



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División De Estudios De Posgrado

Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF núm. 84 del IMSS de Chimalhuacán de enero a julio del 2015.

TESIS

Que para obtener el título de Médico Familiar

P R E S E N T A:
Josefina Martínez Peláez

DIRECTOR DE TESIS
Miriam García Vidal
Ana Lilia González Ramírez



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



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.

"EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA POR ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA EN LA UMF NUM. 84 DEL IMSS DE CHIMALHUACAN DE ENERO A JULIO DEL 2013"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JOSEFINA MARTINEZ PELAEZ

~~AUTORIZACIONES~~

~~DR. JUAN JOSÉ RAMÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. ROUVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~


**EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS
CON LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA POR
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA EN LA UMF NÚM. 84 DEL IMSS
DE CHIMALHUACÁN DE ENERO A JULIO DEL 2015.**

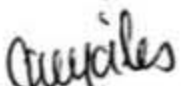
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. JOSEFINA MARTÍNEZ PELÁEZ

AUTORIZACIONES


DRA. MIRIAM GARCÍA VIDAL
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA
ADSCRITO A:
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.71 CHALCO
ASESOR DE TEMA DE TESIS


DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.78 NEZAHUALCOYOTL
ASESOR METODOLÓGICO


DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la gran bendición de vivir, mostrándome su amor en cada etapa de mi vida a pesar de los obstáculos y continuar creciendo profesionalmente.

A MI PADRE

Te dedico este trabajo como un logro más en mi carrera, que aunque ya no estás aquí por tu partida, has sido para mí un gran ejemplo de amor, honestidad, persistencia, ayuda hacia los demás, pero sobre todo el luchar por mis sueños.

A MI MADRE

El ser más maravilloso, de amor, dedicación, entrega, unión y espiritualidad, siendo un ángel en mi vida.

A MIS HERMANOS

Imelda, Elisa; mis más grandes y mejores amigas que me haya tocado en esta vida; Raúl, Rubén, Benjamín; quienes son excelentes hermanos, por contar con ese amor y unión que nos legaron mis padres.

A MIS SOBRINOS

Iván, Benjamín, Brenda, Josué, Fátima, María Jose, Valentina; gracias por darle a mi vida alegría.

A MIS ASESORES

Dra. Ana Lilia González R. y Dra. Miriam García V, por el apoyo a mi trabajo, la paciencia en el proceso de realización y motivación brindada, ya que sin ustedes no hubiese sido posible este trabajo.

DR. RENÉ SANTAELLA

A través de su ejercicio médico de amor y entrega hacia sus pacientes, ser mi guía teniendo la gran bendición de contar con su amistad.

GRACIAS

A todas las personas que indirectamente han sido un apoyo durante este tiempo.

RESUMÉN

La atención del anciano requiere de una evaluación integral las relaciones con las actividades de la vida diaria y controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor e independencia funcional e inserción en la familia y comunidad. El reto actual es la atención de pacientes con enfermedades articulares, con discapacidad, generando dependencia y pérdida de actividades básicas (ABVD) e instrumentadas de la vida diaria (ABIVD), ante modificaciones en la estructura muscular y articular. Por otra parte la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una de las principales escalas para evaluarla es el FACES III. **Objetivo.** Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo, observacional en la población geriátrica con enfermedad articular degenerativa en manos de la UMF 84 del IMSS **Resultados** En el grupo de mujeres; se corrobora la enfermedad articular en 26 (58%); dolor articular en 27 (57%), el sentimiento de inutilidad 23 (52%), depresión 42 (58%); en el grupo de hombres a 19 se le corrobora la enfermedad articular (42%); la presencia de dolor articular en 20 siendo el (43%) y el sentimiento de inutilidad en 21 (48%), depresión en 31 (43%). Empleando la escala de Katz se observó que el grupo de mujeres conservan su independencia funcional en una proporción de 48 (64%), con dependencia funcional en 19 (51%), en los hombres la independencia fue de 27 (36%), dependientes con 18 (49%). En escala de Lawton y Brody aplicada a pacientes geriátricos que valora autonomía física en las actividades instrumentadas de la vida diaria, encontramos resultados en independencia a 11 mujeres con 16%, en dependencia con 55 (85%), en 3 hombres el hallazgo fue hacia la independencia con un 7%, mientras que para la dependencia fue de 42 (93%) la percepción del paciente con limitación física ante el desarrollo de enfermedad articular degenerativa aplicando el instrumento de FACES III, que mide adaptabilidad y cohesión familiar, se encontró con Familias semirrelacionada con flexible (10); Familia Semirrelacionada con estructurada (9), Familia Relacionada con flexible (11), Familia Relacionada con estructurada (7),

Análisis correlación entre enfermedad articular degenerativa, con dolor articular $p < 0.0001$, sentimiento de inutilidad $p < 0.022$ y de depresión con $p < 0.007$, no encontrando correlación entre la enfermedad articular degenerativa con actividades que se dificulten $p < 0.059$. En el coeficiente de correlación rho de spearman, en la adaptabilidad del paciente con una $p < 0.523$, adaptabilidad familiar $p < 0.860$, en relación a la cohesión del paciente $p < 0.535$, cohesión familiar $p < 0.850$. Denota que la percepción del nivel de adaptación de las familias es similar en el paciente; como en el familiar, de igual forma lo es en la cohesión.

Conclusiones

La asociación de variables por medio de correlación lineal, OR con nivel de significancia $p < 0.05$ con 95%.

No hay ninguna fuente en el documento actual.

Índice	Página
Resumen.....	
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	6
Hipótesis.....	6
Objetivos.....	7
Tipo de estudio.....	7
Grupo de estudio.....	8
Tamaño de la muestra.....	8
Definición de variables.....	9
Aspectos Éticos.....	1
Recursos humanos, físicos y financiamiento.....	13
Resultados.....	14
Análisis.....	15
Discusión.....	21
Conclusión.....	22
Bibliografía.....	25
Anexos 1 Dictamen de autorización	26
2 índice Katz	27
3 Escala de Lawton y Brody	28
4 escala de FACES	29
5 Cédula de información	30
6 Carta de consentimiento informado	31

I.- ANTECEDENTES:

La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 30 años en promedio hace dos siglos, a más de 70 años hoy en día en los países industrializados y varios en desarrollo.

Al inicio del siglo XXI, en México la esperanza de vida al nacer, llegó a los 74 años de edad. Con más población geriátrica, viviendo más las enfermedades crónicas y las causas externas han desplazado a las enfermedades transmisibles como causa principal de defunciones.

El resultado es que hoy en día, las personas de más de 85 años de edad constituyen el grupo poblacional de más crecimiento, con aumento de 3 a 5% por año; la población de más años de edad, a una tasa de 2%, mientras que la población general en 1.3% por año.¹

La demanda de atención de los adultos mayores en Medicina Familiar se incrementará en promedio anual 3.64% en los próximos 40 años a partir del 2010. ¹

El proceso de envejecimiento expone a los individuos a mayores complicaciones de salud a lo largo de toda una vida, significa que mucha gente entra a la tercera edad ya con una salud crónicamente deteriorada.

Una larga vida debería ser el derecho de todos, pero hoy en México, la longevidad puede ser un arma de doble filo. Para los que son pobres, envejecer significa nuevas cargas y preocupaciones sobre la planeación de sus últimos días.¹

El contexto de la evaluación de la función socio familiar permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitarán cuidados permanentes o cuidados parciales. Tener un apoyo social disponible se asocia con una mejor autopercepción del estado de salud del paciente geriátrico. ¹

La pérdida de funcionalidad puede ser un indicador de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. También es un indicador de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida. ¹

La pirámide poblacional de México perderá su forma triangular, de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. En 1970 cerca de 50% de la población tenía menos de 15 años de edad. En 2000 sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años y cerca de 60% tenía entre 15 y 69 años. En 2010 se presenta una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como con una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños y niñas de 0 a 4 años de edad.

En el año 2000 la proporción de adultos mayores fue alrededor del 7%, se estima que 2020 incremente 12.5% y en 2050 a 28% de acuerdo a CONAPO.

Para el año 2030 México tendrá una población que se calcula en 130 millones, de los cuales 15 millones tendrán más de 65 años o sea el 13.8%. ²

El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible; lo que representa un desafío para el país y el sector salud.; debido a que población derechohabiente de los distintos sistemas de salud está envejeciendo.

El viejo en nuestra sociedad es el ser que más elementos tiene para caracterizarlo como un sujeto marginado. La marginación viene a ser una condición permanente de insatisfacciones como son: alimentación insuficiente, vivienda antihigiénica, insalubridad, bajo nivel de vida y con una capacidad mínima o nula.

En la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, el gobierno de México firmó el Plan Internacional de Acción sobre el envejecimiento (UN, 2002).

En México, el sistema de seguridad social, aún no ha alcanzado a proteger a la mayoría de la población, el resto de esta población queda bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud y asistencia y del D.I.F.

Existen más viejos, pero ahora los más viejos protegidos por una buena atención de salud y social harán que existan viejos más viejos, a estas circunstancias los demógrafos consideran a este fenómeno como una “segunda explosión” de la vejez.

Los cambios culturales en esta era moderna, más que por la civilización actual, está elevando al ser humano a edades sorprendentemente elevadas; este hecho por el momento aún no está suficientemente aclarado y es más ni siquiera para un futuro próximo. El envejecimiento también en parte es producido por el descuido en la falta de información para la conservación en la salud.

En los países industrializados, es de gran importancia considerar a las personas de más de 80 años a este grupo de sujetos con esta edad, se les llama “los más viejos” y ahora se les empieza a llamar el grupo de la 4ª Edad. Los grupos de esta edad comparados con los de 65 años ahora llamados adultos mayores, las condiciones de salud para ello serán más precarias, por lo tanto tendrán más enfermedades crónicas y más dependencias e invalideces, más necesidades de servicios médicos como son: consultas, visitas médicas, hospitalizaciones para padecimientos agudos y crónicos y finalmente asilos.

El ser humano antes de los 40 años tiene un índice de mortalidad bajo, pero éste se va duplicando cada 7 años. El anciano y anciana sana sin embargo, a partir de los 55 años, presenta dos veces más enfermedades agudas que los de menor edad y además con la característica, de tener un número mayor de días camas por hospitalización y convalecencia y consecuentemente una actividad restringida y mínima productividad. ²

La geriatría nace como respuesta al abandono de pacientes ancianos, la mayoría reclusos, postergados y olvidados en cama de hospitales para enfermos crónicos; Sin embargo se vio que muchos de estos pacientes ancianos y ancianas, tenían muchas posibilidades de tratamiento, de curación y que la cronicidad de su enfermedad e invalidez estaba en la carencia de una atención médica oportuna y adecuada.²

La desatención de los problemas puede llevar rápidamente a una pérdida de función y la población de adultos mayores puede hacerse rápida e innecesariamente dependientes.³

El temor a la discapacidad es mayor que su incidencia, y si no se controla, este temor puede perjudicar el estilo de vida de una persona.³

La dedicación a un envejecimiento permite a los/las adultos mayores conseguir el máximo de su potencial humano y disfrutar de la “edad de oro”.³

La ansiedad y el temor por los problemas de salud aumentan a medida que las personas envejecen.

El mejor antídoto para dichos temores es proporcionar información exacta, educación y tranquilidad en relación con los problemas de salud, muchos de ellos tratables, y fomentar la dedicación a una vida lo más activa plena posible.³

La Organización mundial de la Salud (Yach et al., 2004), estima que para el año 2020 los padecimientos crónicos junto con los desordenes de salud mental y las lesiones representarán 70% de las necesidades de salud en países como México.

Uno de tres adultos mayores tiene artritis. Una de cada cinco personas de 65 años y más, tienen alguna dificultad con las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, comer, caminar, acostarse y levantarse).³

Geriatría del griego geron = vejez y tria = curación; parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades.

Gerontología del griego geronto = anciano y logos = tratado, estudio científico de la vejez y los fenómenos que la caracterizan.

Geriatría es la medicina de los viejos; se dedica a la atención de su salud, previene sus enfermedades, la diagnóstica y las trata, indica su rehabilitación y hace su seguimiento dentro de un contexto socioeconómico.

Gerontología estudia el fenómeno de la vejez en toda su universalidad, como son las biológicas, las psicológicas y las socioeconómicas del ser humano.³

La atención del anciano requiere de una evaluación integral las relaciones con las actividades de la vida diaria y funcionalidad. Requiriendo de atención multidisciplinaria, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor e independencia funcional e inserción en la familia y comunidad. No sólo se debe a un problema médico sino a cambios propios del envejecimiento a los que se agregan factores sociales y psicológicos.

El reto actual es la atención de pacientes con enfermedades como articulares, acompañándose frecuentemente con discapacidad, generando dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD), además del alto costo de atención.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI), herramienta fundamental para práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar a cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico.

La atención de adultos mayores se ha dado desde siempre, pero se ha observado que con la valoración geriátrica integral se identifican factores los problemas susceptibles de mejorar y permite diseñar las estrategias para optimizar la condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor. El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuentemente asociado con la edad, Es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad.

Se debe valorar la funcionalidad del paciente para las ABVD y detectar si la pérdida es aguda o crónica; se recomienda utilizar la escala de Katz (tiene 6 elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de la vida que refleja una organización primaria biosocial del individuo, independientemente de sus influencias externas.

La valoración de la situación funcional puede ser realizada con apoyo de enfermería o fisioterapeuta. Se debe realizar dicha valoración para detección de paciente geriátrico en riesgo de complicaciones.

Cuando se detecte limitación para las ABVD en un paciente hospitalizado al estabilizarse iniciar un programa de rehabilitación reacondicionamiento físico y continuarlo a su egreso. Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva del paciente anciano/anciana. La pérdida de estas actividades incrementa la sospecha de deterioro cognoscitivo o depresión.

La dependencia en alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

Si al utilizar la escala de Lawton y Brody un paciente presenta menor rendimiento funcional o incapacidad funcional, tiene mayor riesgo de muerte en los próximos 2-5 años. Se recomienda en toda valoración geriátrica inicial evaluar la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria; utilizando escalas validas como la de Lawton y Brody.⁴

Las enfermedades reumatológicas son la causa del 45% de las causas de incapacidad físicas de la persona de edad mayor a 65 años, por lo cual se ha observado que con el envejecimiento se van a producir una serie de modificaciones en las estructuras musculares y articulares. ⁴

Las enfermedades articulares degenerativas (EAD) son frecuentes en los pacientes adultos mayores de 65 años ya que al examen físico se presenta hasta en un 45 a 70% además de referir que en un 11% de la población geriátrica necesita asistencia para alguna actividad de la vida diaria ⁵

La National Health Institute de Estados Unidos, la Osteoartritis se define como una enfermedad degenerativa del cartílago articular de etiología diversa, la cual se caracteriza por la progresión mono articular u oligoarticular lenta que da por resultado la pérdida de la función articular como consecuencia de la rotura articular. El cartílago hialino carece de vascularización e inervación y está anclado en el hueso subcondral, permitiendo el deslizamiento de las superficies articulares, previene las abrasiones facilitando el acoplamiento ayudando a que la fricción se difunda en la superficie, los cambios patológicos que se observan en esta entidad clínica en la sinovial es engrosamiento y cambios inflamatorios, osteofitos, esclerosis subcondral, quistes óseos osteoartríticos, roturas, ulceraciones cicatrices y endurecimiento del cartílago articular.⁶

La exploración de estas articulaciones nos revela crepitación, disminución de los arcos de movilidad de la articulación afectada con dolor, esta afectación se puede observar en cadera, rodillas, columna lumbar, en las articulaciones interfalángicas distal (nódulos de Heber) y en las articulaciones interfalángicas proximales (nódulos de Bouchard).

En los estadios iniciales de la artrosis, la membrana sinovial si llegue siendo normal, con el paso del tiempo se llega a observar la reacción sinovial inespecífica con la fibrosis del tejido sinovial y capsular, las manifestaciones clínicas pueden ser una deformidad articular secundaria a la reacción osteofítica agravada por la desalineación o subluxación, los derrames articulares y las crepitaciones son habituales la articulación de rodillas secundario a factores mecánicos, la limitación de la movilidad de debe a contractura musculares y los topes articulares provocados por los osteofitos que limitan la libre movilidad de las articulaciones, las contracturas dan lugar a posturas defectuosas difíciles de corregir sin tratamiento quirúrgico, las artrosis de la interfalángicas distales se observan quistes subcutáneos.⁸

Factores de riesgo que se deben de considerar para la aparición de la osteoartrosis son: la edad, sexo en donde la mayor incidencia es en la mujer siendo más frecuente a partir de la menopausia, la raza, clima, condición social, herencia, traumatismo previo o micro traumatismos reiterados ya que determinan una compresión excesiva al cartílago favoreciendo a las lesiones artrósicas, la obesidad. ⁹

El envejecimiento siempre ha existido, sin embargo el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. ¹⁰

Los adultos mayores son personas de 65 años o más, incluye a una población de amplio espectro de edades, estados de salud y capacidades generales. ¹⁰

En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles, los progresos de la nutrición y de los niveles de vida han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que se ha traducido en un aumento tanto de la cantidad como de la proporción de ancianos en la mayoría de los países. ¹⁷

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace que su manejo sea más complejo, requiriendo un mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial y obliga a la incorporación de atención especializada en este grupo de edad en el sistema institucional. ¹⁷

Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos sobre todo en los altamente desarrollados además del aumento de personas de edad avanzada se ha incrementado el número de los muy viejos y de los débiles.

Envejecimiento de la población se refiere al número o porcentaje de la población vieja que existe en la población total de un país o comunidad. ²⁰

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. En el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. ²¹

Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad, que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacionen con ella o reflejen una alteración en la dinámica de la misma. Una de las principales escalas para evaluar la funcionalidad familiar es la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). En 2009 se realizó un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, con el propósito de contribuir a una mayor claridad, respecto de los aspectos del funcionamiento familiar susceptibles de ser abordados por FACES III, se aplicó el cuestionario a 785 padres y 600 adolescentes y posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, concluyendo que la aplicación del FACES III es recomendado para determinar el grado de funcionamiento familiar. ²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El grupo de adultos mayores se ha incrementado en forma importante y se espera que los próximos 50 años aumente más de un tercio de la población total, por lo que evaluar las características de la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad articular degenerativa.

Será importante para atender a este grupo poblacional que también ha incrementado en la demanda de atención médica.

Las características epidemiológicas que presenta el adulto mayor son diferentes y exclusivas, poco se ha estudiado como especialidad mucho menos con programas de actualización a los médicos de primer contacto y en segundo nivel además de no contar con los espacios para su atención de igual forma hay pocos médicos interesados en la especialidad (Geriatría) por lo que lleva a plantearnos

Pregunta de investigación:

¿Cómo es la funcionalidad familiar de los pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN:

Las estadísticas de la OMS existe un incremento considerable de población adulta mayores.

En los próximos años y esta tendencia es a nivel global; En América Latina y México en particular no escapa a esta realidad; De acuerdo a la OMS en América habrá 200 millones de adultos mayores en 2020 y considerando el Censo de población mexicana de 60 años y más asciende a 10, 055,379 personas, lo que significa el 9.06% de la población total del país según lo referido en el INEGI.

El mayor número de adultos mayores implica la presencia de enfermedades crónico – degenerativas en mayor proporción y dentro de las cuales vamos identificar a la DM, HTAS y la enfermedad articular degenerativa implica para el paciente un enorme reto para su vida diaria e incluso la mayoría de las veces lo vuelve dependiente de la familia y de ahí la importancia de “Evaluar la limitación de las actividades básicas de la vida diaria del paciente con enfermedad articular degenerativa y su impacto en la funcionalidad familiar”.

HIPÓTESIS:

Por ser un tipo de estudio descriptivo, observacional no lleva hipótesis, se realiza con fin de aprendizaje una hipótesis de trabajo

La funcionalidad familiar se encuentra alterada en los pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Conocer los aspectos demográficos de la población geriátrica.
- Identificar la funcionalidad familiar de la población geriátrica con enfermedad articular degenerativa.
- Identificar la funcionalidad física de las actividades instrumentadas básicas de la vida diaria (AIBVD) en población geriátrica.
- Identificar la funcionalidad física de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en población geriátrica.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó el estudio: En la UMF 84, IMSS Ubicada en Chimalhuacán.

Se realizó el estudio en pacientes de población adscritos a la UMF IMSS en Chimalhuacán con los siguientes criterios de inclusión y exclusión que aceptan participar en el protocolo de estudio previa información de 01 Enero a 30 Julio 2015.

Población: Paciente Adultos Mayores que cursen con una patología articular degenerativa, de género indistinto que acepten participar en el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

- Transversal: No se hace seguimiento, las variables son medidas una sola vez.
Por la presencia de un grupo control.
- Estudio descriptivo: se estudia solo un grupo no se hacen comparaciones.
Por la dirección del análisis:
- Abierto: el investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y el resultado de las variables de resultado.
- Prospectivo: se planea a futuro. La información se recolecta en cuestionarios u hojas de captura

GRUPOS DE ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Paciente geriátrico de 60 años a 90 años
- Acepte la participación en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artritis reumatoide
- Deterioro cognitivo (Demencia)
- Sin familiar acompañante

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Baja del sistema
- Cambio de domicilio
- Defunción del paciente

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula utilizada para Poblaciones finitas:

En donde: n =Tamaño de la muestra. Z =Nivel de confianza (95%)=1.96 p =probabilidad a Favor (0.5)

q =probabilidad en contra (e=error de estimación (0.9) 1 =.0016 N =universo (7000)

Sustituyendo la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(7000)}{(7000)(0.10)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 94$$

Considerando un 20% de pérdidas la muestra es de 112 pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable Independiente: Género, Edad, Osteoartrosis, Nódulos de Heberder.

Variable Dependiente: Limitación de las actividades básicas de la vida diaria.
Funcionalidad familiar.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de mediación	Unidad de medición
Género	Se refiere a la división del género humano en dos grupos femenino y masculino	Se refiere a la división del género humano en dos grupos femenino y masculino	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenina
Edad	Tiempo que ha vivido una persona generalmente se cuenta en años.	Años cumplidos años o meses	Cuantitativa	Continua	Numérica
Artrosis de mano	Enfermedad degenerativa de las articulaciones y produce el desgaste del cartílago.	Si se presenta o no	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. No 2. Si
Nódulos Heberder	Están por formados por osteofitos que aparecen en las articulaciones. Interfalángicas distales. Afectan de forma simétrica a ambas manos y provocan una discreta limitación de la extensión de la articulación.	Se presenta sí o no	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. No 2. Si

Escala de Katz	Funcionalidad del paciente para las ABDV y detectar si la pérdida es aguda o crónica.	Puntaje	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> A. Independiente en todas las actividades. B. Independiente en todas excepto una. C. Independiente en todas excepto en bañarse y otra función adicional. D. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse y otra función adicional. E. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional. F. Independiente en todas excepto en bañarse, vestir, uso del retrete, movilidad y otra función adicional. G. Dependiente en las seis funciones Otro: dependiente en al menos dos funciones, pero sin ser clasificable como C, D, E o F.

Escala de Lawton	Mide la funcionalidad de las AIVD	Puntaje	Cualitativa	Nominal	<p>A. 8 puntos (independiente).</p> <p>B. 8-20 (cierta ayuda).</p> <p>C. Más 20 (mucha ayuda).</p>
Escala de Faces III	Escala evalúa dos dimensiones del modelo del sistema familiar la cohesión y flexibilidad familiar.	Cohesión adaptabilidad familiar	Cualitativa	Nominal Plurinominal	<p>A. 10 a 34 no relacionada.</p> <p>B. 35 a 40 semirrelacionada.</p> <p>C. 41 a 45 relacionada.</p> <p>D. 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida.</p> <p>E. 20-24 estructurada.</p> <p>F. 25-28 flexible.</p> <p>G. 29-50 caótica.</p>

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se solicitó la autorización de la Directora de la UMF 84 para la realización de una investigación en la unidad médica

Se procedió a realizar la selección de adultos mayores en un período de 01 Enero 2015 al 30 Julio 2015, en el cual se solicitó consentimiento informado para la inclusión en la investigación, se procedió al llenado de una cédula socio demográfica, se realizó una valoración clínica en la cual se emplea la escala de Katz (ABVD), la escala de Lawton y Brody (AIVD), aplicación de escala de Faces III al paciente y a su cuidador

Se realizó un análisis descriptivo de las variables

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

- a) Forma de captura y validación de la información en la computadora
Se utilizó equipo de cómputo de la U. M. F. no. 84 que cuenta con el sistema de información en medicina familiar (SIMF).
Se extrajo información de las notas médicas de pacientes en edad geriátrica que contenga los siguientes datos: edad, género,
Método para captar la información: Los datos obtenidos se capturó en la base de datos mediante método computacional. SPSS v22/PC en español, que se revisó periódicamente para la valoración de la calidad de la captura de los datos con apoyo de los asesores.

Forma en la que se describirán los datos.

Se realizó una base de datos para la organización de los resultados.

Pruebas estadísticas a utilizar.

Se realizó un análisis descriptivo de variable, las cualitativas serán resumidas con proporciones y frecuencias, las cualitativas con media, moda, mediana y desviación estándar como medida de dispersión. Para la asociación de variables se utilizó correlación lineal, transformaremos los cuestionarios en cuantitativos para la correlación, OR con nivel de significancia $p < 0.05$ con 95% de sensibilidad

ASPECTOS ÉTICOS:

Se anotó los aspectos éticos se solicitó consentimiento escrito de participación.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Además de todos los aspectos arriba señalados en cuanto al cuidado de que se tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes, se debió hacer una declaración escrita de que se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

- Factibilidad: El estudio es factible, ya que se cuentan con los recursos necesarios para su realización.
- Viabilidad: Es viable ya que alude a un problema de salud que requiere diversas investigaciones para su comprensión y modificación, aunado a que no transgrede la legislación en materia de investigación en seres humanos: Ley General de Salud y su Reglamento.
- Autonomía o Derecho a la Autodeterminación, a cada participante, se le informará: sobre el estudio y se les explicará que están en su derecho de participar o no respondiendo las preguntas del cuestionario.
- Derecho a la intimidad: Se le informará a cada participante que tienen el derecho de reservarse algunas respuestas que le resulten incómodas o molestas.
- Derecho al anonimato y a la confidencialidad: Se les asegurará que en ningún momento será revelado su nombre a menos que ellos lo decidan y que la información proporcionada será utilizada específicamente para la realización del estudio en cuestión, ya que la información está vinculada a los participantes, pero la naturaleza de la información es tal que, razonablemente no se esperaría que su revelación pudiera causar daño y si ella lo decide, puede ser utilizada para canalizarla a servicios de apoyo.
- Consentimiento informado: A cada participante, se le dará a conocer la carta de consentimiento informado y/o asentimiento según el caso, donde se le explica el objetivo del estudio, así como las molestias que le puede ocasionar y los beneficios posibles y se le solicitará que firme la carta de consentimiento.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO:

Humanos: se solicitó apoyo por parte de la Directora de la Unidad de Medicina Familiar 84.

Se uso lápiz, papel, computadora, copias, cuaderno e instrumentos de evaluación: Funcionamiento familiar como lo es FACES III, la escala de Katz, escala de Lawton y Brody, consentimiento informado y hoja de datos socio demográfico.

RESULTADOS

Se realizó en este estudio la evaluación de la funcionalidad física en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS de Chimalhuacán, de enero 2015 a julio del 2015; observándose el género femenino una frecuencia de 67 (60%) siendo en género masculino 45 (40%).

En cuanto a la escolaridad del paciente encontramos una mayor proporción en educación primaria 45 (40%), en menor frecuencia nivel secundaria con 2 siendo el 2%. En el mismo estudio la escolaridad del familiar con asiduidad de 36 en nivel licenciatura (32%), siendo menos frecuente pacientes que sólo saben leer y escribir con 5 (4%). Tabla 1

En el análisis estadístico de medidas de tendencia central se observó en la edad de población de estudio una media de 70, mediana de 70, la moda con 60, teniendo una desviación estándar \pm de 7 años.

Tabla 1 Frecuencia del género, escolaridad de paciente y familiar del estudio, evaluar la funcionalidad en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS de Chimalhuacán.

	N 112	
	Frecuencia	Proporción %
Género		
▪ Masculino	45	40
▪ Femenino	67	60
Escolaridad Paciente		
▪ Analfabeta	33	29
▪ Sabe leer y escribir	32	29
▪ Primaria	45	40
▪ Secundaria	2	2
Escolaridad Familiar		
▪ Sabe leer y escribir	5	4
▪ Primaria	16	14
▪ Secundaria	34	30
▪ Bachillerato	20	17
▪ Licenciatura	36	32

Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

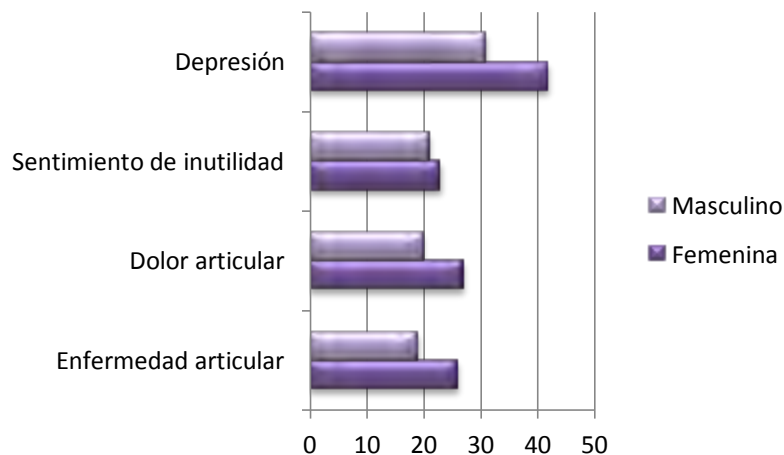
En el grupo de mujeres; se corroboró la enfermedad articular en 26 (58%); dolor articular en 27 (57%), el sentimiento de inutilidad 23 (52%), depresión 42 (58%): en el grupo de hombres a 19 se le corrobora la enfermedad articular (42%); la presencia de dolor articular en 20 siendo el (43%) y el sentimiento de inutilidad en 21 (48%), depresión en 31 (43%). Tabla 2 y gráfico 2

Tabla 2 Enfermedad Articular Degenerativa, dolor articular, actividades que se le dificultan, sentimiento de inutilidad, depresión en población geriátrica de la UMF 84

	n-112			
	Femenino		Masculino	
	si	%	Si	%
Enfermedad articular	26	58	19	42
Dolor articular	27	57	20	43
Sentimiento de inutilidad	23	52	21	48
Depresión	42	58	31	43

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

Gráfico 2 Enfermedad Articular Degenerativa, dolor articular, actividades que se le dificultan, sentimiento de inutilidad, depresión



FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

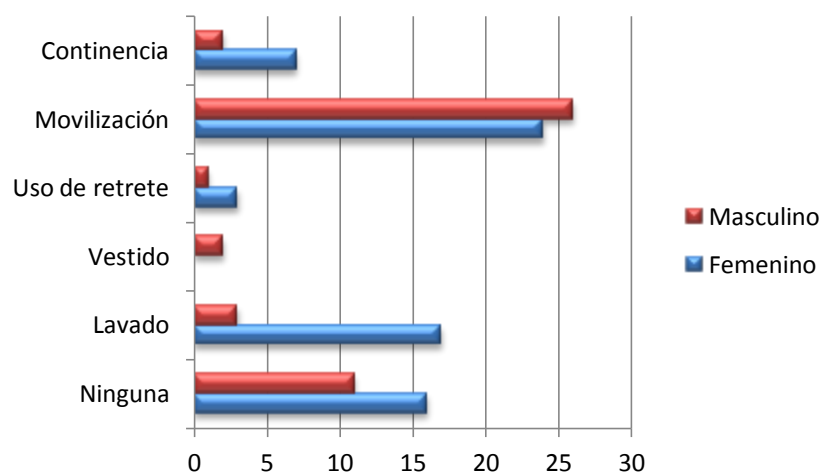
En el grupo femenino, se obtuvo en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) escala de Katz que nada se le dificulta: 16 (59%); lavado 17(85%); la actividad que no presento dificultad fue el vestido; retrete 3 (75%); movilización 24 (48%); continencia 7 (78%); referente al grupo de masculino en las actividades del cuestionario de ABVD, se observo: que no se le dificulto actividad fue del 11(41%); 17 (85%) Lavado, 3 (15%); Vestido 3 (15%); retrete 1 (25%); Movilización 26 (52%); Continencia 2 (22%). Tabla 3.

Tabla 3 ABVD que se les dificulta a pacientes de 60 a 90 años de edad de la UMF Núm. 84 del IMSS

	n-112			
	Femenina		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna	16	59	11	41
Lavado	17	85	3	15
Vestido	0	0	2	100
Uso de retrete	3	75	1	25
Movilización	24	48	26	52
Continencia	7	78	2	22

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

Gráfica. 3 Actividades que se les dificulta a pacientes de 60 a 90 años de edad



FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

Se realizó prueba no paramétrica en la cual se encontró una correlación entre enfermedad articular degenerativa, con dolor articular $p < 0.0001$, sentimiento de inutilidad $p < 0.022$ y de depresión con $p < 0.007$, no encontrando correlación entre la enfermedad articular degenerativa con actividades que se dificulten $p < 0.059$.

Es decir que la presencia de enfermedad articular degenerativa no va a condicionar la limitación física de actividades de la vida cotidiana, como lo es el vestido, uso de retrete, movilización, continencia y lavado.

En escala de Lawton y Brody aplicada a pacientes geriátricos que valora autonomía física en las actividades instrumentadas de la vida diaria, encontramos resultados en independencia a 11 mujeres con 16%, en dependencia con 55 (85%), en 3 hombres el hallazgo fue hacia la independencia con un 7%, mientras que para la dependencia fue de 42 (93%) Tabla 4

Tabla 4 Escala de Lawton y Brody aplicada a pacientes geriátricos de 60 a 90 años; UMF 84

	n-112			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	si	%
Independiente	11	16	3	7
Dependiente	55	82	42	93

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

Empleando la escala de Katz se observó que el grupos de mujeres conservan su independencia funcional en una proporción de 48 (64%), con dependencia funcional en 19 (51%), en los hombres la independencia fue de 27 (36%), dependientes con 18 (49%). Tabla 5

Tabla 5 Escala de Katz aplicada a paciente geriátrico de de 60 a 90 años; UMF 84

	n-112			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Independiente	48	64	27	36
Dependiente	19	51	18	49

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio2015; UMF 84 IMSS

Se observó en la aplicación de las escalas de Katz (actividades básicas de la vida diaria), Lawton y Brody (Actividades básicas instrumentadas de la vida diaria), una frecuencia de dependencia física en 2 pacientes geriátricos; se encontró en estado de independencia física a 62 pacientes geriátricos. Se observó que hay un número de pacientes (35) sin la presencia de la dependencia física en escala de Lawton y Brody; con una prueba positiva para la presencia o desarrollo de la dependencia según Katz, en su contraparte la presencia de pacientes dependientes (12) en la escala de Lawton y Brody, con independencia físicas según Katz Tabla 6

Tabla 6. Análisis de escala de Katz con escala de Lawton y Brody

Escala de Katz	Escala de Lawton y Brody	
	Dependiente	Independiente
Dependiente	2	35
Independiente	12	62

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

En la aplicación Faces III de la percepción del paciente sobre su familia

En tipificar a la familia empleando FACES III, se observa que en 20 pacientes geriátricos con problema articular en algún grado de limitación física se ubica en No relacionada-Rígida es decir tiene una baja cohesión y adaptabilidad, la percepción del paciente con limitación física por enfermedad articular degenerativa, hace notar a 11 familias en aglutinada y caótica con una alta cohesión y adaptabilidad; ubicándolas en familias extremas

Continuando con la percepción del paciente con limitación física ante el desarrollo de enfermedad articular degenerativa se ubican a Familia semirelacionada con flexible (10); Familia Semirrelacionada con estructurada (9), Familia Relacionada con flexible (11), Familia Relacionada con estructurada (7), esto propone que las familias se encuentran con un balance ya que al ser funcional; ante la presencia de un evento crítico, tiene la capacidad de desplazarse sin modificar su nivel de cohesión y adaptabilidad Tabla 7

Tabla 7 FACES III en paciente geriátrico de 60 a 90 años con enfermedad articular degenerativa de UMF 84

Adaptabilidad	Cohesión			
	No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
↑ Caótica	2	3	5	11
↓ Flexible	4	10	11	5
Estructurada	8	9	7	3
Rígida	20	10	3	1

FUENTE: Período comprendido del mes enero a julio 2015; UMF 84 IMSS

Al emplear FACES III, para tipificar a la familia visto desde la percepción del familiar del paciente geriátrico con enfermedad articular degenerativa con limitación física se encontró a Familia No relacionada con Rígida (21); una baja cohesión y adaptabilidad, se observaron a 10 familias en aglutinada con caótica con una alta cohesión y adaptabilidad; ubicándolas en familias extremas.

En la percepción del familiar del paciente con limitación física ante el desarrollo de enfermedad articular degenerativa se ubico a Familia semirelacionada con flexible (9); Familia Semirelacionada con estructurada (15), Familia Relacionada con flexible (9), Familia Relacionada con estructurada (5), Tabla 8

La percepción del paciente y del familiar coincide en el nivel o grado de adaptabilidad y cohesión de su familia, según Faces III

Tabla 8 Faces III Familiar en paciente geriátrico de 60 a 90 años con enfermedad articular degenerativa de UMF84.

	Adaptabilidad	Cohesión			
		No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
↑	Caótica	2	8	4	10
	Flexible	5	9	9	4
	Estructurada	14	15	5	1
↓	Rígida	21	3	1	1

FUENTE: Período comprendido del mes enero julio 2015; UMF 84 IMSS

En el coeficiente de correlación rho de spearman, en la adaptabilidad del paciente con una $p < 0.523$, adaptabilidad familiar $p < 0.860$, en relación a la cohesión del paciente $p < 0.535$, cohesión familiar $p < 0.850$. Denota que la percepción del nivel de adaptación de las familias es similar en el paciente; como en el familiar, de igual forma lo es en la cohesión.

DISCUSIÓN

La osteoartrosis degenerativa es una patología frecuente en pacientes mayores de 65 años a nivel mundial, en el artículo Evaluación de la funcionalidad en el paciente con osteoartrosis degenerativa la media de la edad fue de 68.65, $DE \pm 12.15$, en comparación con nuestro estudio la media fue de 70 años con un $DE \pm 7$. En la escolaridad del paciente Gaspar-Carrillo menciona que la media fue de 6.23 años de estudio. En nuestro estudio se asemeja a lo publicado.

Entre el género de mayor frecuencia es el femenino 67 (60%) y siendo menor el género masculino 45(40%), encontrándose similitud con lo ya reportado.

En relación a las escalas utilizadas en este estudio como son Lawton y Katz se observa una diferencia estadística significativa en cuanto a su funcionalidad resultando independientes en la población de Chimalhuacán no así en el estudio publicado donde las personas son dependientes.

Basado en el resultado de este estudio y tomando en cuenta que las medidas de evaluación funcional constituyen un fuerte predictor de la morbimortalidad en la OAD se encontró que a mayor edad del paciente menor grado de funcionalidad, lo cual es coincidente en reporte revisado, donde la inmovilidad es uno de los indicadores más sensibles en los y las pacientes geriátricos.

De acuerdo a la OMS el dato más importante para medir discapacidad en estos pacientes son las actividades de la vida diaria, donde en este estudio se evaluó la funcionalidad basándose en pruebas que emplean estas funciones.

Concordamos con estudio publicado que la inmovilidad es uno de los indicadores más sensibles en los pacientes geriátricos con dolor.

En nuestro estudio, se encontró que la depresión puede provocar en el paciente aptitudes negativas que favorecen un mayor grado de limitación en las actividades básicas de la vida diaria.

Este trabajo pone las bases para seguir explorando esta variable (inmovilidad), con mejores instrumentos, con lo que sin duda podemos ofrecer mejores respuestas a los pacientes con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa.

En la literatura revisada no encontramos artículos que muestren la funcionalidad familiar ligada a limitación de la funcionalidad física en pacientes geriátricos con enfermedad articular degenerativa, se observó que la percepción que tiene el paciente geriátrico en cuanto a la cohesión y adaptabilidad familiar es semejante a la percepción del familiar. Indicando que las familias se encuentran en balance ya que al ser funcional, ante la presencia de un evento crítico, tiene la capacidad de desplazarse sin modificar su nivel de cohesión y adaptabilidad según Faces III.

CONCLUSIÓN

Los pacientes adultos mayores con enfermedad articular degenerativa presentan mayor limitación de movilización.

Nuestros resultados no mostraron una relación entre la limitación de las actividades básicas de la vida diaria y dependencia funcional; pero sí con la depresión.

Además es importante buscar otras posibles causas en las actividades negativas del paciente, así como comorbilidades y terapia farmacológica.

Esto resulta importante, debido a que la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado y con ello la posibilidad de presentar discapacidad funcional secundaria a osteoartritis.

Lo cual conlleva a un problema de salud pública por el impacto que puede tener sobre la calidad de vida de estos enfermos.

La pérdida de funcionalidad puede ser un indicador de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. También es un indicador de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida.

El contexto de la evaluación de la función socio familiar permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitarán cuidados permanente o cuidados parciales.

Tener un apoyo social disponible se asocia con una mejor autopercepción del estado de salud de paciente geriátrico.

SUGERENCIAS

En la consulta de medicina familiar estamos viendo que cada vez es mayor el número de pacientes geriátricos por lo tanto el médico debe de tener las competencias y habilidades necesarias para aplicar una evaluación geriátrica para un manejo integral e identificando factores de riesgo del paciente geriátrico, con la finalidad de mantener la funcionalidad física al realizar sus actividades básicas de la vida diaria, de esta forma llegaríamos aún envejecimiento exitoso donde el paciente o la paciente tenga una independencia en sus actividades cotidianas.

Teniendo en cuenta a su vez que la familia es la piedra angular para el proceso del envejecimiento.

Fortalecer la capacitación del médico familiar en programas geriátricos y de actualización, siendo este el que interviene en la atención de adulto mayor.

Fortalecer en cada unidad de medicina familiar la atención integral del adulto mayor de acuerdo a sus necesidades y requerimientos propios de la edad, por medio de programas ya establecidos como GeriatrIMSS (Plan Geriátrico Institucional) el cual es una respuesta al proceso de envejecimiento de la población en crecimiento; además de contar con envejecimiento activo y saludable con el fin de mantener la autonomía e independencia y promoviendo su participación y presencia en la sociedad.

Reforzar el desarrollo de la investigación clínica en este ámbito para una atención diferenciada en el adulto mayor.

Empoderar al paciente para la continuidad de su manejo en la consulta médica haciendo de su conocimiento que la educación e información de cómo aprender a cuidar su salud, los hábitos saludables y prevención de enfermedades son tan importantes como buscar atención médica cuando esté enfermo; permitiendo una forma de vida saludable y anticipar situaciones que puedan dañarla.

Por medio de programas institucionalizados que incluyen actividad física, salud bucal, prevención de violencia familiar, prevención de adicciones, entrenamiento para prevenir envejecimiento cerebral, sexualidad y entorno social y familiar.

De tal forma se vea reflejado en una disminución de complicaciones secundario a comorbilidades del paciente adulto mayor, mejorando su calidad de vida y la de su familia llevándonos todo esto a un envejecimiento saludable.

VIII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (2015)

	2014									2015									2016		
	Mar	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago	Sep.	Oct.		Enero a Julio				Oct.	Nov	Dic.	Ene	Feb	Marzo Agosto	Sept Oct	Nov- Febrero
Pregunta de investigación	X	X																			
Redacción protocolo			X	X																	
Revisión por comité local					X	X															
Aceptación del comité						X	X	X													
Registro obtenido CCIES								X													
Recolección de datos									X	X	X	X	X								
Análisis Estadístico													X	X	X	X	X	X			
Elaboración gráficas																X	X	X			
Redacción de tesis																		X	X	X	
Envío a Depto. MI																				X	X
Redacción artículo																					X
Publicación artículo																					X

BIBLIOGRAFÍA:

1. Viniestra Osorio, Torres Arreola, Valenzuela Flores Rábago Rodríguez Díaz Ramos, Gutiérrez Aguilar, et.al, ISBN-9786077790464 Guías Prácticas, Clínicas. Geriátría IMSS 2012;(Vol. 1):3-28.
2. Lozano Cardoso. Introducción a la Geriátría. Méndez Editores 2008; 3-M. Burke, B. Walsh. Enfermería gerontológica. Harcourt Brace 1998; 1-4
3. Hyver de las Deses, Gutiérrez Robledo. Geriátría. Manual Moderno 2ªEdición 2009; 3-9.
4. Millán C. Principios de Geriátría y Gerontología. McGraw Hill Interamericana 2006; Cap. 19: 507-514.
5. Seth C. Diagnóstico y tratamiento en geriatría. El Manual Moderno 2005; 268-269.
6. Guillén L, Pérez del Molino M. Síndrome y cuidados en el paciente Geriátrico. Masson 2001; 396-401.
7. Rodríguez R. Práctica de la Geriátría. McGraw Hill Interamericana
8. 2007; 269-266.
9. Torrentera Canul M. Osteoartritis: enfermedad articular degenerativa. En: Rodríguez R. Práctica de la Geriátría. McGraw Hill Interamericana 2007; 625-635.
10. Mata R, Ceballos A. Actuación rehabilitadora al paciente geriátrico. Asociación LICALA; 2005; 82-90.
11. R.Rodríguez, J.Morales, J.Encinas, Z.Trujillo, C D' hyver. Geriátría. McGraw-Hill interamericana Interamericana 1999; 3-4.
12. T.J.M Van der Cammen, G.S.Rai, A.N. Exton-Smith. Manual clínico de geriatría. El Manual Moderno 1994; 217-219.
13. Jorge A. Reyes Guerrero y Sara Aguilar Navarro. Evaluación Geriátrica Global. El Manual Moderno 2000; 38-39.
14. William R. Hazzard, MD. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Mc Graw Hill 2009; 1411-1416.
15. Daniel J. brauner, Leif B. Sorensen, Michael H. Ellman. Geriatric Medicine 2002; 574-576.
16. Rene Cailliet MD. Síndromes dolorosos Mano 1999; 250-256.
17. Angles-Castellanos M, Becerril C, Cervantes G, Rojas-Granados A, Salgado-Delgado R, Escobar C. Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). Rev Fac Med UNAM; 54(2): 33-40. 2011.
18. Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate- Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(6):448-457.
19. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Boletín Epidemiología del Sistema Único de Información. Vol. 23 (9): 4-43. Marzo 2006.
20. Bayarre H, Pérez J, Menéndez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la Tercera Edad. Geroinfo. RNPS 2110; 1(3). 2006.
21. Apolinar M. Miguel F. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Méx. DF.
22. Vanina S y Cols. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología 2009; 3(2): 30-36.
23. Gaspar C. Sandra, Uriah M. Guevara-López, Covarrubias G. Alfredo, Leal G. Leticia, Trejo A. Bertha. Evaluación de la funcionalidad en el paciente con osteoartrosis degenerativa. Anestesiología. Vol. 30 (1): 20-25. Enero 2007.

ANEXOS

Anexo 1

 	Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	
---	---	---

"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401
H. GRAL. REGIONAL 196-FIDEL VELEZ, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **30/10/2014**

DR. JOSEFINA MARTINEZ PELAEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por enfermedad articular degenerativa en la UMF Núm. 84 del IMSS De Chimalhuacan de enero a julio del 2015.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1401-36

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA DE LA LUZ GÓÑEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

IMSS
MEJORA Y SALUD PARA TODOS

Anexo 2

FUNCIONALIDAD: Índice de Katz
(I= Independiente D= Dependiente)

1. Bañarme I. Sólo o con ayuda para lavarse una parte del cuerpo. D. Ayuda para entrar al baño; lo baño	
2. Vestirse I. Se viste totalmente sin ayuda D. No se viste solo	
3. Retrete I. No necesita ayuda D. Con ayuda, orinal o cómodo	
4. Movilidad I. Entra y sale de la cama D. No puedo solo	
5. Continencia I. Control de esfínteres D. Control parcial, enemas, sondas, orinal y/o cómodo	
6. Alimentación I. Lleva la comida del plato a la boca D. Necesita ayuda, sondas	
Letra	

Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in the development of the Index of ADL.

- H. Independiente en todas las actividades
 - I. Independiente en todas excepto una
 - J. Independiente en todas excepto en bañarse y otra función adicional
 - K. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse y otra función adicional
 - L. Independiente en todas excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
 - M. Independiente en todas excepto en bañarse, vestir, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
 - N. Dependiente en las seis funciones
- Otro: dependiente en al menos dos funciones, pero sin ser clasificable como C, D, E o F.

Anexo3

Escala de Lawton y Brody para medir las AIVD

Capacidad para usar el teléfono	Valoración original	Neurociencias
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	2
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1	3
No utiliza el teléfono	0	4
Compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	2
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	3
Totalmente incapaz de comprar	0	4
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	2
Prepara, calienta sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	3
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	4
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o tender las camas.	1	2
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	3
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	4
No participa en ninguna labor de la casa.	0	5
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	1
Lava por sí solo prendas pequeñas	1	2
El lavado de toda la ropa corre a cargo de otra persona	0	3
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte	1	2
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	3
Utiliza taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0	4
No viaja en absoluto	0	4
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la boca y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si le preparan la dosis previamente	0	2
No es capaz de administrar su medicación	0	3

Grado dependencia: 8 puntos (independiente); 8-20 (cierta ayuda); más 20 (mucha ayuda)

Anexo 4

FACES III (Family Adaptabilidad and Cohesión Evaluation Scales)

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

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

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

Anexo 5

Cédula de Información

Fecha: _____

Folio: _____

Nombre

Paciente

_____ NSS: _____

Edad: _____ Sexo _____ -

Enfermedad Articular Degenerativa: Si _____ No _____

Dolor _____ Si _____ No _____

Escolaridad del paciente _____ Escolaridad del familiar _____

Actividades que se le dificulte

Realizar: _____

Sentimiento de

Inutilidad: _____

Depresión: _____

Radiografía de

RX: _____

Escala de Katz _____ y Escala de Lawton _____

Aplicaría: Faces III _____ al

Paciente y un familiar.

Anexo 6



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Evaluar la Funcionalidad Familiar en pacientes geriátricos con limitación de las actividades básicas de la vida diaria por Enfermedad Articular degenerativa.

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: UMF Núm. 84 del IMSS de Chimalhuacán

Número de registro: R-2014-1401-36

Justificación y objetivo del estudio: El mayor número de adultos mayores implica la presencia de enfermedades crónico degenerativas y la enfermedad articular degenerativa implica para el paciente un enorme reto para su vida diaria e incluso la mayoría de las veces lo vuelve dependiente de la familia; de ahí la importancia de evaluar la limitación de las actividades básicas de la vida diaria del paciente con enfermedades articular degenerativa y su impacto en la funcionalidad familiar.

Procedimientos: Uso de cuestionarios

Posibles riesgos y molestias: Art 17 Ley Riesgo mínimo

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Canalización a servicios de apoyo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Sí

Participación o retiro: Autonomía del paciente

Privacidad y confidencialidad: Sí

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Josefina Martínez Peláez
Colaboradores: Miriam García Vidal, Ana Lilia González Ramírez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013