



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA
EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA
MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
REGION NORTE**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

P R E S E N T A

DRA. NELLY MARIBEL RUIZ LEMUS



MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Gracias primero a Dios por darme la vida, la oportunidad de tener unos excelentes padres, que me han ayudado tanto a realizar mis sueños, lograr mis más grandes metas, que me han apoyado en momentos difíciles y han sonreído conmigo en los felices.

Papá y Mamá nombres tan sencillos de pronunciar pero que siempre enaltecen de orgullo mi hablar por la fortuna de ser hija suya y con su ayuda mi meta alcanzar. Con todo mi amor y cariño les doy gracias por su paciencia, tolerancia y cariño, he podido realizar uno de mis anhelos mas grandes de la vida, fruto del inmenso amor, apoyo y confianza que en mi se ha depositado, nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mi, los amo.

En este momento los recuerdos hermosos de mi niñez tocan mi corazón y ustedes mis hermanas (Marisol y Nadia) siempre ahí junto a mí, gracias por estar siempre conmigo, en las tristezas, alegrías y en mis malos momentos.

A mis abuelos que físicamente ya no están conmigo pero se que recibo de ustedes miles de bendiciones y que forman parte muy importante para este logro.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez por la colaboración y tiempo, gracias por contribuir en este trabajo.

Dra. Maria Elena Mazadiego González por todo el apoyo brindado, por sus consejos, enseñanza en estos tres años de formación como especialista y por su colaboración en este trabajo, muchas gracias.

Dra. Doris Rivera Ibarra por su tiempo, paciencia y la ayuda que me ha brindado para la realización de este trabajo, muchas gracias.

Dr. Alberto Pérez Rojas por su apoyo, consejos, tiempo, paciencia y colaboración en la realización de este trabajo, muchas gracias.

Gracias Dra. Ma. De la Luz Montes Castillo, Dra. Teresa Sapiens, Dra. Gloria Hernández, Dra. Roció Hernández, Dra. Dulce Maria Flores, Dra. Lupita Escorcía, Dra. Eva Pérez, Dra. Marisela Andrade, Dra. Clara Varela, Dra. Georgina Maldonado, Dra. Juana Almaro, Dr. Motolinia, Dr. Luis Cabrera Sedeño, Dr. David Escobar, Dr. Eduardo Escobar, Dr. Adolfo Hernández y Dr. Jorge Villalobos por compartir sus conocimientos y experiencias, por todo el apoyo brindado durante los años de la especialidad.

A todos los Médicos de la UMFRRN de los dos turnos muchas gracias por sus enseñanzas, compartir conocimientos, experiencias y por todo el apoyo brindado durante estos tres años de formación como especialista.

Chayito, Elvi y Salvador, gracias por su apoyo y amabilidad durante estos tres años.

Yas e Irina por todos los momentos buenos y malos que hemos pasado, por su apoyo y la amistad que me han brindado, mil gracias.

Gracias Irina, Yas, Janeth, Dulce, Ricardo y Julio por todas las experiencias que pasamos juntos, tristezas, alegrías, enojos y malos entendidos en estos tres años, les deseo lo mejor.

Gracias a mis R3: Herme, Vero, Lolita, Ana, Fabiola, Rocio y Fernando por sus enseñanzas, consejos, exigencias y tiempo.

Rosaura, Beatriz, Itzelt, Claudia, Sarahi, Ruth, Merced, Abigail, Anel, Blanca, Miguel, Alejandro y German, gracias por los momentos compartidos en este año, deseo que tengan mucho éxito!

Paola, Ana, Abril, Janely, Erika, Ivan y Juan, gracias por los momentos compartidos. Les deseo mucho éxito y suerte.

AGRADECIMIENTOS

Mil gracias Vicente por brindarme tu amistad, estar conmigo en las alegrías y tristezas, por la paciencia, el tiempo y el apoyo que siempre me has dado.

A Vero y Susana por ser unas excelentes amigas, que han estado conmigo en los momentos bueno y malos por formar parte de mi vida y por esta gran amistad.

Ara, Gabi, Martha, Yola, Perla, Pucca, Iri, Denisse, Ire, Yaz, Oscar, Omar, Ale, Ángel y Cesar gracias por su apoyo y amistad.

Dr. Jorge López Trujillo gracias por su amistad, apoyo, por los consejos y paciencia que me ha tenido .

Dra. Juanita Mendoza por esa alegría que le caracteriza, por los ánimos, consejos y apoyo que me ha brindado.

A mis pacientes que cooperaron conmigo en cada momento para la realización de este trabajo.

Para todas las personas que de una u otra manera han formado parte importante de mi vida, gracias.

INDICE

CONTENIDO

Resumen

Introducción

Justificación

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación

Antecedentes

Objetivos

Hipótesis

Material y Métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

RESUMEN

Ruiz-Lemus NM, Pérez- Rojas JE, Rivera-Ibarra DB. Programa educativo de envejecimiento activo para el adulto mayor con discapacidad musculoesquelética moderada en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Objetivo: Aplicar un programa educativo para el adulto mayor con discapacidad musculoesquelética moderada, en los pacientes de la UMFRRN durante su proceso de atención rehabilitatoria con el objetivo de mejorar el conocimiento del modelo de envejecimiento activo.

Material y métodos: Estudio de intervención educativa con medición inicial y final, prospectivo, longitudinal. Se realizó en pacientes con diagnóstico de discapacidad musculoesquelética moderada de miembros superiores y/o miembros pélvicos, que ingresaron a tratamiento rehabilitatorio, del género femenino o masculino, de 60 a 74 años de edad con su autorización bajo consentimiento informado. Se formaron grupos para recibir el programa gerontológico en dos áreas un aula para proyección de temas educativos e intercambio de opiniones y la segunda área abierta para la enseñanza de ejercicios y actividades recreativas. El programa educativo consistió en la impartición de pláticas sobre que es el envejecimiento activo, beneficio de realizar ejercicio y enseñanza de los mismos en forma personalizada de acuerdo a las capacidades y limitaciones de cada uno, control de enfermedades crónico degenerativas, medidas nutricionales, prevención de caídas y redes sociales. Al inicio se valoraron con la Escala de Barthel, Cuestionario de detección rápida de impedimentos para hacer ejercicio de la OMS, Mini examen mental de Folstein, inventario de recursos sociales y una Escala de depresión Geriátrica de Yesavage. Se les aplicó la evaluación del grado de conocimiento sobre envejecimiento activo al inicio y al final después de la intervención educativa.

Resultados: Se estudiaron 48 pacientes, del total de la muestra 69% fueron del sexo femenino y 31% del sexo masculino, con una media de edad de 67.3 \pm 4 años.

El 10% de los pacientes realizaban deporte antes de su patología musculoesquelética y el 15% presentaban síntomas de depresión leve. En el 8% de los adultos mayores se encontró déficit cognitivo y el 100% de los pacientes cursaban con discapacidad moderada temporal.

Los resultados del cuestionario de la OMS, reportó que en el 98% de los pacientes tenían algún impedimento para realizar ejercicio sin control médico.

En el cuestionario de envejecimiento activo los resultados se dividieron en tres temas por el tipo de pregunta y se realizó la prueba estadística de Wilcoxon para correlacionar la evaluación inicial y final: tema I, conceptos, nutrición y prevención de caídas, se obtuvo una p 0.001; tema II, relacionada a enfermedades crónico degenerativas p 0.001 y el tema III se enfoca a redes sociales con p 0.03. El análisis del grado de conocimiento de los pacientes al inicio de la evaluación fue bueno en 39, regular en 7 y en 2 excelente; en la final de los pacientes se encontró en 45 fue excelente y en 3 bueno.

En cuanto a la aplicación del Inventario de Recursos Sociales el 65% de los pacientes conviven con sus hijos una vez a la semana; el cónyuge da apoyo instrumental (económico) al 39% de los participantes, reciben apoyo emocional de sus hijos el 84%, de familiares próximos y amigos en el 90% de los pacientes.

Conclusiones:

Un programa educativo del envejecimiento activo, incremento con significancia estadística el conocimiento de este proceso, enfermedades crónicas degenerativas y cuidados después de la intervención,

Es necesaria una exploración más profunda sobre las redes sociales de cada paciente, para valorar la calidad de las mismas e identificar deficiencias en el apoyo emocional e instrumental.

Se debe realizar tamizaje sobre la capacidad de realizar ejercicio en los pacientes que se quiera aplicar este modelo

El modelo del envejecimiento activo a través de programas educativos debe realizarse en forma sistemática en el primer nivel de atención a edades más tempranas, de tal manera que la prevención de enfermedades crónicas degenerativas y de otras causas de discapacidad propias del proceso de envejecimiento tengan mayor probabilidad de corregir o evitarse.

INTRODUCCION

La atención de los adultos mayores en la comunidad constituye la mejor estrategia para garantizar un envejecimiento saludable. Con acciones preventivas acordes a su edad, género y características socioculturales podemos evitar o diferir la aparición de padecimientos crónicos y sus complicaciones, además de establecer programas de desarrollo psicosocial que mejoren su calidad de vida.

Conforme las personas envejecen, se les vuelve más difícil conservar su autonomía funcional, por lo que es de gran interés mantener su adecuación corporal conforme el individuo envejece. Los síndromes de desuso afectan a un número cada vez mayor de personas en su ancianidad, por lo cual es de gran importancia que vivan de manera activa, en circunstancias ideales y limiten las complicaciones a un periodo muy breve al final de la vida.

El objetivo de este trabajo es implementar un programa educativo de envejecimiento activo (EA) para los adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte con discapacidad musculoesquelética moderada, que se les brinde información para facilitar el cambio a estilos de vida saludables que le permitan mantener una autonomía funcional, sus redes de apoyo y mejorar su calidad de vida a medida que envejece.

JUSTIFICACION

Los derechohabientes adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social representan, 14.4% de la población adscrita a médico familiar y consumen el 50.7% del presupuesto de prestaciones médicas. Destaca el grupo de edad de más de 85 años: 1.6% de derechohabientes del IMSS y consume 11.2% de los recursos económicos del IMSS.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte acude un gran número de pacientes adultos mayores que ingresan con alguna discapacidad musculoesquelética, quienes no tienen información de lo que significa un envejecimiento activo ni como continuar manteniendo sus aptitudes funcionales, por lo que es necesario la implementación de un programa educativo sobre este tema dado el incremento de personas en esta etapa de la vida.

Los programas de atención del control en el adulto mayor constituyen un pilar fundamental para garantizar un envejecimiento saludable y activo, favorecer el mantenimiento de la función, mejorar sus redes de apoyo y disminuir las complicaciones de este proceso a lo largo de la vida.

Debido al gran porcentaje de adultos mayores que no tienen acceso a información del modelo de envejecimiento activo, es necesario implementar un programa educativo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y ayuda a mantener la calidad de vida a medida que se presentan cambios propios de la edad y afectaciones musculoesqueléticas, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia, en nuestra población de adultos mayores no existe cultura de este tema.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del total de la población que acude anualmente por algún tipo de discapacidad musculoesquelética aproximadamente un 30% lo conforman los adultos mayores. La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte esta considerada como de tercer nivel de atención por lo que la estancia de los pacientes es transitoria, durante este periodo se puede iniciar un programa educativo de envejecimiento activo desde el punto de vista gerontológico, que repercutirá en la recuperación y mantenimiento de la funcionalidad musculoesquelética en el adulto mayor con discapacidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué tan efectivo es un programa bajo el modelo de envejecimiento activo en los adultos mayores con discapacidad musculoesquelética moderada para mejorar el conocimiento sobre envejecimiento activo?

ANTECEDENTES

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su presentación y evolución sea individualizada. ⁽¹⁾

El envejecimiento se ha definido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. ⁽¹⁾

En la antigüedad existían los ejemplos bíblicos de patriarcas centenarios, pero la edad promedio no superaba mucho a los treinta años. Hasta fines del siglo XIX se alcanzaba un promedio de vida de cincuenta años. ⁽¹⁾

En 1900 las personas vivían en promedio alrededor de 40 años, no obstante la esperanza de vida ha aumentado como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos de la medicina, las mejores condiciones de higiene y calidad de vida. Mundialmente se ha observado que las personas viven en promedio entre 60 y 90 años. Al respecto, la esperanza de vida promedio de los países desarrollados es de 80 años, por lo que se acepta que la etapa de envejecimiento abarca de los 45 a los 80 años. ⁽²⁾

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico, en la vejez los adultos mayores se agrupan y se clasifican en las siguientes categorías considerando el intervalo de edad. ⁽¹⁾

- De los 60 a los 74 años. Viejos jóvenes
- De los 75 a los 84 años. Viejos viejos.
- De los 85 a los 99 años Viejos longevos
- Mayores de 100 años. Centenarios.

Se acepta científicamente que la edad máxima para los humanos es de alrededor de 120 años, la cual ha sido alcanzada por algunos individuos a lo largo de la historia de la humanidad. ⁽²⁾

En México, la esperanza de vida al nacer en 1940 era de 41.4 años, la cual ha aumentado más de 30 años en las últimas 5 décadas, de ahí que en el año 2000 fue de 73,1 años para los hombres y de 77.6 para las mujeres y se estima para el año 2050 una esperanza de vida de 82 años para los hombre y 85.5 para las mujeres. ⁽¹⁾

El envejecimiento de la población mexicana, se acelerará significativamente en el presente siglo. En el 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8 por ciento de la población total del país y se espera un 28.0 por ciento en 2050. ⁽²⁾

México cursa actualmente por una fase avanzada de transición demográfica, ya que las tasas de crecimiento y de natalidad son bajas, están muy próximas a que el crecimiento sea casi nulo. El crecimiento de la población en cifras absolutas se han cuadruplicado en los últimos 50 años pasando 25 millones en 1950 a casi 100 millones de habitantes censados en el año 2000, de los cuales 7 eran mayores de 60 años. Se proyecta que la población total para el año 2050 se incrementará a 130 millones, estimando que uno de cuatro habitantes (25%) será adulto mayor, cifra que ascenderá a más de 32 millones. ⁽²⁾

Se ha visto que en diferentes países se maneja el envejecimiento de diversas maneras; en gran parte de los países del sur en donde los sistemas de seguridad social son inexistentes o embrionarios, donde los programas de salud no logran satisfacer las necesidades de los adultos, tropiezan con grandes obstáculos económicos e institucionales. ⁽²⁾

Algunas culturas han dado un carácter positivo a la vejez, y la representación del anciano resulta altamente positiva, como ocurre en las sociedades rurales de África tradicional. En las sociedades occidentales, la visión de la vejez es la del periodo de la soledad, la incapacidad y la inutilidad social. ⁽²⁾

En 1999 la Organización Mundial de la Salud señaló que “el **envejecimiento activo** es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”, se puede llevar acabo en la medida en que los adultos mayores conozcan y estén capacitados para utilizar de la mejor manera sus redes de apoyo. ⁽³⁾

El término de salud para el adulto mayor es importante: Es la capacidad de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, permitiendo de forma dinámica, el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Un adulto mayor funcional en lo físico, mental y social con percepción subjetiva de bienestar, en relación con su edad y contexto sociocultural es considerado como sano, aún si presenta algún padecimiento crónico bajo control. ⁽⁴⁾

El término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad musculoesquelética pueden seguir contribuyendo activamente con su familia, semejantes y comunidades. ⁽⁵⁾

Hay evidencias que proponen que más de la mitad del declinamiento de la capacidad física en los ancianos es debida a inactividad, aburrimiento y supuestas enfermedades. ⁽⁵⁾

La adaptación social es un proceso gradual y activo, en que el individuo debe tener muy clara su situación y expectativas, mediante acciones estratégicas congruentes con su edad, economía, escolaridad, estado físico, género e intereses se incorpore a una nueva forma de vida. ^(2,6)

Se define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por el sistema musculoesquelético que requieren consumo energético y progresivamente producen efectos benéficos en la salud. Así como el ejercicio físico es una modalidad de actividad física, de tipo específica, libre y voluntaria, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más cualidades biomotoras (caminar, correr, saltar y nadar, entre otras), para lo cual es indispensable cierta periodicidad pero sin establecer competiciones. La inactividad física denota un nivel de actividad menor que el necesario para mantener una buena salud. Se denomina estilo de vida a la forma en que usualmente vivimos de manera cotidiana en diversas

esferas del campo vital; para otros es el conjunto de pautas y hábitos cotidianos de comportamiento de una persona, es una forma de diferenciación social; agregado a esto, lo saludable implica una serie de conductas que no influyen negativamente en la salud, acorde con cada cultura y su entorno. ⁽⁸⁾

La actividad física a través del acondicionamiento es parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. La gente debe integrar en su vida unos hábitos saludables que le permitan facilitar la pérdida de peso, disminuir la presión arterial, combatir las dislipidemias y en términos generales reducir el riesgo cardiovascular y de todas las causas de mortalidad. ^(9, 20)

El acondicionamiento físico traducido como actividad física regular, es el desarrollo de las cualidades físicas mediante el ejercicio, para obtener un estado general saludable; se considera un componente importante de los denominados estilos de vida saludable. Conforme las personas envejecen, se vuelve más difícil conservar el acondicionamiento físico. Sin embargo, es de gran interés el conservar la adecuación corporal conforme el individuo envejece, los síndromes de desuso afectan a un número cada vez mayor de personas en su ancianidad.

Por lo cual es de gran importancia que vivan de manera activa hasta el final y en circunstancias ideales, limiten las complicaciones a un periodo muy breve al final de la vida. ^(8,9,10)

Envejecimiento activo permite afrontar muchos de los retos de las personas que están envejeciendo al contribuir a:

Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida, discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad, que participen activamente en todos los ámbitos, lo que significa menos gastos debidos a la atención sanitaria y tratamiento médicos. ⁽²⁾

Discapacidad: Es cualquier impedimento o restricción del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal por el ser humano. ⁽¹¹⁾

Según la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad "es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. ⁽¹¹⁾

En la nueva CIF, discapacidad aparece como término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). ⁽¹²⁾

Discapacidad moderada: Se refiere cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad. ⁽¹²⁾

Gerontología: Ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento, en los ámbitos biológico, psicológico y social. Tiene por objetivo aumentar el nivel de salud y la esperanza de vida a partir del proceso de envejecimiento; prevenir o tratar enfermedades y la invalidez asociada, mejorar el nivel de vida de las personas que envejecen, que son cada vez menos activas al avanzar en edad. ⁽³⁾

Geriatría es la especialidad médica encargada de atender los padecimientos de los adultos mayores, estudia los aspectos que tienen que ver con la salud de la persona mayor. “El bienestar” y “una buena calidad de vida” en relación con el envejecimiento, varían según el contexto social, cultural, económico y tradicional en el que se estudien. ^(3, 4)

Para entender el concepto de envejecimiento activo es necesario conocer algunos conceptos:

AUTOCUIDADO: Medidas que aplica activamente el individuo, apoyándose en la familia y en la comunidad para prevenir o controlar sus padecimientos, así como para alcanzar el mayor bienestar posible. ⁽³⁾

AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA: Participación grupal en la que los integrantes brindan un apoyo solitario permanente, con el fin de alcanzar el mayor bienestar posible. ⁽³⁾

AUTOGESTION: Acciones de un individuo o un grupo de manera autónoma para alcanzar una meta en forma óptima y eficiente, usando las redes de apoyo social. ⁽³⁾

Conforme aumenta la edad, la frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas se incrementan y las limitaciones en la funcionalidad física y mental. Si se modifica el estilo de vida con una alimentación adecuada y ejercicio físico, se evitarían muchos de los padecimientos de larga evolución y sus complicaciones con lo cual los adultos mayores continuarían siendo productivos. ⁽¹⁴⁾

Erróneamente es considerado como una carga económica para la familia y el estado, sin tomar en cuenta que gran parte del desarrollo del país fue generado por ellos en su juventud. ^(3, 15)

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada por su capacidad para mantener la autonomía, la independencia y esperanza de vida saludable, se considera que en la medida que un adulto mayor pierde la función o cae en disfunción, se acerca a la defunción; por esa misma perspectiva estamos frente al fracaso del éxito, en donde se prolonga años de vida, pero no años libres de discapacidad. Por tanto, deben mantenerse activos en su vida cotidiana. Muchas personas tienen una forma de vida dinámica sin necesidad de participar en programas de ejercicios formales. ⁽¹⁷⁾

Son mitos del envejecimiento suponer que los ancianos no deben trabajar, que se comportan como niños, que ya no aprenden y que son enfermizos. La jubilación debe ser considerada como una oportunidad de realización personal, para lo cual el adulto debe planear su futuro considerando sus intereses y potencialidades físicas, sociales e intelectuales. ⁽¹⁸⁾

Las instituciones públicas y privadas, la familia y los amigos forman parte de las redes de apoyo social, fundamentales para el bienestar del adulto mayor.

La red de apoyo informal está representada por la familia, amigos y vecinos, representa 80% del apoyo total que recibe el adulto mayor. La red formal está constituida por instituciones públicas y privadas y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro (ONGs), que procuran contribuir en el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores. ^(3,18)

La calidad de vida no se refiere a la obtención de bienes materiales o poder salir de vacaciones frecuentemente, tener servidumbre o comer alimentos costosos, sino el aspecto fundamental es que los adultos mayores sean autónomos e independientes, inmersos en su ambiente familiar y social de forma activa y en el momento en que por su salud o situación familiar; se vean obligados a institucionalizarse, conozcan a dónde acudir. Calidad de vida se refiere a disfrutar al máximo lo que se tiene y no anhelar lo inalcanzable. ⁽¹⁸⁾

Algunos aspectos sociales que influyen y que determinan la forma en que las personas envejecen son los siguientes:

Rol social y adaptación de las personas adultas mayores.

Mitos y realidades de la vejez.

Trabajo y jubilación.

Derechos de las personas adultas mayores.

La atención de los adultos mayores en la comunidad constituye la mejor estrategia para garantizar un envejecimiento saludable, con acciones preventivas acordes a su edad, género y características socioculturales, podemos evitar o diferir la aparición de padecimientos crónicos y sus complicaciones, riesgo de caídas además de establecer programas de desarrollo psicosocial que mejoren su calidad de vida. ⁽³⁾

El modelo del envejecimiento activo se puede llevar a cabo por una institución de salud, organización social independiente o grupos de jubilados, cuyo requisito fundamental sea establecer un programa que busque el mayor bienestar posible para los adultos mayores en lo biológico, psicológico y social, considerando los recursos reales de la población, sin intereses políticos, religiosos o económicos. ⁽³⁾

Entre sus ventajas incluyen vigilancia de salud gerontológica; programas de control del anciano sano y enfermo, con el fin de evitar la aparición de los padecimientos y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social, formación de promotores de salud gerontológica, con el fin de ampliar la cobertura intensificar la promoción y atención a la salud del adulto mayor a través de la formación de recursos humanos no profesionales, orientación familiar para el manejo de adultos mayores, adaptación y desarrollo social gerontológico. ⁽³⁾

Incluye programas de recreación, adaptación, superación psicosocial y adaptación ocupacional, con el fin de que los adultos mayores mantengan y consoliden su desarrollo psicosocial y disfruten esta etapa. ⁽³⁾

El modelo no debe ser replicado tal cual, deberá adaptarse a las condiciones específicas y recursos de su comunidad. Los núcleos gerontológicos deben estar vinculados con una unidad de primer nivel de atención médica formal. ⁽³⁾

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte acuden adultos mayores para tratamiento rehabilitatorio como consecuencia de alguna patología musculoesquelética como: osteoartritis, artritis reumatoide, posterior a fracturas, por lo que es de importancia enseñar a estos pacientes un programa educativo de envejecimiento activo para que, disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan mejorando y promover a que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en la vida doméstica, familiar y comunitaria, lo que significa menos gastos debidos a los tratamientos médicos y de atención sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivos Generales.

- Aplicar un programa educativo para el adulto mayor con discapacidad musculoesquelética moderada, en los pacientes de la UMFRRN durante su proceso de atención rehabilitatoria con el objetivo de mejorar el conocimiento del modelo de envejecimiento activo.

Objetivos Específicos.

- Diseñar e implementar un programa educativo que será aplicado durante su proceso de rehabilitación con los siguientes temas:
 - Que es el envejecimiento activo.
 - Medidas nutricionales.
 - Efectos de ejercicio físico en el adulto mayor.
 - Información sobre prevención de caídas.
 - Información sobre redes sociales.
 - Enfermedades crónicas degenerativas.
 - Cuidados podológicos.
- Determinar el grado de conocimientos básicos sobre el envejecimiento activo antes y después de la aplicación del programa
- Caracterizar sus redes sociales.
- Identificar a los pacientes en riesgo de depresión, con déficit cognitivo o con impedimento para hacer ejercicio físico.

HIPOTESIS

.
Un programa educativo bajo el modelo de envejecimiento activo implementado en los adultos mayores con discapacidad musculoesquelética moderada durante su proceso de rehabilitación es efectivo para mejorar el conocimiento sobre este modelo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de intervención educativa con medición inicial y final, prospectivo, longitudinal, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, periodo comprendido de marzo a julio del 2008.

Población:

Pacientes con diagnóstico de discapacidad musculoesquelética moderada de miembros superiores y/o miembros pélvicos, de 60 a 74 años de edad.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos hasta completar 50 que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes derechohabientes del IMSS.

Género femenino o masculino.

Edad mayor o igual a 60 años hasta 74 años.

Que acudieron a la UMFRRN a la consulta externa de primera vez con alguna discapacidad musculoesquelética moderada de miembros superiores y/o miembros inferiores que ingresaron a tratamiento rehabilitatorio por médico tratante.

Pacientes estables metabólicamente.

Aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento bajo información.

Pacientes ambulatorios

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Presencia o secuelas de enfermedad neurológica.

Enfermedades sistémicas o metabólicas descontroladas.

Con discapacidad de columna cervico-dorso-lumbar

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Que no acudieron a más de dos citas programadas por el investigador.

Que no completaron el programa de intervención

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Programa bajo el modelo de envejecimiento activo en pacientes adultos mayores.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Grado de conocimientos sobre envejecimiento activo

Variables potencialmente confusoras:

Otros padecimientos concomitantes que no tengan que ver con su patología de ingreso, escolaridad, deseo de participar en el programa.

Definición operacional y escala de medición de las variables

a) Grado de conocimiento

Tipo de variable: Dependiente, cualitativa, ordinal.

Definición Conceptual: el conocimiento es el resultado de la asimilación de una información por una persona de acuerdo con sus circunstancias particulares: educación, experiencias previas, capacidad de interpretación y comprensión.

Definición operacional: El investigador diseñó un cuestionario incluía preguntas sobre conocimientos básicos de envejecimiento activo. Constó de 16 preguntas, se dividió en 3 grandes temas de conocimiento: el primer tema fue sobre envejecimiento activo en la que se incluyo el concepto, cuidados podológicos, medidas nutricionales, riesgo de caídas (pregunta 1 a 7, 15 y 16); el segundo tema abarcó enfermedades crónicas degenerativas; como controlarlas o en su caso como prevenirlas (preguntas 8-11) y el tercer tema sobre redes sociales; que son, en que consisten y su importancia en la vejez (preguntas 12-14). El cuestionario se aplicó al inicio y al final del programa educativo, comparando los resultados.

El grado de conocimiento se midió en excelente, bueno, regular, malo; dependiendo del número de respuestas esperadas correctamente en la evaluación.

Excelente 13 a 16 respuestas

Bueno 9 a 12 “ “ “

Regular 5 a 8 “ “ “

Malo 1 a 4 “ “ “

Escala de medición: Ordinal

b) Edad

Tipo de variable: Cuantitativa, de razón.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento

Definición operacional: Años cumplidos que refiera cada uno de los pacientes.

c) Sexo

Tipo de variable cualitativa, nominal, dicotómica

Definición conceptual: Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer

Definición operacional: Características físicas que permite englobar a las personas como hombre o mujer.

Nivel de medición: nominal.

d) Escolaridad:

Tipo de variable: cualitativa, ordinal

Definición Conceptual: escolaridad es el tiempo el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

Definición operacional: nivel escolar que refiere cada uno de los pacientes: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato y profesional

Nivel de medición: ordinal.

e) Actividades básicas de la vida diaria:

Tipo de variable: Dependiente, cualitativa, ordinal.

Definición Conceptual: Actividades básicas de la vida diaria, son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado. Casi todos los instrumentos de valoración incluyen una combinación de las cinco actividades básicas relacionadas con el autocuidado: vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar y alimentarse. La mayoría de ellos incluyen la continencia de esfínteres.

Definición operacional: Se va a medir a base del índice de Barthel, por el grado de dependencia según la puntuación total: < 20 puntos: dependencia total, .20-35 puntos: dependencia grave, 40-55 puntos: dependencia moderada, ≥ 60 puntos: dependencia leve, 100 puntos: independencia. (90 si va en silla de ruedas).

f) Déficit cognitivo:

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

Definición Conceptual: Deterioro gradual de las funciones cognoscitivas, facultad de memoria inferior por debajo de la media para su edad. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, como pensar, recordar, percibir, calcular, comunicar, orientarse, entender y resolver problemas.

Definición operacional: a través de la aplicación del Miniexamen Mental de Folstein (modificado): fue elaborado en 1975, prueba validada internacionalmente para el diagnóstico del deterioro cognoscitivo en cualquier persona. Asigna al paciente una puntuación en una escala cuantitativa ascendente. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido,

lenguaje y construcción. A menor puntuación mayor será el deterioro cognoscitivo y viceversa. El total máximo de puntos es 30. Puntuaciones inferiores a 23 sugieren deterioro cognoscitivo leve, menos de 17 grave.

Nivel de medición ordinal.

g) Depresión

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

Definición conceptual: la depresión es un estado orgánico y anímico que invade nuestro afecto, produce disfunción en lo laboral, social y familiar y que requiere de tratamiento psico-emocional y médico.

La depresión es un trastorno afectivo en el cual se pierde la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañado de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado; suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro. Existen alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual.

Definición operacional: A través de la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada la cual se aplicó en la sesión del programa educativo; la escala consta de 15 preguntas con una puntuación de 0-5 normal, 6-9 depresión leve y >10 depresión establecida

Nivel de medición: ordinal.

g) Capacidad para realizar ejercicio

Tipo de variable: Cualitativa, nominal.

Definición conceptual: Ejercicio es un tipo de actividad física, el cual se caracteriza por tener; un programa que este estructurado, que sea repetitivo, regular y se tiene que realizar con el propósito de mejorar o mantener el cuerpo en adecuada condición física y buen estado de salud.

Definición operacional: A través de la aplicación del cuestionario para detección rápida de impedimentos para hacer ejercicio realizado por la Organización Mundial de la Salud, el cual se le aplicó en la sesión del programa educativo; consta de 7 preguntas, Si contestó alguna de las preguntas con un si, será necesario que se realice una valoración médica, antes de iniciar cualquier tipo actividad física. Si contesto *no* a todas las preguntas, puede empezar con su programa de ejercicio.

Nivel de medición: Dicotómico.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

- Se ingresó al proyecto de investigación pacientes que acudieran a la UMFRRN con hoja de referencia a la consulta ortopédica de primera vez y fueron seleccionados por sus médicos tratantes con los criterios de inclusión mencionados.
- Se dio cita a un consultorio establecido para el estudio donde se les indicó los horarios del programa gerontológico, el cual consistió en 8 sesiones con duración de 60 a 90 minutos, durante el periodo de tratamiento rehabilitatorio. Fueron 3 sesiones en las dos primeras semanas y 2 sesiones en la última semana.
- Se formaron grupos para que recibieran el programa gerontológico en dos áreas; la primera en aula para proyección de temas educativos e intercambio de opiniones, la segunda en área abierta para la enseñanza de ejercicios y actividades recreativas.

El programa gerontológico consistió de lo siguiente:

- Primera sesión se les explicó el proyecto de investigación, firmaron el consentimiento bajo información y llenaron un formato de sus datos generales (Anexos 1,2). Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre el envejecimiento activo, la escala de Barthel para valorar las actividades de la vida diaria y el cuestionario para detección rápida de impedimentos para hacer ejercicio (OMS). (Anexos 3, 4, 5).
- Segunda sesión se inició con una plática sobre el envejecimiento activo. Se aplicó un mini examen mental de Folstein (modificado). (Anexo 6), y se realizó una dinámica grupal con los adultos mayores en el aula.

- Tercera sesión se dio una plática sobre los beneficios de realizar ejercicio, enseñanza de ejercicios personalizados de acuerdo a las capacidades y limitaciones de los participantes del estudio, esto se realizó en el aula y en el área abierta.
- Cuarta sesión se abarcaron los siguientes temas: Control de enfermedades crónicas degenerativas y medidas nutricionales. Se realizó una segunda dinámica de grupo.
- Quinta sesión se abarcó el tema de redes sociales y como las pueden identificar, se aplicó un inventario de recursos sociales y una escala para depresión geriátrica (Yesavage) en el aula. (Anexos 7,8).
- Sexta sesión se abarcaron los temas de: prevención de caídas y cuidados podológicos. Se continuó con la enseñanza de ejercicios.
- Séptima sesión: Se continuó con enseñanza del ejercicio y se otorgó un tríptico del programa educativo con base al modelo de envejecimiento activo, para mejorar las actividades de la vida diaria, funcionalidad y llevarlo a cabo. (Anexo 9).
- Octava sesión: Se aplicó el cuestionario final, el cual abarcó que tanto influye el programa de atención del adulto mayor en el cambio de estilo de vida y en sus actividades de la vida diaria, recreativas y funcionales. (Anexo 10).

Análisis estadístico:

Para obtener los resultados se elaboró una base de datos en Excel 2003 y se analizó con el programa estadístico SPSS versión 11.0.

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Prueba de pares igualados de Wilcoxon para ver las diferencias entre el antes y después de la intervención educativa.

RESULTADOS

En el presente estudio se captaron 50 pacientes derechohabientes del IMSS en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. Se eliminaron 2 pacientes por no acudir a todas las valoraciones.

De los 48 del total de la muestra 69% fueron del sexo femenino y 31% masculino (Gráfica1). Un promedio de edad 67.3 ± 4 , con rango de 61 a 74 años. (Gráfica 2)

La escolaridad que predominó en los pacientes fue la primaria 53%. (Gráfica 3).

Estado civil: casados 63%, viudos 29% y solteros 8%. (Gráfica 4)

Las principales patologías que presentaron los pacientes fueron: Disminución de la agudeza visual 60%, Hipertensión Arterial Sistémica 44%, Artritis Reumatoide 26%, Insuficiencia Venosa 28%, Disminución de la agudeza auditiva 24% y Diabetes Mellitus tipo 22.2%. (Cuadro 1).

La mayoría de los pacientes presentaron enfermedades crónico-degenerativas, en algunos casos asociados a otras patologías:

Diabetes Mellitus tipo 2 + Hipertensión arterial Sistémica 15%

Hipertensión Arterial Sistémica + Artritis Reumatoide 8%

Diabetes Mellitus tipo 2+ Hipertensión Arterial Sistémica +Insuficiencia Venosa 8%

Diabetes Mellitus tipo 2 + Disminución de la Agudeza Visual 6%

Diabetes Mellitus tipo 2 + Disminución de la Agudeza Visual y Auditiva 6%

Hipertensión Arterial Sistémica + Diabetes Mellitus tipo 2 + Depresión 4%

Osteoporosis y Artritis Reumatoide 4 %

Hipertensión Arterial Sistémica + Disminución de la Agudeza Auditiva 4%

Disminución de Agudeza Visual 4%, Hipertensión Arterial Sistémica 4 %

Un paciente equivale 2% con Diabetes Mellitus tipo 2 + Depresión

Hipertensión Arterial Sistémica + Depresión 2 %

Cardiopatía Isquémica en control + Hipertensión Arterial Sistémica 2%;

Cardiopatía Isquémica + Artritis Reumatoide 2%

Osteoporosis, Artritis Reumatoide, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Epilepsia y disminución de la agudeza visual 2%

Hipertensión Arterial Sistémica + Tabaquismo + Disminución de agudeza visual 2%

Diabetes Mellitus tipo 2, Alcoholismo + Disminución de la Agudeza Visual 2%

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica + Tabaquismo + Hipertensión Arterial Sistémica 2%

Hipertensión Arterial Sistémica + Diabetes Mellitus tipo 2 + Disminución de Agudeza Auditiva 2%

Osteoporosis + Disminución de la Agudeza Visual y Auditiva 2%

Tabaquismo + Alcoholismo + Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica + Alteraciones de la Agudeza Visual y Auditiva 2%

Sin antecedentes de enfermedades cronicodegenerativas 4%

El motivo de consulta en el 44% de los pacientes se enfocaba a patología de miembro inferior en padecimientos como esguince de rodilla, secuelas de fractura de cadera, tibia y peroné.

En los casos de patología de miembro superior fue el 25%, presentaron luxación de hombro, secuelas de fractura de clavícula, radio y cubito, El 31% su ingreso fue por patología de miembros superior e inferior.

El 90% de los pacientes no realizaban ningún tipo de deporte y 10% realizaban deporte antes de su patología musculoesquelética, de los cuales 3 realizaban caminata, uno básquetbol y otro cachibol.

Se aplicó la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, presentando 7 pacientes (15%) síntomas de depresión leve, de los cuales 4 de ellos (8%) estaban en tratamiento con antidepresivos y 41 (85%) sin datos de depresión.

Los resultados en la aplicación de Minimental de Folstein (modificado) para la detección de datos de déficit cognitivo, se encontraron en 4 pacientes (8%) y en 44 (92%) sin datos de déficit cognitivo.

En cuanto a la aplicación de la Escala de Barthel se encontró al 100% de los pacientes con discapacidad moderada temporal.

Los resultados de la aplicación del cuestionario de detección rápida de impedimentos para realizar ejercicio de la OMS, se encontró que en 49 pacientes (98%) tenían algún impedimento para realizar ejercicio sin control médico y 1 paciente (2%) sin impedimento para realizar el ejercicio.

En cuanto a la aplicación del Inventario de Recursos Sociales se encontró que el 69% de los pacientes eran del sexo femenino: 8% solteras, 42% casadas y 19% viudas. Del 8% de pacientes solteras el 4% de ellas con hijos; del sexo masculino fue 31%, de los cuales el 21% casados y 10% viudos. Se encontró 37% del total de pacientes sin cónyuge; de los cuales 27% mujeres y 10% hombres; 10% de los pacientes sin amigos; de los cuales el 4% mujeres y 6% hombres.

En el cuadro 2 Inventario de Recursos Sociales encontramos que 65% de los pacientes conviven con sus hijos una vez a la semana; el cónyuge da apoyo instrumental (económico) en 39% de pacientes; reciben apoyo emocional de sus hijos 84% de los pacientes, de familiares próximos y amigos 90% de los pacientes.

En el cuestionario de envejecimiento activo se realizó una evaluación inicial y final se encontró que la evaluación inicial; 17 pacientes obtuvieron 9 aciertos y en la evaluación final 7 pacientes tuvieron 16 aciertos. (Cuadro 3).

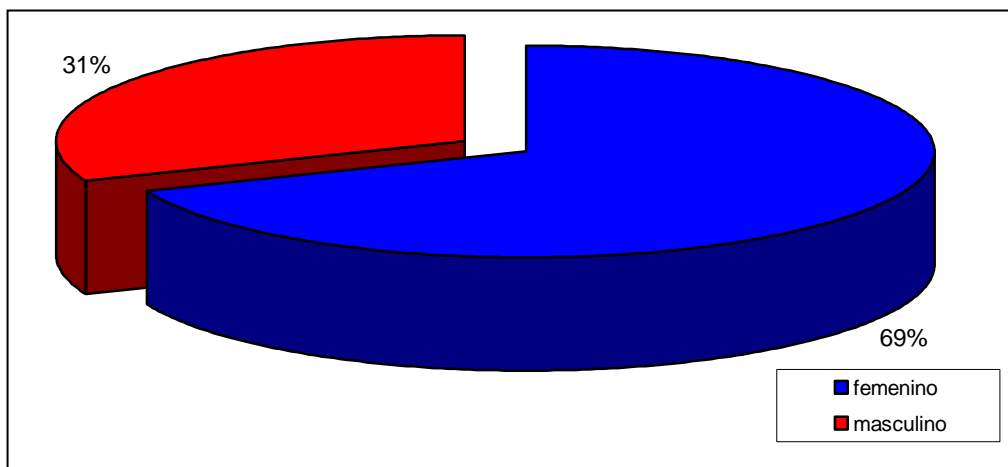
Del número de pacientes que acertaron a las preguntas iniciales fueron los 48 pacientes en las preguntas: 6 que se refiere que el ejercicio beneficia la salud de los adultos mayores y la 14 un adulto mayor debe divertirse; 45 pacientes acertaron en la pregunta 13 se refiere que es importante convivir con sus familiares, vecinos y amigos. De las preguntas finales los 48 pacientes acertaron la pregunta 4 las caídas son un problema importante durante la vejez, pregunta 6 el realizar ejercicio beneficia la salud de los adultos mayores, pregunta 11 considera que sus pies necesitan cuidados especiales, pregunta 14 un adulto mayor debe divertirse; pregunta 15 y 16 se refieren a la importancia de conocer un programa de envejecimiento activo. Siendo la pregunta 7 al inicio y al final de la evaluación la calificación más baja se refiere que no llevan un control de alimentación por semana. (Cuadro 4).

Las medianas de la calificación del cuestionario de envejecimiento activo se dividió por temas: en el tema I la de inicio fue 5 y la final 8 ($p < 0.001$), en el tema II la de inicio fue 2 y la final 4 ($p < 0.001$); el tema III al inicio como al final fue de 3 ($p < 0.03$). (Cuadro 5).

Sobre el grado de conocimiento de los pacientes al inicio de la evaluación fue bueno en 39 de ellos, 7 regular y en 2 pacientes excelente; y en la evaluación final de los pacientes se encontró en 45 fue excelente y en 3 bueno.

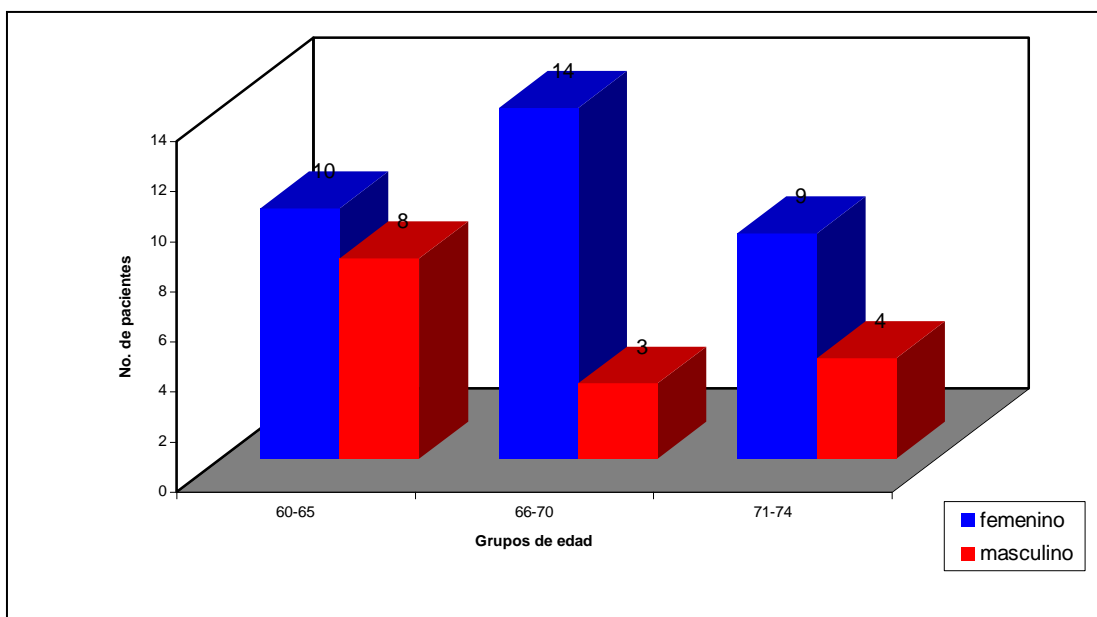
PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

Gráfica 1: Distribución por edad



Fuente: HCP/NMRL/2008

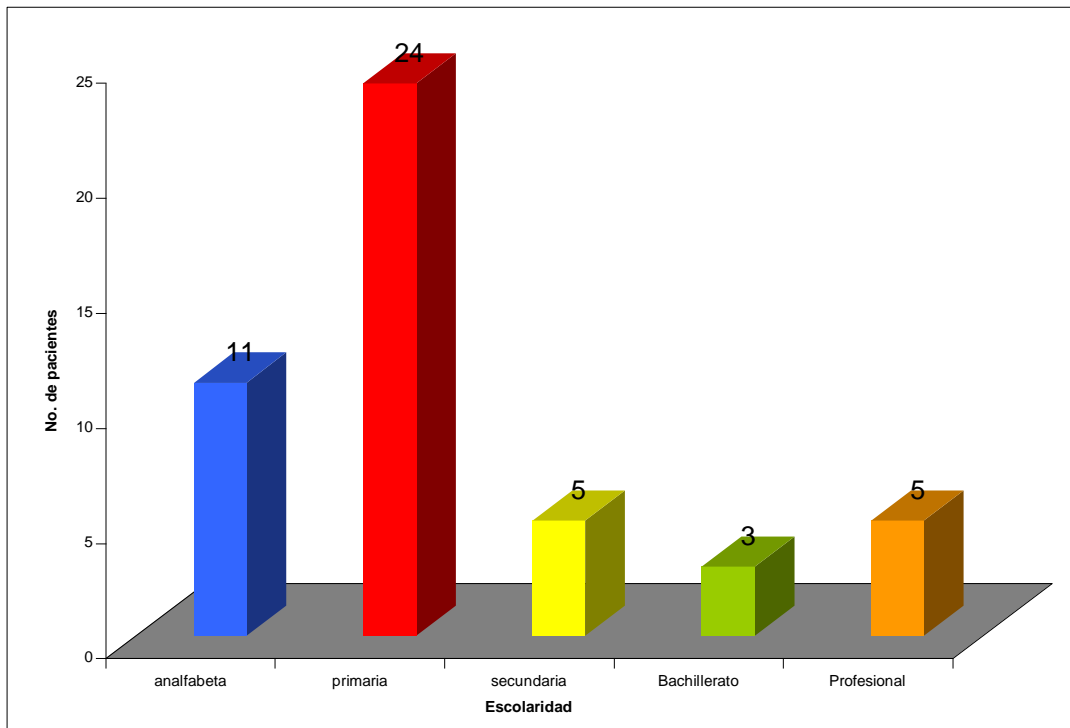
Gráfica 2: Distribución por grupos de edad y sexo



Fuente: HCP/NMRL/2008

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

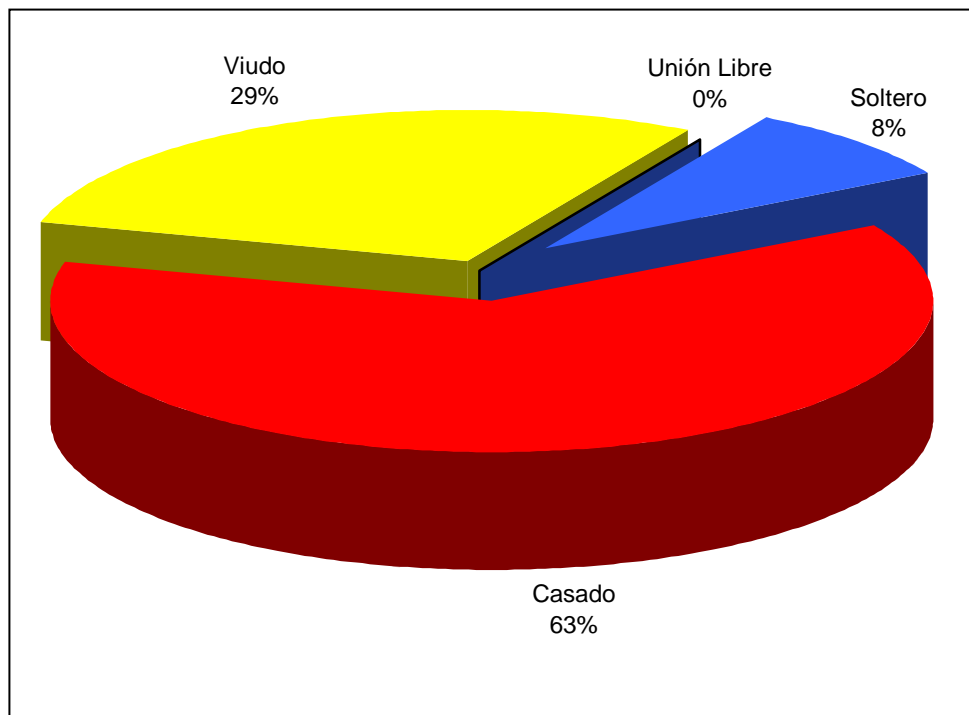
Gráfica 3: Distribución por nivel de escolaridad



Fuente: HCP/NMRL/2008

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

Gráfica 4: Distribución por estado civil



Fuente: HCP/NMRL/2008

CUADRO 1.TIPOS DE ENFERMEDADES

NO.	PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1	Disminución de la Agudeza Visual	30	60
2	Hipertensión Arterial	22	44
3	Artritis Reumatoide	14	28
3	Insuficiencia venosa	14	28
4	Disminución de la Agudeza Auditiva	12	24
5	Diabetes Mellitus	11	22
6	Tabaquismo	10	20
7	Alcoholismo	6	12
8	Enfermedades psiquiátricas (depresión)	4	8
9	Osteoporosis	3	6
10	Enfermedades Pulmonares	2	4
11	Cardiopatía Isquémica	2	4
12	Enfermedades Neurológicas	1	2

Fuente: HCP/NMRL/2008

Cuadro 2. INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN PERSONAS MAYORES

1.- ¿CON QUE FRECUENCIA VE Y HABLA USTED CON...?					
Pregunta 1	No tiene	< de 1 vez al mes	1 o 2 veces al mes	Una vez a la semana o +	Total %
Cónyuge	38%	0	23%	39%	100
Hijos	4%	6%	25%	65%	100
Familiares próximos	0	10%	63%	27%	100
Amigos	10%	25%	42%	23%	100

2.- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con....?				
Pregunta 2	No tiene	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Total
Cónyuge	38%	23%	39%	100
Hijos	4%	81%	15%	100
Familiares próximos	0	94%	6%	100
Amigos	10%	90%	0	100

3.- ¿En que grado esta satisfecho de la relación con?					
Pregunta 3	No tiene	Poco	Algo	Mucho	Total %
Cónyuge	38%	0	29%	33%	100
Hijos	4%	6%	29%	61%	100
Familiares próximos	0	10%	44%	44%	100
Amigos	10%	21%	31%	38%	100

Fuente: HCP/NMRL/2008

CUADRO 3. Resultados del cuestionario de envejecimiento activo

INICIAL		FINAL	
Aciertos	No. de Adultos Mayores	Aciertos	No. de Adultos Mayores
6	1	6	0
7	2	7	0
8	4	8	0
9	17	9	0
10	9	10	0
11	6	11	1
12	7	12	2
13	2	13	7
14	0	14	15
15	0	15	16
16	0	16	7

Fuente: HCP/NMRL/2008

CUADRO 4. Número de personas que acertaron a las preguntas

ACIERTOS DEL CUESTIONARIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO		
PREGUNTA	INICIAL	FINAL
1	30	41
2	22	42
3	17	37
4	43	48
5	3	46
6	48	48
7	6	16
8	26	39
9	10	45
10	9	46
11	44	48
12	40	44
13	45	45
14	48	48
15	6	48
16	44	48

Fuente: HCP/NMRL/2008

CUADRO 5. Medianas de la calificación del cuestionario de envejecimiento activo

TEMA	INICIAL	FINAL	P*
I	5	8	0.001
II	2	4	0.001
III	3	3	0.03
Global	9.5	14.5	0.001

*Prueba de pares igualados de Wilcoxon

Fuente: HCP/NMRL/2008

CUADRO 6. Grado de conocimiento de los pacientes incluidos

GRADO DE CONOCIMIENTO	INICIAL	FINAL
Malo	0	0
Regular	7	0
Bueno	39	3
Excelente	2	45
Total	48	48

Fuente: HCP/NMRL/2008

DISCUSION

Para la Secretaria de Salud, el envejecimiento de la población es un tema prioritario. Todo un programa de atención del adulto mayor se generó a partir del Plan Nacional de Salud en el año 2000, con lo cual se espera reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años de edad.

Martínez ML, Correa ME ⁽¹⁶⁾ realizaron un estudio sobre un programa de envejecimiento activo en una comunidad rural mexicana; encontraron que la educación es uno de los elementos claves en la promoción de un cambio hacia el paradigma de envejecimiento activo. Se comprobó que hubo un creciente sentimiento de autonomía, creatividad y auto-satisfacción entre los participantes.

Entre los principales factores que influyeron positivamente está la enseñanza de temas propios de la gerontología, del modelo de EA que favorecen la autoestima, el aumento de la responsabilidad, el sentido de pertenencia al grupo, y el intercambio de información basada en la experiencia.

En nuestro trabajo de investigación corroboramos que los pacientes tienen gran interés sobre el conocimiento del modelo de envejecimiento activo. Al analizarse por temas encontramos diferencias estadísticamente significativas: en el tema 1 y 2 que corresponde a envejecimiento activo y enfermedades cronicodegenerativas respectivamente, $p < 0.0001$ y en el tema 3 solo $p < 0.03$ que corresponde a las redes sociales.

En esta investigación se corrobora la prevalencia de enfermedades cronicodegenerativas que caracterizan al envejecimiento de la población donde no llevan un modelo de EA; se encontró que todos los pacientes presentaban una discapacidad moderada secundaria a lesiones musculoesqueléticas, el 44 % con patología de miembro inferior como: esguince de rodilla y fractura de cadera y el 25% con lesiones de miembro superior siendo las más frecuentes: luxación de hombro, fractura de clavícula, radio y cubito, aunado a que el 94% de estos pacientes cursan con enfermedades crónicas degenerativas: 44% hipertensión arterial y con diabetes mellitus tipo 2 el 22%, otras como artritis reumatoide, disminución de agudeza visual y auditiva, lo que repercute en la realización de las actividades de la vida diaria como lo corroboramos al aplicar el índice Barthel.

En cuanto a la evaluación de depresión y déficit cognitivo encontramos que es mínimo en los pacientes estudiados (8%) respectivamente, es de gran importancia, en la intervención educativa el aprendizaje y la motivación para realizar cambios en los estilos de vida y lograr un adecuado envejecimiento.

Nos llama la atención que al analizar las respuestas al cuestionario de detección rápida de impedimentos para realizar ejercicio de la OMS el 98% de los casos respondieron a alguna de las preguntas con un SI, esto quiere decir que la mayoría de los pacientes presentaban algún impedimento para realizar ejercicio; en nuestro caso como se trató solo de un programa educativo se les explicó que si quieren participar en alguna actividad física necesariamente requieren de valoración médica antes de iniciarla. Se debe de favorecer la realización de actividad física a pesar de la patología y discapacidad presente.

Otro aspecto importante es una fuerte reducción de las redes sociales en esta etapa de la vida, y a veces sobrevalora las relaciones que quedan. Un ejemplo reside en la relación conyugal, sostenida a veces por los cuidados mutuos, por los regañíos diarios o por una mera rutina. Observándose en este estudio que el mayor apoyo instrumental es por parte del cónyuge.

Distintos estudios coinciden en señalar que los hijos también son receptores del apoyo emocional (confianza, orientación, compañía, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda en las labores de la casa, etc.). En base al inventario de recursos sociales que aplicamos concuerda el gran apoyo emocional que se da por parte de familiares y amigos a los adultos mayores no siendo tanto el apoyo instrumental.

En trabajos posteriores, Antonucci y Jackson (1990) se interesaron en el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y/o amigos. Estos autores manifiestan que la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas. En cambio, el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye además, a favorecer la integración social del individuo.

En esta investigación se confirma los hallazgos que encontró Díaz Veiga 1985, que la familia y los amigos constituyen los dos focos más importantes de Recursos Sociales.

Consideramos que este programa educativo debe aplicarse idealmente en el primer nivel de atención en forma sistemática, reforzarse de manera coordinada en el segundo y tercer nivel de atención para que el adulto mayor aprenda, practique los estilos de vida saludable que propone el modelo de envejecimiento activo para prevenir, mantener y/o mejorar su independencia, salud y calidad de vida.

El cuestionario de conocimientos de Envejecimiento Activo fue muy breve y relativamente sencillo, se debe considerar siempre la capacidad cognitiva del adulto mayor, su curva de aprendizaje diferente, además de sus hábitos y tradiciones, que la mayoría de las veces no concuerdan con el modelo del EA.

La literatura indica que debe involucrar a la población desde edades tempranas, en este modelo de envejecimiento activo.

CONCLUSIONES

- Es posible diseñar e implementar un programa educativo basado en el modelo del envejecimiento activo, durante el proceso de rehabilitación en el tercer nivel de atención los pacientes adultos mayores con discapacidad moderada secundaria a lesiones musculoesqueléticas.
- Un programa educativo del envejecimiento activo, incremento con significancia estadística el conocimiento de este proceso, enfermedades crónicas degenerativas y cuidados después de la intervención,
- Es necesaria una exploración más profunda sobre las redes sociales de cada paciente, para valorar la calidad de las mismas e identificar deficiencias en el apoyo emocional e instrumental.
- Se debe realizar tamizaje sobre la capacidad de realizar ejercicio en los pacientes que se quiera aplicar este modelo
- El modelo del envejecimiento activo a través de programas educativos debe realizarse en forma sistemática en el primer nivel de atención a edades más tempranas, de tal manera que la prevención de enfermedades crónicas degenerativas y de otras causas de discapacidad propias del proceso de envejecimiento tengan mayor probabilidad de corregir o evitarse.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez, R. M. Envejecimiento, Enfermedades crónicas y Antioxidantes. México : Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza 2003. 1-16..
2. Villagordoa, MJ. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento **en México**. Rev Edocrinol Nutr 2007; 15 (1): 27-31.
3. Mendoza, NM. Martínez, MM. Vargas, GA. Gerontología Comunitaria. México :Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 2004
4. González, CA. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Mex 2007;49(supl 4):S448-S458.
5. Sánchez Millán, P., Ureña Villanueva, F., García de los Fayos Ruíz, EJ. Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. Cuadernos de Psicología del Deporte. España : Cuadernos de Psicología del Deporte. 2002. 2 (2): 1-17.
6. Molina Yons, J. Envejecimiento activo, una propuesta para el siglo XXI. Reumatología 2004: 20(2):43-44.
7. Molina, S.E.: Importancia del ejercicio físico intencionado para el envejecimiento activo en la salud Mental: alzheimer. Departamento de educación física de Chile 2002

8. Caspersen, CJ., Powell, KE., Christenson, GM., Physical activity, exercise and physical fitness. Public Health Rep 1985; 100: 125-131.
9. Blair, SN., Col, HW., Paffenbarger, RS., Clark, DG., Cooper, KH., Gibbons, LW. Physical fitness and all cause mortality. JAMA 1989; 262: 2395-2401.
10. Dishman, RK. Titulo del articulo Clinicas Médicas de Norteamérica. Interamericana, 1985. 205-216.
11. Mayagoitia Hill, R., Fleishman Loredo, F. El discapacitado y las barreras físicas o arquitectónicas. Rev Méd Fis Reh 1992; 4 (4):6-9.
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid : OMS, 1990.
13. Bove, A A. Medicina del ejercicio. Argentina: El Ateneo, 1990. 158-163.
14. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2002; 37 (Supl 2):57-64
15. *Estudio de factibilidad técnica y viabilidad económica del PGI, CHC – México: IMSS, 2006.*
16. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2002; 37 (S2):57-64
17. Cid, RJ. Rev Esp Salud Publica 1997; 71 (2):
18. México. Secretaria de Salud. Programa de Acción del Envejecimiento. México : SS, 2000.
19. Siegel, S. Estadística no para métrica, aplicada a las ciencias de la conducta, México : Trillas, 1994. 204-215, 280-284.

20. Medina MM. Implementación de un programa de ejercicios de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad derechohabientes del IMSS de la Delegación 1 Noroeste México D. F. 1992 .41.
21. Aguirre SA. Programa educativo para prevención de caídas en derechohabientes adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. México 2008. 52.

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA” que se realizará en la Unidad de Medicina física y Rehabilitación Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cuyos objetivos son: determinar el grado de conocimientos básicos de envejecimiento activo, realizar e implementar un programa de atención de las medidas nutricionales, actividades de la vida diaria, enseñanza de ejercicios, información sobre prevención de caídas y creación de las redes sociales, brindar información e inducir conductas con base al modelo de envejecimiento activo

Estoy consciente de que los procedimientos y pruebas, para lograr los objetivos mencionados, consistirán en que se me realice la aplicación por escrito de los siguientes formatos: datos generales, cuestionario inicial y final de conocimientos de envejecimiento activo, cuestionario para detección rápida de impedimentos para hacer ejercicio, aplicación de escala funcional Barthel, aplicación de escala de marcha y equilibrio, cuestionario para detectar depresión; así como la enseñanza de cómo lograr un envejecimiento activo a través de platicas informativas y la convivencia con otras personas de la tercera edad en la unidad.

Entendiendo que del presente estudio se derivaran beneficios que permitan mejorar mi vida cotidiana, familiar así como mi independencia funcional.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que desee retirarme la atención que como paciente y derechohabiente recibo en esta institución no se vera afectada.

Nombre del paciente: _____

Afiliación: _____

Dirección: _____

Teléfono _____ Fecha: ____/____/____

FIRMA DERECHOHABIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO

DRA. NELLY MARIBEL RUIZ LEMUS
Mat. 99352579

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE**

ANEXO 2. DATOS PERSONALES

1. Nombre: _____
2. Afiliación: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: M F
5. Escolaridad: _____
6. Ocupación: _____
7. Estado civil: _____
8. Motivo de consulta: _____
9. Practica regular de algún deporte:
10. ¿Cuál? _____
11. ¿Con que frecuencia? _____
12. ¿Cómo se traslada? _____

Presencia de las siguientes patologías asociadas:

Patología	Si	No	medicamentos
Cardiovasculares.			
Pulmonares.			
Metabólicas.			
Músculo-esqueléticas.			
Neurológicas.			
Psiquiátricas.			
Toxicomanías.			
Disminución de agudeza visual.			
Disminución de agudeza auditiva.			

Anexo 3. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO AL INICIO DEL PROGRAMA

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M F

INSTRUCCIONES: “LEA POR FAVOR CON CALMA el siguiente cuestionario o pida a un familiar que se lo lea, marque con una cruz la opción que usted considere la mas correcta, recuerde que su opinión sincera es la mejor respuesta.

1. ¿Envejecer significa que se tendrá siempre limitaciones para realizar sus actividades diarias? (Si) (No)
2. ¿Todas las partes de nuestro cuerpo envejecen igual y al mismo tiempo? (Si) (No)
3. ¿El tener más de 60 años de edad significa estar enfermo? (Si) (No)
4. ¿Las caídas son un problema importante durante la vejez? (Si) (No)
5. ¿Cree que un paciente adulto mayor con alguna discapacidad puede realizar ejercicio? (Si) (No)
6. ¿El Realizar ejercicio beneficia la salud de los adultos mayores? (Si) (No)
7. ¿Usted lleva un control de su alimentación por semana? (Si) (No)
8. ¿Un adulto mayor que tenga una enfermedad (como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Artritis reumatoide, etc.) que esta en control y que lleva una vida normal esta enfermo? (Si) (No)
9. ¿Sabe las medidas para prevenir o controlar la Diabetes Mellitus? (Si) (No)
10. ¿Sabe las medidas para prevenir o controlar la presión arterial alta? (Si) (No)
11. ¿Considera que sus pies necesitan cuidados especiales? (Si) (No)
12. ¿Le gusta platicar y convivir con otras personas de su edad? (Si) (No)
13. ¿Cree que sea importante convivir con sus familiares, vecinos y amigos? (Si) (No)
14. ¿Cree que un adulto mayor debe divertirse? (Si) (No)
15. ¿Conoce algún programa sobre envejecimiento y sus cuidados? (Si) (No)
16. ¿Será de utilidad que usted participe en un programa sobre cuidados del envejecimiento? (Si) (No)

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE
ANEXO 4. ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA**

Nombre: _____
 Edad: _____ Género: _____ Fecha: _____

FECHA:					
Baño 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño. 0. Dependencia total.					
Vestido 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar la ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total					
Aseo personal 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo). 0. Dependencia total					
Ir al sanitario 10. Independiente 8. Supervisión 5. Modera ayuda 2. Continua ayuda 0. Dependencia total					
Deambulaci3n 15. Independiente 12. Supervisi3n continua o no camina >50m. 8. Ayuda ocasional de una persona. 3. Ayuda continua (colabora algo). 0. Ayuda de dos personas (no colabora).					
Traslado sill3n- cama 15. Independiente 12. Supervisi3n 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de dos personas (no colabora)					

<p>Escaleras</p> <p>10. Independiente (al menos sube un piso)</p> <p>8. Supervisión ocasional</p> <p>5. Supervisión continua o ayuda ocasional</p> <p>2. Ayuda continua</p> <p>0. Incapaz de subir escaleras.</p>					
<p>Micción:</p> <p>10. Contiente e Independiente</p> <p>8. Incontinencia ocasional (<1/día)</p> <p>5. Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa , pañal, etc.</p> <p>2. Incontinente día y noche (colabora algo).</p> <p>0. Incontinente y dependiente sonda vesical).</p>					
<p>Deposición:</p> <p>10. Contiente e independiente.</p> <p>8. Incontinencia ocasional (<1/día).</p> <p>5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal).</p> <p>2. Incontinencia frecuente (colabora algo).</p> <p>0. Incontinencia y dependencia total.</p>					
<p>Alimentación:</p> <p>10. Independiente.</p> <p>8. Mínima ayuda</p> <p>5. Come solo con supervisión.</p> <p>2. Ayuda de otra persona (puede comer algo).</p> <p>0 .Dependiente.</p>					

TOTAL: _____ -

Fuente: Shah et al. Índice de Barthel modificado. J Clin Epidemiol 1989; 703-709.

Evaluador: _____

Supervisor: _____

Evalúa diez actividades de la vida diaria, y según estas clasificaciones clasifica a los pacientes en:

- 1.- Independiente (100) ptos. (95 sin permanece en silla e ruedas.
- 2.- Dependiente leve: Mayor de 60
- 3.- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4.- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5.- Dependiente total: Menos de 20 ptos.

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

ANEXO 5 . CUESTIONARIO PARA DETECCION RAPIDA DE IMPEDIMENTOS PARA HACER EJERCICIO.

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y conteste honestamente SI O NO a cada una.

¿Alguna vez le han diagnosticado problemas cardiacos?

SI () NO ()

¿Sufre dolores en el pecho cuando realiza actividad física?

SI () NO ()

¿En los últimos 30 días ha tenido dolor de pecho sin haber realizado ejercicio?

SI () NO ()

¿Pierde el equilibrio por mareo o alguna vez ha perdido el conocimiento?

SI () NO ()

¿Tiene malestares en huesos y articulaciones, tales como artritis, que pueden verse agravados por el ejercicio?

SI () NO ()

¿Esta tomando medicamentos para controlar su presión arterial o por problemas cardiacos?

SI () NO ()

¿Considera que existe alguna razón, no mencionado aquí por la cual no pueda iniciar con un programa de ejercicio?

SI () NO ()

Si contesto alguna de las preguntas con un SI, será necesario que se realice una valoración médica, antes de iniciar cualquier tipo de actividad física.

Si contesto NO a todas las preguntas, puede empezar con su programa de ejercicio.

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR
CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE**

ANEXO 6. MINIEXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN (modificado)

Nombre: _____

Fecha de evaluación: _____ Edad: _____ Género: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

CALIFICACIÓN MÁXIMA	CALIFICACIÓN OBTENIDA	<i>(ASIGNE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA MÁXIMA OBTENIDA QUE SEA CORRECTA)</i> ORIENTACIÓN
5	()	Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:
		¿En qué año estamos? ()
		¿En qué mes estamos? ()
		¿Qué día del mes es hoy? ()
		¿Qué día de la semana? ()
		¿Qué hora es aproximadamente? ()
5	()	Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:
		¿En qué lugar estamos? ()
		¿En qué país? ()
		¿En qué estado? ()
		¿En qué ciudad o población? ()
		¿En qué colonia, delegación o municipio? ()

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	<u>Registro</u>										
3	()	<p>Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras; flor, coche y nariz, después pida al sujeto: Repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: “Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde”. Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto le recordara. (Recuerde la calificación para este reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo).</p>										
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Flor</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>Coche</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>Nariz</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">No. de ensayos</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px solid black;">1-6</td> </tr> </table>	Flor	()	Coche	()	Nariz	()	No. de ensayos	1-6		
Flor	()											
Coche	()											
Nariz	()											
No. de ensayos	1-6											
Calificación Máxima	Calificación Obtenida	<p><i>(Asigne un punto por cada calificación máxima obtenida que sea correcta)</i></p> <p>Atención y Cálculo</p>										
5	()	<p>Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez v.gr: 40-4 = 36; 36-4 = 32. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 substracciones (no proporcione ayuda)</p>										
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">28</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> </table>	28	()	24	()	20	()	16	()	12	()
28	()											
24	()											
20	()											
16	()											
12	()											

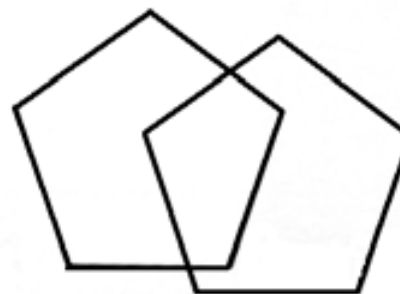
Calificación Máxima	Calificación Obtenida		
3	()	Evocación <i>Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí que recordara.</i> Flor Coche Nariz	() () ()
Calificación Máxima	Calificación Obtenida		
3	()	Lenguaje Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Como se llama esto? Repita lo mismo con una pluma. Reloj Pluma	() ()
		Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración y repítala después de mí, (diga lenta y claramente): No voy si tú no llegas temprano.	
		(Solo un ensayo)	()
3	()	Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: Tome la hoja con la mano derecha, después dóblela y tírela al piso (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado). Tome la hoja de papel- con su mano derecha dóblela tírela al piso	() () ()

1	()	Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita: "Cierre los ojos", incluida en este paquete (previamente doble la hoja y muestre sólo el letrero). Pida al sujeto:	
		Por favor haga lo que dice aquí. <i>CIERRE SUS OJOS</i>	()
1	()	<i>Escritura:</i> Presente al sujeto el reverso de la hoja, en la que se encuentra la instrucción escrita. <i>Pídale:</i> Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda)	()
Calificación Máxima	Calificación Obtenida		
1	()	<i>Copia del modelo:</i> Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (No tome en cuenta temblor ni rotación)	()

TOTAL: _____

Evaluador: _____

Supervisor: _____



Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. En: Consensos Funsalud. México: Funsalud; 1996: 52-53.

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

ANEXO 7. INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN PERSONAS MAYORES

Nombre: _____

Fecha de evaluación: _____ Edad: _____ Género: _____

Identificación:

- Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____
- ¿Tiene usted hijos?..... Sí _____ NO _____
- ¿Tiene usted "parientes": sobrinos, hermanos, primos, etc.?..... Sí _____ NO _____
- ¿Tiene usted relación con amigos?..... Sí _____ NO _____

Análisis de las relaciones Cónyuge

- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?..... 1 ___ 2 ___ 3
1

- ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?..... a ___ b
2

- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?. 1 ___ 2 ___ 3
3

Hijos

- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?..... 1 ___ 2 ___ 3
1

- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?..... a ___ b
2

- ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?..... 1 ___ 2 ___ 3
3

Familiares próximos

- ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?..... 1 ___ 2 ___ 3
1

- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?..... a ___ b
2

- ¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?..... 1 ___ 2 ___ 3
3

Amigos

- ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos?..... 1 ___ 2 ___ 3
1

- ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?..... a ___ b
2

- ¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus amigos?..... 1 ___ 2 ___ 3
3

Fuente: Díaz-Veiga P. Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos. Memoria de licenciatura de Psicología. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 1985

Encuestador: _____

Supervisor: _____

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD MUSCULOESQUELETICA MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

ANEXO 8. ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA DE YESAVAGE.

INSTRUCCIONES: responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la última semana:

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE		SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?		0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?		1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?		1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?		0	1
6.- ¿Teme que algo malo le pase?		1	0
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?		0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?		1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		1	0
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		1	0
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?		0	1
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?		0	1
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?		1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		1	0
	Puntuación total =		
INTERPRETACIÓN: 0 - 5 normal 5 - 9 depresión leve 10 o más depresión establecida			

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO DEL ADULTO MAYOR

PROPOSITO: AMPLIAR LA ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE, LA PRODUCTIVIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.

ENVEJECIMIENTO:

ES INDIVIDUALIZADO, NO TODOS LOS ÓRGANOS, SISTEMAS Y PERSONAS ENVEJECEN IGUAL NI AL MISMO RITMO.

DURANTE EL ENVEJECIMIENTO SE PIERDE HASTA UN 30% DE LAS CÉLULAS DE TODO EL ORGANISMO.



ENVEJECIMIENTO ACTIVO:

PROCESO POR EL CUAL SE OPTIMIZAN LAS OPORTUNIDADES DE BIENESTAR FÍSICO, SOCIAL Y MENTAL DURANTE TODA LA VIDA



ENVEJECIMIENTO ACELERADO:

ESTA ASOCIADO GENERALMENTE CON LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CON SU ESTILO DE VIDA, EL CUAL PUEDE DISTINGUIRSE DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL.

EL PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ABARCA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

NUTRICION:

ES EL PROCESO DE CONSUMO, ABSORCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS NUTRIENTES NECESARIOS PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CUERPO, PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA.

CONSUMO DE ALIMENTOS ANTIOXIDANTES PREVIENEN O MEJORAN LA EVOLUCION DE PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES, DIABETES MELLITUS, ARTRITIS, CATARATAS Y CANCER.

LOS ALIMENTOS ANTIOXIDANTES COMO SON: BROCOLI, JITOMATE, PESCADO, NARANJA, UVA (QUE CONTENGAN VITAMINA, C, E Y A). LA DIETA TAMBIEN DEBE DE CONTENER CANTIDAD SUFICIENTE EN CALCIO PARA PREVENIR Y/O EVITAR EVOLUCION DE OSTEOPOROSIS.

HIPERTENSION ARTERIAL:

ES EL AUMENTO DE LA PRESIÓN QUE EJERCE LA SANGRE SOBRE LAS ARTERIAS DEBIDO A LA RIGIDEZ DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y A LA ACUMULACION DE GRASA EN SU INTERIOR (ATEROMAS). PARA LLEVAR UN CONTROL ADECUADO SE DEBE CHECAR LA TENSION ARTERIAL FRECUENTEMENTE PARA EVITAR COMPLICACIONES COMO INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y/O EMBOLIAS.



DIABETES MELLITUS:

ENFERMEDAD CAUSADA POR DISMINUCIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE INSULINA PROVOCANDO AUMENTO DEL AZUCAR (GLUCOSA). SI NO SE CONTROLA EL AZUCAR, EL EXCESO FUERA DE LAS CÉLULAS PROVOCA ALTERACIONES EN LAS ARTERIAS, PROPICIANDO AFECCIONES EN EL CORAZÓN, CEREBRO, RIÑÓN, OJOS Y EN LOS PIES.

ACTIVIDAD FISICA:

EL ADULTO MAYOR DEBE PRACTICAR EJERCICIO EL CUAL AYUDA A PREVENIR O RETRASAR LA INCAPACIDAD QUE SE PRESENTA CON EL ENVEJECIMIENTO.



RED SOCIAL

LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, LA FAMILIA Y LOS AMIGOS FORMAN PARTE DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL, FUNDAMENTALES PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

PREVENCIÓN DE CAIDAS:

TERCERA PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES SUFREN CAIDAS EN 1 AÑO ESTAS SON CAUSAS DEL 50% DE LAS CONSULTAS PARA LOS ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y MAS DEL 30% SON CAUSA DE MUERTE EN MAYORES DE 65 AÑOS.



CUIDADOS DE LOS PIES:

MANTENGA SUS PIES LIMPIOS, EL ASEO DE LOS PIES ES PARTE FUNDAMENTAL, YA QUE LOS PIES ES EL SOSTEN PARA REALIZAR ACTIVIDADES, RECUERDE OBSERVAR SUS PIES PARA PREVENIR CUALQUIER TIPO DE PROBLEMA.

SI SE MODIFICA EL ESTILO DE VIDA CON ALIMENTACIÓN ADECUADA Y EJERCICIO FÍSICO, SE EVITARÍAN MUCHOS DE LOS PADECIMIENTOS DE LARGA EVOLUCIÓN Y SUS COMPLICACIONES CON LO CUAL LOS ADULTOS MAYORES CONTINUARÍAN SIENDO PRODUCTIVOS.

ELABORO:

DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ, DIRECTOR MEDICO
DRA. MA. ELENA MAZADIEGO GLEZ, JEFA DE EDUCACION
DRA. NELLY MARIBEL RUIZ LEMUS
ASESORES: DR. JOSE EMIGDIO ALBERTO PEREZ ROJAS
DRA. DORIS BEATRIZ RIVERA IBARRA



**UNIDAD DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD
Dr. Victorio de la Fuente Narváez**

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Anexo 10. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESPUES DEL PROGRAMA

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M F

INSTRUCCIONES: “*LEA POR FAVOR CON CALMA el siguiente cuestionario o pida a un familiar que se lo lea, marque con una cruz la opción que usted considere la mas correcta, recuerde que su opinión sincera es la mejor respuesta.*”

1. ¿Envejecer significa que se tendrá siempre limitaciones para realizar sus actividades diarias? (Si) (No)
2. ¿Todas las partes de nuestro cuerpo envejecen igual y al mismo tiempo? (Si) (No)
3. ¿El tener más de 60 años de edad significa estar enfermo? (Si) (No)
4. ¿Las caídas son un problema importante durante la vejez? (Si) (No)
5. ¿Cree que un paciente adulto mayor con alguna discapacidad puede realizar ejercicio? (Si) (No)
6. ¿El Realizar ejercicio beneficia la salud de los adultos mayores? (Si) (No)
7. ¿Usted lleva un control de su alimentación por semana? (Si) (No)
8. ¿Un adulto mayor que tenga una enfermedad (como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Artritis reumatoide, etc.) que esta en control y que lleva una vida normal esta enfermo? (Si) (No)
9. ¿Sabe las medidas para prevenir o controlar la diabetes mellitus? (Si) (No)
10. ¿Sabe las medidas para prevenir o controlar la presión arterial alta? (Si) (No)
11. ¿Considera que sus pies necesitan cuidados especiales? (Si) (No)
12. ¿Le gusta platicar y convivir con otras personas de su edad? (Si) (No)
13. ¿Cree que sea importante convivir con sus familiares, vecinos y amigos? (Si) (No)
14. ¿Cree que un adulto mayor debe divertirse? (Si) (No)
15. ¿Conoce algún programa sobre envejecimiento y sus cuidados? (Si) (No)
16. ¿Cree que sea de utilidad para un mejor envejecimiento el conocer este programa de cuidados? (Si) (No)