

11227

17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 94

FUNCIONALIDAD EN LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA DE
LOS PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF 94

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

PERLA DIANA ARZATE PUERTAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A ti padre , esperando siempre con los brazos abiertos, que quieras ser mi paciente mas especial y sobre todo sepas que te quiero y **ADMIRO** sobre todas las cosas, gracias por la libertad y apoyo que me has dado para crecer como persona y como profesionista, sin ti no estaria aqui.

A tí madre ,que has sido la mujer que mas admiro en la vida, has sido un ejemplo, de fortaleza importante en mi formación como profesionista y en mi vida, aunque no lo creas **TE AMO.**

A mis hermanos y mi sobrina ,que quiero que sepan que siempre estaré a su lado en todo momento cuando me necesiten.

Al Dr Angel Aduato Huerta . por su invaluable disponibilidad a la enseñanza y por la preocupación en la formación de mi aspecto profesional y sobre todo su interes para que logre ser una mejor personacreo que con su apoyo y consejos lo lograre, **GRACIAS.**

A los Médicos de la UMF 94 y HGZ 29 que contribuyeron con un especial cariño por la medicina y la enseñanza, a mi formación

Y sobre todas las cosas gracias a ti..... que has estado a mi lado cuando me ha tocado sonreir y muy dentro de mi cuando he llorado y pensado que el mundo se acaba ,gracias por permitirme existir en este momento ,por permitirme crecer junto a ti y a mi familia ,gracias **DIOS.**

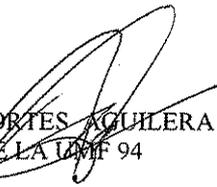
AUTORIZACIONES



DRA. GUADALUPE GARFIAS GARNICA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MEDICA



DRA. PATRICIA LEONOR PEREZ SÁNCHEZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ANA MARIA CORTES AGUILERA
DIRECTORA DE LA UMF 94



DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN UMF 94



DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN



DRA. JUANA NAJERA SOTO
ASESOR DE TESIS



INDICE

Antecedentes Científicos	6
Planteamiento y justificación del problema	17
Objetivos	18
Hipótesis	19
Variables de estudio	20
Criterios de selección	22
Procedimiento para obtener la muestra	23
Descripción del estudio	24
Cronograma de actividades	25
resultados	26
Cuadro 1	27
Cuadro 2	28
Cuadro 3	29
Cuadro 4	30
Figura 1	31
Figura 2	32
Figura 3	33
Figura 4	34
Análisis de resultados	35

Análisis de resultados	36
Sugerencias	37
conclusiones	38
bibliografía	39
anexos	41

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

A través de la evolución de la humanidad se han adoptado diversas actitudes respecto a los ancianos. En la antigüedad al grupo de ancianos se le consideraba un grupo que detentaba el poder ideológico y político de su pueblo, y era visto como un personaje digno lleno de sabiduría. En el mundo actual los avances técnico-médicos han prolongado la esperanza de la vida y un aumento en el grupo de edad de 60 y más años.

Por otro lado las condiciones actuales de la economía y la política del país limitan o excluyen del desarrollo a este grupo y con ello

es sometido a un aislamiento con repercusión en su imagen corporal.¹

En México el comportamiento de la población de 65 años y más ha variado pasando de un crecimiento del 3.4 % en 1950 a 4.2 % para 1990. la población de 60 años y más para 1995 fue de 5,969,643 lo cual representa el 6.55% del total de población del país. La esperanza de vida en nuestros días es en promedio de 73.9 años y por el momento los grupos de menos edad aun predominan en todos los sectores, sin embargo conforme pasen los años se tendrá que aprender a integrar al grupo de tercera edad, como parte de la población productiva, es decir, ofrecer alternativas de solución adecuadas a este grupo de edad, ello implica conocer los diferentes cambios que trae consigo el proceso de envejecimiento y las consecuencias del mismo desde el punto de vista biológico, psicológico y social.²

Vejez etimológicamente significa Geron, Geronto = anciano y Geroz = vejez, sobre la base de los cuales se dice que la gerontología es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológico, psicológico y social.

La geriatría se ocupa del estudio de los procesos patológicos que se desarrollan en el individuo, cuyo organismo ha sido modificado por el proceso de envejecimiento.

Senescencia y envejecimiento esta constituido por una secuencia de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible que se inicia antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo.

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción, cuyos efectos están en todos los seres vivos, por lo tanto es un proceso irregular, asincrónico, esencialmente individual considerado como una vivencia personal impredecible única en nuestra existencia.

- o Para determinar la vejez y la relación con el envejecimiento y la funcionalidad, se toma en cuenta varios factores como la edad, la personalidad, el contexto sociocultural, y la capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que acontecen con los años.

Para determinar la edad funcional de cada persona debemos tomar en cuenta

La edad biológica, y se debe reconocer que la edad es la parte más importante que contribuye al decremento de la funcionalidad.

De acuerdo a la Sociedad Mexicana de Geriátrica y Gerontología se llama prevejez de los 45 a los 59 años, senectud de los 60 a los 79 años y ancianidad de 80 y más años. La tercera edad abarca de 60 y más años.

La teoría mecánica, psicológica y de la actividad explican la relación de la funcionalidad con otros aspectos no del todo biológicos y su influencia en el decremento de la misma, ya que la inactividad y pérdida de contactos sociales provoca una inadaptación en cualquier persona, en el paciente de la tercera edad esto se acentúa por el desgaste de órganos y tejidos que altera y limita la función, e incrementa por el sentimiento de no ser útil en la sociedad, lo que limita cubrir las necesidades del desarrollo adecuado del proceso de envejecimiento.³

Según A. Maslow las necesidades humanas son de vital importancia en el desarrollo humano e influyen en su funcionalidad y se clasifican dos grupos: básicas y de desarrollo.

Como necesidades básicas tenemos:

a) **NECESIDADES FISIOLÓGICAS:** son las urgencias fundamentales, inaplazables y poderosas de todo hombre. Su finalidad es asegurar la supervivencia física: alimento, agua, descanso, etc.

b) **NECESIDADES DE SEGURIDAD:** Se refiere a la necesidad de poder evitar riesgos innecesarios dentro de un mundo que resulta previsible sobre la base de normas establecidas. La ausencia de parámetros sociales origina una sensación de seguridad y ansiedad.

c) **NECESIDADES DE RELACIÓN AFECTIVA:** nos hablan del deseo de ser aceptados por los demás, de establecer buenas relaciones dentro de un grupo de pertenencia, ya sea la familia, círculo laboral etc. También se trata de establecer una relación más personal en la experiencia amorosa que C. Rogers define de la siguiente manera: "Amar significa ser plenamente comprendido y profundamente aceptado por alguien."

d) **NECESIDADES DE POSICIÓN Y APRECIO:** La posición se refiere al lugar que se ocupa dentro del grupo de pertenencia, a través de ese estatus se logra el respeto por parte de los demás que conlleva prestigio, reconocimiento, aceptación etc.

Por otro lado se obtiene un aumento de la autoestima basada en la confianza de las propias capacidades y el amor otorgado por las figuras más importantes para uno.

e) **NECESIDADES DE DESARROLLO :** Las necesidades de desarrollo se refieren a la capacidad de autorrealización, que se ve posibilitada en la medida en que han sido resueltas las necesidades de amor y aprecio.

La necesidad psicológica de crecimiento, desarrollo y utilización del potencial es lo que Maslow, llama actualización del YO, definida como el deseo de llegar a ser todo aquello de lo que uno es capaz.

f) **NECESIDADES BASICAS :** En tanto que las necesidades básicas se van cubriendo al tener, las necesidades de desarrollo cubiertas y estas se encaminan a la creatividad, integración estructuración, y son esenciales en la especie humana. ^{1,4}

PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ

Se entiende por personalidad al conjunto de actitudes y pautas de comportamiento que permiten el ajuste adecuado y específico del individuo a diversas situaciones

y que esta determinado por las experiencias obtenidas en el transcurso de la vida.⁵

En nuestro contexto socio-cultural la palabra viejo , no es el más antiguo sino también lo inútil lo disfuncional lo que pierde valor, etc. interpretándose a la vejez como una etapa inútil y de pérdidas de la vida, donde se presentan crisis de todo tipo. ⁶

Estrada habla de cinco crisis que se presentan en la vejez, la primera con los cambios corporales internos y externos, la segunda crisis con la jubilación ante la pérdida del papel social y familiar, la tercera crisis se presenta con la soledad por viudez por pérdida de personas significativas, la cuarta crisis se da ante el sentimiento de inutilidad por la disminución de la actividad, y la quinta crisis es de aceptación o rechazo ante el enfrentamiento con la muerte. Por lo cual el proceso de envejecimiento representa un factor de angustia para el individuo, ya que significa la disminución de la posibilidad de logro, de gratificaciones personales corporales, psicológicas, y sociales, sumado al pensamiento sobre la cercanía de la muerte con relación a su disfuncionalidad, son elementos que generan angustia e influyen en la personalidad del individuo de la tercera edad. ^{7,8} que debe lograr una adaptación a todos los cambios que presenta , a fin no quedar atrapado e incapacitado para integrarse a la sociedad, para lo cual debe utilizar los mecanismos de defensa a fin de manejar lo mejor posible la angustia y poder enfrentar las situaciones de conflicto .^{9,6}

Otro fenómeno que se presenta y limita la funcionalidad del individuo de la tercera edad es la depresión, vista como un estado emocional acompañado de disminución de la actividad, provocada por la pérdida de relaciones y que puede manifestarse de diferentes maneras como: sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento y desaliento así como conductas hipocondríacas, ideas de suicidio etc. ^{6,7}. Lo cual los convierte en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo por las personas que conforman su entorno familiar y social sintiéndose cada vez menos funcionales. ¹⁰

En el medio actual el hombre es valorado por el éxito, el dinero, y el poder que ha logrado; a la mujer se le evalúa según su atractivo físico y su juventud, en forma general, se tiene el concepto de que juventud es igual a belleza. ¹En la medida en que las personas de edad se van alejando de tal patrón se devalúa su imagen y rehúsan los contactos sociales por temor al rechazo por el cambio en su auto-imagen, que se puede incrementar en el deterioro de la expresión de su sexualidad por los cambios morfológicos de los órganos genitales que hacen que la relación sexual no sea del todo placentera como en otras etapas de la vida. ^{11,12}

ASPECTO BIOLÓGICO DE LA VEJEZ

En la senectud se presentan una serie de cambios que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo. ¹³

La vejez se caracteriza por la atrofia, la hipofunción de los órganos, pérdida del agua y aumento de las enfermedades degenerativas que son padecimientos auto limitantes y un obstáculo para la adecuada funcionalidad y atención del anciano. ¹⁴

Los cambios somáticos más significativos son:

La piel: la piel es el primer órgano en el que se anuncia el envejecimiento, y por ello por medio de la presentación de arrugas, sequedad, aspecto apergaminado, y manchas pigmentadas.

Dichos cambios varían según la exposición a rayos solares, actividad laboral, factores ambientales, así como raza y lugar de residencia. ¹¹

La silueta en general, el individuo se encorva, sus articulaciones son menos flexibles, sus músculos se atrofian disminuyen de tono y pierden fuerza, por eso la postura típica de las personas de edad avanzada es de flexión al acentuarse la curvatura dorsal, las rodillas se doblan y la marcha se produce a pequeños pasos arrastrando los pies y sin balancear los brazos.

El ojo se hacen frecuente la aparición de presbicia por la disminución del poder de acomodación del cristalino, en el ángulo externo del ojo aparece la "pata de gallo", la caída de los párpados superiores influye en la pérdida del brillo de la mirada, parecen las bolsas bajo los ojos y en ocasiones se produce

eversión del párpado inferior que expone al aire la cornea y deja que se acumulen las lagrimas. El iris pierde su brillo, la pupila se estrecha y en su conjunto la mirada es menos viva y penetrante.¹⁵

El oído en general presenta presbiacusia bilateral que se inicia alrededor de los 50 años.¹

Aparato respiratorio al igual que en otros órganos hay atrofia con disminución de peso y volumen pulmonar teniendo así los siguientes cambios. Modificaciones morfológicas, menor elasticidad de la caja torácica y modificaciones funcionales

Aparato cardiovascular: El corazón presenta atrofia esclerosa y aumento del tejido conjuntivo. Así tenemos: modificaciones morfológicas: y alteraciones funcionales como Presión arterial a menudo lábil, Presión sistólica aumentada, capacidad cardiaca disminuida, resistencia elástica menor, resistencia periférica mayor, lo que origina un déficit en la irrigación cerebral, que junto con la arteriosclerosis originan las enfermedades más frecuentes en el paciente de la tercera edad.¹⁶

Aparato digestivo: En general hay aplanamiento y adelgazamiento de la mucosa, aumento del tejido conjuntivo en las capas subyacentes, tendencia a la hipotrofia e hipotonía de las capas musculares y disminución de la actividad secretora.

Alteraciones dentales: Maxilares, mandíbulas articulaciones y músculos con atrofia que juntos modifican la fisonomía, dientes en el ámbito de la superficie esmalte con desgaste, encías con retracción por atrofia, mucosa bucal y glándulas salivales con atrofia y esclerosis presentando así resequedad de las fauces y procesos inflamatorios

El hígado: en las modificaciones morfológicas que presenta hay disminución de peso con consistencia aumentada, estructura lobulillar con aumento del tejido conjuntivo, lo que lleva a la reducción de la actividad funcional con disminución del flujo de bilis en 24 horas, disminución ligera de albúmina y alfa y beta globulinas, capacidad regenerativa disminuida.

Aparato urogenital: en el riñón: peso y volumen disminuido glomérulos hialinizados, y con esclerosis, tubúlos dilatados, menos tortuosos, atróficos flujo sanguíneo y plasmático reducido al 50 % resistencia vascular aumentada, Filtrado

glomerular con menor Filtración y resorción tubular disminuidas concentración y dilución reducidas. ^{1,13}

alteraciones de la sexualidad : Las glándulas sexuales también se encuentran afectadas por el envejecimiento que trae consigo importantes consecuencias sobre la sexualidad del hombre y la mujer.

En el hombre: fase de excitación y erección es mas retardada, hay eyaculación precoz, con disminución de cantidad de liquido seminal.

En la mujer: la menor contracción de los músculos pélvicos menor excitación y lubricación vaginal disminuidas

El sistema nervioso: Se dice que a partir de los 30 años de edad se pierden diariamente cerca de 100,000 neuronas y una cantidad mayor sinapsis intraencefalicas, lo cual justifica la reducción gradual del peso cerebral. Se dice que en el hombre de 20 años el peso cerebral es de 1400 gr en el hombre de 60 años el peso es de 1260 gr y en el de 80 años es de 1170 gr. Desde el punto de vista funcional es evidente el enlentecimiento de la actividad eléctrica a partir de los sesenta años. En los sujetos mayores de 65 años hay evidencia de ensanchamiento de los capilares, además de un aumento de los capilares existe un aumento de volumen y de su longitud, todo ello con objeto de compensar disminución en la irrigación. Por otra parte también hay disminución de los neurotransmisores como son: noradrenalina, dopamina, serotonina los cuales intervienen en la transmisión de la señal eléctrica de una célula nerviosa a otra. ¹⁷

VALORACIÓN FUNCIONAL

La función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días, a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social, es por tanto un fenómeno complejo que esta influenciado por multitud de factores, ambientales, económicos, sociales, de la afectividad y los aspectos cognitivos. ¹⁸

La valoración global funcional esta reconocida actualmente como parte importante de los servicios sanitarios que proporcionan los médicos de atención primaria. ¹⁹

La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, pronóstico y un juicio clínico, en los que se basaran las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos, estas decisiones no podrán ser más exactas, completas o idóneas que la información de la que derivan. La valoración funcional se convierte de esta forma en un parámetro más, para determinar la eficacia y eficiencia de la intervención medica, añadido a otros indicadores como la morbilidad y la mortalidad.

En este sentido la valoración de la función se ha mostrado como un indicador sensible y relevante para evaluar las necesidades y determinar la adjudicación de recurso.^{20,21}

Al evaluar la función del individuo de la tercera edad, se toma en cuenta la acción y la posible necesidad de ayuda para realizarla.

La acción se evalúa a través de su ejecución, la acción de vestirse viendo como se viste el paciente: sin embargo esto requiere de tiempo, y la inspección de la ejecución de alguna de ellas puede ser incomoda para el paciente e incluso para el entrevistador. Por ello se realiza una evaluación indirecta y se pregunta a la persona evaluada si es o no capaz de ejecutar las actividades examinadas.

Además, se puede evaluar la acción según el grado de esfuerzo que la persona evaluada debe realizar para llevar a cabo la acción, grado que diferenciamos en máximo o habitual, usándose este ultimo como referencia, ya que expresa lo que habitualmente es capaz de realizar el individuo. Los resultados de ambos tipos de evaluación pueden variar de forma importante dependiendo del grado de colaboración de la persona evaluada.

El análisis de la ayuda que se requiere para completar una acción lo realizaremos una vez determinado el método de evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD) y cuando el anciano no sea capaz de ejecutar por sí mismo una actividad. Dependiendo del tipo de ayuda necesaria, se clasificara al individuo como dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.

ESCALAS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria (AVD) son el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días con frecuencia casi cotidiana, para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir con su papel social.

Según su complejidad se dividen en tres tipos, básicas, instrumentales y avanzadas, y para cada uno de estos tipos existen instrumentos de evaluación específicos que se examinan a continuación.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros.

Las principales escalas de actividades de la vida diaria son:

1. PULSES
2. Índice de las actividades de la vida diaria (Katz)
3. Índice de Barthel (Mahoney y Barthel)
4. escala de autocuidado de Kenny (schoening y cols)
5. escala de autocuidado físico (lawton y Brody)
6. escala de incapacidad física de la cruz roja (1972)
7. Subescala de OARS –actividades de la vida diaria.

La selección de estas actividades proviene fundamentalmente de los trabajos de Katz y cols. , Previos a la confección de su índice de ABVD. Estos autores observaron que la recuperación funcional de los pacientes que habían perdido la independencia para su autocuidado seguía habitualmente un patrón jerárquico (desde la actividad más básica hasta la más compleja) su semejanza con los patrones de crecimiento y desarrollo infantil y su presencia incluso en los grupos humanos más primitivos indicaban según los autores, que este patrón jerárquico traducía la organización biológica de las conductas primarias del ser humano.²² Estas observaciones confieren a las escalas de ABVD una evidente validez e aquí algunas de sus características:

- ❖ Útiles para detectar incapacidad, describir el estado funcional determinar objetivos terapéuticos y monitorizar el curso clínico de los pacientes

- ❖ Capaces de predecir la evolución funcional, la mortalidad y el riesgo de institucionalización
- ❖ Más sensibles para evaluar la situación funcional en ancianos frágiles (mayores de 60 años, patología crónica,) hospitalizados o institucionalizados.
- ❖ Aplicables al conjunto de la raza humana y menos influenciados por el estado mental y el entorno social y cultural que las escalas de AVD instrumentales y avanzadas.
- ❖ De autoadministración fácil y rápida (habitualmente de 5 minutos.

22,23

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Esta escala fue desarrollada en el centro Geriátrico de Filadelfia, de ahí que también sea conocida como Philadelphia Geriatric Center –Instrumental Activities Daily Living (PGC-IADL) por estos autores y publicada en 1969, como resultado de sus estudios sobre la organización y complejidad de las diferentes áreas de la conducta humana. Las ABVD se agrupan en una escala de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total).

Tiene buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva. Su consistencia interna viene avalada por la relación jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de estas en relación con las ABVD.

Desde su creación, esta escala ha servido de modelo a escalas posteriores de ABVD que han mejorado sus cualidades métricas, pese a lo cual sigue siendo la escala más recomendada para la evaluación de AIVD.²², es utilizada como instrumento por Farrel, en Australia en 1995 para valorar el grado de actividad y dependencia de ancianos en relación con sus padecimientos crónicos, y encuentra que los pacientes con problemas músculo-esqueléticos presentan 64% de alteraciones en su funcionalidad marcándolos como dependientes²³.

Hedda en 1998 en Suecia en un estudio prospectivo por 3 años con seguimiento de 1745 personas con edad de 75 o más años con enfermedades crónicas

degenerativas, analizó el desempeño en actividades de todo tipo, y reporta que la demencia es la principal causa de dependencia funcional.²⁴

Sager, en Estados Unidos entre 1990 y 1992 estudió 1729 pacientes que se encontraban internados en hospitales de varias ciudades con edades de 70 y más años todos con desórdenes de enfermedades crónicas degenerativas se valora la funcionalidad antes y después de 3 meses de controlar las enfermedades crónicas y encuentra que el grado de funcionalidad de estos pacientes mejora al corregir o controlar los padecimientos que estaban afectando su funcionalidad donde solo 26% fueron catalogados como independientes²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En México para 1999 la población de 60 años y más es de 9 915 633 y se espera que en pocos años represente una parte importante de la población, para lo cual debemos estar preparados para valorar al individuo de la tercera edad en forma integral y funcional. Existen instrumentos de valoración funcional, que han probado su confiabilidad y validez, al otorgar una atención eficiente y eficaz²⁴, Utilizados en forma cotidiana en países desarrollados, donde se ha encontrado trastornos en la funcionalidad del paciente de la tercera edad hasta en un 64% de dependencia, si se agregan problemas músculo esquelético²³ y sirven como un indicador de la efectividad del tratamiento en el control de los padecimientos que limitan la funcionalidad física de este grupo de edad^{24,25} Sin embargo la inclusión de la valoración funcional como parte obligatoria en la práctica requiere una base educativa, para que el médico de atención primaria la conozca y la tenga como una herramienta en el mejor diagnóstico a fin de ofrecer un adecuado tratamiento a este tipo de pacientes.^{21,22}

La Unidad de Medicina Familiar 94* del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2000 atiende a 149,569 derechohabientes de los cuales 31,185 son pacientes de la tercera edad que corresponde al 20.85% del total de la población de la unidad, con enfermedades crónico degenerativas, lo cual afecta la capacidad funcional de los individuos. No se cuenta con información de la funcionalidad de estos pacientes, existiendo el índice de Lawton como un instrumento válido, confiable y sencillo para medirla por lo que nos preguntamos

¿Cuál es el grado de funcionalidad de los individuos de la tercera edad de la UMF 94?

* Estadísticas de DIMAC UMF 94

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de funcionalidad de los pacientes de la tercera edad en las actividades básicas de la vida diaria de la UMF 94

HIPOTESIS

No necesaria

**PROGRAMA DE TRABAJO
VARIABLES DE ESTUDIO**

FUNCIONALIDAD

EDAD

ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

PATOLOGÍA AGREGADA

funcionalidad

DEFINICION CONCEPTUAL . Es la capacidad de un individuo para adaptarse a las actividades de todos los días y que son requeridas por su entorno inmediato.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Son las actividades básicas de la vida diaria como : utilizar el teléfono, realizar compras, preparar comidas, hacer las tareas del hogar lavar ropa, utilizar medios de transporte, manejar medicación y manejar los asuntos económicos.. se evaluará de acuerdo al índice de Lawton calificando cada actividad con un puntaje de 0-1.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICION: Ordinal, con las categorías:

0-2 dependiente total

3-5.dependiente moderado

6-8 independiente

Edad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: tiempo de vida de una persona desde la fecha de su nacimiento hasta el último cumpleaños

DEFINICIÓN OPERATIVA: años cumplidos referidos por el paciente

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa

ESCALA DE MEDICION: discontinua.

Escolaridad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: formación escolar formal que tiene una persona a lo largo de su vida.

DEFINICIÓN OPERATIVA: *último año de educación cursado de manera formal* referido por la paciente en la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICION: ordinal con las categorías: primaria, secundaria, media superior, licenciatura, postgrado.

Estado civil.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: situación de hecho o de derecho de la persona de 12 años y más de acuerdo a las leyes y costumbres matrimoniales de cada país

DEFINICIÓN OPERATIVA: situación civil registrada en el momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICION: categórica con las siguientes categorías: unido, separado viudo.

Patología agregada

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: se refiere a padecimientos y/o enfermedades ya diagnosticados con anterioridad que estén relacionados directamente con la disminución de la funcionalidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: padecimientos o enfermedades diagnosticadas referidas por el paciente en el cuestionario y verificadas como diagnóstico en el expediente clínico .

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA DE MEDICION :categorica

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo

LUGAR DE ESTUDIO: Unidad de Medicina familiar 94

Fecha de estudio: junio-Agosto 2001.

UNIVERSO DE TRABAJO: Individuos de la de la tercera edad

Población de estudio: Usuarios de la tercera edad que acuden a la consulta de medicina familiar en el tiempo de estudio.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- pacientes de 60 años o más
- ambos sexos
- ambos turnos
- sin problemas visuales para leer
- que asistan a la consulta de medicina familiar
- que acepten participar en el estudio
- que contesten el cuestionario completo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- que presenten alteraciones psiquiátricas (como, demencia, senil) o retraso mental

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo

LUGAR DE ESTUDIO: Unidad de Medicina familiar 94

Fecha de estudio: junio-Agosto 2001.

UNIVERSO DE TRABAJO: Individuos de la de la tercera edad

Población de estudio: Usuarios de la tercera edad que acuden a la consulta de medicina familiar en el tiempo de estudio.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- pacientes de 60 años o más
- ambos sexos
- ambos turnos
- sin problemas visuales para leer
- que asistan a la consulta de medicina familiar
- que acepten participar en el estudio
- que contesten el cuestionario completo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- que presenten alteraciones psiquiátricas (como, demencia, senil) o retraso mental

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

se calculó una muestra simple para estudios descriptivos de 382 individuos , con los siguientes criterios:

una población de 31 185, 95% de nivel de confianza ,valor esperado de dependencia del 64%, y 20% de perdidas, distribuidos por edad de 60 a 79 años y de 80 y más

TIPO DE MUESTREO: *Por conveniencia*

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva, porcentajes, media, mediana, moda desviación estándar, y los resultados se presentan en cuadros y figuras.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se acudio diario a la consulta externa de medicina familiar ,en el periodo comprendido para captar a los pacientes, se identifico a los pacientes de la tercera edad, a través de la 4-30-6, después de un breve interrogatorio al paciente identificado, con relación a los criterios de inclusión y exclusión se le informo el fin de la investigación y se solicito su conformidad para participar y contestar el cuestionario, aceptando se le entrego el cuestionario y se reviso que sea contestado en forma completa, se revisará el expediente para descartar problema psiquiátrico e identificar patología agregada. Se procedio a capturar la información en una base de datos y realizar el análisis estadístico y el reporte por escrito, los resultados se difundirán en la unidad.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se considera de riesgo mínimo y se apeg a lo estipulado en la ley de Helsinki con modificación en Tokio y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo. Capitulo I articulo 17.

RESULTADOS

Se aplicaron 382 encuestas a pacientes de la tercera edad, usuarios de la UMF 94.

La edad promedio fue de 71 años, con un intervalo de 60 y 95 años, 89.3% con primaria (cuadro y figura 1), casados el 57.9% (cuadro y figura 2), dentro de las patologías agregadas, predomina la artrosis en 36.4% , diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión con 33.8% y 21.7% respectivamente. (cuadro y figura 3), y por funcionalidad, el 68.3% fueron dependientes, 23.6% moderadamente dependientes y 7.9 independientes. (cuadro y figura 4).

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Sabe leer y escribir	30	7.9%
Primaria	341	89.3%
secundaria	5	1.3%
Bachillerato	3	.8%
Profesional	3	.8%
total	382	100

Cuadro 1. Escolaridad de los pacientes de la tercera edad de la UMF 94

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Soltero	2	5%
Casado	221	57.9%
Viudo	147	38.5%
Divorciado	12	3.1%
Total	382	100

Cuadro 2. Estado civil de los pacientes de la tercera edad de la UMF 94.

PATOLOGÍA AGREGADA	NUMERO	PORCENTAJE
Sin patología	11	2.9%
Diabetes	129	33.8%
Hipertensión	83	21.7%
Artrosis	139	36.4%
Cardiopatía	19	5.0%
Cáncer	1	.3%
total	382	100

Cuadro 3. Patología agregada en los pacientes de la tercera edad de la UMF 94

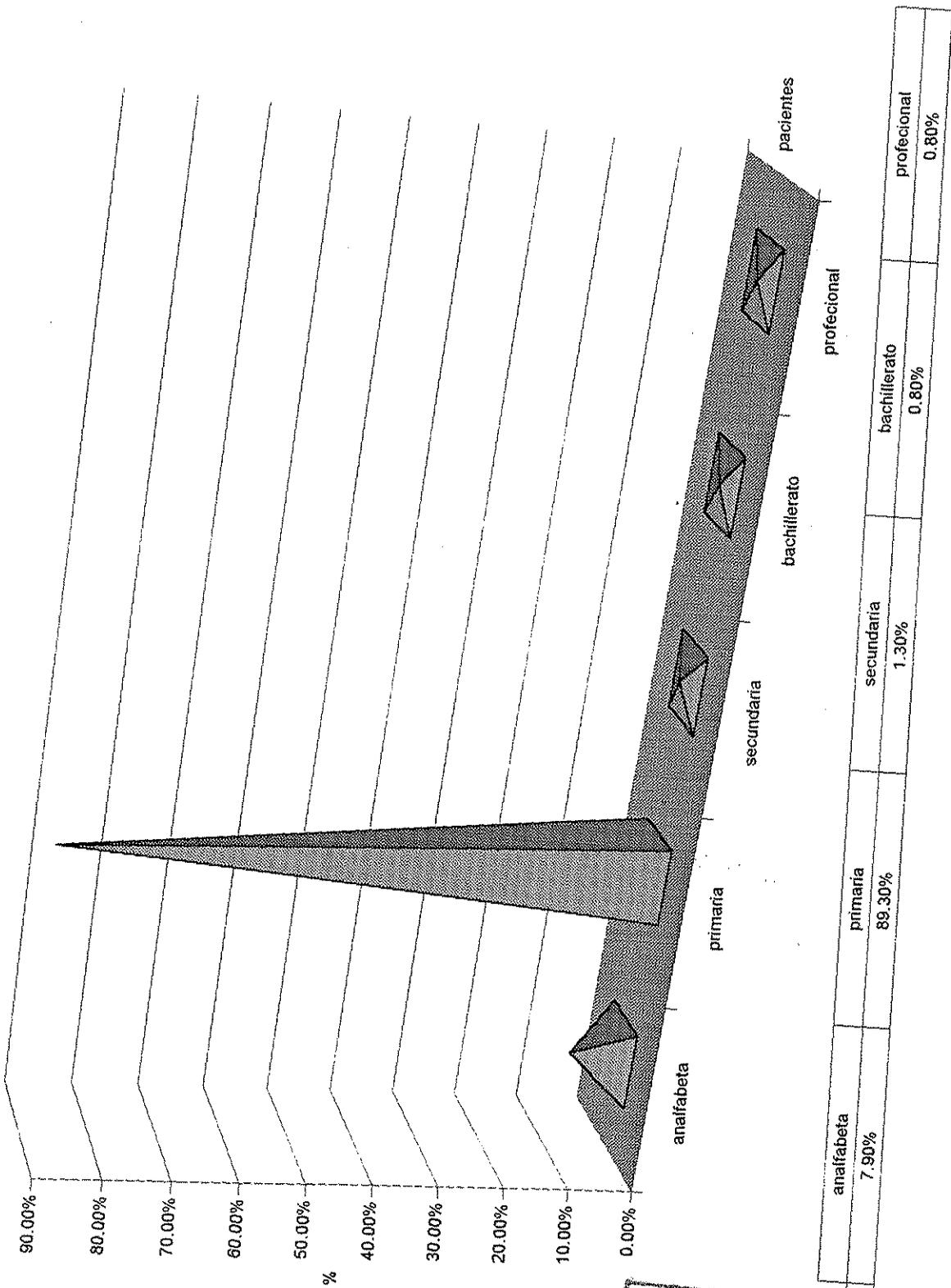
TABLA 4

GRADO DE FUNCIONALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Independiente	30	7.9%
Mod.dep.*	90	23.6%
Dependiente	262	68.6%
total	382	100

*moderadamente dependiente.

Cuadro 4. Grado de funcionalidad en los pacientes de la tercera edad de la UMF 94

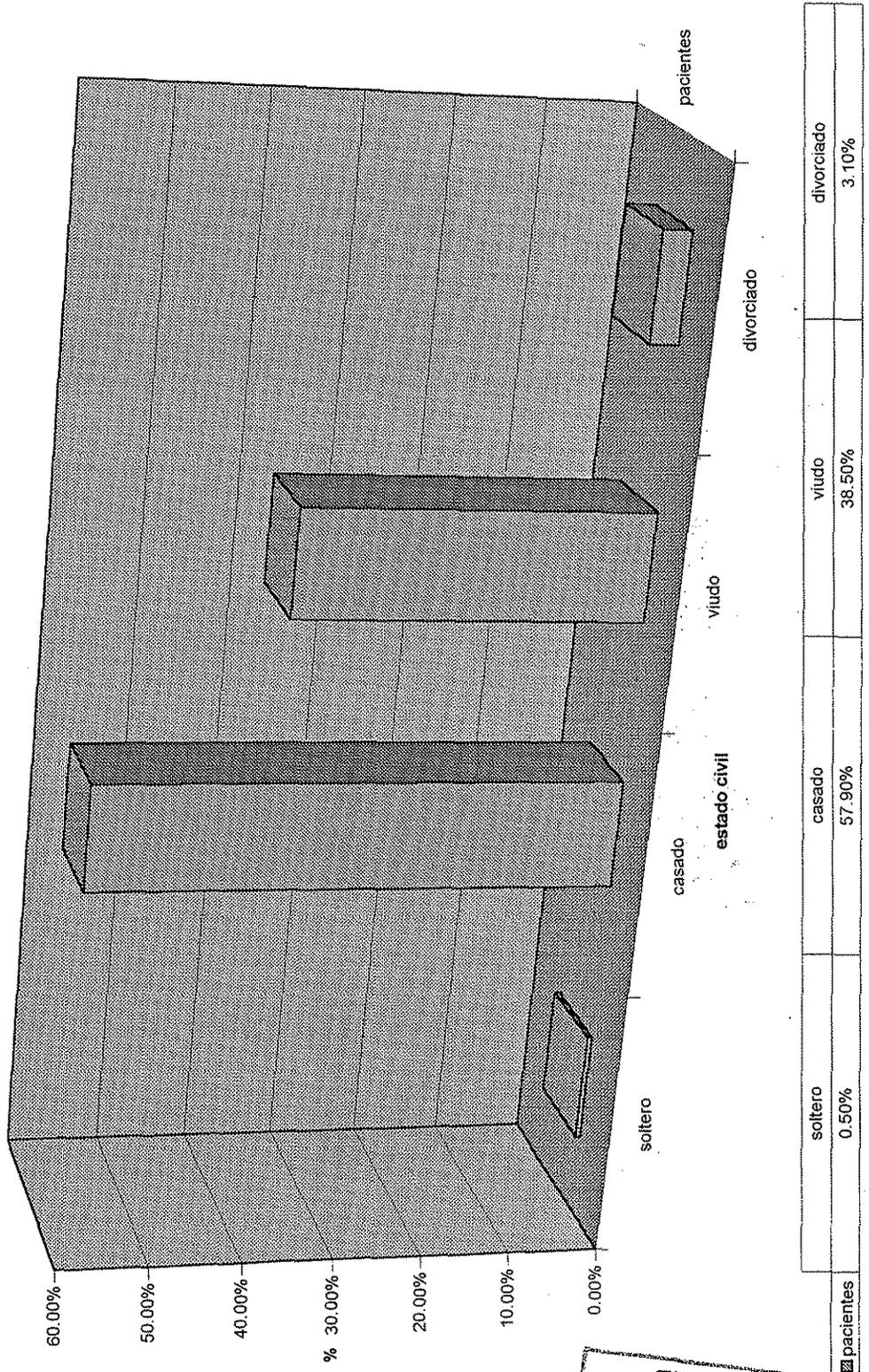
31



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

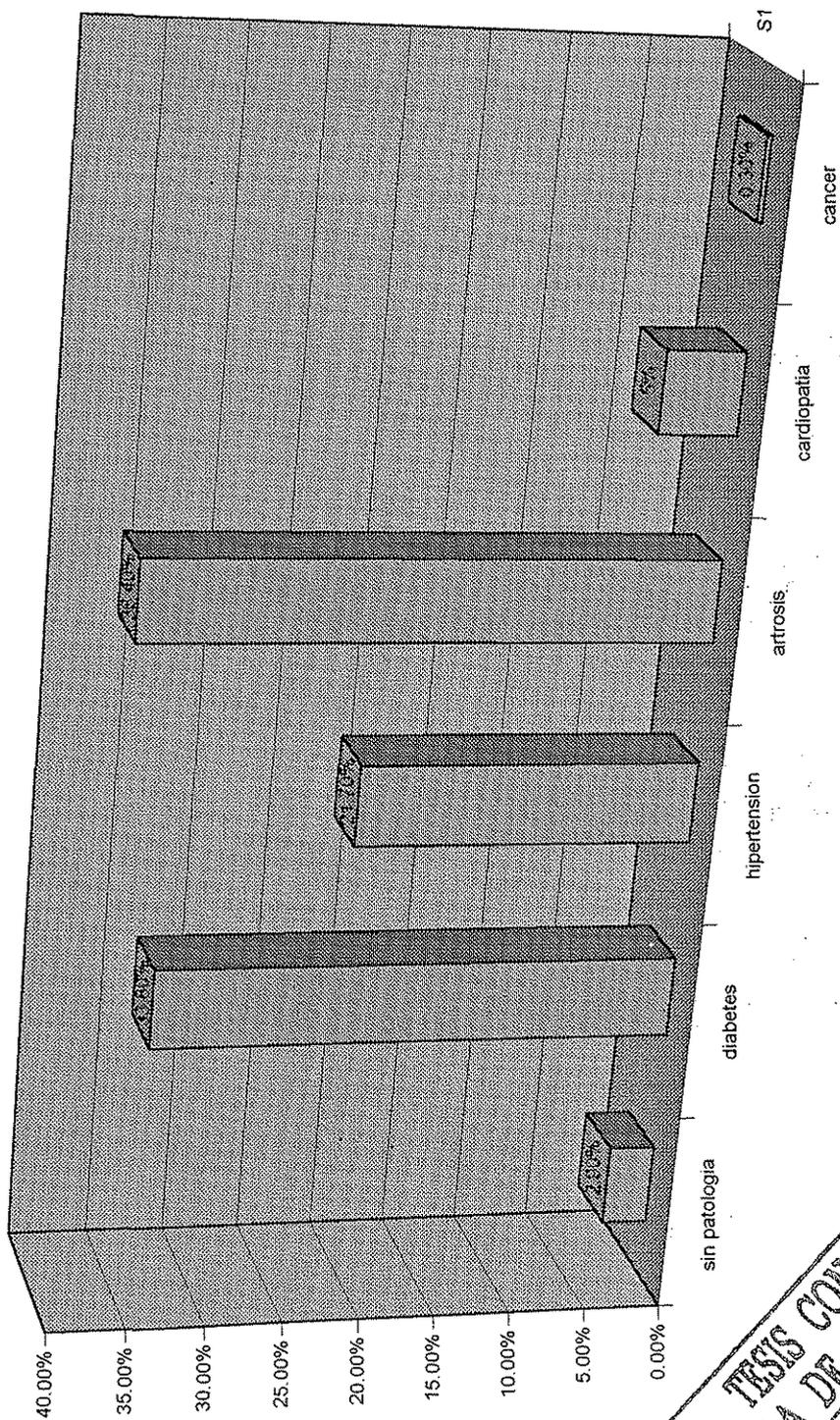
lentes

figura 2.Estado civil de los pacientes de la tercera edad de la UMF 94



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

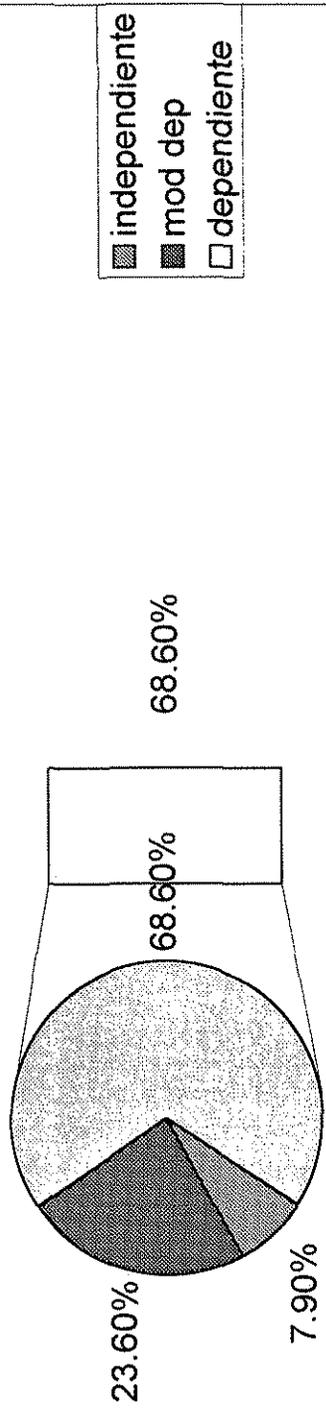
23



Serie1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4 .Grado de funcionalidad de los pacientes de la tercera edad de la UMF 94



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Este estudio descriptivo demuestra que el grado de dependencia en los pacientes de la tercera edad de la UMF 94 fue de 68.6 % esto identificado por la aplicación de la escala de Lawton, para medir las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).en relación a las otras variables medidas, encontramos que la patología agregada en especial la artrosis, y la diabetes mellitus son las que pueden contribuir mayormente a la dependencia en el paciente de la tercera edad, llegando hasta un 26.9 % y 13.8% respectivamente ,y en relación a la edad se observo que a mayor edad mayor grado de dependencia ,concluyendo que esta es un factor importante para el desarrollo de dependencia en el paciente de la tercera edad .

Al evaluar el grado de capacidad funcional ayudara a determinar los tipos de cuidados que van a ser necesarios y la ubicación donde estos se van a proveer mas específicamente ,es importante establecer el grado de dependencia ante cualquier enfermedad que obliga a que el anciano acuda al servicio de urgencias de un hospital, y , a los pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar .

Resultados semejantes a lo reportado en nuestro estudio se reportan en otras investigaciones donde fue aplicada la escala de Lawton reportando grados de dependencia de un 64 % y la relación de esta dependencia con padecimientos crónicos del tipo músculo-esqueléticos esto por Farrel ,(22) en un estudio realizado en 1995. encontrando similitud en los resultados obtenidos por este autor.

SUGERENCIAS

En un futuro la valoración funcional nos puede ayudar a identificar y cuantificar la discapacidad ,proveer la necesaria medida del cambio funcional que permita recoger posibles cambios a lo largo del tiempo, guiar decisiones de tratamiento y finalmente mejorar la predicción del curso de las enfermedades crónicas .

vemos que la aplicación de medidas sencillas de valoración funcional conlleva para alcanzar un mejor diagnóstico y cuidado de los pacientes .

el hecho de conocer ahora el grado de funcionalidad de los ancianos de la UMF 94 nos da la pauta para estudios posteriores ,una posibilidad podría ser partiendo del hecho de que ya identificadas las enfermedades crónico-degenerativas que mas relacionadas se encuentran con la dependencia en el anciano ,se podrían hacer un estudio experimental para ver si controlando y dando tratamientos adecuados a los padecimientos asociados en los ancianos con un grado de dependencia , esta puede disminuir y hacer mas independiente a nuestros usuarios de la tercera edad o bien hacer un estudio comparativo con otro grupo donde no existiera ninguna intervención y, ver si realmente existiera un beneficio al aplicar una terapéutica con la intención de mejorar la dependencia .

CONCLUSIONES

El estudio realizado fue un estudio descriptivo ,para identificar grado de dependencia en pacientes de la tercera edad de la UMF 94 ,se aplicaron 382 encuestas de Lawton ,donde la edad promedio de los usuarios de la tercera edad fue de 71 años ,el grado de escolaridad predominante fue la primaria ,la mayoría de estos pacientes son casados ,el padecimiento mas frecuentemente asociado a la dependencia fue la artrosis y la mayor parte de estos pacientes se identificaron como dependientes

BIBLIOGRAFÍA

1. INSEN.SEMINARIO Psicología de la vejez. México: 1988; 1-69
2. Walshe TM MANUAL DE PROBLEMAS CLINICOS EN GERIATRIA: México:editorial iberoamericana 1996:58-69
3. Beltrán SL. Programa de asistencia social al anciano; En 2do seminario de asistencia social al anciano: México :Desarrollo Integral de la Familia ,1984:77-91
4. Zinber NE. Relaciones interpersonales, en psicología normal de la vejez. Buenos Aires Argentina: editorial Paidos, 1978:137-91
5. Langarica SR. El proceso del envejecimiento, gerontología y geriatría. México: editorial interamericana 1996:58-69.
6. Sánchez CJ. Como envejecen los órganos, en la vejez y sus mitos. México: editorial Salvat, 1984:12-47.
7. Nicola de P. GERIATRIA. México: editorial manual moderno, 1985
8. Langarica SR. La mortalidad en México. en: gerontología y geriatría. México: editorial Interamericana,1986:76-81
9. Estrada. LA VEJEZ EN EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. México, editorial posada, 1988:117-24
10. Gamita C.EL ANCIANO SEGREGADO POR SU FAMILIA. Rev.Psic.Aletheia 1987 ;8:55-60.
11. Zinber NE,Kaufman I.COMONENTES ESTRUCTURALES DE LA PSIQUE.En:psicología Normal de la vejez:Buenos Aires ,Argentina:Editorial Paidos,1978:16-9
12. Sánchez CJ.DEBEN SEGUIR EN CASA? EN LA VEJEZ Y SUS MITÓS .México :editorial Salvat 1984 :50-9.
13. Sánchez CJ. ALTERACIONES SOMATICAS .México :editorial Salvat ,1985.60-62
14. Sánchez CJ.VIVIR EN SOCIEDAD ,México :editorial Salvat ,1988,23-28.

15. Calderón .NG DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD :TERCER SEMINARIO DE ASISTENCIA SOCIAL AL ANCIANO .México :editorial desarrollo integral de la familia ,1985:7-59
16. Kenneth Brummel,Smith,MD y col,CLÍNICAS DE PRACTICA MEDICA .En Asistencia del paciente geriátrico.Madrid ,España.editorial Interamericana,1989.313-337.
17. F.Guillén Llera .SINDROMES Y CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO, Geriatria.Barcelona,España.Editorial Masson,S.A.1994:67-80
18. Becker PM,Cohen Hj:THE FUNCTIONAL APPROACH TO THE CARE OF ELDERLY:A conceptual Framework.J Am Geriatr Soc 32 (12) :924,1984
19. Engle GL: THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL AND MEDICAL EDUCATION.N Engl J Med 306:802,1982
20. kaufman I.FACTORES PSICODINAMICOS DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL .Psicología normal de la vejez.Buenos Aires,argentina.Editorial paidos.1978:91-137
21. Payno M.EL PROBLEMA GERONTOLÓGICO EN MÉXICO. Rev.fac. med. UNAM 1980;XXIII:22-6
22. Elser Quijano,T.EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA Y FUNCIONAL DE LA DEMENCIA.Escals de actividades de la vida diaria .España.edit JR Provs,1984,137-159.
23. Michael J:Farrel et al.THE EFFECT OF MEDICAL STATUS ON THE ACTIVITY LEVEL OF OLDE;PAIN CLINIC PATIENTS J.American Geriatrics Societiy43:102-107,1995.
24. Hedda Agüero-Torres,et al.DEMENTIA IS THE MAJOR CAUSE DE FUNCTIONAL DEPENDENCE IN THE ELDERLY;3-YEAR FOLLOW-UP DATA FROM A POPULATION-BASED STUDY. American Journal of public healt. 88:1452-1456,1998.
25. Marc A Sager,et al FUNCTIONAL OUTCOMES OF ACUTE MEDICAL ILLNESS AND HOSPITALIZATION IN OLDEL PERSONS .Arch Intern Med .156:645-652,1996.

ANEXOS

Fecha _____

Nombre _____

Filiación: _____ consultorio _____ Turno _____

Edad _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Estado civil _____

1. contesta el teléfono, no marca

0. no usa el teléfono en absoluto.

2.-IR DE COMPRAS

1. realiza las compras necesarias sin ayuda

0. compra pequeñas cosas

0. necesita cualquier compañía para realizar cualquier compra

0. completamente incapaz de ir de compras

3.-PREPARACIÓN DE LA COMIDA

1. planea, prepara, y sirve las comidas adecuadas con independencia

0. prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes

0. prepara la comida pero no mantiene una dieta adecuada

0. necesita que se le prepare la comida.

4.-CUIDAR LA CASA

1. cuida la casa sin ayuda o esta es solo ocasional

1. realiza las tareas domesticas ligeras

1. las realiza pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable

0. necesita ayuda con todas las tareas de casa

0. no participa en tarea domestica alguna

5.-LAVADO DE LA ROPA

1. lo realiza sin ayuda

1. lava o aclara algunas prendas

0. necesita que otro se ocupe del lavado

6.-MEDIO DE TRANSPORTE

1.viaja con independencia

1.no usa transporte publico salvo taxis

1.viaja en transporte publico si le acompaña otra persona

0.viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros

0.no viaja en absoluto

7.-RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN

1.no precisa ayuda para tomar sus medicamentos

0.necesita que le sean preparadas las dosis con antelación.

0.no es capaz de encargarse de su propia medicación

8.-CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO

1.no precisa ayuda para manejar el dinero ni llevar cuentas

1.necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc

0.incapaz de manejar dinero