ante los cambios en el ciclo de vida, en la dinámica y funcionalidad familiar. Considerando este resultado como patrón de relación normal (5,8)

Para el número de consultas demandadas y recibidas por año en el adulto mayor están dependerán del tipo de patología por la cual acuden observando que un 44% acuden en promedio 1 vez por mes a consulta, lo cual esta en íntima relación a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y por ende a su control, lo cual a su vez empieza a reflejar su impacto desde el punto de vista económico con sus repercusiones evidentes en la falta de medicamentos, aumento en el número de consultas/ día, retraso en las citas a los servicios de Rx y laboratorio, así como el incremento cada vez mayor de pensionados y jubilados situación que es preocupante por el desequilibrio financiero para el sector salud y motivo de crisis institucional (8)

Los principales motivos de consulta del adulto mayor es bien conocido que son las enfermedades crónico degenerativas, la progresiva debilidad y disminución gradual de capacidades han ido adquiriendo matices especiales gracias a los avances logrados por la humanidad en las últimas décadas; creando nuevas expectativas, prolongando la vida humana y repercutiendo en todas las áreas del vivir cotidiano. Sin embargo pese a estos avances, los estudios demográficos de salud siguen reflejando que nuestra población geriátrica se sigue enfermando de lo mismo, de tal manera que la morbilidad de este grupo etario sigue siendo representada por las enfermedades crónico degenerativas básicamente Diabetes mellitus e Hipertensión arterial con porcentajes respectivos de 69 y 37.4%, seguidas estas patologías de complicaciones derivadas de las mismas o bien enfermedades por desgaste como son enfermedad ácido péptica, osteoartritis,

insuficiencia venosa periférica, enfermedades por déficit del estado mental (DDD), enfermedades infecciosas, enfermedades pulmonares y cardiovasculares entre muchas otras. No existen enfermedades propias del anciano, aunque algunas se les apellide de seniles, es difícil determinar en el anciano dónde termina lo fisiológico y dónde empieza lo patológico, la enfermedad va a estar dada por un organismo disminuido en sus defensas y en su capacidad de adaptación y reserva con su debida repercusión funcional, psíquica y social (4,8,24)

En relación a las patologías más frecuentes del adulto mayor, sabemos que por la historia natural de la enfermedad propia de estas pueden tener repercusiones clínicas importantes que dejen complicaciones y secuelas tomando en cuenta que el adulto mayor generalmente presenta pluripatología y por lo mismo aquí la importancia de valorar su grado de dependencia según la Escala de Barthel observando lo siguiente un amplio porcentaje de pacientes (48.7%) son aún independientes en sus actividades diarias esto lo comprendemos en cierto modo por los rangos de edad utilizados, sin embargo la importancia de ser independientes en sus funciones es lo que les permite mantenerse activos económicamente hablando pues también un amplio porcentaje esta integrado aún en la vida laboral. En este estudio observamos que sólo un 1.7% refieren una dependencia total secundaria a secuelas irreversibles de las enfermedades crónico degenerativas no habiendo diferencias significativas entre la dependencia moderada y la severa (7,8)

En la valoración del estado neurológico del adulto mayor podemos comentar que el nivel de maduración psicológica se alcanza con lo que se llama potencialidad del yo, que consiste en la capacidad de provocar y soportar tensiones emocionales, sin deterioro de la personalidad y sin angustia, y se expresa en la aptitud para enfrentarse eficazmente a los problemas que impone la realidad y las tareas de la vida adulta

De tal manera que uno de los objetivos de este trabajo es conocer la presencia de alteraciones mentales en el adulto mayor las cuales son deterioro cognoscitivo, depresión y demencia. El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente en situación social de jubilado o pensionista, que denominamos actualmente "adulto en plenitud" es cada vez más largo, con creciente esperanza de prolongar más la senectud, es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra en la tercera edad hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y "crisis" que pueden afectarle. Es bien sabido que el deterioro de las funciones mentales es lento gradual y progresivo, de tal manera que para la aparición de estos desórdenes mentales esperamos de primera instancia en deterioro cognoscitivo seguido de depresión, demencia y delirium (23). Observamos que según la Escala de Pfeifer,

más del 50% de los pacientes se encuentran sin deterioro cognoscitivo (57.4%), seguido de deterioro leve y por último deterioro severo; este deterioro intelectual más que por la edad está determinado por la calidad de vida del individuo y por las alteraciones anatomofisiológicas que ocurren en la intimidad del tejido nervioso, considerando que esto ocurre después de los 70 años

Para depresión, según la Escala de Yesavage; notamos un gran % de pacientes deprimidos (91.3%), situación debida en primer lugar a la falta de adaptación a esta nueva etapa de su vida determinada por el abandono de actividades y por la ruptura de lazos sociales y de convivencia, presentan un comportamiento contradictorio pues temen a la soledad pero no aceptan las proposiciones para evitarla, desean estar solos para no sufrir nuevos abandonos o rechazos, presentan labilidad emocional y afectiva constantes, se entristecen con facilidad, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada. Otra reacción es la Machaconería, repitiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo en quien lo escucha. Se espera la presencia de choquez y quejas continuas, con repetición constante de cosas desprovistas de sentido, inoportunas e irrelevantes, refieren continuamente su pérdida de autonomía o status, se complacen en relatar detalles de sus males tratando a través de la compasión demandar interés o afecto. Otras conductas que determinan la depresión son la "toxicofilia", regresión de la libido (con falta de amor para con los demás), aumento de los deseos de ser amado, tendencia a guardar cosas, agresividad al recordar sucesos pasados y no haber satisfecho sus expectativas como ser humano, así como referirse solo, viejo e inútil (19, 22, 23)

Para demencia, según la Escala de Barthel; pacientes sin demencia con un porcentaje de 89.1% y pacientes con demencia con un porcentaje de 26.1%. La salud mental es un problema de maduración, socialización y aprendizaje en una etapa específica de la vida para lograr el pleno desarrollo de la personalidad. El grado de deterioro y el momento de la declinación varían según las funciones y los individuos en particular, de tal manera que el rápido incremento de los trastornos psicóticos en el adulto mayor se debe también a factores psicológicos como aislamiento, soledad afectiva, subestimación social, inactividad profesional e inseguridad económica (4,8,11, 13, 14)

En cuanto a la aplicación del FACES III para la valoración de la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad, obtuvimos que en cuanto a cohesión se observa que los lazos emocionales entre los integrantes y el individuo se presentan más frecuentemente de tipo semirelacionado en un 57.4% y menos frecuentemente los extremos, es decir el no relacionado y el aglutinado, cuyos resultados no concuerdan con lo reportado en la literatura, en donde se menciona que familias con pacientes adultos mayores y con enfermedades crónicas degenerativas tienden a aglutinarse y girar en torno al paciente (22, 23). En el

rubro de adaptabilidad se observa que las formas más frecuentes adoptadas por las familias son la flexible en un 57.4%, la estructurada en un 30%, la rígida en un 10% y la caótica en un 2.6% lo cual coincide con la literatura que reporta que las familias tienden a la modificación y adecuación de los roles ( 22,23) Una vez con estos parámetros la funcionalidad familiar más frecuentemente observada es el grado de mediana funcionalidad, seguida de la de menos funcionalidad y en un porcentaje menor la de más funcionalidad, resultados que encontramos relacionados con reportes publicados acerca de estas variables, en donde se menciona que un miembro de la familia con una enfermedad crónica degenerativa, esta repercute directamente sobre la familia y su dinámica familiar (23,24)

## **CONCLUSIONES:**

El presente estudio realizado en la UMF No 20 “Vallejo” del IMSS de la Delegación I Noreste en México, D:F, en el período comprendido de Septiembre a Diciembre del año 2001, en donde se realizaron encuestas a 230 pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la UMF de manera espontánea o programada y el cual nos permitió llegar a las siguientes conclusiones

- La edad considerada para el adulto mayor es a partir de los 60 años de edad en adelante, el rango de edad utilizado en este trabajo fue de pacientes con 60 a 65 años de edad, mostrando un mínimo porcentaje mayor del sexo femenino, en relación al masculino. En relación al estado civil la mayoría de los pacientes se encuentran casados o en unión libre viviendo aún con su pareja
- Desde el punto de vista de desarrollo económico los adultos mayores de 60 y más años aún se encuentran formando parte de la población económicamente activa, encontrando que la mayor parte de estos pacientes se encuentran jubilados seguidos de obreros y comerciantes, tomando como base este dato encontramos la distribución de los ingresos económicos de cada categoría, considerando que los pacientes con un status socioeconómico bajo (obreros, jubilados y pensionados) invierten la mayor parte de sus ingresos en vivienda y alimentación como necesidades prioritarias, en tanto que los pacientes pertenecientes a una clase social media alta le dan más importancia a la alimentación, vestido y recreaciones como necesidades básicas
- La tipología familiar del adulto mayor según la distribución de los datos queda clasificada como Familia tradicional, nuclear, urbana, jubilada, semiintegrada, generalmente en fase de independencia
- Observamos que el número de consultas va a estar en relación directa con el motivo de la misma y su vez con el estado de dependencia de cada paciente, de tal manera que el adulto mayor portador de una enfermedad crónica

- degenerativa demanda consulta una vez por mes, encontrándose en su mayoría aún en estado de independencia
  
- En relación a la morbilidad los diez principales motivos de consulta son:
  - 1 Diabetes mellitus,
  - 2 Hipertensión, arterial sistémica,
  - 3 Enfermedad ácido péptica, enfermedad articular degenerativa,
  - 4 Insuficiencia venosa periférica,
  - 5 Infección de vías urinarias,
  - 6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,
  - 7 Depresión,
  - 8 Lumbalgia, síndrome anémico y secuelas de EVC;
  - 9 Cirrosis y artritis reumatoide;
  - 10 Osteoporosis e hipertiglicidemias
  
- Desde el punto de vista del estado mental en este grupo particular de pacientes notamos que la mayoría se encuentran sin alteraciones del estado cognoscitivo lo cual habla de la calidad anatomofisiológica de su sistema nervioso central, sin embargo más del 90% de los pacientes se encuentran con depresión considerada como un trastorno psicoafectivo-adaptativo con repercusiones en la conducta y personalidad del paciente y la demencia que nos habla de alteraciones cognoscitivas, psicoafectivas y órgano sensoriales se encuentra con muy baja frecuencia en pacientes de este grupo de edad
  
- Para la funcionalidad familiar, se observó que la mayoría de los pacientes tienen una mediana funcionalidad familiar, seguida de una menor funcionalidad y en menor proporción mayor funcionalidad familiar

## COMENTARIO:

Hay muchos aspectos del proceso de envejecimiento que aún no han sido aclarados, en especial los relativos a las causas que llevan al hombre a envejecer

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción cuyos efectos afectan a todos los seres vivientes, quienes los experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con que se presentan los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. Por eso se dice que es un proceso irregular, asincrónico, esencialmente individual; nadie envejece por otro. Envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia; es la gran lección que día a día nos da la vida

En una sociedad desarrollada, la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos, de ahí que la valoración de las personas de edad se encuentre disminuida

Además de esta condición social del anciano, existe una actitud negativa hacia la vejez, aunque no es la vejez en sí misma lo que evoca esta imagen, sino más bien las incapacidades con que se asocia. El envejecimiento per se no implica necesariamente incapacidad; hay cambios fisiológicos que claramente contribuyen a un mayor riesgo de enfermar. El fallo en la salud es el acontecimiento crítico, ya que aboca en incapacidad, demasiado fácilmente aceptada y exagerada. Pero la mayoría de enfermedades e incapacidades que afectan al anciano son susceptibles de prevención total o parcialmente. Es decir a la hora de actuar de forma preventiva en las personas de edad avanzada podremos actuar, teóricamente, sobre dos campos de acción diferentes: a) el envejecimiento, ya que condiciona una mayor tendencia a enfermar, y b) la historia natural de la enfermedad, teniendo en cuenta que es mucho más compleja que en otras edades por la interacción envejecimiento-salud-enfermedad

Los hombres han buscado siempre <<la fuente de la eterna juventud>>. El envejecimiento biológico parece ser el resultado de una acumulación de elementos con múltiples causas, tanto genéticas como ambientales

Tener el conocimiento de un perfil epidemiológico del adulto mayor en un primer nivel de atención médica resulta de gran importancia hoy en día porque a pesar de que estos pacientes se siguen enfermando de lo mismo no hemos destacado la importancia del deterioro neurológico que el paciente puede presentar así como alteraciones conductuales de orden psicoafectivo manifestados como depresión, lo cual queda abierto como futura línea de investigación en relación a la incidencia de el

porque se deprime el adulto mayor?? por lo tanto debemos considerar los siguientes cuidados de salud en el anciano

Los problemas de salud en la vejez son mas complejos que en otros grupos de población Las enfermedades epidemiológicamente más importantes son las crónicas, cuyo esquema es diferente a las enfermedades infecciosas, al tratarse de un modelo multicausal

Las enfermedades crónicas tienen generalmente una base degenerativa a la que colaboran muchos factores etiológicos, de los que conocemos algunos, sospechamos otros y desconocemos otros tantos De ahí que las medidas que haya que aplicar preponderantes sean, no tanto las dirigidas a evitar la enfermedad, sino aquellas que consigan el diagnóstico en su inicio, con el fin de potenciar los factores favorables, modificar los factores agravantes y profundizar en los medios diagnósticos y terapéuticos que prevengan las consecuencias del proceso patológico

La mente necesita tanta actividad como el cuerpo La persona debe aprender que el interés no surge espontáneamente, sino que debe ser perseguido activamente La socialización es muy importante en este aspecto Los cambios sociales que aparecen en esta época de la vida tienden a la soledad y aislamiento que deben evitarse con actividades y nuevos lazos Llevar una vida activa social produce intereses, estimula nuevas actividades e impide el deterioro mental Hay que tener en cuenta que es necesario que las personas que conviven con el anciano o lo atienden deben dejarle libertad de movimientos acorde a sus capacidades, intereses, iniciativas y gustos Debe reforzarse la posibilidad de mantener un campo de creatividad abierto, en contra de la pasividad alienante, dominada por espectáculos pasivos La ocupación del ocio en forma activa incluye actividades deportivas, recreativas, artísticas La base de este marco creativo debe realizarse con un cambio de actitud social hacia la vejez, que modificara los patrones de conducta

Todos los seres vivos están en relación con el medio en que viven, y son bien conocidos los efectos del ambiente y del entorno social sobre la salud de los ancianos El envejecimiento constituye una disminución de la capacidad de adaptación y en él es más vulnerable a la contaminación ambiental, temperaturas extremas, condiciones insalubres, accidentes, cambios de hábitat y pérdida de familiares y amigos

El bienestar social del anciano viene dado fundamentalmente por mantenerse en su medio en las mejores condiciones de independencia posibles, tanto funcionales como económicas y emocionales Las adaptaciones del medio y de la vivienda pueden ayudar a la población anciana a mantener su autonomía a través de evitar barreras arquitectónicas y conseguir una vivienda sana y segura, sin olvidar el apoyo emocional y, en ocasiones, físico de familiares, amigos y vecinos

## **RESUMEN**

El presente es un estudio de tipo prospectivo, observacional y transversal, realizado en la UMF No 20 del IMSS Delegación I Noroeste, México D F del periodo comprendido de Septiembre a Diciembre del año 2001, con el objetivo de identificar el perfil epidemiológico del adulto mayor en la UMF No 20 IMSS Delegación I NE

Se realizaron encuestas a través de un cuestionario de contenido ya validado en la UMF No 20, del cual extrajimos información importante para la ficha de identificación, la elaboración de la estructura familiar, el número de consultas recibidas al año así como el principal motivo de estas, se aplico también la Escala de Pfeifer para la evaluación del Deterioro cognoscitivo, la Escala de Yesavage para identificar la presencia o no de Depresión, así como el Minimental Test buscando intencionadamente la presencia o no de Demencia, evaluando con estos cuestionarios la salud mental del adulto mayor. Identificamos también el estado de dependencia en base a la Escala de Barthel. Para medir la dinámica y funcionalidad familiar se aplico el FACES III, el cual nos da una percepción acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia.

La prueba estadística utilizada fueron medidas de tendencia central, y la utilizada en la comparación de grupos  $\chi^2$  en donde todos aquellos resultados con un valor de  $p < 0.05$  se consideraron como significativos.

Los resultados mostraron no haber diferencias importantes en cuanto a sexo, habiendo una mayoría de adultos mayores casados, con respecto a la ocupación la más predominante es jubilado, seguida de obrero, comerciante, pensionado y profesionista.

La tipología familiar del adulto mayor queda: familia tradicional, nuclear, urbana, jubilada, semiintegrada, en fase de independencia.

El principal motivo de consulta son las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones, por lo que el mayor porcentaje de consultas recibidas al año corresponde a 12/ año, es decir control de DM o HAS al mes. Encontrando a la mayoría de pacientes controlados hemodinámicamente y por lo tanto independientes en la realización de sus actividades de la vida cotidiana.

Con respecto al estado neurológico, los pacientes estudiados en su mayoría se encuentra sin deterioro cognoscitivo, sin demencia, pero con depresión por falta de adaptación al medio, y la etapa del ciclo de vida familiar.

El grado de funcionalidad familiar en la mayoría de los pacientes estudiados reportan mediana funcionalidad familiar.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1 A W Greek D Basic problems and historic of gerontology and geriatric usr 1983, pp: 12-20
- 2 Salazar M La vejez, la sociedad y la familia Rev Iberoamericana de alerga Vol XXV (1) 16: 1-87
- 3 Aragón J Aprendimos a envejecer sanos 2da edición Ed Costa Amic Editores 1995 pp:21-47
- 4 Langerica R Gerontología y Geriatria 2da ed Ed El Manuel Moderno 1982, pp. 26-62
- 5 Rubio S Las teorías del envejecimiento y los experimentos pioneros acerca del efecto de la dieta en la longevidad Rev Mex De Geriatria y Gerontología, 1990 2 511-7
- 6 Jiménez M Psicología de la senectud Tratado de Medicina Práctica 2da edición Num 46 pp: 2996-72
- 7 Rojo A México enfrenta la problemática geriátrica BMJ No 8(2):345 1994
- 8 Borgues S Usos de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México Salud pública Vol 40 (1) 1998 pp:13-23
- 9 Borja V El Desarrollo y la emergencia de un nuevo perfil epidemiológico: Salud Pública Vol 41 (3) 1999 pp:151-152
- 10 [http://studentbiology.arizona.edu/honors\\_99/group\\_12/envej.htm](http://studentbiology.arizona.edu/honors_99/group_12/envej.htm) El envejecimiento
- 11 [http://www.atencionprimaria.com/revista/c2a\\_99/atencionprimaria](http://www.atencionprimaria.com/revista/c2a_99/atencionprimaria) Actuación del médico de familia ante el anciano no demandante en la utilización de los servicios de salud
- 12 <http://www.insp.mx/salud/38/386-5.html> Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social Vol 38 No 6
- 13 <http://neurologia.Rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2-6.html> Trastorno orgánico de la personalidad Aspectos conceptuales y diagnósticos Pp:1-9

- 14 <http://www.Dclubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm> adulto mayor aspectos psicoafectivos del envejecimiento Pp: 1-15
- 15 <http://dns.rodpa.com.mx/socmed/socmedhrrb/boletin/abrjun99/perfeptd.html>  
El perfil epidemiológico en la prevención de problemas de salud
- 16 <http://www.uba.ar/extensión/capacitacion/educación.htm> Introducción a la recreación en la vejez
- 17 [http://almeon.com.ar/1/4\(a04-01.htm](http://almeon.com.ar/1/4(a04-01.htm) Metodología diagnóstica de la demencia tipo Alzheimer
- 18 Dr. González J “Envejecimiento y salud” Gerunsa Enero-Junio 1999 pp.9-12
- 19 SSA “Acciones para proteger la salud de las poblaciones adulta y anciana” Gerunsa Ene-jun 1999 pp. 4-5
- 20 A Lifshitz “El envejecimiento un enfoque médico-social” Ciencia y desarrollo SEP CONACYT Sept-Oct 1998 pp. 11-17
- 21 OPS OMS La salud de los ancianos. una preocupación de todos Comunicación para la salud No 3 pp 5-6 1992
- 22 Salgado A, Guillén F Manual de Geriatria Serie manuales espiral 2ª ed Madrid 2001 pp: 1-101
- 23 Huerta G VII Repercusiones familiares en la enfermedad crónica La familia en el proceso salud enfermedad 1998
- 24 Velasco M, Sintibaldi J Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias) Primera edición, editorial: el manual moderno
- 25 Guillén F Manual de Geriatria, segunda edición 2001, editorial serie manuales espiral

# ANEXOS



## ANEXO No1

Acepto participar en el proyecto de investigación “Funcionalidad familiar en pacientes con Nefropatía Diabética quienes llevan control en la UMF No 20”; el investigador se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee, y se me ha asegurado que los datos relacionados con mi privacidad serán confidenciales

Fecha:

Firma \_\_\_\_\_

### Ficha de Identificación:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estado Civil:

Escolaridad:

Pertenece a algún grupo deportivo, social, recreativo o religioso:

Cuántas veces promedio acude a consulta al año:





## ANEXO No. 4

### ESCALA DE YESAVAGE:

No	PREGUNTA		
1	¿Esta satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	no
3	¿Siente que su vida esta vacía?	SI	no
4	¿Se encuentra aburrido?	SI	no
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	si	NO
6	¿Teme que le ocurra algo malo?	SI	no
7	¿Se siente feliz muchas veces?	si	NO
8	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	no
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	no
10	¿Nota más problemas de memoria que los demás?	SI	no
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	si	NO
12	¿Se siente usted inútil?	SI	no
13	¿Se siente usted lleno de energía?	si	NO
14	¿Cree que su situación es inesperada?	SI	no
15	¿Cree que la gente esta mejor que usted?	SI	no

EVALUACIÓN. Más de 5 contestaciones con mayúscula: DEPRESIÓN

### ANEXO No.3

#### ESCALA DE PFEIFFER

	ERROR	ACIERTO
Fecha en que se interroga		
Ubicación (lugar donde se encuentra)		
Debe dar su número telefónico		
Mencionar domicilio		
Mencionar edad y fecha de nacimiento		
Nombre del Presidente actual y previo		
Restar de 3 en 3 a partir de 20		
Primer apellido		

Calificación: Deterioro leve: 3 errores  
Deterioro moderado: 4 errores  
Deterioro grave: más de 4 errores

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## ANEXO No.5

### MINIMENTAL TEST

ORIENTACION	PUNTUACION
¿Qué año, mes, estación, día, fecha es?	5
¿Cuál es su nación, religión, ciudad hospital y piso?	5
REMEMORACION.	
Nombre 3 objetos (1 por segundo) y preguntelos al paciente	3
ATENCIÓN Y CALCULO	
Debe deletrear al revés una palabra de 5 letras, enumerar los primeros siete números, deteniéndolos en el cinco	5
REPETICIÓN:	
Pregunte los 3 objetos antes mencionados	3
LENGUAJE:	
Señale un lápiz (el paciente debe mencionar el nombre del objeto)	2
Debe repetir palabras sencillas como: NO, SIEMPRE, CUANDO	1
Dé al enfermo tres ordenes: "tome un papel con la mano derecha" "dóblelo por la mitad", "ponga el papel en el suelo"	3
El paciente debe leer y ejecutar CIERRE LOS OJOS	1
Debe escribir una frase a su gusto (que tenga sentido)	1
El paciente debe copiar con ángulos y cuadrángulos de intersección, dos pentágonos dibujados.	1

CALIFICACIÓN NORMAL: 30 PUNTOS

DEMENCIA: MENOS DE 24 PUNTOS

## ANEXO No.6

### ESCALA DE BARTHEL

	Independiente	Asistencia	Dependiente
Alimentación	10 puntos	5 puntos	0 puntos
Baño	5		0
Vestirse	10	5	0
Ir al excusado	10	5	0
Subir escaleras	10	5	0
Asco personal	5		0
Traslado (silla-cama)	15	Mínima ayuda 10 Gran ayuda 5	0
Deambulaci3n	15	Ayuda 10 Silla de ruedas 5	0
Micci3n	Continente 10	Incontinente ocasional 5	Incontinente 0
Evacuaci3n	Continente 10	Incontinente ocasional 5	Incontinente 0

#### CALIFICACI3N:

Dependencia total: menor de 20 puntos  
Dependencia grave: de 20 a 35 puntos  
Dependencia moderada: de 40 a 55 puntos  
Dependencia leve: de 60 a 70 puntos  
Independiente: 100 puntos

## ANEXO No.7

### FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y  
Versión en Español: Gómez C Iriyogén C

---

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

---

#### DESCRIBA A SU FAMILIA.

- \_\_\_\_\_ 1 Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- \_\_\_\_\_ 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_\_\_ 3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_\_\_ 4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_\_\_ 5 Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_\_\_ 6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_\_\_ 7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- \_\_\_\_\_ 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_\_\_ 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_\_\_ 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_\_\_ 11 Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_\_\_ 12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- \_\_\_\_\_ 13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
- \_\_\_\_\_ 14 En nuestra familia, las reglas cambian
- \_\_\_\_\_ 15 Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_\_\_ 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_\_\_ 17 Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_\_\_ 18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_\_\_ 19 La unión familiar es muy importante
- \_\_\_\_\_ 20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar

## ESCALA PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES III

### **COHESIÓN**

No relacionada	10 a 34	Extrema
Semirelacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema

### **ADAPTABILIDAD**

Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

Origina 16 combinaciones

Las más funcionales:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las medianamente funcionales:

Mejor cohesión y extrema adaptabilidad

Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menos funcionales:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad