



11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE
HGZ/UMF NÚM. 8 SAN ANGEL**

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ESTADO
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR.**

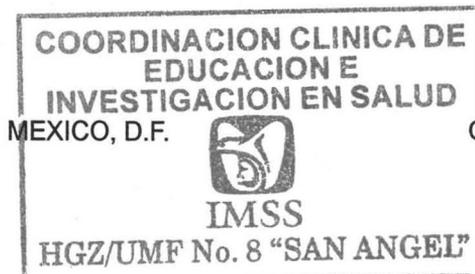
TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CARLOS ALBERTO GARCÍA CASTRO**

0352069

**ASESOR: DR. EDUARDO GONZÁLEZ MONTOYA
ASESORA METODOLÓGICA: DRA. MA. GREGORIA RODRÍGUEZ VARELA**



OCTUBRE DE 2005



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

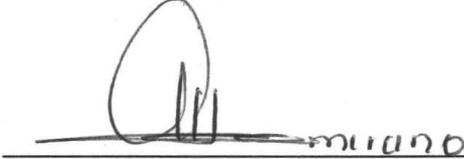
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

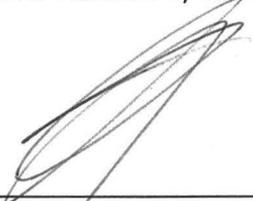
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


Dr. Eduardo Hirata Merrem.
Director del HGZ/UMF Núm. 8 San Ángel



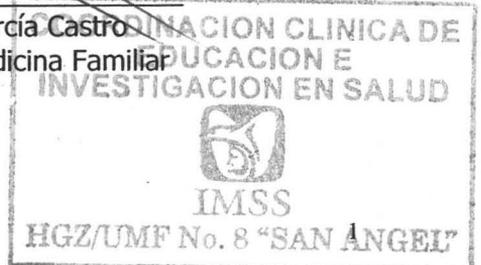
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


Dra. Beatriz Altamirano García.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y titular
de la Residencia de Medicina Familiar
del HGZ/UMF Número 8, San Ángel


Dr. Eduardo González Montoya.
Asesor del Proyecto de Investigación


Dra. Ma. Gregoria Rodríguez Varela
Asesora Metodológica de la Investigación


Dr. Carlos Alberto García Castro
Médico Residente de Medicina Familiar



Dedicatoria.

No solamente dedico esta tesis, también los tres años de residencia y toda mi formación académica desde la primaria hasta este punto.

A mi novia. Angélica, por su gran apoyo, por estar conmigo todo este tiempo, por ser como es, por ser un gran ejemplo para todos los que la conocemos, porque juntos vamos más allá de lo que simplemente se ve.

A mi hijo Carlos, por estar siempre en esos momentos difíciles, por animarme a continuar con mi superación personal, para que este trabajo sea un estímulo más para ti a continuar con tus estudios en medicina.

A mi hijo Héctor, por su gran entusiasmo de vivir, por ser un gran estudiante, para que siempre desee superarse y que sepa que cuenta conmigo en todos los momentos.

A mi Hermana Martha, por ser un gran espíritu ya que ya no esta con nosotros físicamente y sin embargo continua con su gran labor como madre, esposa, hija, hermana, amiga y maestra, por enseñarme a compartir lo que se tiene.

Agradecimientos.

A Dios, por permitirme estar vivo y disfrutar de este mundo maravilloso.

A mis Padres, por darme el ejemplo de trabajo, de sacrificio, de humildad, de amor, gracias.

A mi novia Angélica, porque ha trabajado enormemente conmigo muchas gracias

A mis hijos por el simple hecho de ser mis hijos y además por ser unas grandes personas, muchas gracias

A mis hermanos, que juntos compartimos juegos y aventuras, también tristezas y la pérdida de una hermana.

A mis compañeros de residencia, a todos ellos, por ser realmente buenos compañeros.

A los diferentes Médicos que han puesto su confianza en mí, y que transmitieron sus conocimientos para bien de los pacientes.

A los pacientes, por que de ellos he aprendido muchas cosas y que juntos logramos llegar más lejos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: García Castro Carlos
Alberto
FECHA: 17-OCT-2005
FIRMA: 

CARLOS

INDICE

Contenido	Pág.
Hoja de firmas.....	1
Dedicatoria y Agradecimientos	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Marco Teórico.....	8
Cambios físicos asociados al envejecimiento.....	9
Cambios psicológicos del envejecimiento.....	11
Cambios sociales del envejecimiento.....	13
Funcionalidad en el adulto mayor y potencial rehabilitatorio.....	14
Diferencias de género.....	20
Planteamiento del problema.....	22
Objetivos.....	23
Hipótesis.....	23
Método:	
a) Variables.....	23
b) Sujetos.....	24
c) Criterios de inclusión.....	24
d) Criterios de exclusión.....	24
e) Criterios de eliminación.....	25
f) Muestreo.....	25
g) Tipo de estudio.....	26
h) Instrumentos y materiales.....	26
i) Procedimiento.....	27
j) Control de la calidad del proyecto.....	28
k) Análisis estadístico.....	28
l) Consideraciones éticas aplicables al estudio.....	29
Resultados.....	30
Discusión.....	34
Conclusiones.....	38
Referencias.....	40
Anexos	
Anexo 1. Carta de Consentimiento informado.....	43
Anexo 2. Cuestionario de Evaluación Funcional Aplicado.....	44

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso natural inherente a todos los seres vivos. Se considera que en el ser humano la vejez inicia a los 60 años. Debido al incremento de la esperanza de vida en el mundo y en nuestro país, la población de Adultos Mayores (AM) incrementa y con ello las complicaciones propias de esta etapa de la vida. Los datos demográficos señalan una feminización de la vejez, por lo que las mujeres aunque viven más, presentan mayor deterioro que los hombres. La evaluación funcional en la vejez da un diagnóstico integral del AM. Existen diversas escalas para valorar la funcionalidad, no obstante este tipo de valoraciones aún no forman parte de la actividad diaria del médico. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue Realizar una valoración del estado funcional del AM en hombres y mujeres, con la finalidad de identificar diferencias de género que permitan demostrar que el estado funcional de la mujer es menor que en hombres. La pregunta de estudio fue ¿Existen diferencias de genero en el estado funcional del adulto mayor? Ante esta inquietud se aplicaron las escalas de Lawton, Katz, el Minimental y la escala de depresión geriátrica de Yesavage a una muestra de 54 pacientes (30 mujeres y 24 hombres). Todos adscritos al HGZ/UMF Núm. 8, consultorio 13. Además se les realizó una historia clínica completa. Los resultados se analizaron por frecuencias y con una prueba t de Student para grupos independientes, se hizo un análisis comparativo, encontrándose que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la muestra estudiada. El análisis comparativo se hizo con una $p = 0.05$, con un nivel de confianza del 95%. Además se detectaron aspectos relevantes como una disminución en la autopercepción de la salud en ambos géneros, polifarmacia y depresión, más notoria en el género femenino. Aspectos que identificados pueden tener alternativas de tratamiento.

Palabras clave: Adulto Mayor (AM), Funcionalidad, Diferencias de género, Escala de Lawton, Escala de Katz, Minimental, Escala de Depresión de Yesavage.

ABSTRACT

The aging is inherent a natural process to all the alive beings. It is considered that in the human being the oldness initiates to the 60 years. Due to the increase of the life expectancy in the world and our country, the population of Greater Adults (GA.) increases and with it the own complications of this stage of the life. The demographic data indicate a feminization of the oldness, reason why the women although live more, they present/display greater deterioration than the men. The functional evaluation in the oldness gives an integral diagnosis of the GA. Diverse scales exist to value the functionality, despite this type of valuations not yet they comprise of the daily activity of the doctor. It is for that reason that the objective of the present study was to make a valuation of the functional state of the GA. in men and women, with the purpose of identifying sort differences that allow to demonstrate that the functional state of the woman is minor who in men. The study question was, Exist differences of generate in the functional state of the greater adult? Before this restlessness the scales of Lawton, Katz and the scales of geriatric depression of Yesavage were applied, to a sample of 54 patients (30 women and 24 men). All assigned to the HGZ/UMF Number 8, doctor's office #13. In addition a complete clinical history was made to them. The results were analyzed by frequencies and with a t of Student test for independent groups. A comparative analysis was made. There were statistically no significant differences in the studied sample. This comparative analysis was made with $p = 0.05$, with a 95% confidence interval. Nevertheless excellent aspects were detected like a diminution in the auto perception of the health in both sorts, polipharmacia and depression principally in women. Aspects that identified can have treatment alternatives.

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento es un fenómeno natural inherente a la finitud biológica del organismo humano. Las características de la sociedad son las que condicionan, tanto el promedio de años de sus habitantes como su calidad de vida durante sus años de vejez. De tal forma que la vejez es un destino social y en ocasiones los Adultos Mayores (AM) no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son, debido a la forma en que se los categoriza socialmente y a las presiones sociales (Martínez-Ramírez, 2004).

Como bien sabemos, la esperanza de vida en el mundo y particularmente en nuestro país ha aumentado, de tal forma que en la actualidad son las enfermedades crónico degenerativas las que afectan principalmente a nuestros ancianos, mismas que suelen llevarse gran parte del presupuesto del área de la salud. Sin embargo, hasta la fecha son pocas las instituciones orientadas a la atención de este sector de la población, ya que la mayoría considera prioritarios otros programas como la salud reproductiva y la desnutrición infantil. Esto propicia un escaso acercamiento al AM y por tanto una limitada comprensión de su problemática. Si además consideramos que una gran parte de la población médica desconoce las características inherentes a la vejez, la atención que se brinda llega a carecer de precisión.

A pesar de que desde hace varios años se han establecido escalas de valoración funcional para el AM, estas aún no son utilizadas en la práctica médica cotidiana, sobre todo porque el médico carece de formación en ésta área, particularmente el médico familiar y general que en muchas de las ocasiones son quienes tienen el primer contacto con este tipo de pacientes.

No obstante, la valoración del estado funcional del AM se ha convertido en una herramienta ideal para conocer las condiciones generales de un paciente y establecer un pronóstico de salud con base en los factores de riesgo identificados. De ahí que utilizarla permita establecer alternativas de tratamiento no únicamente desde el punto de vista médico, sino social y psicológico, logrando con ello una valoración dinámica de los pacientes.

Por otra parte, considerando las condiciones demográficas del mundo y de nuestro país se ha identificado que existe una feminización de la vejez (García GJJ, 1999), de tal

manera que son las mujeres quienes presentan una mayor esperanza de vida, aunque también son quienes llegan a edades más tardías con deterioro importante. Considerando lo anterior, la pregunta de estudio de la presente investigación fue ¿Existen diferencias de género en el estado funcional del Adulto Mayor?

Para lograr esto, se describen en el marco teórico los elementos que brinden apoyo a la presente inquietud. Se inicia con las condiciones demográficas, señalando los cambios biológicos, psicológicos y sociales de la vejez, así como la importancia del potencial rehabilitatorio y la forma de evaluarlo. Además se señalan las diferencias de género encontradas en la literatura en relación con la funcionalidad del AM. Posteriormente se muestra la metodología utilizada, los resultados, la discusión y las conclusiones generales a las que se llegó con esta investigación.

MARCO TEÓRICO:

El envejecimiento es un proceso natural, el cual inicia al terminar el periodo de crecimiento y varía de un individuo a otro. Es parte de un ciclo más que una edad, ya que las edades son construcciones sociales que incorporan una representación social (Becerra y Cano, 2001), sin embargo desde el punto de vista médico es necesario delimitarlo con fines prácticos de estudio, de tal forma que se considera un Adulto Mayor (AM) a aquél sujeto hombre o mujer mayor de 60 años.

Como bien sabemos la esperanza de vida en el mundo y en nuestro país ha cambiado con el tiempo, de hecho se ha duplicado en los últimos 200 años para sectores cada vez más amplios de la población (ya que sujetos longevos existieron siempre). Hacia 1920, era alrededor de 30 años, aumentado hasta alcanzar en 1977 un 73.6 años; 70.4 en los hombres y 76.7 en las mujeres. (Secretaría de Salud, 1997). Las cifras más altas estimadas por el Consejo Nacional de Población se encontraron en los estados de Nuevo León, Baja California Sur y Distrito Federal. Mientras que las cifras más bajas se identificaron en los estados de Puebla, Chiapas y Guerrero. Esto es resultado de varios factores entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad y fecundidad, así como las diversas condiciones económicas existentes en nuestro país. (CONAPO, 2003).

En México los AM, de acuerdo con los datos censales del año 2000, constituyen alrededor del 5% del total, con unos 7 millones de personas mayores de 65 años. Comparada con la información de los censos de 1970 y 1990, la pirámide poblacional se ha ido ensanchando en su vértice (García GJJ, 1999).

Ahora bien, el hecho de incrementar la esperanza de vida en nuestra población, no significa que los individuos lleguen sanos a esta edad, lo cual es difícil delimitar porque la línea de demarcación entre el envejecimiento normal y el patológico, no es tajante, pues la salud es relativa.

Se sabe que en los AM las enfermedades respiratorias agudas y las crónicas degenerativas, son las principales causas de enfermedad a nivel nacional en esta población. Además el incremento en la esperanza de vida junto con la problemática psicosocial ha proporcionado trastornos funcionales como la incontinencia y la

disminución de la movilidad. Los cambios físicos que se van experimentando conducen en ocasiones, a una pérdida de la función e independencia, de tal forma que, ha aumentado la prevalencia de discapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, destacando que a partir de los 75 años, las mujeres generalmente tienen tasas más altas de discapacidad que los varones. Y de acuerdo con las Encuestas Nacionales, la enfermedad articular, el trauma y al ceguera son las principales causas de invalidez (García GJJ, 1999).

Cambios Físicos asociados al envejecimiento.

Si bien al envejecer suelen presentarse cambios biológicos importantes esto al igual que en otras etapas de la vida implica adaptarse a las condiciones físicas que el organismo ofrece. En este sentido Morales (1994) hace énfasis en la presencia de un envejecimiento celular. Señala que los órganos envejecen a su propia velocidad, identificándose cambios en las membranas celulares. El número de microvilli que se identifica en la superficie celular aumenta con la edad, así como el transporte de la membrana. Este aumento que se da con el envejecimiento puede verse como una compensación correctiva para la intercomunicación celular, seguida de una disminución para mantener los tejidos, los órganos y la homeostasis del organismo, que acelera el envejecimiento, las enfermedades y la muerte. En estudios animales se ha encontrado que el colesterol y la cardioplipina aumentan significativamente en las ratas envejecidas. También se producen diversos cambios en la composición de los ácidos grasos debido a la reducción del índice de no saturación que sugiere la disminución de la fluidez. Todos estos cambios en la membrana originan alteraciones en la respuesta celular que incluyen la excitabilidad, el transporte y la respuesta a la estimulación endógena y exógena.

También se ha visto una reducción en el número de mitocondrias al envejecer. El núcleo celular presenta algunas irregularidades de forma, consecuencia de la reducción del abastecimiento sanguíneo y del metabolismo celular, la condensación cromática sugiere una actividad funcional baja. Así mismo se presentan una serie de cambios enzimáticos e inmunológicos durante el envejecimiento, de hecho se ha sugerido que la deficiencia en el sistema inmunológico puede causar el envejecimiento humano.

Los desórdenes en el sistema nervioso central son los que causan más daños en los adultos mayores y producen cerca de la mitad de las discapacidades en este grupo de

edad, originando dependencia total, disminución de la memoria, de intelecto, la inteligencia, la pérdida de facultades sensoriales, el equilibrio y la coordinación. Sin embargo estudios recientes señalan que si bien es probable que exista algún deterioro cognoscitivo, el deterioro total es evitable en los casos de longevidad extrema (Becerra y Cano, 2001). Los problemas de motilidad y marcha en la vejez son consecuencia de la disminución de la función mental. Con la edad se presentan cambios en el patrón de la marcha, tales como la inseguridad, el ensanchamiento de la base de apoyo, el paso lento, la postura encorvada y la disminución de movimiento de los brazos. También se presentan cambios en la composición corporal, por ejemplo la disminución de la estatura por modificaciones en el nivel de los cuerpos vertebrales, la disminución de la masa corporal magra que lleva a una disminución en la fuerza muscular. Así mismo la redistribución de volumen grado con la consiguiente disminución de la adiposidad periférica subcutánea, produce el acentuamiento de los pliegues de la piel y la aparición de arrugas. También disminuye la elasticidad de los tejidos por la acumulación del colágeno entrelazado y la calcificación de elastina.

Por su parte el sistema cardiovascular presenta una predisposición a desarrollar arritmias y falla en condiciones de estrés. Se reduce la capacidad ventricular izquierda y disminuye la respuesta simpática, además disminuye la elasticidad en las paredes de las grandes arterias lo que aumenta la presión arterial y la perfusión a varios órganos. A nivel pulmonar hay disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria. En el sistema músculo esquelético y óseo aumentan la inestabilidad postural, los trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo. En el cerebro se ha encontrado que su peso y tamaño disminuyen entre 100 y 150 gramos, es decir un 10%, con una disminución en el número de neuronas. En el tracto gastrointestinal, la pérdida de las piezas dentarias disminuye la eficiencia masticatoria, se presentan cambios en la sensación de gusto: aumenta el sabor amargo; desciende la producción y la viscosidad salival alterando la motilidad de la lengua y la deglución de los alimentos. En cuanto a la visión hay una menor elasticidad del cristalino lo que origina visión deficiente y en la audición la disminución de la función auditiva va relacionada con la edad.

Los cambios físicos también modifican la respuesta sexual, así en los varones se presentan erecciones más difíciles de conseguir, menos firmes pero más prolongadas, menos rubor y mionía durante la fase de plataforma, orgasmos menos focalizados

más cortos y menos intensos, periodo refractario más prolongado y menor elevación testicular. En el caso de las mujeres hay problemas de lubricación, menor rubor y miotonía y en ocasiones con dolor durante la contracción uterina.

No únicamente los cambios físicos repercuten en la sexualidad del AM, sino de forma particular la forma en que la sociedad percibe la sexualidad del anciano. Al respecto sabemos que antiguamente se consideraba que el sexo en ancianos era una perversidad (En Alcalá, 1999), sin embargo valoraciones posteriores como las de Masters y Johnson afirman que la "tercera edad" es compatible con una rica vida sexual. Pero que esta es afectada por seis aspectos: monotonía, preocupaciones profesionales, cansancio físico y mental, temor al fracaso, exceso en alimentos y bebidas alcohólicas y enfermedades. Además por los mitos sociales entre los que encontramos que la sexualidad en el adulto mayor no existe, no es importante, está prácticamente anulada, es peligrosa para la salud o es vergonzosa.

Además si consideramos que en nuestra sociedad hay estereotipos tal como que el patrón social de belleza es la juventud, envejecer es una devaluación sexual progresiva y por tanto el adulto mayor, tiende a estar fuera del "mercado sexual", esto es particularmente cierto en las mujeres. Lo erótico, se dice, no es de ancianos. Lo que en el joven es símbolo de virilidad, en el anciano es de lubricidad y por tanto genera sentimientos de vergüenza y desconcierto. Las buenas condiciones de vida del anciano, lo convierten en un ser útil y atractivo. La vida sexual es una fuente importante de cariño, placer, alegría, compañía y bienestar.

De esta manera, las modificaciones biológicas que se presentan en la vejez producen un impacto en el estilo de vida de los ancianos, aún en los sanos, debido a la disminución de la funcionalidad en los diferentes sistemas. Los cambios explican por qué el AM tiende a perder su capacidad de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas y a aumentar su dependencia (Morales, 1994).

Cambios Psicológicos del envejecimiento.

La vejez como cualquier otra edad, está dotada de características psicológicas particulares, ya que el AM experimenta pérdidas importantes incluyendo la disminución de las capacidades físicas, la desintegración familiar (al irse los hijos a formar nuevas familias), el cambio de actividades propiciado por la jubilación, etc. Todo lo cual

modifica la estructura interna del ser humano y genera cambio de roles al interior de la familia, generando dependencia de otros sectores de la población. El anciano debe realizar un trabajo interno que le permita aceptar la propia historia como la única posible y comienza a comprender más profundamente la vida; comprende "lo que soy yo" y "lo que son los demás", adquiriendo un nuevo grado de madurez psicológica. El grado de desarrollo de la personalidad influye en cómo el individuo enfrenta los cambios y las pérdidas. La identidad en esta etapa, al igual que en la adolescencia, debe reestructurarse nuevamente.

El AM se enfrenta a ser abuelo, con lo que se pone en juego el sentido de trascendencia. El rol de abuelo es el más importante en la ancianidad y va a modificar la personalidad del AM. Las características sobresalientes que se ven del abuelo lo enumeran como: sabio, respetuoso, representante del pasado de la familia. Es un educador, pero no de la misma manera que el padre, sino que en una relación más libre y los niños tienden a la idealización con el abuelo, quienes son portadores del mundo ético. Generacionalmente se da una alianza nieto-abuelo, desplazando a los padres a veces con un poco de hostilidad; el sentido de trascendencia se hace mucho más notorio en los nietos que en los hijos.

La psicología del AM implica mirar más allá del propio AM como individuo, requiere involucrar a la familia y a la sociedad, para comprender la dinámica interna que experimenta el anciano (Belloch, 2002).

Así, los cambios psicológicos se presentan fundamentalmente en la cognición y el afecto, ya que las demencias y la depresión representan dos de los principales síndromes geriátricos. A medida que se envejece, se experimentan ciertas pérdidas de memoria, es más difícil retener información y se presenta una declinación en la calidad del recuerdo visual, todo lo cual es debido a un funcionamiento ineficaz de los procesos de codificación y recuperación. En los ancianos, la calidad del recuerdo se deteriora si se proporcionan muchos estímulos visuales en poco tiempo, pero el deterioro es menor cuando la información se presenta mediante estímulos auditivos (Belloch, 2002). Al realizar un análisis integral de la inteligencia de los AM, se ha encontrado que con la edad no se pierden las habilidades intelectuales adquiridas a lo largo de la vida, salvo las que involucran aspectos motrices (Owens, 1966).

Por otro lado, los estados depresivos, son consecuencia de las pérdidas, por lo que la depresión es el trastorno mental más habitual de los ancianos con lo que se incrementan las tasas de suicidios en esta edad. De hecho los varones mayores de 65 años cometen cuatro veces más intentos de suicidio que los menores de 25 años (En Belloch, 2002).

Ahora bien, los AM a pesar de los cambios que experimentan, no dejan de realizar actividades diversas que les permiten un acercamiento mayor con la comunidad a la que pertenecen. Particularmente en las poblaciones rurales del país, se enfocan al campo, el cuidado de animales, la atención en comercios y la atención directa de las familias. Actividades que les permiten sentirse productivos, pero que sobre todo permiten a la comunidad valorarlos como útiles.

Cambios Sociales del envejecimiento.

Desde el punto de vista social, la falta de relaciones sociales es un poderoso factor de riesgo para un nivel de salud pobre. En tal sentido, el apoyo social y socioemocional (expresiones directas de afecto, de estima, de amor y respeto) son fundamentales para el envejecimiento exitoso (Sabin, 1993). Hay cuatro modos importantes en que el apoyo social puede promover la salud:

- a. Es posible que el apoyo social lleve a las personas a obtener tratamiento médico de manera más rápida y que les provea de mejor información en salud incluyendo el cómo acceder a los servicios.
- b. Algunas formas de apoyo social pueden de hecho consistir en tratamiento médico directo.
- c. El apoyo social puede hacer más probable la adopción de comportamientos promotores de salud (caminar o no fumar).
- d. Comportamientos de apoyo pueden tener efectos biológicos directos que aumenten la resistencia a enfermedades. Individuos que reportan altos niveles de apoyo social tienen niveles significativamente más bajos en tres medidas fisiológicas de estrés: epinefrina, norepinefrina y cortisol.

Desde el punto de vista social, los problemas que hoy en día enfrentan los AM son:

- a. La incomprensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad en un mundo rápidamente cambiante.

- b. El declive psicofísico asociado al envejecimiento conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores.

Ante esto y para fortalecer redes sociales, la integración social y la calidad de vida del adulto mayor, Muñoz (1997) plantea las siguientes estrategias:

- Animación sociocultural.
- Campañas de información y sensibilización.
- Actuaciones dirigidas a la mejor ocupación del ocio y tiempo libre.
- Actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social
- Acciones encaminadas a potenciar las relaciones intergeneracionales.

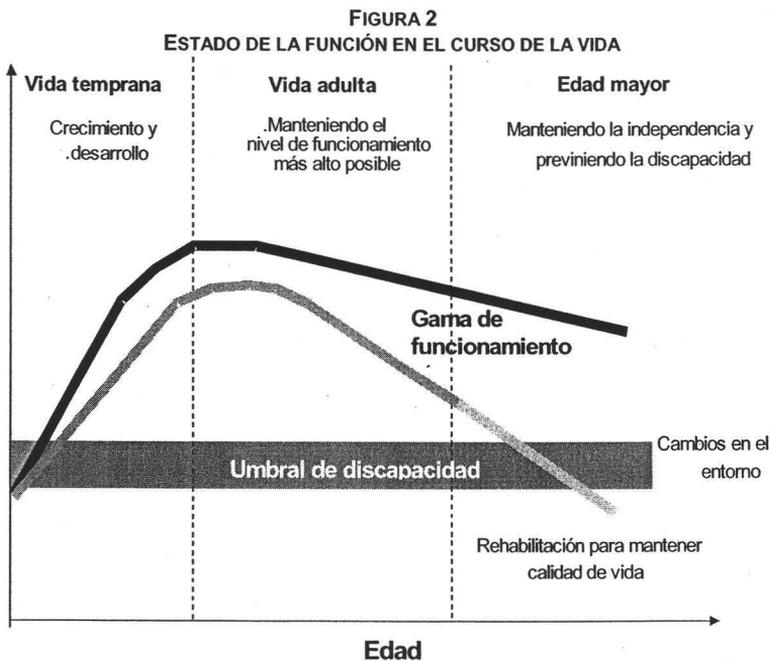
Sin embargo, también existe el peligro de caer en un "asistencialismo", es decir se le resta capacidad de utilidad al AM. Se le asiste pero no se le valora, no se le respeta. En este sentido cabe recordar como los antiguos pueblos americanos, consideraban que los AM mayores tenían un papel importante en la vida familiar y política, eran respetados por todos, daban consejos, amonestaban y advertían. De ahí que existía veneración hacia los ancianos (González, 2001). Aspecto este que aún en lejanas comunidades de nuestro país todavía se da, tal es el caso de Yucatán en donde "los antiguos" (denominación que da la comunidad a los AM) son parte esencial de la comunidad de la que forman parte. La vejez tiene entonces su verdadero sentido como etapa de la vida donde se encaran pérdidas importantes, pero en la que se puede disfrutar y continuar creciendo como seres humanos.

Funcionalidad en el Adulto Mayor y Potencial Rehabilitatorio.

La capacidad humana aumenta desde la niñez y alcanza un punto máximo en la edad adulta temprana. Tal punto es seguido eventualmente por una declinación, como se muestra en la figura 2. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos, tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física. Así por ejemplo, la declinación natural en la función cardiaca, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en

la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. De igual manera para los individuos que se vuelven discapacitados, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles y otros.



Fuente: Guías de la Organización Panamericana de la Salud del Adulto Mayor. 2004.

Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

La funcionalidad expresa la capacidad de realizar determinadas actividades y de mantener autonomía o independencia, es un determinante en la atención del adulto mayor enfermo o no. Se considera como un parámetro objetivo del estado del paciente en el momento, durante y después de la evaluación y tiene especial interés el cómo esta funcionalidad se comporta a lo largo del tiempo (Reyes Guerrero, 2000).

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional de las personas adultas. La declinación puede poner al adulto en un espiral de iatrogenesis, lo cual lleva a mayores problemas de salud. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al médico o enfermera intervenir de forma apropiada. Además la evaluación funcional estimula la calidad de vida (Beck, 1994).

Para ello existen distintas escalas que han mostrado su efectividad para medir este parámetro, dentro de las cuales encontramos la escala de Katz para actividades de la vida cotidiana, la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton, la escala de depresión geriátrica y la escala breve del estado mental (Anexo 2).

Para la OPS la funcionalidad se define por medio de tres componentes señalados en la Tabla 1

TABLA 1.
COMPONENTES PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD EN AM

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria	(ABVD Katz)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	(AIVD)
Bañarse		Uso de transporte	
Vestirse		Ir de compras	
Usar el inodoro		Uso del teléfono	
Movilizarse (entrar y salir de la cama)		Control de fármacos	
Continencia		Capacidad para realizar las tareas domésticas	
Alimentarse			
3. Marcha y equilibrio			

Fuente: Guías de la Organización Panamericana de la Salud del Adulto Mayor. 2004.

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud de que

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

Para poder estimar la capacidad funcional es necesario conocer las actividades realizadas diariamente y en caso de existir algún deterioro cognoscitivo es importante obtener la información a partir del cuidador primario. Las escalas de valoración funcional permiten de esta manera identificar si existe o no deterioro. En caso de que así sea, es conveniente precisar la causa el mismo y el tiempo de evolución, ya que esto último nos va a permitir evaluar el potencial de reversibilidad y por lo tanto el potencial rehabilitatorio con que cuenta un paciente.

Dentro de las escalas que permiten obtener la funcionalidad de un AM está la de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) ó de Katz. Esta representa el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente. Los clínicos típicamente usan la escala para detectar problemas en el desempeño de estas actividades y planificar la atención en forma acorde. El índice clasifica la suficiencia del desempeño en las seis funciones de: *bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación*. A los individuos les es

asignado un sí/no respecto a la independencia para cada una de las seis funciones. A pesar de que la escala puede aplicarse de forma general para identificar el momento preciso en que puede manifestarse un déficit funcional, es más útil en individuos que ya manifiestan dificultad con las actividades instrumentales de la vida diaria, ya que permite identificar de manera más precisa el deterioro paulatino que experimenta el paciente (OPS, 2004).

En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento, se sabe que en los AM ha demostrado constancia a lo largo del tiempo, a pesar de que la escala no ha sido modificada desde hace más de 35 años de su creación.

De esta manera la escala de Katz ABVD evalúa únicamente las actividades básicas de la vida diaria. No evalúa las actividades más avanzadas de la vida diaria. A pesar de que el índice Katz ABVD es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores. El inventario de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor.

Por su parte el Índice para evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton, es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los AM que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de fragilidad o discapacidad no se evalúa ni se compensa con intervenciones apropiadas ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.

Este instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria, se ha demostrado de manera constante. Además se ha confirmado que su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos.

El principal inconveniente de la escala de AIVD radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, donde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. La escala puede y debe de ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que los adultos mayores consideran indispensables para poder vivir independientemente en áreas rurales o semi-rurales.

En relación con el Mini examen del Estado Mental (MEEM) es un instrumento neuropsicológico conocido en geriatría, el cual consta de once aspectos sobre atención, memoria y lenguaje. Es adecuado para los pacientes que viven en la comunidad o en una institución y es lo suficientemente sencillo como para aplicarlo al lado de la cama del paciente. Las puntuaciones bajas indican delirio, demencia o depresión. Los estudios han mostrado que su sensibilidad y especificidad son buenas, aunque los individuos cuya educación es limitada tienden a obtener puntuaciones más bajas que aquéllos cuya escolaridad es mayor (Beck, 1994).

Finalmente la escala de depresión de Yesavage es un instrumento creado para ser aplicado en forma de entrevista, básicamente su utilidad es con fines de detección, más que de establecer un diagnóstico como tal de depresión. Sin embargo permite orientar al clínico acerca de las condiciones afectivas del AM y con base en ello aplicar otros criterios basados en el DSM-IV que permitan brindar un diagnóstico final del padecimiento.

Existen otras escalas complementarias para integrar un diagnóstico funcional del AM, sin embargo requieren de más tiempo de aplicación. Dentro de estas encontramos, las de Tinetti para el equilibrio y la marcha, la de alimentación, colapso del cuidador, etc.

La evaluación funcional del AM tiene el objetivo final de integrar un Potencial Rehabilitatorio (PR). Es decir, el PR es una conclusión del diagnóstico funcional, tiene un fin pronóstico. Es multidimensional, se refiere a la suma de factores biológicos, sociofamiliares, psicológicos, económicos y ambientales que pueden afectar favorable o desfavorablemente la recuperación no sólo física, sino funcional (es decir integral) del

paciente (Jaimés, 2002). Para estimar el PR de un AM se realiza una evaluación interdisciplinaria y multidimensional que incluye:

- a. Evaluación sociofamiliar y económica: Red de apoyo, relaciones familiares, nivel cultural, recursos económicos, etc.
- b. Evaluación psicoafectiva: personalidad, depresión.
- c. Evaluación médico biológica: Valoración física integral, incluyendo exploración física y estudios de laboratorio y gabinete.
- d. Evaluación de la autonomía e independencia: Aplicación de escalas de funcionalidad.

De esta manera el PR evalúa todos los factores (actitud y recursos) que determinan la capacidad de un anciano para cooperar en un plan de tratamiento y rehabilitación. Debe hacerse en equipo y entenderse como el potencial de recuperación de autonomía, independencia y satisfacción vital del anciano.

Diferencias de género.

En los ancianos, los estudios demográficos señalan que la mortalidad en este grupo de edad, es mayor en los varones, lo cual origina una "feminización de la vejez". Siendo las primeras cuatro causas de muerte a esta edad las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitas y la enfermedad cerebrovascular. Además las deficiencias nutricionales se ubicaron en el séptimo lugar como causa de muerte en las personas mayores de 65 años. (García, 1999). El envejecimiento de la población muestra un componente de feminización, 51.2% del total eran mujeres en el año 2000, pero este porcentaje fue de 53.4 en las personas mayores de 65 años.

De esta manera, el proceso de envejecimiento varía principalmente por el género y las condiciones socioeconómicas. Como ya se mencionó, se presenta mayor sobrevivencia femenina, que aunado a la menor participación económica de las mujeres y a los mayores índices de analfabetismo, genera una mayor vulnerabilidad, marginalidad y pobreza en este género. Las ancianas también son vulnerables a la violencia intrafamiliar, al abuso y al abandono. A pesar de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, este grupo en edad avanzada, presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad. Además se ha documentado que factores de alto riesgo en salud reproductiva tales como un parto

antes de los 18 años o la alta paridad se van a reflejar en su situación de salud en la última etapa de la vida (Kington R. Lilliard L y Rogowski J. 1997).

Otras condiciones de alta vulnerabilidad son las áreas rurales, la pobreza, la labilidad del mercado de trabajo y la marginación en programas de bienestar social y salud. Las personas que envejecen además están propensas al desplazamiento de los hijos, lo cual reduce el tamaño y las posibilidades de acción de las redes familiares de apoyo. Hay que considerar además, que el AM es un sector de la población con poco acceso a los servicios de salud, no porque no se les atiende, sino porque sus condiciones físicas y culturales no permiten que sean acercados a un apoyo médico integral.

De tal manera que, el envejecimiento en nuestro país de acuerdo con Peláez et al., (1999) se caracteriza por:

1. Rápido crecimiento a diferencia de los países desarrollados que envejecieron gradualmente.
2. Pobreza.
3. Heterogeneidad e inequidad: El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias biopsicosociales entre los individuos y en los países menos desarrollados también acentúa las desigualdades socioeconómicas y de género.

En este contexto, la familia a pesar de los cambios que ha experimentado a lo largo del tiempo, continúa siendo la fuente básica de ayuda y apoyo para cada uno de sus miembros. En relación con los AM la familia es quien proporciona la ayuda financiera, provee los cuidados en caso de enfermedad y brinda estima, afecto y gratificación. No obstante los constantes cambios culturales y económicos han propiciado una ideología (Viejismo). en torno al AM que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad, por lo que hay mitos y estereotipos en contra del AM que repercuten en su bienestar (Jaimes, 2002).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Desde el punto de vista demográfico la O.N.U. pronostica para el año 2050 que en las regiones desarrolladas habrá más del doble de personas mayores de sesenta años que menores de quince, mientras que en las menos desarrolladas el porcentaje poblacional de los primeros se incrementará de un ocho a un veintiuno por ciento, durante el periodo comprendido entre 1998 y 2050. En conjunto, la proporción de personas mayores en el mundo pasará de un diez a un veintidós por ciento en el transcurso de dicho periodo (CONAPO, 2003).

En la U. M. F. del HGZ número 8 del IMSS, de acuerdo con el último censo (junio 2004), el grupo etáreo mayor de 60 años representa el 23.09% de la población general que se atiende en dicho lugar, y es el grupo que demanda el mayor número de consultas médico familiar y de urgencias, debido a las diferentes enfermedades crónico degenerativas, invalidez y seguimiento de programas de atención del enfermo crónico. Este porcentaje representa a un total de 18855 AM, de los cuales 10954 (13.4%) son mujeres y 7901 (9.6%) son hombres. Todos adscritos a dicha unidad de salud.

Del total de la población adscrita a dicha unidad, un total de 634 pacientes AM se atienden en el consultorio 13 de medicina familiar, siendo 368 mujeres y 266 hombres (Sistema de Información de Atención Integral de la salud, 2005). Situación que es compatible con los datos demográficos de referencia. Si bien la esperanza de vida ha aumentado con los años, no así las condiciones funcionales de las personas. Al respecto, se ha observado de manera subjetiva que las mujeres son quienes presentan mayor discapacidad en comparación con los varones cuando llegan a esta edad. Aún cuando existen reportes que confirman lo anterior (García GJJ, 1999), no se logra generalizar la información en este sentido, por lo tanto con la presente investigación se pretendió conocer si ¿Existen diferencias de género en el estado funcional del Adulto Mayor?

Se eligió a esta población por tener fácil acceso a la misma pudiendo tener mayor control de variables. La población que se pretende estudiar está localizada al poniente del Distrito Federal, siendo de características socioeconómicas heterogéneas, ya que incluye a población de nivel económico bajo, medio y medio alto. Las actividades que predominan en la región varían incluyendo trabajadores de la construcción, obreros y profesionales diversos.

OBJETIVOS:

Los objetivos del presente trabajo fueron:

Objetivo General: Realizar una valoración del estado funcional del AM en hombres y mujeres, con la finalidad de identificar diferencias de género que permitan demostrar que el estado funcional de la mujer es menor que en hombres.

Objetivos Particulares:

1. Valorar el estado funcional del AM.
2. Plantear alternativas de atención médica prácticas, en la valoración del estado funcional del AM.
3. Demostrar al médico especialista en medicina familiar la importancia de una valoración del estado funcional del AM.

HIPÓTESIS:

Hipótesis General: El nivel de funcionalidad de las mujeres es menor en relación con los varones, en la población estudiada.

Hipótesis Particulares:

1. Si se aplican escalas geriátricas específicas se obtendrá una valoración del estado funcional del AM.
2. Si identificamos parámetros de valoración del nivel de funcionalidad del AM, será posible idear alternativas de atención médica hacia esta población.
3. Conociendo el estado funcional del AM y su repercusión en la atención médica, es factible que el especialista en medicina familiar identifique la importancia de realizar dicha valoración y modifique la atención que brinda a este grupo de pacientes.

MÉTODO:

1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Independiente:

Género:

A. Femenino:

- a) Definición conceptual: Características genotípicas y fenotípicas determinadas genéticamente y que orientan a que se es mujer.

b) Definición operacional: Personas mujeres.

B. masculino:

a) Definición conceptual: Características genotípicas y fenotípicas determinadas genéticamente y que orientan a que se es hombre.

b) Definición operacional: Personas hombres.

Dependiente:

Estado de funcionalidad del AM:

a) Definición conceptual: Capacidad de realizar determinadas actividades y de mantener autonomía o independencia. Parámetro objetivo del estado del paciente en el momento y después de la evaluación.

b) Definición operacional: Resultados de las escalas aplicadas a la población estudiada.

2. SUJETOS

El universo de estudio fue el total de adultos mayores adscritos al consultorio 13 de la UMF del HGZ número 8 del IMSS, ubicada en Río Magdalena número 289 Colonia Tizapán, San Ángel. De ésta población, se extrajo una muestra de 30 pacientes adultos mayores femeninos y 24 pacientes adultos mayores masculinos. Las edades de los pacientes fluctuaron entre los 60 y 84 años.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios para incluir a los pacientes fueron:

1. Ser hombre o mujer AM (mayor de 60 años de edad).
2. Ser derechohabientes del IMSS de la UMF del HGZ número 8 y estar adscrito al consultorio 13.
3. Mantener un óptimo estado de alerta valorado con la escala de Glasgow.
4. Desear participar en el estudio previa lectura y firma del consentimiento informado.

4. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Quedarán fuera del estudio:

1. Pacientes que no cumplan la edad establecida para ser considerados AM.

2. Pacientes no derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS y no adscritos al consultorio 13.
3. Pacientes que no se encuentren en estado de alerta de acuerdo con la escala de Glasgow.
4. Pacientes que después de leer el consentimiento informado no acepten participar.

5. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Quedarán excluidos del estudio los pacientes que no completen las valoraciones.

6. MUESTREO:

La muestra fue obtenida mediante una tabla de números aleatorios obtenida de Kerlinger, 2002, a partir de la cual se seleccionaron números correspondientes a los pacientes AM del consultorio en estudio. Con base en lo anterior, se incluyeron a todos aquéllos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión.

El tamaño de la muestra se consideró a partir de la siguiente fórmula obtenida de Daniel, 1993.

$$n = \frac{(Z)^2 (\delta)^2}{(d)^2}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza deseado.

δ = Desviación estándar de la población.

d = Amplitud del intervalo de confianza.

Considerando que el nivel de confianza deseado es de 1.96, que la amplitud del intervalo de confianza es de 0.95 y la desviación estándar para la población estudiada es de 18 (Considerando los datos del Sistema de Información de Atención Integral de la salud, 2005), tenemos que:

$$n = \frac{(1.96)^2 (18)^2}{(5)^2}$$

$$n = 49.7, \text{ redondeando } 50.$$

Por lo que la muestra quedó establecida como se muestra a continuación:

GENERO	NÚMERO DE PACIENTES
Masculino	24
Femenino	30

7. TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación se realizó dentro de un marco de investigación clínica, con la pretensión de conocer el estado funcional de un grupo de adultos mayores y las diferencias de género, bajo una situación controlada. Fue por lo tanto una investigación comparativa, prospectiva, de tipo transversal y observacional.

8. INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES:

Se utilizaron en la investigación los siguientes recursos:

A. Humanos:

Un médico realizador del proyecto.

Un asesor del proyecto.

B. Materiales:

a. 54 Cartas de consentimiento informado (Anexo 1).

b. 54 copias de la valoración del estado funcional del Adulto Mayor, incluyendo la Escala Breve del Estado Mental, la Escala de Katz para Actividades de la Vida Cotidiana, la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y la Escala de Depresión Geriátrica de Jerome Yasavage. Así como un cuestionario de autopercepción de salud y un concentrado de comorbilidad y medicamentos (Anexo 2).

c. Un estetoscopio.

d. Un estuche de diagnóstico.

e. Un esfigmomanómetro.

f. Un glucómetro.

g. Abatelenguas.

h. Plumas y lápices.

i. Cronómetro.

j. Libreta de registro.

- k. Una computadora.
- l. Hojas blancas.
- m. Paquete estadístico SPSS versión 12.
- n. Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente.

9. PROCEDIMIENTO:

A.- Se obtuvo la muestra de pacientes AM derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS, adscritos al consultorio número 13. Como ya se mencionó, la muestra fue obtenida con base en los lineamientos estadísticamente establecidos.

B.- Se evaluaron 24 pacientes hombres y 30 pacientes mujeres que llegaron a la consulta externa del consultorio de Medicina Familiar número 13 de la UMF del HGZ número 8, durante el periodo comprendido del 1 de marzo al 30 de septiembre de 2005 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

C.- La muestra se organizó en dos grupos: hombres y mujeres.

D.- Se valoró a los pacientes en una sesión, en donde se les informó acerca del estudio, se obtuvo su consentimiento de participación y además se les realizó una historia clínica, incluyendo la escala de Glasgow y signos vitales, para conocer su condición de salud, siguiendo la metodología médica.

E.- Posteriormente se les aplicó cada una de las escalas del estado funcional del AM, incluyendo la autopercepción de salud. Los datos de la historia clínica se vaciaron en los formatos de comorbilidad y medicamentos. Los tiempos aproximados de cada una de las escalas aplicadas fue:

Escala o instrumento	Tiempo
Escala Breve del estado Mental	15 min.
Escala de Katz para actividades de la vida cotidiana	5 min.
Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton	10 min.
Escala de depresión geriátrica (Yesavage)	15 min.
TOTAL	45 min.

F.- Los resultados se anotaron en una libreta de registro, con clave para cada paciente. En donde se consideraron cada una de las variables del estudio.

G.- Los datos se introdujeron en una computadora, en una hoja de cálculo para su análisis estadístico.

H.- Finalmente se integraron y analizaron los resultados con la finalidad de cumplir con los objetivos de estudio.

10. CONTROL DE CALIDAD DEL PROYECTO:

A. Escala de medición de las variables:

La variable independiente (género) se midió como variable determinística, nominal, finita y discreta. Mientras que la variable dependiente (nivel de funcionalidad) fue determinística, escalar, finita y discreta.

B. Técnica para controlar las diferencias entre los sujetos del estudio:

Los grupos considerados se aparearon en la medida de lo más posible con base en edad, nivel socioeconómico y escolaridad, así como con enfermedad de base y medicamentos utilizados, con la finalidad de evitar variables que pudieran interferir en el estudio.

C. Técnicas para controlar las diferencias situacionales:

Todos los pacientes del estudio fueron valorados en un espacio similar (un consultorio médico), con adecuada iluminación y en un horario matutino.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez vaciados los datos en la libreta de registro, se valoró la autopercepción de la enfermedad, los datos de comorbilidad y los tratamientos empleados por cada paciente. Dicho análisis se hizo mediante un conteo de frecuencias de cada una de las variables consideradas en la historia clínica, obteniendo posteriormente un porcentaje que permitió la comparación entre los géneros.

Las variables de la evaluación de la funcionalidad del Adulto Mayor se sometieron a una prueba t de Student para grupos independientes, comparando las variables Sexo vs. Estado Funcional, tal como se muestra a continuación:

A / B	Estado Funcional			
Sexo	Mini Mental	Katz	Lawton	Yesavage
Masculino	24	24	24	24
Femenino	30	30	30	30

Se consideró este diseño porque se están comparando dos variables, una independiente y otra dependiente. La escala de medición de la variable dependiente (Estado Funcional) es cuantitativa. El objetivo del estudio es comparativo y por tanto la selección de los individuos dependiente, comparándose sólo dos grupos: Hombres vs. Mujeres (Moreno et al, 1994).

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

El presente estudio tomó en cuenta las consideraciones que en materia de bioética se refiere. Se manejó una carta de consentimiento informado en la que todos los participantes conocieron los objetivos y características del estudio.

RESULTADOS:

Autopercepción de Salud

De las 4 preguntas hechas a cada paciente (Ver Anexo 2 Autopercepción de salud) se encontró lo siguiente:

En cuanto a la pregunta número 1 ¿En relación a otras personas de su edad cómo diría que se encuentra su salud? El 6% de los varones señaló que es excelente. Mientras que ninguna de las mujeres brindó esta respuesta. El 23% tanto de los hombres como de las mujeres la consideró Muy buena. El 65% de los varones y el 76% de las mujeres dijo que su salud es buena. Y sólo un 6% de la población de hombres consideró su salud como Mala.

En la pregunta número 2 ¿Hasta que punto sus problemas de salud le impiden desempeñar sus actividades habituales? Únicamente un 6% tanto de los varones como las mujeres señaló que Mucho. El resto de la muestra estudiada indicó Para Nada o Poco.

En la pregunta número 3 ¿Cree usted tener necesidad de ayuda para sus actividades de la vida diaria en el hogar? El 12% de los hombres indicó que si necesita ayuda y el 35% de las mujeres dio la misma respuesta. Resultados que se muestran en la Figura número 2.

Finalmente en la pregunta 4 ¿En los últimos 6 meses ha recibido ayuda de alguien para realizar sus actividades de la vida diaria? Un 23% de los varones respondió que Si, al igual que el 35% de las mujeres. (Ver Figura 3).

FIGURA 2.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DADAS A LA PREGUNTA NÚMERO 3 DEL CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD.

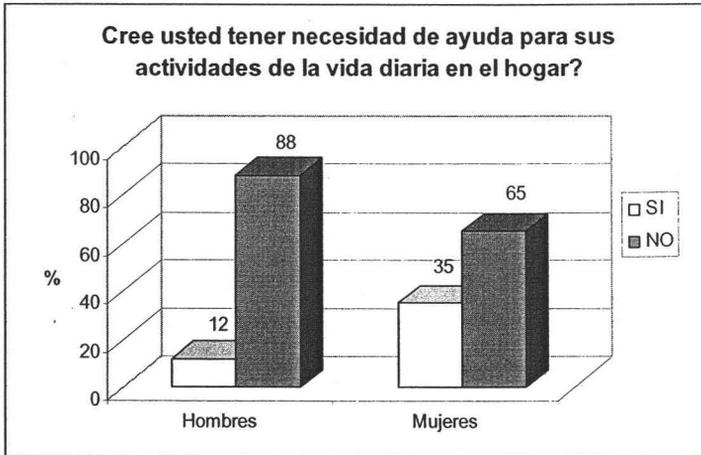
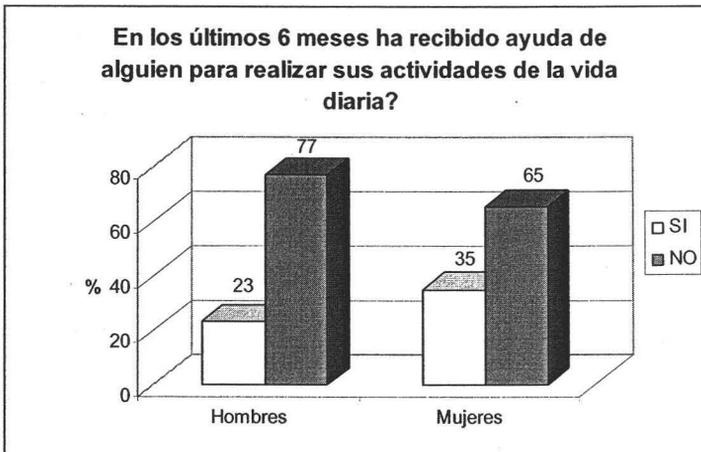


FIGURA 3.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DADAS A LA PREGUNTA NÚMERO 4 DEL CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD.



Comorbilidad:

Los datos de la historia clínica se agruparon en el rubro comorbilidad, para lo cual se hizo una tabla de frecuencias obteniéndose el porcentaje de pacientes que presenta alguno de los padecimientos valorados. Dicha información se muestra en la Tabla 2.

**TABLA 2
PORCENTAJE DE PACIENTES AM, MASCULINOS Y FEMENINOS QUE
PRESENTAN ALGUNO DE LOS PADECIMIENTOS VALORADOS**

Padecimientos presentes	Hombres (%)	Mujeres (%)
Artritis o Reumatismo	50	43
Problemas respiratorios	25	17
Hipertensión	75	57
Problemas Cardiacos	17	20
Varices o mala circulación	17	23
Diabetes	21	30
Gastritis o úlceras digestivas	21	47
Otros problemas digestivos	8	17
Cáncer	4	3
Anemia	0	10
Embolias o Trombosis cerebrales	0	10
Otros problemas neurológicos	12	10
Problemas tiroideos o glandulares	8	0
Problemas con el riñón o la vejiga	21	23
Problemas por depresión	42	47
Problemas de la piel	17	13
Problemas para hablar	0	3
Incontinencia Urinaria	8	13
Incontinencia Fecal	0	0
Caídas	8	13
Problemas a causa de dolor no resuelto	4	10
Problemas para caminar	8	17
Pérdida de peso	8	3
Falta de apetito	21	13
¿Ha tenido que ser sujetado a la cama o silla por alguna razón?	4	0
Problemas de audición	17	23
Problemas de visión	29	37
Problemas relacionados con consumo de alcohol	12	3
Tabaquismo	17	7

Fuente: Material de Visitas Médicas Domiciliarias al Adulto Mayor de la Secretaría de Salud Pública del Distrito federal. México, 2005. Y datos proporcionados por la muestra de pacientes evaluados

Como se aprecia en la Tabla 2, no existen diferencias marcadas entre los géneros, sin embargo si se aprecia que en general las mujeres presentan porcentajes ligeramente mayores que los varones en los distintos padecimientos considerados, excepto en

Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), artritis, problemas respiratorios, problemas tiroideos y de la piel, falta de apetito, alcohol y tabaquismo.

Tratamiento farmacológico:

Se hizo un enlistado de cada uno de los medicamentos que los pacientes ingieren, detectándose lo siguiente:

	Polifarmacia (*)
Hombres	29%
Mujeres	50%

* Más de 4 medicamentos.

Además se encontró que la mayoría de los AM estudiados recibe tratamiento para problemas gástricos, problemas de dolor, diabetes e hipertensión arterial sistémica.

Por otra parte, la prueba t de Student para dos factores (Sexo y Funcionalidad), arrojó los siguientes datos.

Group Statistics

	VAR00001	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00002	1.00	24	14.5000	2.48474	.50719
	2.00	30	14.2000	3.42808	.62588
VAR00003	1.00	24	5.7917	.41485	.08468
	2.00	30	5.8000	.48423	.08841
VAR00004	1.00	24	25.9583	3.27678	.66887
	2.00	30	24.2667	5.11882	.93456
VAR00005	1.00	24	4.6667	3.30568	.67477
	2.00	30	5.6667	3.39709	.62022

En donde:

VAR00002 = Escala de Lawton

VAR00003 = Escala de Katz

VAR00004 = Mini Mental

VAR00005 = Escala de Yesavage

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR00002	Equal variances assumed	.161	.690	.360	52	.721	.30000	.83447	-1.37449	1.97449
	Equal variances not assumed			.372	51.559	.711	.30000	.80559	-1.31686	1.91686
VAR00003	Equal variances assumed	.002	.967	-.067	52	.947	-.00833	.12457	-.25829	.24163
	Equal variances not assumed			-.068	51.726	.946	-.00833	.12242	-.25402	.23735
VAR00004	Equal variances assumed	6.150	.016	1.404	52	.166	1.69167	1.20505	-.72645	4.10978
	Equal variances not assumed			1.472	49.832	.147	1.69167	1.14926	-.61688	4.00022
VAR00005	Equal variances assumed	.271	.605	-1.088	52	.282	-1.00000	.91934	-2.84480	.84480
	Equal variances not assumed			-1.091	49.984	.280	-1.00000	.91651	-2.84088	.84088

Lo anterior indica que, considerando las medias y las desviaciones estándar para cada variable y grupo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los valores de las escalas aplicadas. Además en cada una de las escalas no se detectan niveles de disfuncionalidad importantes, ya que los valores se encuentran dentro de parámetros normales.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que no existen diferencias significativas de género en relación con el estado funcional en los adultos mayores. No obstante es necesario hacer varias consideraciones:

Los adultos mayores en general, independientemente del género, tienen una autopercepción de salud pobre, lo cual es factible que se de por el valor y la percepción que otros grupos de edad tienen con relación a los ancianos, así como por los cambios propios del envejecimiento y las pérdidas que a esta edad suelen

presentarse (económicas, personales, de salud, etc.). Esto propicia que los AM se consideren con mayores problemas que el resto de la población, o por lo menos que no califiquen su condición como excelente, a pesar de que la comparación se hace con personas de su misma edad. La autopercepción de la salud, cobra relevancia, si consideramos que el valorar la propia condición depende de varios factores: sociales, económicos, culturales, psicológicos y biológicos, y cuando dicha percepción es disfuncional es altamente factible la presencia de estados depresivos. En este sentido, los datos analizados si señalan una alta prevalencia de depresión en los pacientes estudiados.

Hay que considerar que muchos de los mitos con relación a la vejez, los propios AM suelen asumirlos como reales. De tal manera que cuando se es viejo se está en la edad de la debilidad o el deterioro, prejuicio éste que se presenta a lo largo de la vida y que se va a ir cumpliendo en el ir hacia la vejez, porque es también lo que los demás esperan de los viejos y si uno se separa de ese mito, siente que corre el riesgo de ser abandonado. Muchos viejos hacen uso de este atributo (debilidad y deterioro), a veces exagerando las verdaderas condiciones, para encuadrarse dentro de lo esperable (Andrés, 2001).

Es así que los constantes cambios culturales y económicos han propiciado una ideología (viejismo) en torno al AM que mira al envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad, por lo que hay mitos y estereotipos en contra del AM que repercuten en su bienestar (Jaimes, 2000). Un mito de la vejez es en torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer. El modelo médico tradicional conceptualiza a la vejez como un proceso degenerativo, sin embargo ser viejo no significa estar enfermo (Vergrugge, 1984) La respecto, una encuesta realizada en 1994 encontró que entre las personas de 65 y 74 años, 89% no presenta invalidez alguna. Para las personas entre 75 y 84 años, esta cifra fue del 73% y entre aquellos sobre 85 años fue del 40% (Rowe y Khan, 1998).

Si apreciamos los resultados del presente estudio, podemos enfatizar que efectivamente el nivel de funcionalidad en la muestra estudiada es óptimo, lo cual no es compatible con la autopercepción que tienen los AM. De ahí que los aspectos sociales, económicos y psicológicos repercutan en este sentido.

Ahora bien, también es de destacar que son las mujeres quienes de manera subjetiva comentan que si requieren ayuda, a pesar de que los resultados en sus escalas de funcionalidad, en la gran mayoría de ellas no denotan la necesidad de apoyo por parte de los demás. También, son ellas quienes refieren que efectivamente han necesitado de los demás en los últimos 6 meses, es decir, las condiciones de enfermedad e incapacidad es factible que se presenten más en el sexo femenino, tal como lo señalan los diversos estudios de morbilidad existente en este grupo de edad.

Por otra parte, es de destacar los altos porcentajes de depresión presentes en el grupo estudiado, lo que aunado a que si consideramos que en el AM la depresión con frecuencia no es detectada por la sintomatología variada con que se expresa, es factible que dicho porcentaje sea mayor. Si bien la escala de Yesavage no es diagnóstica, sí permite identificar por medio de un barrido, la presencia de síntomas asociados a estados depresivos. En el AM la depresión tiene diferentes formas de presentación, particularmente hay un abatimiento o tristeza y presencia de un síntoma aislado pero persistente, de naturaleza crónica (Sosa et al, 1998). Se sabe que las formas de depresión en la población general de 65 años y más tienen una prevalencia global de 15 al 25%. Porcentaje altamente asociado a las "pérdidas", y que propicia que se activen mecanismos adaptativos que cuando no son eficientes favorecen una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El nivel de adaptación depende de los recursos con los que cuenta el anciano, tanto de tipo personal como psicológicos, económico, social y familiar.

La pérdida del estatus económico llega a generar frustración y aislamiento, y dependiendo de las características de personalidad es que se afronta dicha pérdida. Si además agregamos que las sociedades industrializadas generan eventos estresantes que el anciano no puede afrontar (guerras, violencia, barreras arquitectónicas, etc), esto propicia que los AM lleguen a confinarse en su domicilio existiendo poca interacción social y menor accesibilidad a recursos que pudieran ser fuente de satisfacción. Es por ello que para algunos autores como Sosa et al (1998) el hecho de realizar una valoración funcional del AM, permite identificar diversos factores biológicos asociados a estados depresivos y que permiten brindar no sólo un diagnóstico sino un pronóstico de la condición del paciente. En este sentido se ha identificado que un mal pronóstico surge ante la severidad y cronicidad de la sintomatología, la presencia de

enfermedades físicas crónicas, el inicio tardío de la sintomatología depresiva (en edad avanzada) y la presencia de sintomatología cognoscitiva. Esto refuerza la necesidad de efectuar de manera continua una evaluación funcional del AM, con la finalidad de obtener patrones específicos de evaluación integral.

En los resultados también destaca la presencia de polifarmacia, que se aprecia particularmente en las mujeres. Muchos de los medicamentos empleados son analgésicos como diclofenaco y naproxeno, los cuales se han asociado con la presencia de sintomatología digestiva. Al respecto hay que destacar que aunque se sabe que la polifarmacia en el adulto mayor lleva a complicaciones importantes, por los cambios existentes en el AM de variación en la absorción y eliminación de medicamentos, entre otras cosas. Aún se continúa prescribiendo indiscriminadamente a este sector de la población, de tal forma que más que abordar una enfermedad se aborda la sintomatología existente, sin considerar los efectos colaterales que esto conlleva.

Finalmente, en cuanto a las diferencias de género no identificadas en la funcionalidad de los AM, hay que considerar que la muestra estudiada fue obtenida de pacientes que continuamente acuden al servicio médico, es decir personas que de una u otra forma no han perdido la funcionalidad. Ya que el hecho de asistir mensualmente a atención médica, nos habla de los recursos generales de estos pacientes. Este aspecto es un factor determinante de los resultados obtenidos. Sin embargo no se considera que por tal motivo las evaluaciones de la funcionalidad deban hacerse en otro contexto clínico, ya que el hecho de implementar las escalas de evaluación funcional en adultos mayores en la consulta diaria del área de medicina familiar, permitirá obtener un barrido general de los pacientes que se atienden y con base en ello identificar a los que pudieran tener mayores factores de riesgo, con lo que su estudio se enfocaría a áreas específicas. Si bien esto se intenta obtener a partir de una historia clínica médica tradicional, se eliminan muchos factores sociales, económicos, psicológicos, etc. Que repercuten directamente en la salud del paciente. Por lo que el aplicar una valoración funcional en un determinado momento permitirá obtener una línea base por paciente y valorarse cada 6 meses, con la finalidad de identificar si se presentan factores de riesgo que pudieran controlarse. Es decir se podrían establecer alternativas especialmente asociadas a la rehabilitación y al logro de una mejor integración del paciente a su entorno.

También es necesario realizar además de las escalas aplicadas en el presente estudio, algunas otras valoraciones como las de la marcha y el equilibrio y la alimentación, ya que estas permitirían una valoración más integral del paciente, sobre todo si consideramos que el movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo. La inactividad y la inmovilidad resultan problemas relativamente comunes en la población adulta mayor de edad más avanzada. De ahí que sea importante fomentar la movilidad y cuando la situación lo indique hacer una evaluación del equilibrio y la marcha del adulto mayor. De igual manera con la alimentación, ya que las alteraciones en ésta se asocian a una gran cantidad de padecimientos que en ocasiones es factible prevenir.

CONCLUSIONES:

No existen diferencias de género en cuanto a la funcionalidad de los adultos mayores estudiados, lo cual es factible que este dado porque la población estudiada son Adultos Mayores con un nivel de funcionalidad adecuado, dado que en todas sus escalas se encontraron puntajes dentro de lo normal. Considerando que son pacientes que pueden acudir personalmente a sus citas, el nivel de funcionalidad no se ve afectado.

Por otra parte se encontró que existe una disminución en la autopercepción de la salud en la muestra de pacientes estudiados en ambos géneros, mucho de lo cual puede ser explicado por el valor y la percepción que otros grupos de edad y que el propio anciano da a la vejez, sobre todo porque como ya se dijo el nivel de funcionalidad es adecuado y sin embargo los ancianos no lo consideran así, especialmente las mujeres. Esto último por las pérdidas que a esta edad se presentan, principalmente en el ámbito económico, social y psicológico.

También se detectó polifarmacia, la cual en gran medida está dada por los estados de ansiedad de los pacientes adicional a que el médico trata más síntomas que la integración de un padecimiento. Particularmente el empleo de antiinflamatorios y bloqueadores H2 fue lo más utilizado, lo cual propicia un círculo vicioso difícil de romper. En cuanto a los síntomas depresivos, se encontraron principalmente en mujeres, aspectos que identificados pueden tener alternativas de tratamiento. Por lo que se sugiere implementar una valoración del estado funcional del AM cada 6 meses para hacer una valoración dinámica de las condiciones generales del paciente, con lo cual se pueden identificar factores de riesgo y limitar lo más posible el deterioro.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS:

- Alcala J. Sexualidad. En Rodríguez R. et al. *Geriatría*. México McGraw-Hill Interamericana. 1999:55-58.
- Andres, H. La vejez en el individuo, la familia y la sociedad. *Gerontología y Geriatría* IMSS. 2001. 3(7): 29-32.
- Becerra M y Cano T. Buena noticia ienvejeceri *Gerontología y Geriatría* IMSS. 2001. 3(8): 10-12.
- Beck JC, Freedman ML, Warshaw GA. *Geriatría: Evaluación Funcional. Atención médica* 1994. 7(8): 17-35
- Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. *Manual del adulto mayor de la facultad de medicina UNAM*. México 2002. 51-57.
- CONAPO. *Perspectivas demográficas de la tercera edad*. 2003.
- Daniel, W. *Bioestadística. Bases para el análisis de las ciencias de la salud*. Limusa. México, 1993. Pág. 198-204.
- Fajardo OG (coordinador). *Geriatría* libro 7. PAC. MG-2, 2ª edición. México: Academia nacional de medicina, 1999-2000: 31-38 p.
- Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:890-910.
- Fretwell MD. Evaluación funcional exhaustiva. En Abrams EB, Berkow R (eds.) *El manual Merck de Geriatría*. Barcelona: DOYMA, 1992:185-190.
- García GJJ. Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. *Rev Fac Med UNAM*, 1999; 42:35-36.
- García MA, Rodríguez RM. Abatimiento funcional. En Rodríguez R. Morales V. Encinas J. Trujillo Z. D´hyver C. *Geriatría*. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999: 74-77.
- González, M. La promoción de la salud. Legado prehispánico. *Gerontología y geriatría* IMSS. México. 2001 3(7): 3-8.
- Guías de la Organización Panamericana de la salud del adulto mayor*. 2004.
- Gutiérrez Robledo LM, Concepción holística del envejecimiento. En Anzona PE, Galinsky D, Morales MF, Salas A, Sánchez AM (eds). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación científica número 546 Washington: OPS/OMS, 1994: 34-41p.
- Jaimes M. La evaluación del potencial rehabilitatorio. *Antología de Salud en el anciano*. México. UNAM, 2002:1-4.

- Kane R. Ouslander JG. Abraas I. *Geriatría clínica*. McGraw-Hill. Interamericana. México, 1997:175-95.
- Kerlinger F y Lee H. *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill: 4ta edición. México 2002 Pág. B1-B7.
- Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América latina y el caribe. En Anzona PE, Galinsky D, Morales MF, Salas A, Sánchez AM (eds). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación científica número 546 Washington: OPS/OMS, 1994: 3-18p.
- Martínez AF (ed.) *Tópicos de gerontología*. Academia 2. Serie de monografías científicas de la FES Zaragoza. México. UNAM, 1998: 140-51.
- Martinez-Ramírez A. *Percepción social que tiene un grupo de adolescentes sobre el adulto mayor en San Pedro Tejalpa*. ISEM, Facultad de medicina. México, 2004.
- Morales F. Aspectos biológicos del envejecimiento. En: *Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación científica número 546. Washington D.C. OPS/OMS 1994:45-56.
- Montes C. Pichardo, F. Rehabilitación en el paciente geriátrico. En Lozano Cardoso A. *Introducción a la geriatría*. Méndez Editores:2ª edición. México 2000:397-425.
- Moreno A, Cano V y García R. *Epidemiología clínica*. Interamericana McGraw-Hill. México, 1994: 237-245.
- Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100:438-443.
- Morbilidad 1998. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. México.
- Muñoz J. Prevención comunitaria de las discapacidades en las personas mayores en Buela Casal, G. (ed): *Psicología preventiva*. Madrid pirámide, 1997.
- Ortiz de la Huerta D, Aspectos psicológicos del envejecimiento. EN Fajardo OG. (coordinador). *Geriatría* Libro 7. PAC MG-2, 2ª edición México: Academia nacional de medicina, 1999-2000. 48-54p.
- Owens WA. Age and mental habilitéis: a second adult follow-up. *J. Educ Psicol.* 1966: 57:311-325.
- Reyes-Guerrero. Síndrome de Abatimiento de la funcionalidad en el anciano de alto riesgo. *Guía del Adulto Mayor*. México, UNAM. Facultad de Medicina. 2000.
- Rubinstein LZ. Instrumentos de evaluación. En Abrams EB. Berkow R. (eds.) *El manual Merck de Geriatría*. Barcelona: DOYMA, 1992:1251-1263.

- Sosa, O y Alvarado, H. Depresión en el anciano. *Tópicos de Gerontología*. Academia 2. Serie de monografías científicas de la FES Zaragoza, México, UNAM 1998: 140-51.
- Varios. *Guía para visitas médicas domiciliarias a adultos mayores*. Servicios de Salud del Distrito Federal. 2005.
- Vidal Gual JM. *Ética y geriatría*. En libro 7 Geriatría PacMac MG-2. Programa de actualización continua para médicos generales: 2ª edición. Academia Nacional de Medicina. Intersistemas S.A. de C.V. México, 1999, 2000: 65-73.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO

México D.F. a _____ -.

Estimado Sr. (a):

En el presente estudio se pretende valorar el estado funcional del adulto mayor, con la finalidad de identificar diferencias sexuales. Para lo cual se le realizará una valoración médica incluyendo historia clínica y aplicación de escalas de funcionalidad (de lápiz y papel). Esto permitirá plantear alternativas de atención médica prácticas y mostrar la importancia de la valoración funcional en el adulto mayor en la práctica clínica cotidiana.

Los principales beneficios que obtendrá serán conocer su estado de funcionalidad, una orientación respecto a lo encontrado y sobre todo permitir que este tipo de evaluaciones se efectúen en otros pacientes con la finalidad de mejorar su atención integral médica. El inconveniente del estudio es que requiere tiempo adicional a sus consultas (1 hora aproximadamente).

Su participación deberá ser voluntaria, teniendo la posibilidad de retirarse cuando lo desee y tomando en cuenta que toda la información proporcionada será tratada de manera confidencial.

Si desea participar favor de firmar la presente autorización

Gracias

Nombre y firma de enterado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No 8

SAN ANGEL



DIFERENCIAS DE GENERO EN EL ESTADO

FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad en años _____

Estado Civil: _____

Con quien vive: _____

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA. (LAWTON *)

A.	Usted puede preparar sus propios alimentos: Sin ayuda Con alguna ayuda No puede preparar ningún alimento	2 1 0
B.	Usted puede hacer su quehacer / trabajo o reparaciones a la casa: Sin ayuda Con alguna ayuda No puede hacer ningún trabajo en casa	2 1 0
C.	Usted puede lavar su ropa Sin ayuda Con alguna ayuda No puede lavar nada	2 1 0
D.	Usted puede tomar sus medicinas Sin ayuda Con alguna ayuda No puede tomar sus medicinas sin ayuda	2 1 0
E.	Usted puede ir a lugares distantes (no caminando), usando transportes Sin ayuda Con alguna ayuda No puede transportarse sin ayudas especiales	2 1 0
F.	Usted puede ir a comprar lo necesario para la casa (mercado, supermercado) Sin ayuda Con alguna ayuda No puede ir a comprar en absoluto	2 1 0
G.	Usted puede manejar su dinero Sin ayuda Con alguna ayuda No puede manejar su dinero	2 1 0
H.	Usted puede usar el teléfono Sin ayuda Con alguna ayuda No puede usar el teléfono	2 1 0
Puntuación final (máximo total 16)		

ESCALA DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ *)

			Independiente	
			SI	NO
1	Baño (con esponja, en bañera o ducha)	No necesita ayuda o la necesita para bañarse sólo una parte del cuerpo		
2	Vestido	Prepara las prendas y se viste sin ayuda, excepto para anudarse los zapatos		
3	Aseo	Va al cuarto de baño, usa el WC, se arregla la ropa y vuelve sin ayuda (puede emplear un bastón o un andador para soporte y utilizar un orinal por la noche)		
4	Desplazamiento	Entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda (puede utilizar un bastón o un andador)		
5.	Continencia	Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin "accidentes" esporádicos)		
6	Alimentación	Se alimenta a sí mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)		
<i>Puntuación total ABVD: número de respuestas "si" entre un total posible de 6</i>				

Comorbilidad

Marque si ha tenido o tiene los siguientes diagnósticos:

	Tiene	Ha tenido
Artritis o reumatismo		
Problemas respiratorios		
Hipertensión		
Problemas cardíacos		
Varices o mala circulación		
Diabetes		
Gastritis o úlceras digestivas		
Otros problemas digestivos		
Cáncer		
Anemia		
Embolias o Trombosis cerebrales		
Otros problemas neurológicos		
Problemas tiroideos o glandulares		
Problemas con el riñón, la vejiga		
Problemas por depresión		
Problemas de la piel (especificar úlceras por presión)		
Problemas para hablar (especificar afasia y tipo)		
Incontinencia urinaria (especifique tipo)		
Incontinencia fecal		
Caidas en el último mes (número y consecuencias) anotar aparte		
Problemas a causa de dolor no resueltos (especifique)		
Problemas para caminar		
Pérdida de peso (cuanto y en que tiempo)		
Falta de apetito		
¿Ha tenido que ser sujetado a la cama o la silla por alguna razón?		
Problemas de la audición (murmure al oído "¿Cuál es su nombre?")		
Problemas de la vista (cuenta dedos)		
¿Con que frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?/¿ Ha tenido problemas con su consumo de alcohol?		
Tabaquismo:	#cigarros/día	¿años?

Autopercepción de Salud:

¿En relación a otras personas de su edad como diría que se encuentra su salud?

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Mala 5. Muy mala

¿Hasta que punto sus problemas de salud le impiden desempeñar sus actividades habituales?

1. Para nada 2. Poco 3. Mucho

¿Cree usted tener necesidad de ayuda para sus actividades de la vida diaria en el hogar?

1. No necesita 2. Necesita ayuda

En los 6 últimos meses ha recibido ayuda de alguien para: por ejemplo, ir de compras, hacer el quehacer, bañarse, vestirse o desplazarse

1. no, y no la necesito 2. Sí, (ESPECIFIQUE) _____ 3. No, y sí la necesito

Medicamentos

Medicamento	Dosis x toma	¿Desde cuando lo toma?	¿Tiene indicación médica para tomarlo?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Preguntar a la persona. *¿Qué tan seguido olvida ud. tomar sus medicinas?*
 Frecuentemente A veces Rara vez Nunca

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA Versión Corta de Jerome YEsavage

Escoja la respuesta más adecuada para describir cómo se ha sentido en la última semana:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida?..... | Si | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?..... | Si | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?..... | Si | No |
| 4. ¿Se aburre muy a menudo?..... | Si | No |
| 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?..... | Si | No |
| 6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?..... | Si | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?..... | Si | No |
| 8. ¿Se siente inútil frecuentemente?..... | Si | No |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer algo nuevo?..... | Si | No |
| 10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que los demás?..... | Si | No |
| 11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo ahora?..... | Si | No |
| 12. ¿Se siente inútil en la forma en que se encuentra ahora?..... | Si | No |
| 13. ¿Se siente lleno de energía?..... | Si | No |
| 14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?..... | Si | No |
| 15. ¿Siente que la mayor parte de las personas está mejor que usted?..... | Si | No |

TOTAL _____

Las respuestas en negra indican depresión. Cada respuesta vale 1 punto. Un puntaje entre 5 y 9 indica una alta posibilidad de depresión y un puntaje de 10 es un índice casi seguro de depresión.