



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS

**DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS
USUARIOS DEL GERIATRIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES DEL PERÍODO 2011-2012**

PRESENTA

Leidy Zulett Lima Gálvez

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESOR (ES)

M.C. María Ernestina Montalvo Vázquez

Dr. Juan Antonio Vidales Olivo

Aguascalientes, Ags., Febrero del 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

LEIDY ZULETT LIMA GÁLVEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL GERIATRIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL PERÍODO 2011-2012"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"**

Aguascalientes, Ags., 19 de Febrero de 2014.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

**DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
PRESENTE.**

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

LEIDY ZULETT LIMA GÁLVEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL GERIATRIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL PERIODO 2011-2012 “

No. De Registro R-2013-101-11 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. Leidy Zulett Lima Gálvez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos A. Prado A.'.

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.**



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. LEIDY ZULETT LIMA GÁLVEZ**,
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL
GERIATRIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACION AGUASCALIENTES DEL PERIODO
2011-2012”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2013-101-11** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

MC. MARÍA ERNESTINA MONTALVO VAZQUEZ/DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO

AGRADECIMIENTOS

A Dios por estar siempre presente y ser mi guía.

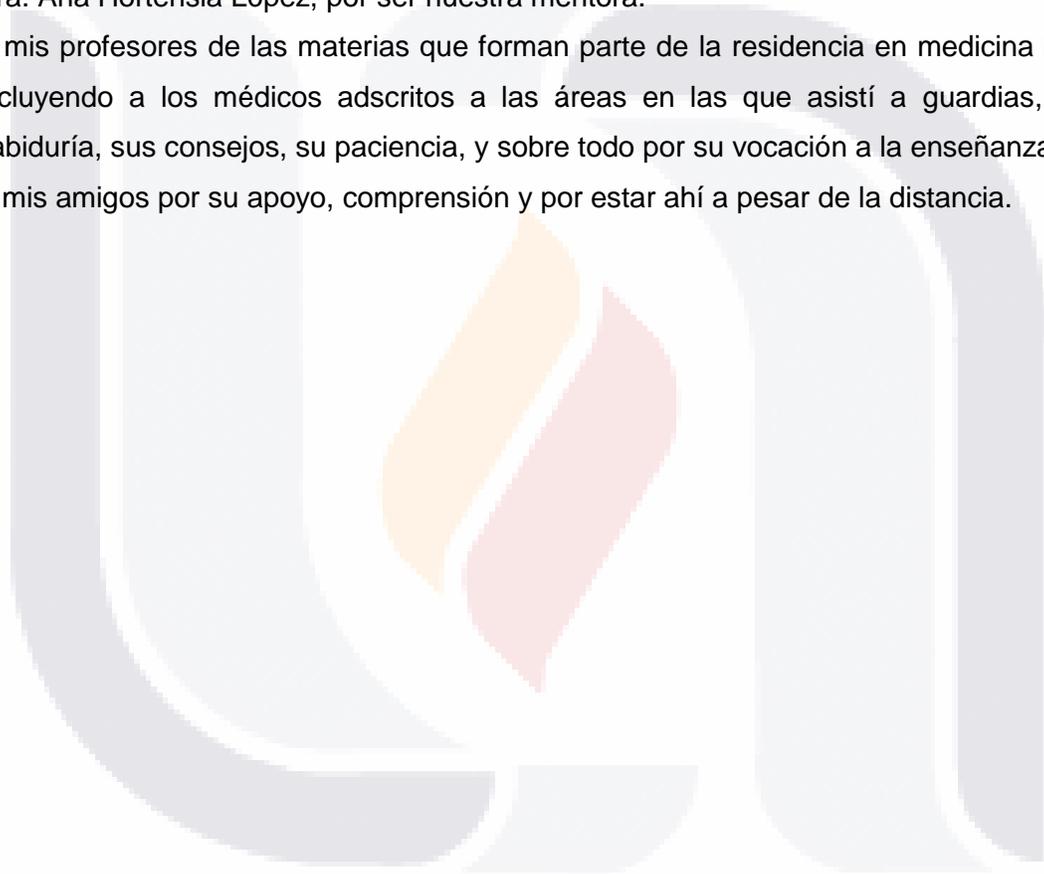
A mi familia por ser mi brazo derecho, mi paz, mi mejor compañía, por ser un equipo.

A mis asesores de tesis, la Dra. María Ernestina Montalvo Vázquez y el Dr. Juan Antonio Vidales Olivo por su paciencia, dedicación, su empeño y su valor como personas.

A la coordinadora de la especialidad de medicina familiar en la sede de Aguascalientes, Dra. Ana Hortensia López, por ser nuestra mentora.

A mis profesores de las materias que forman parte de la residencia en medicina familiar, incluyendo a los médicos adscritos a las áreas en las que asistí a guardias, por su sabiduría, sus consejos, su paciencia, y sobre todo por su vocación a la enseñanza.

A mis amigos por su apoyo, comprensión y por estar ahí a pesar de la distancia.



DEDICATORIA

A mi familiar, por su amor, por su comprensión a pesar de los tiempos difíciles, por su apoyo y por regalarme diariamente un poco de su tiempo.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE GRÁFICAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ACRÓNIMOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	13
II. MARCO TEÓRICO	16
II.A.- Tipos de envejecimiento.....	16
II.A.1.Envejecimiento Ideal.....	16
II.A.2. Envejecimiento activo	16
II.A.3. Envejecimiento habitual	17
II.A.4. Envejecimiento patológico.....	17
II.B.- Programa de salud 2006-2012	17
II.B.1. Problemática enfermedad-salud	17
II.C.- Indicadores	18
VI.C.1. La capacidad funcional.....	18
II.C.2. Estado funcional	18
II.D.- Clasificación funcional de los adultos mayores	19
II.D.1. Adulto Mayor Independiente	19
II.D.2. Adulto Mayor Dependiente parcial (o intermedio)	19
II.D.3. Adulto Mayor Dependiente (Total)	19
II.E.- Acciones de implementación contemplada.....	20
II.E.1. Programas internacionales, acciones preventivas o especiales dirigidas a adultos mayores.....	20
II.F.- Situación actual del adulto mayor	21
II.G.- Motivos principales de consulta	21
II.H.- Principales 10 causas de mortalidad adulto mayor.....	21

II.I.- Causas principales de egreso hospitalario	22
II.J.- Organización del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	22
II.J.1. Estrategias Fundamentales del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS	22
II.K.- Las particularidades de algunos adultos mayores	23
II.K.1. Factores de riesgo común.....	23
II.K.2. Desenlaces Desfavorables.....	23
II.K.3. Persona dependiente	24
II.K.4. Persona con discapacidad	24
II.L.- Teorías que explican el estado de salud.....	26
II.L.1.- Teoría de la normalidad	26
II.M.- Teorías que explican la funcionalidad	27
II.M.1.- Teoría de la actividad	27
II.M.2.- Teorías sobre el envejecimiento exitoso.....	28
II.M.3.- Teoría de Gessell.....	30
III. JUSTIFICACIÓN.....	31
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
IV.A.- Breve descripción de las características socio demográfico, socioeconómico y cultural de la población en estudio	32
IV.B.- Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, o delegación de estudio.....	33
IV.C.- Descripción del Sistema de Atención de la Salud	33
IV.C.1.- Nivel legislativo	34
IV.C.2.- Nivel normativo	34
IV.C.3.- Nivel político.....	34
IV.C.4.- Instituciones	35
IV.C.5.- Servicios del Gobierno del Estado de Aguascalientes.....	35
IV.D.- Descripción de la naturaleza del problema	35
IV.E.- Descripción de la distribución del problema	36
IV.F.- Descripción de la gravedad del problema	36
IV.G.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.....	38
IV.H.- Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo	39

IV.I.- Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema	40
IV.I.1.- Abizanda Soler P. y colaboradores (2006).....	40
IV.I.2.- Romero Cabrera AJ (2008).....	40
IV.J.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizara para solucionar el problema	40
V. OBJETIVOS	42
V.A. General.....	42
V.B. Específicos.....	42
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	43
VI.A.- Diseño del estudio	43
VI.B.- Población de estudio.....	43
VI.B.1.- Universo de Trabajo	43
VI.B.2.- Unidad de Análisis.....	43
VI.B.3.- Criterios de inclusión	43
VI.B.4.- Criterios de exclusión.....	43
VI.B.5.- Criterios de eliminación	44
VII. MUESTREO	45
VIII. LOGÍSTICA	46
IX. PLAN DE ANÁLISIS.....	47
IX.A.- Técnica de recolección de datos.....	47
X. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS	48
XI. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	49
XI.A.- Procesamiento de datos	49
XI.B.- Análisis de datos.....	49
XI.C.- Descripción de variables.....	49
XII.- ASPECTOS ÉTICOS.....	53
XIII. RESULTADOS	54
XIV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	77
CONCLUSIONES	81
LIMITACIONES	84
RECOMENDACIONES	85

GLOSARIO..... 86
BIBLIOGRAFÍA..... 88
ANEXOS..... 96



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Unidad de Medicina Familiar a la que pertenecen los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	54
Tabla 2. Fecha de valoración inicial por Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes.....	55
Tabla 3. Sexo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	56
Tabla 4. Edad por grupo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. ...	57
Tabla 5. Intervalos de confianza de la variable edad.....	57
Tabla 6. Escolaridad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	58
Tabla 7. Estado civil de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	59
Tabla 8. Vivienda de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	59
Tabla 9. Tipo de familia de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	60
Tabla 10. Número de hijos de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. 61	
Tabla 11. Aislamiento social de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	62
Tabla 12. Variable institucionalizado en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	62
Tabla 13. Recursos/red social y familiar en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	63
Tabla 14. Cuidador primario en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	64
Tabla 15. Parentesco del cuidador primario en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	64
Tabla 16. Situación laboral actual en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	65
Tabla 17. Valoración funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	66
Tabla 18. Prevalencia de Valoración funcional por Unidad de Medicina familiar.	68
Tabla 19. Prevalencia de Valoración funcional por sexo.	68
Tabla 20. Prevalencia de Valoración funcional por escolaridad.....	69
Tabla 21. Prevalencia de Valoración funcional por estado civil.....	69
Tabla 22. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de vivienda.	70

Tabla 23. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de familia. 70

Tabla 24. Prevalencia de Valoración funcional por número de hijos. 71

Tabla 25. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de aislamiento social. 72

Tabla 26. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de institucionalización. 72

Tabla 27. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de recusus/red social y familiar. ... 72

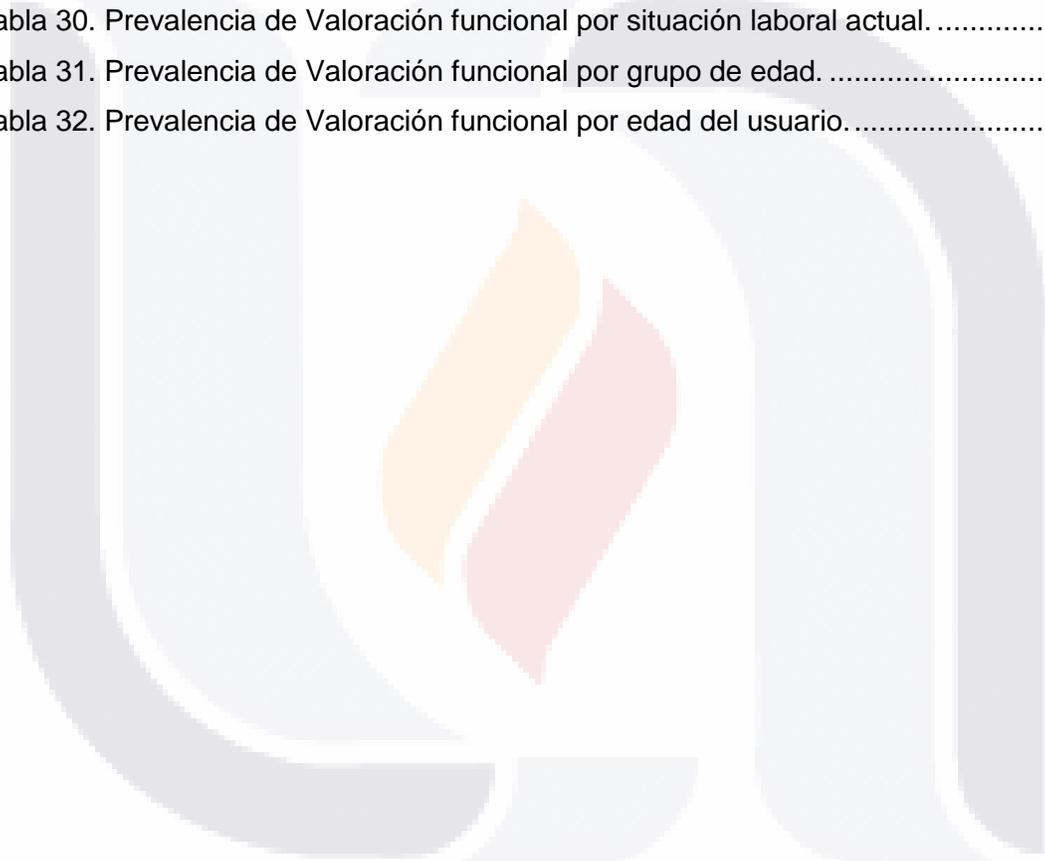
Tabla 28. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de cuidador primario. 73

Tabla 29. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de parentesco del cuidador primario. 73

Tabla 30. Prevalencia de Valoración funcional por situación laboral actual. 74

Tabla 31. Prevalencia de Valoración funcional por grupo de edad. 74

Tabla 32. Prevalencia de Valoración funcional por edad del usuario. 75



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Unidad de Medicina Familiar a la que pertenecen los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	55
Gráfica 2. Sexo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	56
Gráfica 3. Edad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	56
Gráfica 4. Grupo de edad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. .	57
Gráfica 5. Escolaridad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	58
Gráfica 6. Estado civil de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.....	59
Gráfica 7. Tipo de vivienda de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	60
Gráfica 8. Tipo de familia de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. ..	60
Gráfica 9. Número de hijos de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	61
Gráfica 10. Aislamiento social de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	62
Gráfica 11. Variable institucionalizado en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	63
Gráfica 12. Recursos/red social y familiar en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	63
Gráfica 13. Cuidador primario de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	64
Gráfica 14. Parentesco del cuidador primario de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional	65
Gráfica 15. Situación laboral actual en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	65
Gráfica 16. Valoración funcional en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema explicativo de la funcionalidad	24
Figura 2. Esquema explicativo de la relación entre enfermedad, discapacidad y dependencia.....	25
Figura 3. Teoría de envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn, 1997)	28
Figura 4. Factores que pueden influir en el estado de salud funcional del adulto mayor. .	38



ACRÓNIMOS

ABVD. Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AIVD. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

HGZ. Hospital General de Zona.

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF. Unidad de Medicina Familiar.



RESUMEN

DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL GERIATRIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL PERIODO 2011-2012.

INTRODUCCIÓN: El estado de salud funcional es el proceso que el anciano es capaz de enfrentar con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. Es el mejor indicador de salud, en la población adulta mayor, se puede medir los estados: Independiente, con dependencia parcial o total. Actualmente, los programas de salud están enfocados a la promoción y prevención de la salud de los adultos mayores; y tienen por objetivo, la detección oportuna de las enfermedades para lograr que los años adicionales de vida en la vejez, cursen con un buen estado de salud, con calidad de vida y sin discapacidad.

OBJETIVO: Determinar el diagnóstico del estado de salud funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes del periodo 2011-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional descriptivo. Muestra por conveniencia. Se revisaron expedientes clínicos y Cédulas de Valoración Geriátrica Integral de ingreso de todos los pacientes del GeriatrIMSS, durante el periodo del 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012, se determinó el estado de salud funcional en: dependencia (parcial o total) e independiente. Se utilizó el programa Epi Info 3.5.4 para análisis estadístico.

RESULTADOS: Se revisaron 225 Cédulas de Valoración Geriátrica Integral de expedientes clínicos. La edad promedio de la población de estudio fue de 80 años, el 56.4% son femeninos y 43.6% masculinos; son analfabetas (24.4%), viudos (49.3%), cuentan con familia integrada (57.3%), sus recursos de red sociofamiliar es buena (40.4%), regular (38.7%), mala (9.8%), excelente (4.9%). El estado de salud funcional de los usuarios se encontró un 42.7% con independencia, un 29.3% con dependencia parcial, y un 28% con dependencia total. Este último, con recursos de red social y familiar regular.

CONCLUSIONES: En los usuarios de GeriatrIMSS, se encontró un porcentaje menor de independencia, y mayor porcentaje de dependencia, respecto a otros estudios realizados.

PALABRAS CLAVE: Estado de salud funcional, GeriatrIMSS, Adulto Mayor, Atención Geriátrica Integral.

ABSTRACT

DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL HEALTH STATUS OF THE USERS OF THE GERIATRIMSS IN THE HGZ #1 AGUASCALIENTES DELEGATION OF THE 2011-2012 PERIOD.

INTRODUCTION: The functional health status is the process that the old man is able to cope with an adequate level of functional and personal satisfaction. It is the best indicator of health, in the older population, States can be measured: independent, with partial or total dependence. Currently, health programs are focused on promotion and prevention in the health of older adults; and they are objective, timely detection of diseases to achieve the additional years of life in old age, to pursue with a good state of health, quality of life and without disability.

OBJETIVE: To determine the diagnosis of functional health of the users of the Institutional Geriatric Plan GeriatrIMSS in the HGZ #1 Aguascalientes Delegation of the 2011-2012 period.

MATERIAL AND METHODS: The study was observational descriptive. The sample made was for convenience. The analysis was performed of integral geriatric assessment cards initial of clinical records in all the patients of the GeriatrIMSS, of August 1, 2011 to July 31, 2012, the study determined the functional health status in: dependency (partial or total) and independent. We used the Epi Info 3.5.4 program for statistical analysis.

RESULTS: In total, 225 integral geriatric assessment cards of clinical records were reviewed. The average age was 80 years old, with a total of 56.4% were female and 43.6% male; illiterate (24.4%), widowed (49.3%); with integrated family (57.3%); without social isolation (58.7%); non-institutionalized (71.6%); with good social and family network resources (40.4%), regular (38.7%), bad (9.8%), excellent (4.9%); with labor without remuneration (54.2%). Functional status was found to a 42.7% had independence, 29.3% partial dependency, and 28% total dependence. This latter with regular social and family network resources.

CONCLUSIONS: In our users of the GeriatrIMSS was found a percentage of greater dependence and a degree of independence, with respect to other studies.

KEYWORDS: State of functional health, GeriatrIMSS, old man, Integral Geriatric Care.

INTRODUCCIÓN

México está experimentando una transición demográfica llamada envejecimiento poblacional, el deterioro del estado de salud de los adultos mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud. Los egresos hospitalarios por este grupo poblacional se han acrecentado en los últimos seis años. Los hogares con personas mayores consumen un 50% más recursos en salud que el promedio, y los adultos mayores tienen una probabilidad doble de ser hospitalizados con respecto a los más jóvenes.¹

Debido a la expansión de la morbilidad se puede prever un mayor riesgo de discapacidad y dependencia en los adultos mayores, lo cual significa además que el envejecimiento representará un reto para el Sistema Nacional de Salud y para la población.¹

Es necesario prevenir y detectar precozmente los distintos problemas que presentan los pacientes adultos mayores, pues su cuidado requiere mayor inversión, debido a que utilizan un mayor número de medicamentos, presentan estadías hospitalarias largas y las complicaciones pueden ocurrir de manera frecuente estableciendo a su vez mayores gastos.²

Por lo que, nos permitirá conocer si la atención brindada para la promoción de prevención de riesgos y satisfacer las necesidades del adulto mayor han sido adecuadas para mantener y/o mejorar la funcionalidad de los adultos mayores que son atendidos en el Plan Geriátrico Institucional GeriatriMSS. Así como planeación de estrategias terapéuticas preventivas, individualizadas y personalizadas para cada adulto mayor.³

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Barrantes (2007), identificó que de los mayores de 65 años, el 24% son dependientes en actividades básicas de la vida diaria (AVD) y 23% en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades del sistema músculo esquelético, secuelas secundarias de enfermedades cerebrovasculares, el deterioro cognitivo y trastornos depresivos. Menciona que la dependencia funcional de actividades básicas e instrumentales en adultos mayores mexicanos no es similar a las reportadas por otros estudios, esto debido a diferencia entre poblaciones, patologías crónicas predominantes, tipo de evaluación e índice utilizado para medir el estado funcional (índice de Barthel). Concluye la necesidad de desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asociaron con dependencia funcional.⁴

Lazcano (2007), realizó una investigación utilizando la evaluación geriátrica como una herramienta en la atención de pacientes mayores de 65 años. La evaluación permite identificar los riesgos y aplicar medidas útiles y precisas de prevención y tratamiento en caso necesario. Los resultados mostraron que los pacientes que más se benefician con este tipo de evaluación son los que se consideran de alto riesgo (frágiles), es decir que tiene diversas enfermedades, y los mayores de 80 años, con una disminución significativa en los riesgos del deterioro funcional, acortamiento de la estancia hospitalaria, facilitando la optimización de los recursos y la reducción de los costos.⁵

Varela y colaboradores (2005), consideran la atención geriátrica integral del adulto mayor, importante ya que contempla la funcionalidad del sujeto en la realización de las actividades de la vida diaria. La evaluación funcional es la parte principal y la más importante. El compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más, dos semanas antes de su ingreso hospitalario; el trabajo fue realizado en área hospitalaria y sus resultados no pueden aplicarse a la población adulta mayor en general. Se concluye que debe facilitarse el acceso a la atención de salud a los pacientes adultos mayores que se encuentran en riesgo social, a través de redes sociales de apoyo; así como mejorar la

calidad de atención y fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención integral del adulto mayor.²

Romero Cabrera AJ (2008), puntualizó que los adultos mayores de la misma edad, varían mucho en cuanto a su funcionamiento físico, capacidades, experiencias y comportamiento. Dentro de la valoración geriátrica el componente funcional de la evaluación, contempla las capacidades de independencia y el estado de salud general del adulto mayor.⁶

Dorantes Mendoza G y colaboradores (2007), realizaron un estudio transversal de la información obtenida del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. Se estudiaron 7171 personas de 60 años o más. De los cuáles 521 (7,3%) son dependientes funcionalmente para realizar Actividades de vida diaria y seiscientos tres (8,4%) de los entrevistados eran funcionalmente dependientes para realizar actividades diarias.⁷

Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile (2013), realizaron estudio en adultos mayores, con representatividad regional y urbana rural, para caracterizar epidemiológicamente la situación de dependencia de las personas de 60 y más años en Chile. Reportando un estado de salud funcional independiente en un 75.9% de los adultos mayores y un 24.1% presenta dependencia en cualquiera de sus grados, esto en base a índice de Katz y escala de Lawton-Brody; la prevalencia de dependencia aumenta a medida que aumenta la edad, llegando a cifras superiores al 50% en los mayores de 80 años. La frecuencia y severidad de dependencia, aumenta a medida que aumenta la edad. Existen muchas más mujeres dependientes que hombres en esta situación en mayores de 70años.⁹

Manrique Espinoza B y colaboradores (2013), estudiaron las condiciones de salud y del estado funcional de los adultos mayores en México; para valorar las ABVD se utilizó la escala de Katz y para AIVD se usó la escala de Lawton, se consideró dependencia funcional cuando los participantes reportaron requerir asistencia o no poder realizar al menos una de las actividades en el dominio correspondiente. En relación con la pérdida de autonomía, este estudio mostró que 1 de cada 4 adultos mayores (26.9%) exhibe

algún grado de limitación para las ABVD, lo cual muestran que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los adulto mayor, ya que dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña del deterioro cognitivo tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud.¹

Torres Marín JC y colaboradores (2006), reportan estudios basados en el índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz y la escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody. Reportaron que el 80% de los ancianos eran activos e independientes en todas sus funciones. Estas escalas a nivel internacional son las más utilizadas para medir la funcionalidad del adulto mayor.¹⁰

Ruiz y Campos (2008), publicaron un estudio realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario de Valoración Clínica del Adulto Mayor realizando valoración funcional en base a índice de Katz, donde reportaron que el 64.4% de los adultos mayores de 70años son independientes, la dependencia parcial se presentó en el 17% de los mayores de 70años y dependencia total en el 18.5%, también, en mayores de 70años; sin embargo, puntualizan, que a mayor edad se encontró un aumento del nivel de dependencia; el 78,9% fue independiente en el grupo de edad de 70-79años. Las variaciones en la prevalencia de independencia funcional de los adultos mayores, depende del grupo poblacional (hospitalizado, paciente ambulatorio de hospital o primer nivel de atención o si es población general), la edad media de la población de estudio, el sexo, el nivel educativo, morbilidad, entre otros, como ha sido corroborado en estudios previos.¹¹

II. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen a un “adulto mayor funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal”.¹²

Según la OMS, la salud del adulto mayor como mejor se mide es en términos de función, siendo la capacidad funcional mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de enfermedades.¹²

La capacidad funcional: Es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.¹³

II.A.- Tipos de envejecimiento

II.A.1.Envejecimiento Ideal

Son adultos mayores completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Actividades Básicas de la Vida Diaria [ABVD] y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria [AIVD]); no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.¹⁴

II.A.2. Envejecimiento activo

Son adultos mayores a los cuales se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna AIVD; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.¹²

II.A.3. Envejecimiento habitual

Los adultos mayores pueden presentar más de una enfermedad crónica; ellos perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.¹⁴

II.A.4. Envejecimiento patológico

Los adultos mayores de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.¹⁴

II.B.- Programa de salud 2006-2012

II.B.1. Problemática enfermedad-salud

La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones, y el incremento de la proporción de personas de edad avanzada aumenta la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos.¹⁴ Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros.⁴

II.C.- Indicadores

VI.C.1. La capacidad funcional

Es un indicador que se basa en las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), ya que al saber en cuántas y en cuáles actividades tiene dificultades la población, se puede construir una variable que especifique los grados de capacidad funcional de los individuos.^{14,15}

II.C.2. Estado funcional

Es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.¹³

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional y estos se manifiestan con un cambio en su adecuada adaptación funcional y satisfacción personal. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro del estado funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.¹⁶

Según la OMS, la salud del adulto mayor como mejor se mide es en términos de función, siendo la capacidad funcional mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de enfermedades¹². El estado de salud funcional de los adultos mayores, provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.¹⁶

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluado. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones: bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia, alimentarse. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del

tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.¹⁶

El Test con la escala Lawton-Brody valora autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), valora ocho ítems: uso del teléfono, ir de compras, preparar comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes controlar la medicación, manejar dinero.¹³

Las actividades instrumentales de la vida diaria reflejan la integridad física, cognitiva y psicoafectiva.¹³

El deterioro de la función en el adulto mayor puede ser indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación.¹²

II.D.- Clasificación funcional de los adultos mayores

II.D.1. Adulto Mayor Independiente

Adulto Mayor que no requiere asistencia para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).¹⁶

II.D.2. Adulto Mayor Dependiente parcial (o intermedio)

Adulto Mayor que necesita alguna ayuda para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).¹⁶

II.D.3. Adulto Mayor Dependiente (Total)

Adulto mayor aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).¹⁶

II.E.- Acciones de implementación contemplada

II.E.1. Programas internacionales, acciones preventivas o especiales dirigidas a adultos mayores

La OMS, en 1974, editó un informe técnico sobre Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos, en el que se reconocía la necesidad de un sistema de servicios de Geriátrica integrados en los servicios sanitarios generales.¹⁷

Este hecho fue reafirmado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que celebró la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena en 1982.¹⁷ Además, promueve el envejecimiento activo con el objetivo de extender la calidad, productividad y esperanza de vida, y reconoce factores que modifican la forma y el ritmo de envejecer, en los cuales se puede incidir para lograr mejores condiciones de envejecimiento.¹⁴

El Programa de Acción Específico 2007-2012 contempla para la atención médica del envejecimiento convenios educativos y de intercambio cultural con los sectores público, social y privado, con la finalidad de fomentar la sensibilización y aprendizaje de calidad en materia de envejecimiento.¹⁸

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual forma parte del Plan Operativo del Seguro Popular, ha implantado medidas para actuar a favor de la promoción del envejecimiento sano y activo, a través de la inversión en prevención y promoción de la salud, y manteniendo una perspectiva de curso de vida. Actualmente, dentro del plan terapéutico CAUSES se encuentran todas las acciones preventivas necesarias para este fin. Para su eficiente aplicación es necesario categorizar a los adultos mayores en al menos tres grupos funcionales: autónomos, frágiles y dependientes, así como focalizar en cada grupo las acciones correspondientes.¹⁹

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) para pacientes adultos mayores, contempla las acciones multidisciplinarias para la atención de los adultos mayores en España.²⁰

II.F.- Situación actual del adulto mayor

II.F.1. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 informa, que los hogares en donde no hay adultos mayores gastan en promedio en la salud de sus integrantes 1,198 pesos al trimestre, mientras que los hogares que se integran por al menos una persona de 60 años o más gastan 1,561 pesos, aproximadamente 30% más que aquéllos sin adultos mayores.⁶

II.G.- Motivos principales de consulta

Según el *Sistema Nacional de Salud (SNS)* en México durante el 2006-2012, en el grupo de 60 y más años, los motivos principales de consulta son: 1) Infecciones respiratorias agudas; 2) Infecciones de vías urinarias; 3) Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; 4) Úlceras, gastritis y duodenitis; 5) Hipertensión arterial sistémica; 6) Diabetes mellitus, 7) Gingivitis y enfermedades periodontales; 8) Amebiasis intestinal; 9) Otitis media aguda, y 10) Enfermedades isquémicas del corazón.¹⁸

II.H.- Principales 10 causas de mortalidad adulto mayor

El Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI), reportó que a nivel nacional, 565 mil defunciones; de las cuales 60.4% correspondieron a personas de 60 años y más. En los hombres, las Enfermedades isquémicas del corazón (15.9%) y la Diabetes mellitus (14.8%) son la primera y segunda causas de muerte; en las mujeres se presentan las mismas causas, pero en distinto orden, 18.3% se deben a Diabetes mellitus y 14.5% a Enfermedades isquémicas del corazón. Las Enfermedades cerebro vasculares, las crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del hígado, así como las hipertensivas, aparecen como parte de las causas de muerte más importantes en este sector de la población.²¹

II.I.- Causas principales de egreso hospitalario en el adulto mayor

En INEGI reporto en 2011, la principal causa de egreso hospitalario entre la población de 60 años y más fue la Diabetes mellitus no insulino dependiente, con una tasa de 719.63 por cada 100 mil habitantes del mismo grupo de edad; le siguen la Insuficiencia renal crónica y otras Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, con tasas de 625.39 y 316.77 por cada 100 mil personas de 60 años y más, respectivamente.²¹

II.J.- Organización del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS

A través del punto Segundo del ACDO.AS1.HCT.260809/362.P.DPM, del 25 de noviembre de 2010, el H. Consejo Técnico aprobó el Plan Geriátrico Institucional "GeriatrIMSS". Integrado por cuatro estrategias fundamentales.³

El Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, constituye una respuesta institucional organizada, ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, que favorezca el envejecimiento saludable, la implementación de la atención geriátrica en nuestras unidades médicas, la formación y capacitación en geriatría, así como el desarrollo de la investigación clínica en este ámbito, que contribuya a mejorar los servicios de salud y responder a las necesidades de atención médica integral.³

II.J.1. Estrategias Fundamentales del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS

- Dentro de las estrategias fundamentales, se encuentra el fortalecimiento del programa PREVENIMSS para el Envejecimiento Saludable del adulto mayor.³
- ❖ *Fortalecimiento del Programa PREVENIMSS, para envejecimiento saludable del adulto mayor*

Estrategias de Acción:

- Capacitación de adultos mayores en Unidades de Medicina Familiar con la estrategia de envejecimiento saludable.³

- Impulsar medidas de prevención y promoción de la salud de adultos mayores con algún grado de dependencia.³

Beneficios Esperados:

- Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.³
- Limitar o reducir la dependencia de los adultos mayores.³
- Capacitar a los adultos mayores de las Delegaciones.³

En Aguascalientes, el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS inició labores en el año de 2011, por medio de un equipo de salud multidisciplinario, integrado por: geriatra, nutrióloga, trabajadora social, enfermera, psicología, rehabilitadores físicos. Se implementó en el HGZ #1, a dónde se refieren pacientes adultos mayores provenientes de las unidades de medicina familiar, y el HGZ #2, para que sean valorados por GeriatrIMSS; sin embargo los adultos mayores pueden ser valorados también en el servicio de Urgencias o durante su internamiento en los diferentes servicios pertenecientes al HGZ #1; los pacientes referidos deberán reunir los siguientes criterios para poder ingresar al Plan Geriátrico Institucional, dichos criterios se enumeran a continuación y se explican posteriormente: 1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4. Los cuales son los siguientes: 1.- Edad: 70años o más; 2.- Comorbilidad: 3 o más patologías, (excepto Insuficiencia renal crónica terminal e Insuficiencia hepática Child grado C); 3.- Síndromes geriátricos: polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, deprivación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión; 4.- Deterioro cognitivo o delirium.³

II.K.- Las particularidades de algunos adultos mayores

II.K.1. Factores de riesgo común

Las características de las enfermedades en el adulto mayor son pluripatología, cronicidad, presentación atípica, con síntomas inespecíficos y deterioro funcional.¹³

II.K.2. Desenlaces Desfavorables

La OMS definió “Independencia Física” como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva”.⁹

El Consejo de Ministros de la Unión Europea definió dependencia como “un estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”.⁹ (Figura 1).



Figura 1. Esquema explicativo de la funcionalidad.²⁴

II.K.3. Persona dependiente

Es aquella que presenta una pérdida más o menos importante de su capacidad funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en la vida diaria, por lo que esas necesidades básicas han de ser satisfechas por personas próximas al entorno, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, o bien suponen el ingreso del sujeto en una institución pública o privada.²³

II.K.4. Persona con discapacidad

Es aquella que presenta disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía.²³

Mientras que la discapacidad se define en un contexto social - “inhabilidad o limitación para efectuar actividades y roles definidos socialmente”.²³

La limitación funcional ocurre a nivel del organismo y se define como “restricción o falta de habilidad para realizar una acción o actividad de la manera o dentro del rango considerado como normal, que ocurre como resultado de una deficiencia”.²³

La dependencia siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. Pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.²³

Las limitaciones funcionales actúan como «los ladrillos de la funcionalidad», ya que hacen referencia a la persona de manera global y no a sistemas corporales individuales (cardiovascular, respiratorio, etc.). Sin embargo, no contemplan la interacción entre individuo y entorno, que sí evalúa la discapacidad (figura 2). A pesar de ello, la evaluación de las limitaciones funcionales permite explicar cómo la enfermedad y el declinar fisiológico se relacionan con la discapacidad, base de la dependencia.²⁵

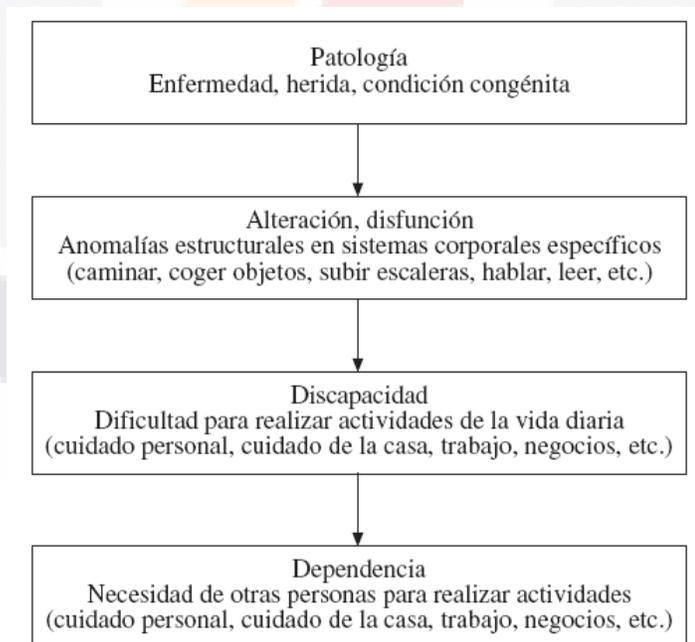


Figura 2. Esquema explicativo de la relación entre enfermedad, discapacidad y dependencia.²⁵

El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia.²⁵

La institucionalización es una residencia asistida; la institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar, del hogar que es el medio físico, familiar y social donde el adulto mayor se ha desarrollado a lo largo de su vida; y en consecuencia debe realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una hospitalización.²⁶

II.L.- Teorías que explican el estado de salud

II.L.1.- Teoría de la normalidad

En medicina la palabra “normal” se usa como sinónimo de salud. Cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que conduce síntomas no usuales o inconvenientes a nuestra biología, entonces la variación pasa a constituir una “anormalidad”. La noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. Entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad. Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente.²⁷

Por lo tanto, un “individuo sano” es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.²⁷

Por lo mismo la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado.²⁷

Según Milton Terris, del New York Medical College; salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no solo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez”.²⁷

Según R. Dubos, ecologista francés; la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”.²⁷

Según Jenicek (1987), la salud se trata de un estado que permite al organismo adaptarse y funcionar adecuadamente, habida cuenta de las condiciones endógenas y de los factores ambientales a los que está sometido.²⁸

De esta manera puede afirmarse que adulto mayor sano, es aquel sujeto con capacidades funcionales y reserva funcional que le permiten desarrollar una vida activa acorde a su edad y entorno con alteraciones funcionales en el límite entre lo “normal”, en equilibrio inestable y con adaptación a los trabajos funcionales de acuerdo a sus posibilidades reales de rendimiento.²⁹

II.M.- Teorías que explican la funcionalidad

II.M.1.- Teoría de la actividad

Esta teoría menciona que un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas, ya que ellos, al igual que los adultos jóvenes, tienen necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos (Lehr y Thomaes, 2003; Motte y Muñoz, 2002).³⁰

De igual manera, la teoría de la actividad menciona que la actividad en sí no es responsable del bienestar subjetivo en el individuo, sino más bien el grado de satisfacción que acompaña a actividades específicas.³⁰

El envejecimiento exitoso depende de la continuidad de un estilo de vida activo y del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales, en el proceso de envejecimiento.³⁰

II.M.2.- Teorías sobre el envejecimiento exitoso

Según Rowe y Kahn (1997), consideran al envejecimiento exitoso como aquel que combina tres principales componentes: baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada con enfermedades, alta capacidad funcional cognitiva y física, y una participación activa en la vida (figura 3).³⁰

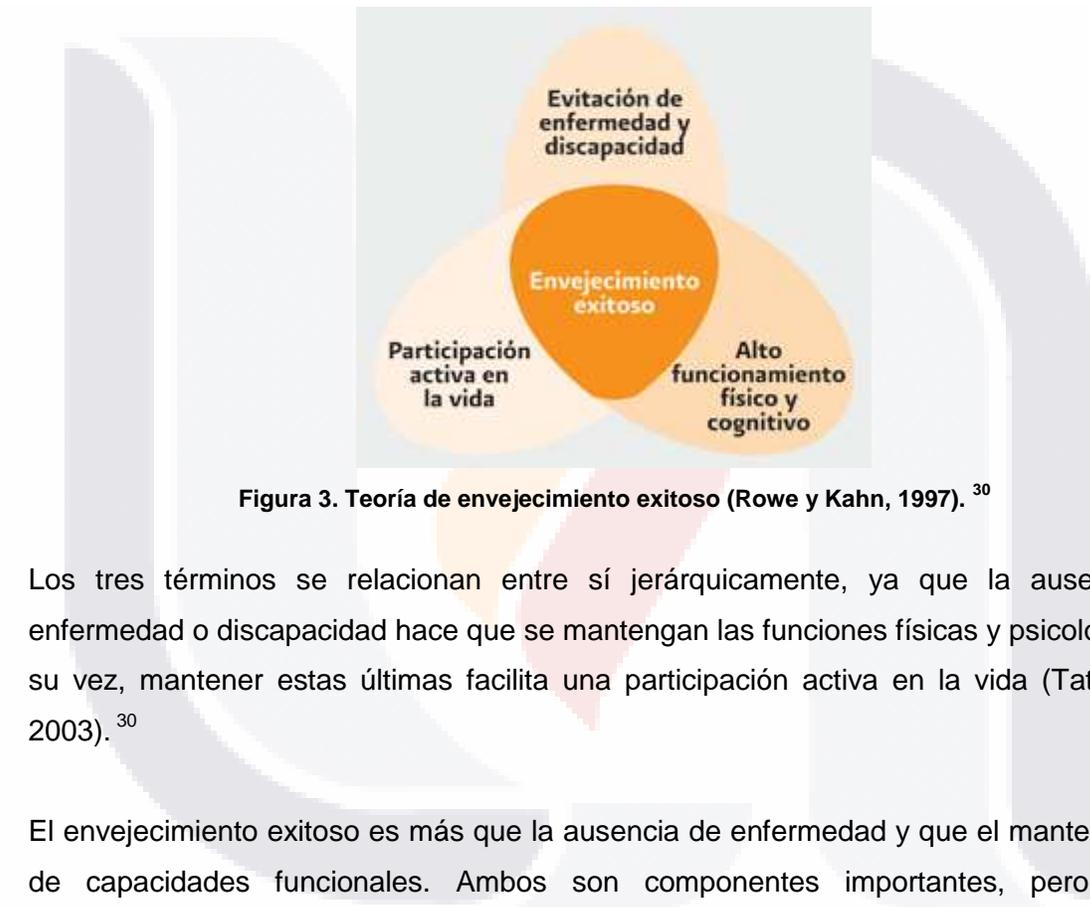


Figura 3. Teoría de envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn, 1997).³⁰

Los tres términos se relacionan entre sí jerárquicamente, ya que la ausencia de enfermedad o discapacidad hace que se mantengan las funciones físicas y psicológicas; a su vez, mantener estas últimas facilita una participación activa en la vida (Tate et al., 2003).³⁰

El envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y que el mantenimiento de capacidades funcionales. Ambos son componentes importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa el concepto completo de envejecimiento exitoso. La baja probabilidad de enfermedad se refiere no únicamente a la ausencia o presencia de enfermedad en sí, sino también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgos para la enfermedad. Los altos niveles funcionales incluyen aspectos tanto físicos como cognitivos, e indican lo que una persona puede hacer. La participación activa en la vida toma muchas formas, pero lo esencial para el envejecimiento exitoso son las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Las relaciones interpersonales involucran contacto y transacción con otros, intercambio de

información, apoyo emocional y asistencia directa. Por otro lado, una actividad es productiva si crea valor social, genere o no una remuneración económica.³⁰

En el mantenimiento de funcionamiento físico y cognitivo se menciona la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad.³⁰

En la participación activa en la vida se menciona el contacto con amigos cercanos y familiares, y llevar a cabo actividades que pueden ser de paga, cuidar y jugar con niños, limpiar la casa, etc.³⁰

Según Baltes y Baltes (1989), vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la edad. Rige para ello el principio de que las capacidades descienden, por lo regular, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden ser movilizados. Existen para ello estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad. Según estos autores, se puede conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio, por medio de tres procesos de adaptación fundamentales: la selección, la optimización y la compensación.³¹

En concreto, Baltes y sus colaboradores (Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995), definen la selección como la reformulación de las metas de desarrollo y el establecimiento de preferencias. Tiene dos subformas. La primera, en dirección positiva, se dirige a la prospección, elección y formulación de metas y campos de acción. La segunda intenta evitar lo negativo, reaccionando a las pérdidas y reformulando las metas con niveles estándar elegidos por el propio individuo.³¹

La optimización se entiende como la adquisición, llegado el caso, o el perfeccionamiento de medios, recursos y conductas que ayudan a conseguir las metas previstas.³¹

La compensación se dirige a la recuperación y mantenimiento del nivel funcional o del estatus bio-psico-social vigente hasta el momento. Con ello se procura movilizar, sobre

todo, recursos, capacidades y habilidades que han permanecido latentes en el repertorio conductual de la persona.³¹

El resultado final de la interacción de estos tres procesos es un sistema de vida satisfactorio, exitoso y activado, aún a pesar de las limitaciones obvias que impone por sí misma la edad.³¹

II.M.3.- Teoría de Gessell

El orden de recuperación del estado funcional en el adulto mayor, es notablemente similar al patrón ordenado de desarrollo primario de la función en el niño, esto sugiere que los mecanismos biológicos comunes subyacen en los dos tipos de progresión.³²

Las funciones que componen el Índice de Actividades de la Vida Diaria y su orden característico, traen a la mente los reconocidos patrones de desarrollo y crecimiento de un niño.³²

Según Katz (1963), en un adulto mayor con deterioro del estado de salud funcional, las actividades más complejas se comprometen de manera temprana y cuando se recuperan se realizan inicialmente a través de las más simples. Confirmando esta predicción de la Teoría de Gessell.³²

III. JUSTIFICACIÓN

El proceso de envejecimiento en México está en un régimen de transición donde se contempla la interacción de las enfermedades crónicas asociadas con la salud moderna, los riesgos de mortalidad e incapacidad funcional.³³

El proceso de envejecimiento en estas condiciones peculiares se pueden visualizar como un conjunto de síntomas, limitaciones físicas, con grandes repercusiones tanto en las instituciones de atención del Sistemas de Salud así como en la economía nacional más que el mundo desarrollado o las economías menos desarrolladas, con implicaciones en la esperanza de vida activa y el volumen de la demanda de atención de la salud.³³

Los Sistemas de Salud los cuales fueron diseñados para atender a usuarios con patologías agudas, equipados para curar enfermedades, se ven hoy ineficientes para dar una respuesta coordinada a una mayoría de usuarios con unas necesidades asistenciales completamente diferentes (adultos mayores que presentan pluripatología y dependencia); los cuales se presentan con enfermedades tratables pero no curables, y la falta de una adecuada disposición de los recursos necesarios para llevar a cabo las intervenciones más beneficiosas para la mejora del bienestar, estado funcional y la autonomía de este tipo de pacientes.³⁴

La importancia de la caracterización en el diagnóstico de salud funcional radica en su valor a nivel general para planificar políticas de salud pública, así como prevenir tempranamente y limitar la dependencia funcional, el mantenimiento de mejoras adquiridas durante su atención en GeriatriMSS y favorecer la toma de decisiones que promuevan un envejecimiento activo y saludable en nuestros derechohabientes adultos.²⁵

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sujeto: Usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Objeto: Diagnóstico del estado de salud funcional de usuarios del Plan Geriátrico GeriatrIMSS.

Lugar y contexto: Hospital General de Zona No.1 “Dr. José Ávila Pardo” Delegación Aguascalientes, en el período comprendido de 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio del 2012.

IV.A.- Breve descripción de las características socio demográfico, socioeconómico y cultural de la población en estudio

En el estado de Aguascalientes la población de adultos mayores es de 90mil habitantes la cual representa un 7.9% de la población total y este porcentaje incrementará a 12.5% en el año 2020 y a un 28.0% en el año 2050.³⁵

De los adultos mayores, el 53.5% son femeninos, la mayoría son viudos (26.5%); el 25.2% trabaja actualmente, el 17.0% no trabaja por estar jubilado y cerca de 40% dijo dedicarse a los quehaceres del hogar.¹ En la entidad más de una tercera parte (35.9%) de los adultos mayores es pensionado.³⁵ El 7.1% está institucionalizado.¹

El 26.4% de los adultos mayores son analfabetas, el 31.8% tiene primaria incompleta, el 17.8% tienen primaria completa, el 9.1% secundaria, el 6.4% media superior, y el 7.6% escolaridad superior.⁴⁹

El número de hijos vivos que tiene esta generación actual de adultos mayores, es de entre seis y nueve hijos²².

En cuanto a los recursos de red social y familiar, los adultos mayores llegan a esta etapa de la vida con pérdidas significativas en su red, debido a que tiende a reducirse, ya sea por la jubilación o por la muerte de sus contemporáneos, aunado a conflictos interpersonales ocasionados por la pérdida de autonomía del adulto mayor y los cambios de roles que ocurren; también porque la familia pasa actualmente por cambios

estructurales importantes (la migración, la incorporación de la mujer al trabajo formal e informal y la fragmentación de las redes familiares por el medio ambiente urbano en que viven la mayoría de los adultos mayores)⁶². Además, en situaciones en las que el adulto mayor tuvo muchos hijos, sólo algunos le apoyan emocional o económicamente⁵⁵.

El 89% de los cuidadores primarios del adulto mayor son femeninos, y el 73% de los cuidadores primarios son hijos del adulto mayor; y en el 13%, el cuidador primario es el cónyuge.⁶¹

IV.B.- Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, o delegación de estudio

En el estado de Aguascalientes, en el período comprendido de 1990 a 2010 la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 2.49%, respecto a la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más fue de 3.41%; de este modo se duplicó el número de adultos mayores pasó de 45 mil a 90 mil y su proporción respecto a la población total creció de 6.3 a 7.6 por ciento.³⁵

La principal institución que utilizan para la atención de su salud los adultos mayores, es el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (48.4% de las personas de 60 a 84 años y 36.0% de los de 85 y más años).³⁵ La demanda de atención de los adultos mayores en Medicina Familiar es de un 7% y se incrementará en promedio 3.64% anual de manera acelerada en los próximos 40 años a partir del 2010.²⁶

Las enfermedades crónico-degenerativas se asocian con una definición “funcional” de la salud. El objetivo ahora es disminuir el dolor, la molestia y la incapacidad.³⁶

IV.C.- Descripción del Sistema de Atención de la Salud

Se implementó el plan geriátrico institucional GeriatrIMSS, como una respuesta institucional organizada, ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, que favorezca el envejecimiento saludable, la implementación de la atención geriátrica en las unidades médicas, que contribuya a mejorar los servicios de

salud y responder a las necesidades de atención médica integral. (Segundo del ACDO.AS1.HCT 260809/362.P.DPM 25 de Noviembre de 2010 Consejo Técnico).³

IV.C.1.- Nivel legislativo

- Ley General de Salud. Artículo 27. Sección XI.³⁷
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.³⁸
- Ley para la protección Especial de los Adultos Mayores del Estado de Aguascalientes. 2009.³⁹
- Ley del Sistema Estatal de Asistencia Social y de Integración Familiar.⁴⁰

IV.C.2.- Nivel normativo

- Guía de Práctica Clínica y de Referencia Rápida para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social., 2010.^{26, 13}
- Guías de Práctica Clínica en el adulto mayor respecto a: detección y manejo de maltrato³⁵, evaluación y control nutricional³⁶, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial³⁷, diagnóstico y tratamiento de la depresión³⁸, prevención de caídas³⁹, prescripción farmacológica⁴⁰.
- Programa De Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento. Secretaría De Salud. Subsecretaría De Prevención Y Promoción En Salud. Primera edición. 2007.¹⁸
- Programa Nacional de Salud 2007-2012.⁴⁷
- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular.¹⁹

IV.C.3.- Nivel político

- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.⁴⁸
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas y proyectos. Día Internacional de las Personas Mayores.¹⁷

VI.C.4.- Instituciones

-INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores).⁴⁹

-Organización de los servicios en el IMSS:

- Cuenta el equipo del Plan Geriátrico Institucional GERIATRIMSS con: Geriatra, enfermería, trabajadora social, técnico en Rehabilitación, nutrición, y atención por Psicología.³

VI.C.5.- Servicios del Gobierno del Estado de Aguascalientes

-En el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor: se brinda Atención Médica Integral al Adulto Mayor; hospitalización y rehabilitación ambulatoria.⁵⁰

-En funcionamiento, la Estancia de Día para Adultos Mayores (Casa del abuelo) en el centro de la ciudad. Secretaria De Bienestar y Desarrollo Social del Gobierno del estado de Aguascalientes. Se desprende el Programa. Atención al Adulto Mayor. 2013.⁵¹

-Secretaria De Bienestar y Desarrollo Social del Gobierno del estado de Aguascalientes. Se desprende el Programa. Atención al Adulto Mayor. 2013.⁵²

IV.D.- Descripción de la naturaleza del problema

Durante las últimas cuatro décadas, el país experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad, aumento los años de sobrevivencia y, por consiguiente, un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas; la disminución de la fecundidad, por su parte, se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad.²¹

Los sistemas de salud se enfocan a la cura de enfermedades y no a intervenciones más beneficiosas para la mejora del bienestar y la autonomía de este tipo de pacientes, como son la prevención de la dependencia, la capacidad del usuario, los cuidados continuados, la rehabilitación, la adaptación del entorno. La pérdida de autonomía entrafia en la persona mayor y su entorno, un aumento de la demanda en términos de evaluación,

asistencia, rehabilitación y apoyo psicosocial, así como de otras ayudas imprescindibles para envejecer con dignidad en la comunidad (en su entorno), que es, no lo olvidemos, la opción preferida por la inmensa mayoría de personas mayores, siempre que cuenten con los apoyos familiares, sociales y económicos necesarios.³⁴

Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son el índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz y la escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody. Estas escalas son las más utilizadas para medir la funcionalidad del adulto mayor.²⁵

IV.E.- Descripción de la distribución del problema

Si bien los avances científicos y tecnológicos de la ciencia médica y la nutrición incrementaron la esperanza de vida de la población mexicana (al grado de pasar de 48 años en el año de 1950, a 75 años en el 2000), esta prolongación de la vida no corresponde a la calidad de la misma, pues una parte importante de esta población accede a ella con serios problemas de padecimientos crónicos, incapacidad, dependencia y aislamiento social; llegada a esta edad, los gastos en cuidados para la salud son muchos y los resultados altos en discapacidad y morbimortalidad son poco alentadores.⁸ La alteración funcional es un "marcador" del efecto y severidad de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado.²

IV.F.- Descripción de la gravedad del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dictamina que en el mundo hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo.⁵³

El envejecimiento poblacional es una experiencia que han vivido los países desarrollados antes que los países en desarrollo, y este destiempo puede proporcionarles ventajas a los países con menores recursos. Las colaboraciones transnacionales pueden resultar de

utilidad para adoptar las lecciones deseables y evitar los errores con consecuencias no deseables para el bienestar de la población de México.⁵⁴

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0% y este porcentaje incrementará a 12.5% en 2020 y a 28.0% en 2050.²⁶

Aproximadamente tres de cada 10 adultos mayores no cuentan con Seguridad Social.²¹

El envejecimiento de la población al que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole, entre los que destacan: el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas; el incremento en las presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como en el de la atención a la salud) y las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que ha descansado principalmente el sostenimiento de la población en edades avanzadas.⁶

Según Duthie, 2008 en su estudio de las perspectivas en la asistencia sanitaria al adulto mayor, los resultados reportan que, los ancianos consumen 30% de los servicios que prestan los internistas, 24% de las visitas a consulta, 25% del consumo de medicamentos y 25% de los gastos totales de salud.⁶

La carga que el envejecimiento demográfico impone a la sociedad se refleja en términos económicos. Es indiscutible que el aumento de enfermedades crónicas a medida que avanza la vida, unido a condiciones psicosociales específicas, hacen que el grupo poblacional más viejo necesite y consuma más recursos en orden de medicamentos, atención médica y de enfermería, rehabilitación, asistencia social, instituciones para ancianos.⁶

IV.G.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

FACTORES SOCIOCULTURALES FACTORES DEL SERVICIO FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

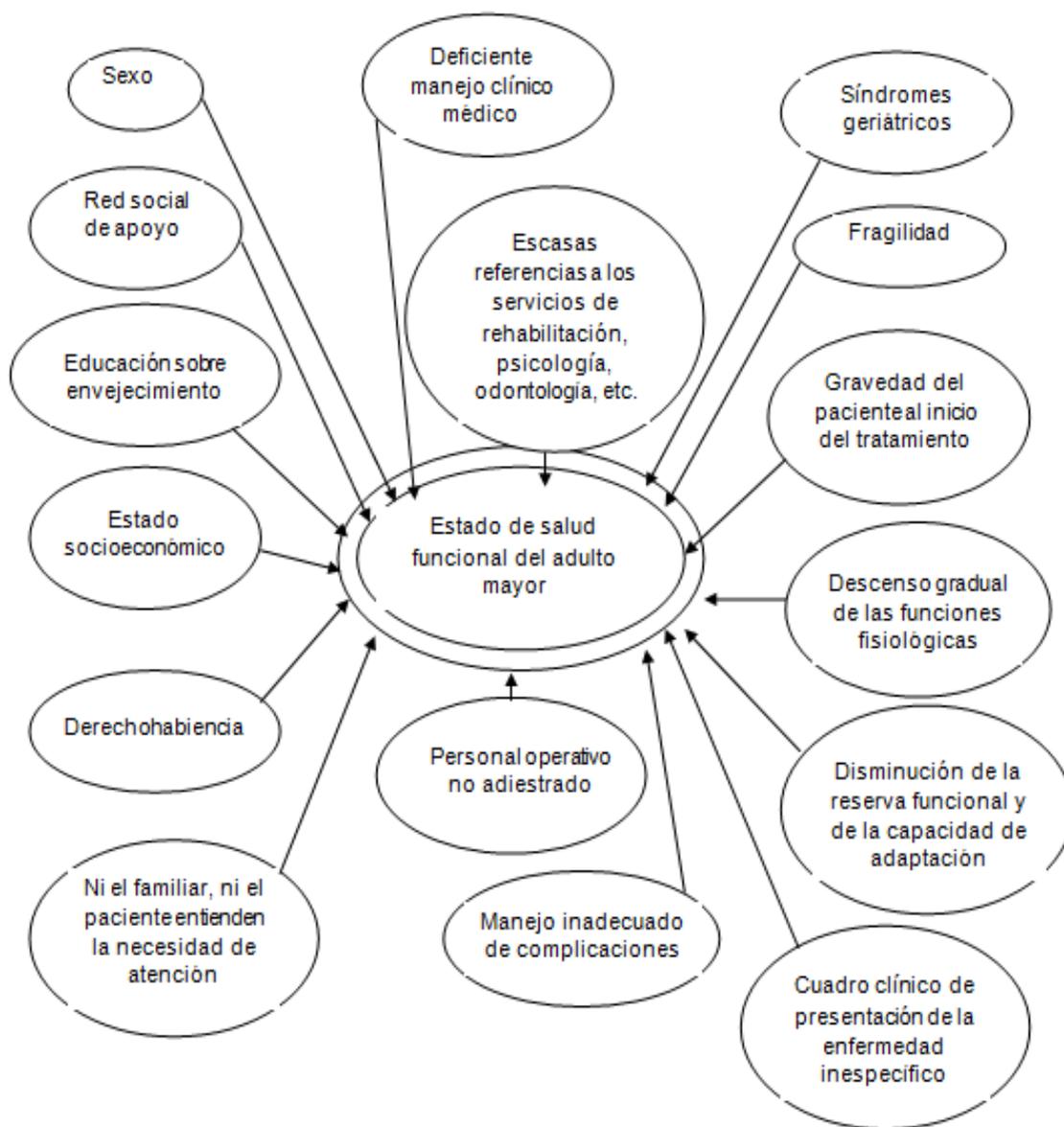


Figura 4. Factores que pueden influir en el estado de salud funcional del adulto mayor.

IV.H.- Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

El progresivo envejecimiento de la población en México demanda mejores conocimientos sobre las edades avanzadas.¹⁴

El estado de salud funcional, es considerado el mejor indicador de salud, en la población adulta mayor, además de que determina en gran medida la relación entre el envejecimiento poblacional y el gasto en salud.¹²

Diversas autoridades en salud, insisten en que la importancia de la valoración funcional radica en su valor a nivel general para planificar políticas de salud pública, así como determinar la población que se puede beneficiar de la atención geriátrica, y a nivel individual para optimizar los planes de cuidados, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención.²⁵

A pesar de que se ha determinado el grado de deterioro funcional en distintas poblaciones de adultos mayores, la diferencia entre poblaciones, patologías crónicas predominantes, tipo de evaluación (autorreporte, evaluación directa por el investigador, otros) e índice utilizado para medir el estado funcional, así como el tipo de pregunta utilizado para definir deterioro funcional, impiden que los diversos estudios puedan compararse adecuadamente.⁴

Determinar el estado de salud funcional del usuario del GeriatrIMSS nos permitirá áreas de oportunidad para mejora en intervenciones, acciones terapéuticas preventivas; de acuerdo al estado de salud funcional del adulto mayor.

IV.I.- Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema (como se han trabajado y porque es necesaria esta investigación).

IV.I.1.- Abizanda Soler P. y colaboradores (2006)

La valoración funcional debe incluir 2 grandes aspectos o dominios: la evaluación de la limitación funcional, entendida como la dificultad para realizar tareas motoras a nivel individual, y la discapacidad, entendida como la limitación en el funcionamiento o desempeño de roles sociales definidos y tareas dentro de un entorno físico y sociocultural.²⁵

IV.I.2.- Romero Cabrera AJ (2008)

Publicó un incremento en la atención médica del anciano desde 1960 hasta el 2000 con una asociación en la elevación de los costos por año de vida ganado en la expectativa de vida. El costo del cuidado y apoyo social para estos pacientes es de alrededor de 2,4 billones de euros. Está perfectamente demostrado que las limitaciones funcionales entre 55 y 84 años están inversamente relacionadas con la clase social y el gradiente socioeconómico. Además menciona que, el adulto mayor necesita más cuidados que tratamiento (*carevs. cure*); necesita un plan de cuidados integral que incluye no sólo los aspectos biomédicos específicos de las enfermedades que pueda presentar, sino también elementos tan importantes como los factores psicológicos, sociales y económicos que repercuten en su capacidad funcional y minan su calidad de vida.⁶

IV.J.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizara para solucionar el problema

El conocimiento del estado funcional y la caracterización del usuario GeriatrIMSS, nos permitirá intervenir tempranamente, con la elaboración de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidos a los pacientes adultos mayores que reciben atención multidisciplinaria en el GeriatrIMSS.

De aquí surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es diagnóstico del estado de salud funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS del 2011-2012?



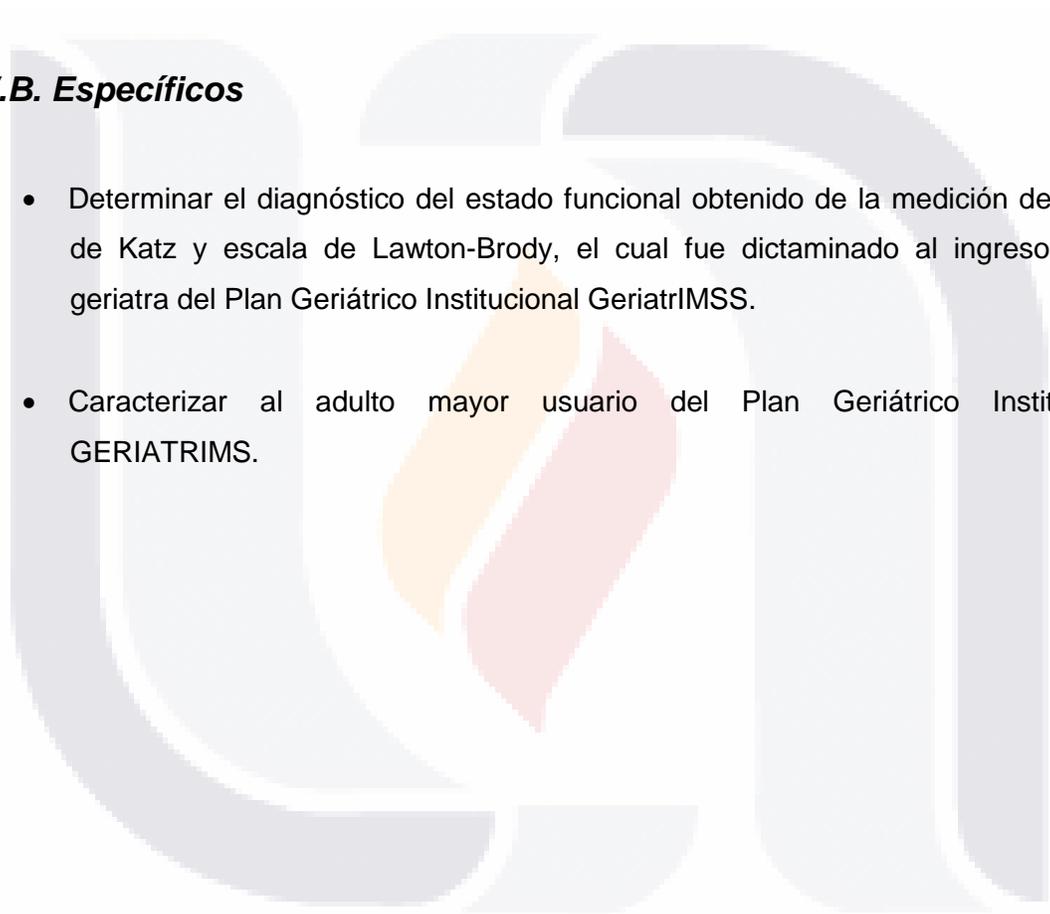
V. OBJETIVOS

V.A. General

Determinar el diagnóstico del estado de salud funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes del periodo 2011-2012.

V.B. Específicos

- Determinar el diagnóstico del estado funcional obtenido de la medición del índice de Katz y escala de Lawton-Brody, el cual fue dictaminado al ingreso por el geriatra del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.
- Caracterizar al adulto mayor usuario del Plan Geriátrico Institucional GERIATRIMS.



VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.A.- Diseño del estudio

Estudio descriptivo observacional.

VI.B.- Población de estudio

Pacientes usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes del periodo 2011-2012.

VI.B.1.- Universo de Trabajo

Estuvo constituido por los adultos de 70 años o más de edad, que acudieron a consulta médica dentro del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

VI.B.2.- Unidad de Análisis

Se revisaron las Cédulas de Valoración Geriátrica Integral de expedientes clínicos de pacientes usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes del periodo 2011-2012.

VI.B.3.- Criterios de inclusión

Adultos de 70 años y más que fueron ingresados al Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes del periodo 2011-2012. En expediente, Cédula de Valoración Geriátrica Integral, con valoración del estado funcional con índice de Katz y escala de Lawton-Brody.

VI.B.4.- Criterios de exclusión.

Expediente clínico con su cédula de valoración geriátrica incompleta.

VI.B.5.- Criterios de eliminación

Pacientes con suspensión de atención medica por cancelación de derechos de vigencia.

Pacientes que realizan su cambio de atención al programa del ATHOIMSS

Defunción.



VII. MUESTREO

No probabilístico por conveniencia. La muestra estará conformada por todos los usuarios que ingresaron durante el transcurso del primer año de implementación del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, en el periodo comprendido del 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012.



VIII. LOGÍSTICA

Se solicitó autorización al personal directivo y a médico geriatra para realizar el estudio.

Se recabaron los expedientes clínicos y la cédula de valoración geriátrica integral de los ingresos realizados en el periodo comprendido del 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012, de manera manual, observando la fecha de valoración inicial de cada uno de los expedientes que forman parte del archivo de dicho Plan Geriátrico Institucional.

La información se obtuvo de la revisión de los expedientes clínicos de los usuarios que ingresaron al Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS del 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012. Se procedió a recolectar los datos de la Cédula de Valoración Geriátrica Integral que le realizó el personal de salud a su ingreso, se extrajo los datos del diagnóstico del estado de salud funcional (funcional/independiente, dependencia parcial o dependencia total) que determinó el geriatra en base al índice de Katz y la escala de Lawton-Brody.

Se recabó la información completa para posteriormente proceder a su captura, análisis estadístico e interpretación, se analizó en el programa estadístico Epi Info 3.5.4.

IX. PLAN DE ANÁLISIS

Se reportó las frecuencias, porcentajes, y prevalencias; para la variable edad se realizó medidas de tendencia central y dispersión.

En el estudio se analizó el diagnóstico del estado de salud funcional de los usuarios del GeriatrIMSS, los instrumentos para determinar el diagnóstico del estado de salud funcional son el índice de Katz y la escala de Lawton-Brody, las cuales forman parte de la Cédula de Valoración Geriátrica Integral, para su valoración funcional por medio de la capacidad de realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). El índice de Katz valora las ABVD, consta de 8 rubros los cuales son: bañarse, vestirse, apariencia personal, usar el inodoro, continencia, trasladarse, caminar y alimentarse; la escala de Lawton y Brody evalúa las AIVD, consta de 5 rubros los cuales son: capacidad para usar el teléfono, uso de medios de transporte, ir de compras, preparación de la comida, y control de sus medicamentos; con ambos, la escala de Lawton-Brody e índice de Katz, el geriatra clasificó al usuario en independiente, si fue capaz de realizar dichas actividades (ABVD y AIVD); dependencia parcial, si requirió de asistencia (en ABVD y AIVD); y determinó dependencia total, si fue incapaz para realizar las actividades en los rubros mencionados (en ABVD y AIVD) .

IX.A.- Técnica de recolección de datos

Con la autorización de Directivos, se solicitaron los expedientes clínicos para analizar la Cédula de Valoración Geriátrica Integral de los pacientes usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, del periodo de 2011 a 2012; se determinó el estado de salud funcional, se identificó a los pacientes del GeriatrIMSS funcionales/independientes, con dependencia parcial o dependencia total.

X. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

El índice de Katz y escala de Lawton-Brody son utilizadas en múltiples estudios a nivel internacional. Cuentan con un Alpha de Cronbach de 0.95 y fiabilidad de $r_{xy}=0.98$.^{32,56,57,58,59}

El índice de Katz y la escala de Lawton y Brody se han validado en México. Se han utilizado en estudios para valorar el estado de salud funcional en adultos mayores mexicanos, incluido el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)^{7,14,60}. Además la Guía de Práctica Clínica y de Referencia Rápida: Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica del IMSS^{13, 26}, avalan la utilización del Índice de Katz y Escala de Lawton-Brody para la valoración del estado funcional del adulto mayor, dicha escala e índice forman parte de la Cédula de Valoración Geriátrica Integral que se aplica en el IMSS, que fue elaborada en base a la Guías de Práctica Clínica que forman parte del catálogo maestro del IMSS.

XI. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

XI.A.- Procesamiento de datos

Se realizó una base de datos en el programa estadístico Epi Info 3.5.4

XI.B.- Análisis de datos

Se describió prevalencias, frecuencias, porcentajes y con representación gráficas para las variables. Además media, mediana, moda, desviación estándar y varianza de la variable edad.

XI.C.- Descripción de variables

Diagnóstico del estado de salud funcional.

Definición conceptual: diagnóstico del estado de salud funcional, el cual es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Definición operacional: El diagnóstico del estado de salud funcional, se determinará en: Independiente (funcional), dependencia parcial o dependencia total.

Escala de medición: ordinal.

Índice de Katz.

Definición operacional: Adulto mayor independiente: Es capaz de realizar las actividades sin asistencia. Escala de medición: nominal.

Definición operacional: Adulto mayor con dependencia parcial Si requiere asistencia a la realización de actividades. Escala de medición: nominal.

Definición operacional: Adulto mayor con dependencia: Es incapaz de realizar las actividades especificadas. Escala de medición: nominal.

Escala de Lawton y Brody:

Definición operacional: Adulto mayor independiente: Es capaz de realizar las actividades sin asistencia. Escala de medición: nominal.

Definición operacional: Dependencia parcial. Si requiere asistencia a la realización de actividades: Escala de medición nominal.

Definición operacional: Adulto mayor con dependencia: Es incapaz de realizar las actividades especificadas. Escala de medición: nominal.

Características sociodemográficas de los usuarios del Plan geriátrico Institucional GeriatrIMSS:

1.-Sexo.

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y de las plantas. Unidad de medición: Femenino-Masculino.

Escala de medición: Nominal.

2.-Edad.

Definición conceptual: Años de vida cumplidos. Unidad de medición: De 70 a 98 años de edad. Escala de medición: Cuantitativa Discreta, escalar.

Por grupo de edad. Unidad de medición: 70 a 80 años, 81 a 90 años y 91 a 100 años.

Escala de medición Discreta Interviniente.

3.-Escolaridad.

Definición conceptual: Es la duración de los estudios en un centro docente. Unidad de medición: - Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, media superior, superior.

Escala de medición: ordinal.

4.-Estado civil.

Definición conceptual: Es la situación personal en la que se encuentra o no con una persona en relación a otra con la que se crea lazos jurídicamente reconocidos. Unidad de medición: soltero, viudo, divorciado, separado, casado.

Escala de medición: Nominal.

5.- *Vivienda.*

Definición conceptual: Es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndose de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales. Unidad de medición: Propia, rentada, prestada, temporal con familiar
Escala de medición: Nominal.

6.- *Tipo de familia.*

Definición conceptual: Es una estructura social básica que se compone por el interjuego de miembros diferenciados (madre, padre, hijo). Unidad de medición: Integrada, No integrada, disfuncional.
Escala de medición: Nominal.

7.- *Número de hijos.*

Definición conceptual: Persona respecto a su padre o de su madre, va implícito el número de personaje. Unidad de medición: de 0 a 16 número de hijos.
Escala de medición: cuantitativa discreta, escalar.

8.- *Aislamiento social.*

Definición operacional: Es la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta. Unidad de medición: Si, No
Escala de medición: Nominal

9.- *Institucionalizado (residencia).*

Definición conceptual: Persona que vive en instituciones de larga estancia. Unidad de medición: Si, No
Escala de medición: Nominal

10.- *Recursos red social/familiar.*

Definición conceptual: Son estructuras sociales compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos. Unidad de medición: excelentes, buena, regular, mala, nulo.
Escala de medición: Nominal.

11.-Cuidador primario/principal.

Definición conceptual: Persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios del paciente geriátrico. Es quien acompaña la mayor parte del tiempo a esta persona. Unidad de medición: masculino, femenino.

Escala de medición: Nominal

12.-Parentesco del cuidador primario/principal.

Definición conceptual: Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. Relación que existe entre el usuario y el cuidador primario. Unidad de medición: Hijo, cónyuge, nieto, hermano, yerno/nuera, sin relación, remunerado.

Escala de medición: Nominal.

13.-Laboral.

Definición conceptual: Colocación, empleo de una persona. Unidad de medición: trabaja, jubilado, pensionado, sin remuneración

Escala de medición: Nominal.

14.-Jubilación reciente.

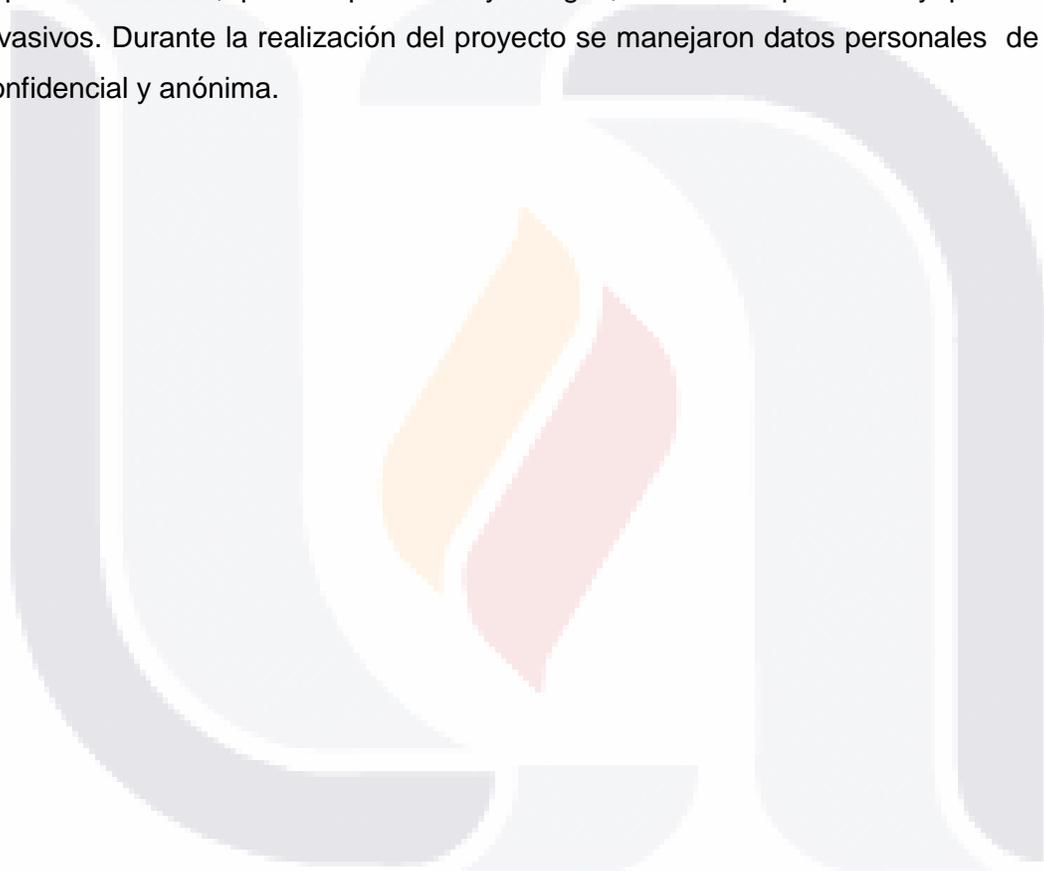
Definición conceptual: Es el nombre que recibe el acto administrativo por el que un trabajador en actividad ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, luego de alcanzar una determinada edad máxima legal para trabajar.

Unidad de medición: si, no. Escala de medición: Nominal

XII.- ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se apegó al reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud, en sus artículos del 1 al 27.

Las consideraciones éticas se enfocaron a determinar el estado de salud funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, mediante la búsqueda en expediente clínico; por lo que no hay riesgos, debido a que no hay procedimientos invasivos. Durante la realización del proyecto se manejaron datos personales de manera confidencial y anónima.



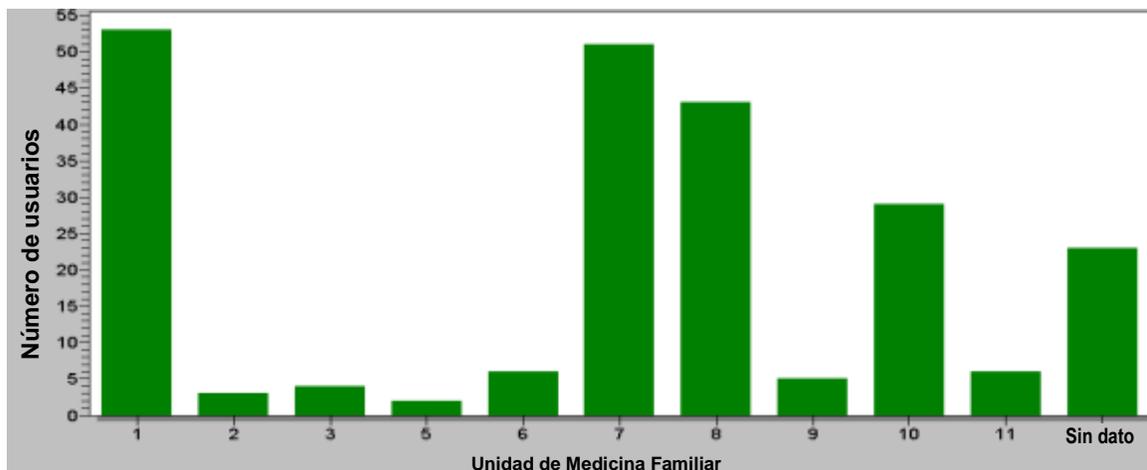
XIII. RESULTADOS

Nuestro estudio contó con una muestra de 225 Cédulas de Valoración Geriátrica Integral que se realizaron al ingreso de usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS delegación Aguascalientes del año 2011 a 2012. Debido a que se eliminaron 2 Cédulas de Valoración Geriátrica Integral de este estudio, porque no contaban con valoración funcional.

La siguiente tabla, muestra los porcentajes de usuarios del GeriatrIMSS por Unidad de Medicina Familiar (UMF) de la Delegación Aguascalientes; se obtuvieron los siguientes resultados, la UMF #1, con 56 de los usuarios (23.6%); la UMF #7 con 22.7% de los usuarios; la UMF #8 con el 19.1%; la UMF #10 con el 12.9%; en el 10.2% no se identificó dato en este rubro. Cómo se muestra en la Tabla y gráfica 1.

Tabla 1. Unidad de Medicina Familiar a la que pertenecen los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Unidad de Medicina Familiar	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
1	53	23.6%	53	23.6%
2	3	1.3%	56	24.9%
3	4	1.8%	60	26.7%
5	2	0.9%	62	27.6%
6	6	2.7%	68	30.2%
7	51	22.7%	119	52.9%
8	43	19.1%	162	72.0%
9	5	2.2%	167	74.2%
10	29	12.9%	196	87.1%
11	6	2.7%	202	89.8%
Sin dato	23	10.2%	225	100.0%
	n= 225			100%



Gráfica 1. Unidad de Medicina Familiar a la que pertenecen los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

En lo que respecta a las valoraciones iniciales que se realizaron en el primer año de implementación del GeriatrIMSS; durante el primer cuatrimestre se realizaron 86 valoraciones, y 139 durante el resto del año. Como se muestra en la Tabla 2.

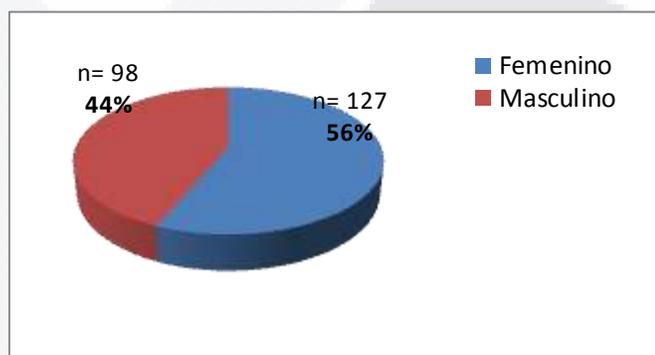
Tabla 2. Fecha de valoración inicial por Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en el HGZ #1 Delegación Aguascalientes.

Fecha de valoración	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
01/01/2012 al 31/07/2012	139	61.8%	139	61.8%
01/08/2011 al 31/12/2011	86	38.2%	225	100.0%
n=	225			100 %

La tabla 3 y gráfica 2, presenta que los usuarios fueron predominantemente femeninos (56.4%), es decir 127 del sexo femenino contra 98 usuarios del sexo masculino.

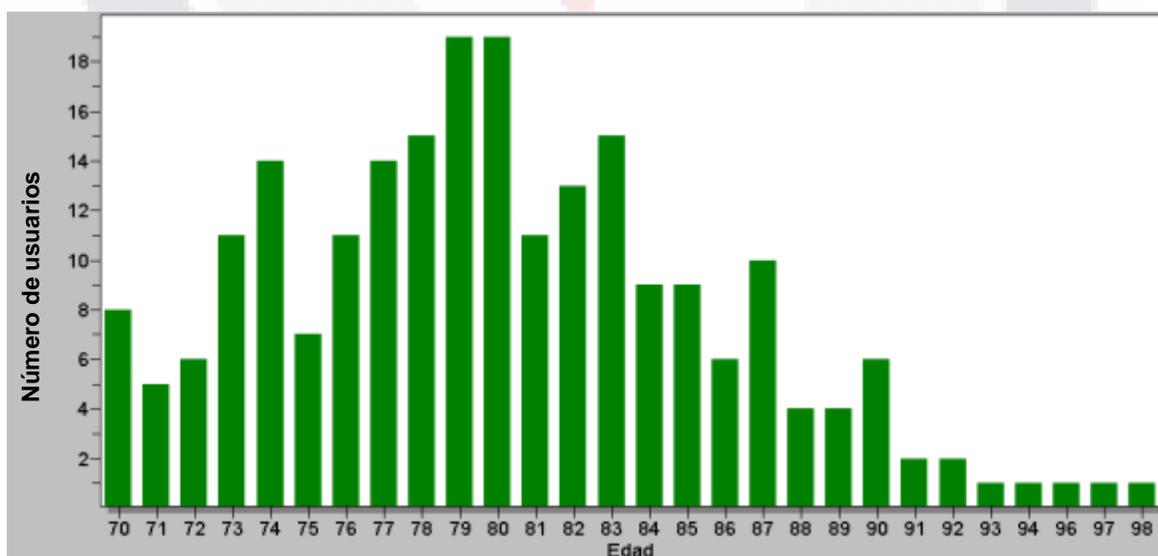
Tabla 3. Sexo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Sexo	Frecuencias Absolutas	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas	
	No. de Individuos (Ni)		Acumuladas	Porcentaje acumulado %
			No. de Individuos (Ni)	
Femenino	127	56.4%	127	56.4%
Masculino	98	43.6%	225	100.0%
	n= 225			100 %



Gráfica 2. Sexo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS

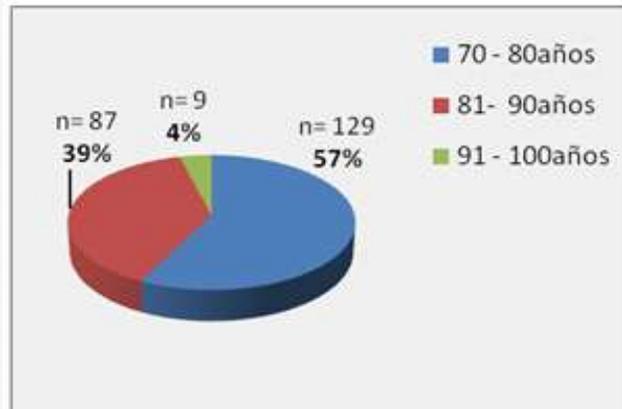
En la gráfica 3, se muestra que la edad con mayor frecuencia de presentación en los usuarios del GeriatrIMSS fue, 79 y 80 años, con un total de 19 usuarios en cada edad mencionada. Además el grupo de edad de mayor frecuencia de presentación fue el de 70 a 80 años (gráfica 4 y tabla 4).



Gráfica 3. Edad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Tabla 4. Edad por grupo de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Grupo de edad	Frecuencias		Frecuencias Absolutas	
	Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
70 – 80 años	129	57.3%	129	57.3%
81- 90 años	87	38.7%	216	96.0%
91 – 100 años	9	4.0%	225	100.0%
	n= 225			100 %



Gráfica 4. Grupo de edad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

En la tabla 5, se aprecia que la mediana de edad de los usuarios fue de 80 años, con un mínimo de 70 años y máximo de 98 años. La moda de edad fue de 79 años. Con una desviación estándar de 5.7491. Varianza de 33.0523.

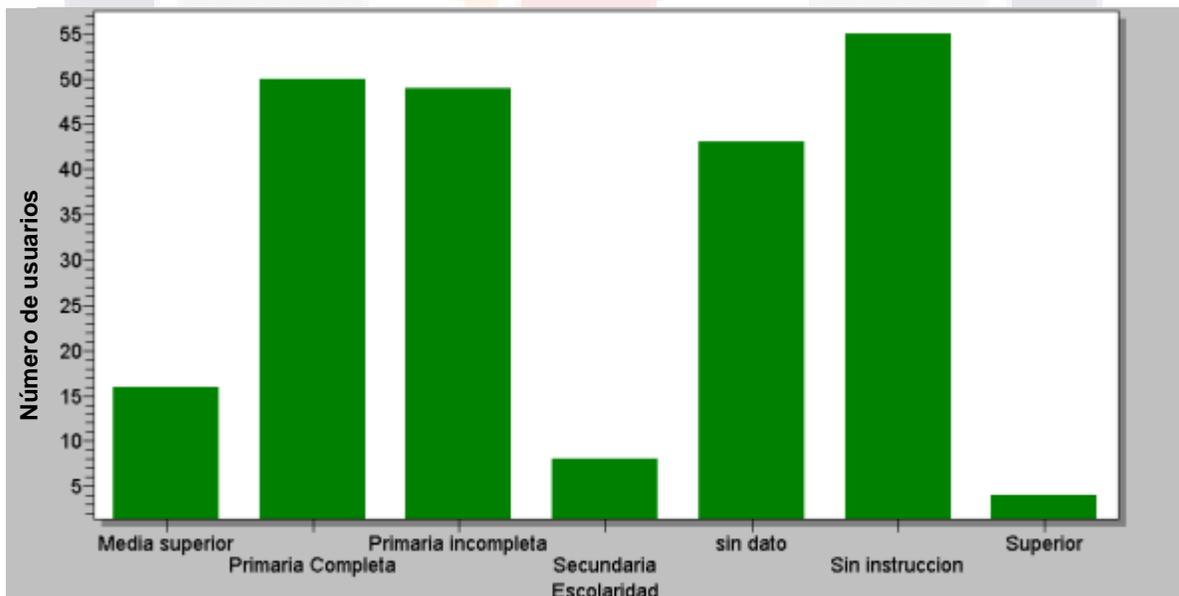
Tabla 5. Intervalos de confianza de la variable edad.

Edad	Media	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Mediana	Máximo	Moda
	80.0756	33.0523	5.7491	70	80	98	79

En lo que se refiere a escolaridad, el 24.4% de los usuarios fue analfabeta, el 22.2% tuvo primaria completa y el 21.8% tuvieron primaria incompleta. Cómo se muestra en la tabla 6 y gráfica 5.

Tabla 6. Escolaridad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Escolaridad	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Media superior	16	7.1%	16	7.1%
Primaria completa	50	22.2%	66	29.3%
Primaria incompleta	49	21.8%	115	51.1%
Secundaria	8	3.6%	123	54.7%
Sin dato	43	19.1%	166	73.8%
Sin instrucción (analfabeta)	55	24.4%	221	98.2%
Superior	4	1.8%	225	100%
	n= 225		100 %	

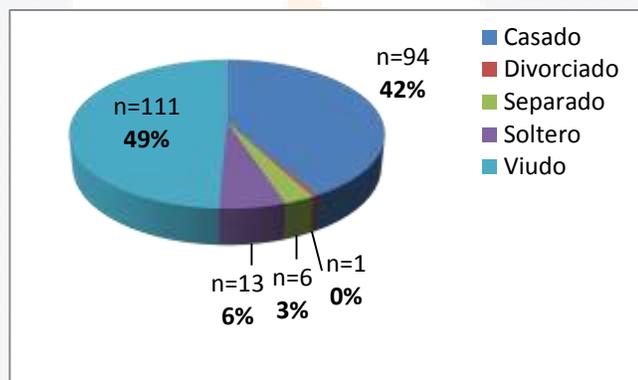


Gráfica 5. Escolaridad de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

La mayoría de los usuarios fueron viudos (49.3%); en el 41.8%, su estado civil fue casado (tabla 7 y gráfica 6).

Tabla 7. Estado civil de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Estado Civil	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Casado	94	41.8%	94	41.8%
Divorciado	1	0.4%	95	42.2%
Separado	6	2.7%	101	44.9%
Soltero	13	5.8%	114	50.7%
Viudo	111	49.3%	225	100.0%
	n= 225			100 %

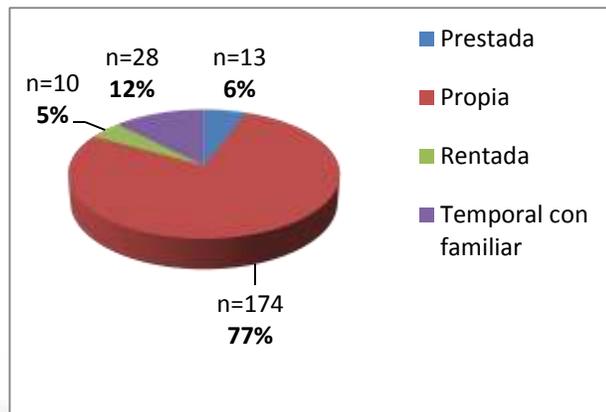


Gráfica 6. Estado civil de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

En lo que respecta a vivienda el 77.3%, tuvieron vivienda propia (tabla 8 y gráfica 7).

Tabla 8. Vivienda de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Vivienda	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Prestada	13	5.8%	13	5.8%
Propia	174	77.3%	187	83.1%
Rentada	10	4.4%	197	87.6%
Temporal con familiar	28	12.4%	225	100.0%
	n= 225			100 %

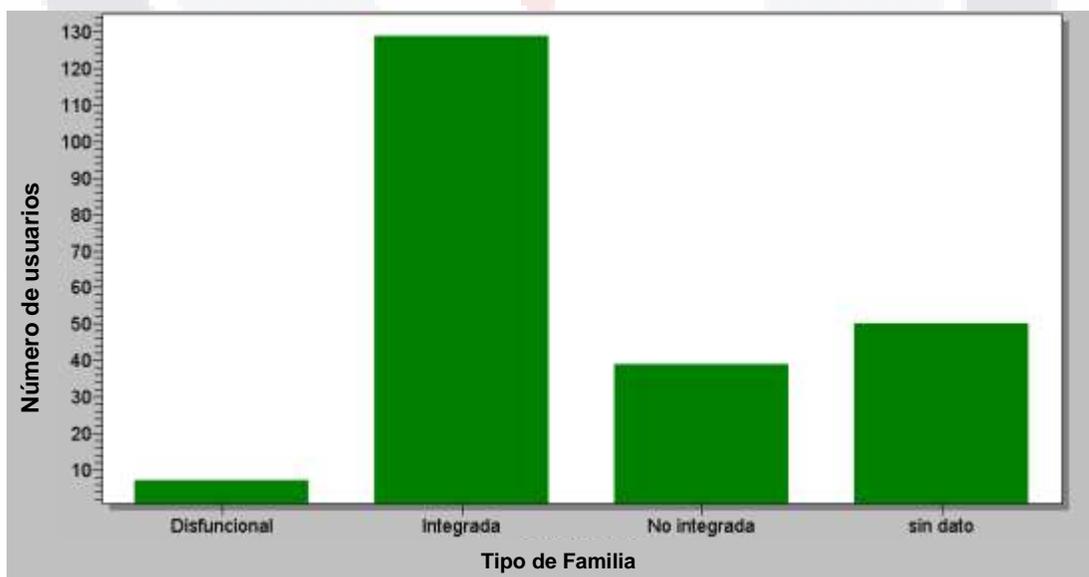


Gráfica 7. Tipo de vivienda de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El 57.3% de los usuarios pertenecen a una familia integrada (tabla 9 y gráfica 8).

Tabla 9. Tipo de familia de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Tipo de Familia	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Disfuncional	7	3.1%	7	3.1%
Integrada	129	57.3%	136	60.4%
No integrada	39	17.3%	175	77.8%
Sin dato	50	22.2%	225	100.0%
n=	225			100 %

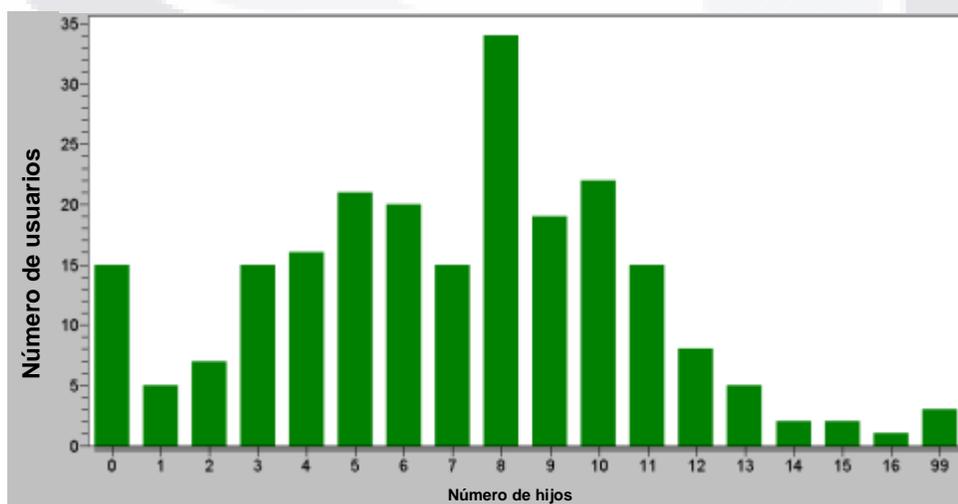


Gráfica 8. Tipo de familia de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El número de hijos que con más frecuencia se presentó fue 8 hijos, con un 15.1% de los usuarios, posteriormente 10 hijos (9.8%), 5 hijos en el (9.3%), 6 hijos (8.9%), 9 hijos (8.4%), 4 hijos (7.1%) y el 6.7% de los usuarios no tuvieron hijos, comparte el mismo porcentaje 11 hijos, 7 hijos y 3 hijos (tabla 10 y gráfica 9).

Tabla 10. Número de hijos de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Número de hijos	Frecuencias		Frecuencias Absolutas	
	Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Sin hijos	15	6.7%	15	6.7%
1	5	2.2%	20	8.9%
2	7	3.1%	27	12.0%
3	15	6.7%	42	18.7%
4	16	7.1%	58	25.8%
5	21	9.3%	79	35.1%
6	20	8.9%	99	44.0%
7	15	6.7%	114	50.7%
8	34	15.1%	148	65.8%
9	19	8.4%	167	74.2%
10	22	9.8%	189	84.0%
11	15	6.7%	204	90.7%
12	8	3.6%	212	94.2%
13	5	2.2%	217	96.4%
14	2	0.9%	219	97.3%
15	2	0.9%	221	98.2%
16	1	0.4%	222	98.7%
Sin dato	3	1.3%	225	100.0%
n= 225		100 %		

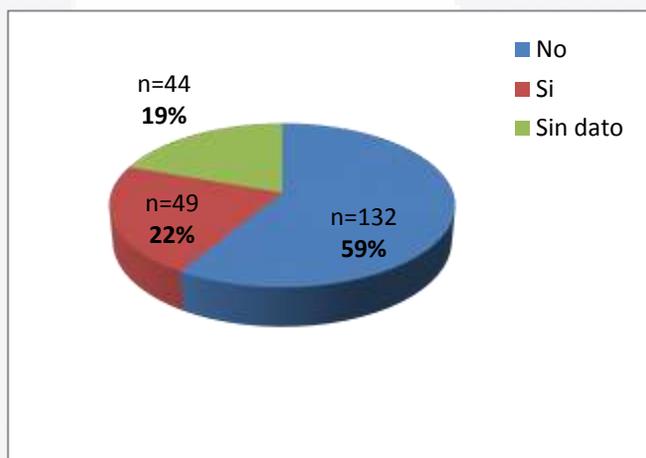


Gráfica 9. Número de hijos de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Respecto al aislamiento social, el 58.7% no presentó esta condición; y el 21.8% presentó aislamiento social, en el 19.6% de los casos se encontró el expediente sin dato en este rubro (tabla 11 y gráfica 10).

Tabla 11. Aislamiento social de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Aislamiento Social	Frecuencias Absolutas	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas	Porcentaje acumulado %
	No. de Individuos (Ni)		Acumuladas No. de Individuos (Ni)	
No	132	58.7%	132	58.7%
Si	49	21.8%	181	80.4%
Sin dato	44	19.6%	225	100.0%
n= 225				100 %

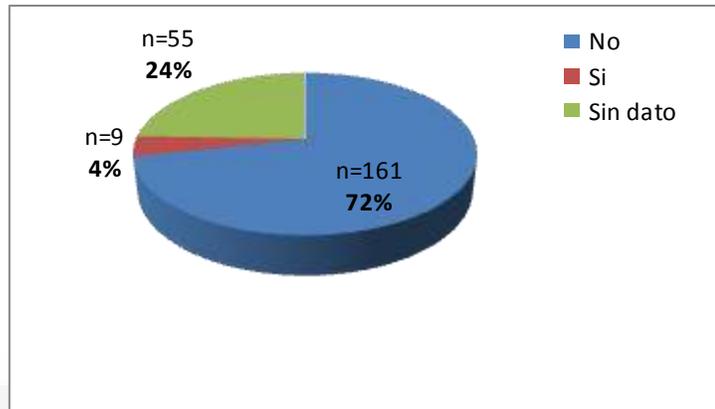


Gráfica 10. Aislamiento social de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El 71.6% de los usuarios, no se presentó como institucionalizado (tabla 12 y gráfica 11).

Tabla 12. Variable institucionalizado en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Institucionalizado	Frecuencias Absolutas	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas	Porcentaje acumulado %
	No. de Individuos (Ni)		Acumuladas No. de Individuos (Ni)	
No	161	71.6%	161	71.6%
Si	9	4.0%	170	75.6%
Sin dato	55	24.4%	225	
n= 225				100 %

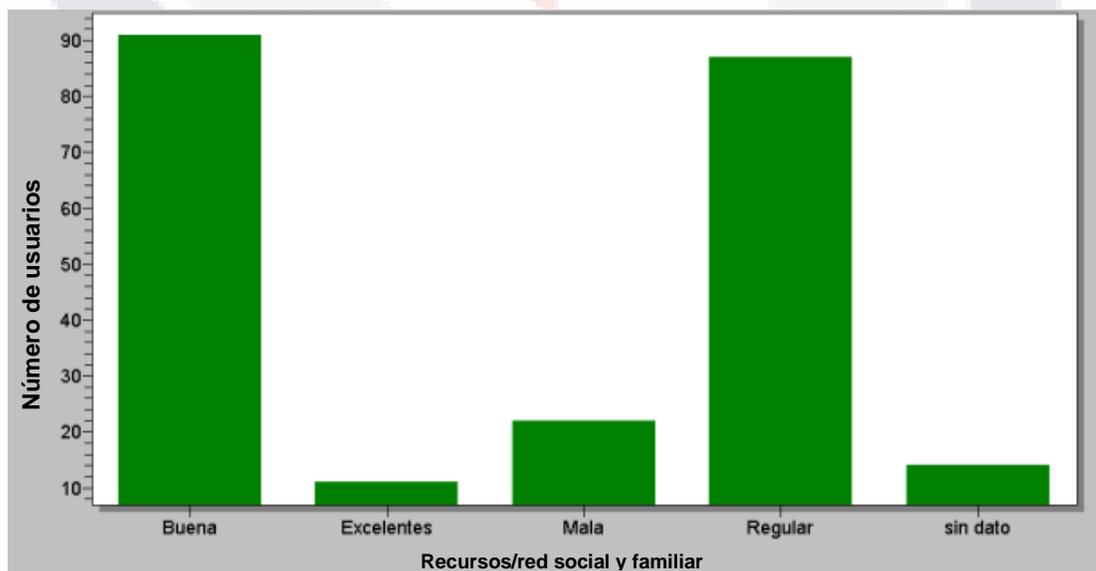


Gráfica 11. Variable institucionalizado en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

En lo que se refiere a recursos de red social y familiar, en el 40.4% de los usuarios fue buena, pero el 38.7% fue regular la red social y familiar (tabla 13 y gráfica 12).

Tabla 13. Recursos/red social y familiar en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Recursos	Frecuencias Absolutas		Frecuencias Absolutas Acumuladas	
	No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Buena	91	40.4%	91	40.4%
Excelentes	11	4.9%	102	45.3%
Mala	22	9.8%	124	55.1%
Regular	87	38.7%	211	93.8%
Sin dato	14	6.2%	225	100.0%
	n= 225			100 %

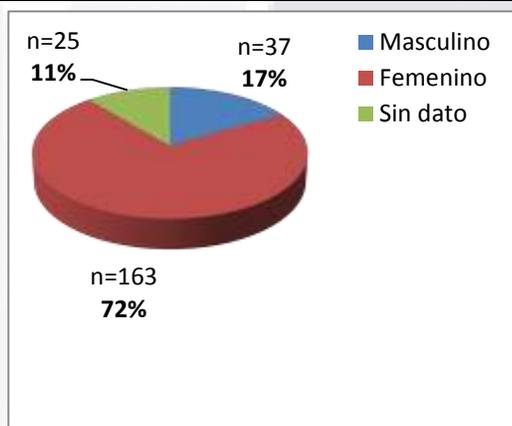


Gráfica 12. Recursos/red social y familiar en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El sexo femenino en el cuidador primario fue en el 72.4% de los casos (163 de los usuarios), como se muestra en la tabla 14 y gráfica 13.

Tabla 14. Cuidador primario en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Cuidador Primario	Frecuencias	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas	Porcentaje acumulado %
	Absolutas No. de Individuos (Ni)		Acumuladas No. de Individuos (Ni)	
Masculino	37	16.4%	37	16.4%
Femenino	163	72.4%	200	88.9%
Sin dato	25	11.1%	225	100.0%
n= 225			100 %	

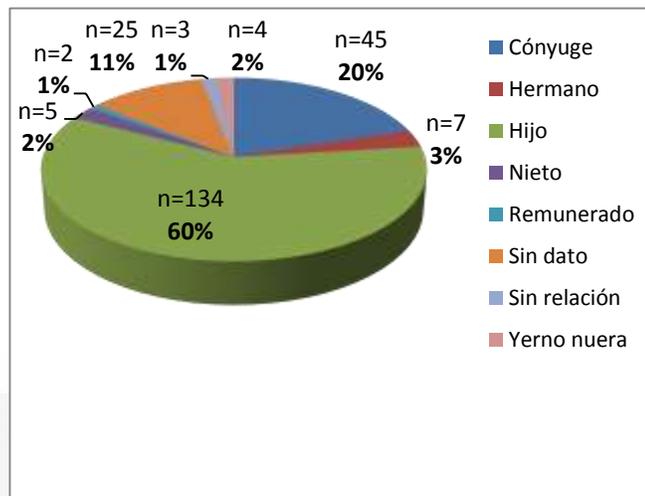


Gráfica 13. Cuidador primario de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El hijo como cuidador primario/principal se presentó en el 59.6% de los usuarios, y en el 20.0% el cónyuge (tabla 15 y gráfica 14).

Tabla 15. Parentesco del cuidador primario en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Parentesco del Cuidador Primario	Frecuencias Absolutas	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas	Porcentaje acumulado %
	No. de Individuos (Ni)		No. de Individuos (Ni)	
Cónyuge	45	20.0%	45	20.0%
Hermano	7	3.1%	52	23.1%
Hijo	134	59.6%	186	82.7%
Nieto	5	2.2%	191	84.9%
Remunerado	2	0.9%	193	85.8%
Sin dato	25	11.1%	218	96.9%
Sin relación	3	1.3%	221	98.2%
Yerno nuera	4	1.8%	225	100.0%
n= 225			100 %	

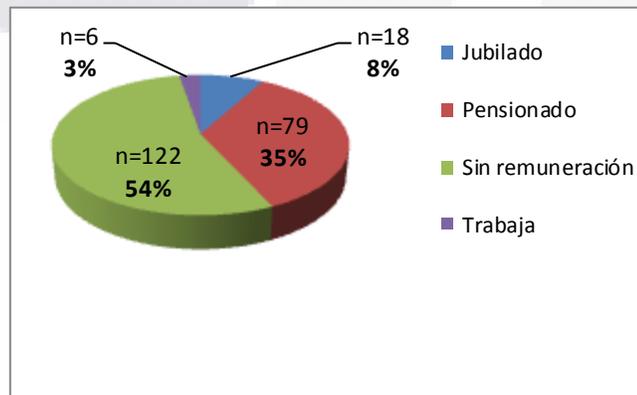


Gráfica 14. Parentesco del cuidador primario de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Dentro de la situación laboral actual del usuario, el 54.2% se encontró sin remuneración, el 35.1% fue pensionado y el 2.7% trabaja (tabla 16 y gráfica 15).

Tabla 16. Situación laboral actual en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Situación laboral actual	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Jubilado	18	8.0%	18	8.0%
Pensionado	79	35.1%	97	43.1%
Sin remuneración	122	54.2%	219	97.3%
Trabaja	6	2.7%	225	100.0%
	n= 225		100 %	

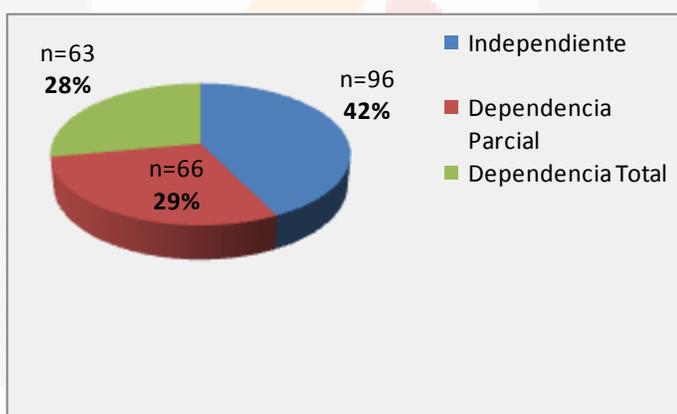


Gráfica 15. Situación laboral actual en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

El diagnóstico del estado de salud funcional más frecuentemente encontrado, fue el de independiente, en 96 de los usuarios, lo cual representó el 42.7% de la población. Le sigue en orden de frecuencia la dependencia parcial, en 66 de los usuarios, que implicó el 29.3%. El diagnóstico del estado de salud funcional de dependencia total se presentó en el 28% de la población estudiada, es decir 66 de los usuarios. Como lo muestra la tabla 17 y gráfica 16.

Tabla 17. Valoración funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Valoración Funcional	Frecuencias Absolutas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje %	Frecuencias Absolutas Acumuladas No. de Individuos (Ni)	Porcentaje acumulado %
Independiente	96	42.7%	96	42.7%
Dependencia Parcial	66	29.3%	162	72.0%
Dependencia Total	63	28.0%	225	100.0%
	n= 225		100 %	



Gráfica 16. Valoración funcional en los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

La variable de jubilación reciente se eliminó del estudio, debido que al momento de recabar de expedientes, en alrededor del 40% de los casos, no se reportó este dato en la Cédula de Valoración Geriátrica Integral.

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) independiente, pertenecieron a la UMF #8 (27.1%), fueron del sexo femenino (57.3%), fueron analfabetas (45.8%), con estado civil viudo (53.1%), con vivienda propia (82.3%), familia integrada (58.3%), 8 número de hijos (11.5%), sin aislamiento social (59.4%), no institucionalizado (68.8%), buen recurso de red social y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familiar (41.7%), su cuidador primario fue femenino (64.6%), con parentesco de hijo (58.3%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (51.0%), y pertenecieron al grupo de edad de 70-80años (67.7%).

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) de dependiente parcial, pertenecieron a la UMF #7 (25.8%), fueron del sexo femenino (56.1%), fueron analfabetas (47.0%), con estado civil casado (47.0%), con vivienda propia (69.7%), familia integrada (56.1%), 8 número de hijos (18.2%), sin aislamiento social (65.2%), no institucionalizado (74.2%), buen recurso de red social y familiar (42.4%), su cuidador primario fue femenino (77.3%), con parentesco de hijo (56.1%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (54.5%), y pertenecieron al grupo de edad de 70-80años (56.1%).

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) de dependiente total, pertenecieron a la UMF #1 (33.3%), fueron del sexo femenino (55.6%), fueron analfabetas (58.7%), con estado civil viudo (49.2%), con vivienda propia (77.8%), familia integrada (57.1%), 8 número de hijos (17.5%), sin aislamiento social (50.8%), no institucionalizado (73.0%), regular recurso de red social y familiar (39.7%), su cuidador primario fue femenino (79.4%), con parentesco de hijo (65.1%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (58.7%), y pertenecieron al grupo de edad de 81-90años (50.8%).

Tabla 18. Prevalencia de Valoración funcional por Unidad de Medicina familiar.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Unidad de Medicina Familiar	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
1	18	14	21	53	
%	18.8	21.2	33.3	23.6	
2	0	2	1	3	
%	0.0	3.0	1.6	1.3	
3	1	2	1	4	
%	1.0	3.0	1.6	1.8	
5	1	1	0	2	
%	1.0	1.5	0.0	0.9	
6	1	4	1	6	
%	1.0	6.1	1.6	2.7	
7	20	17	14	51	
%	20.8	25.8	22.2	22.7	
8	26	12	5	43	
%	27.1	18.2	7.9	19.1	
9	4	0	1	5	
%	4.2	0.0	1.6	2.2	
10	17	3	9	29	
%	17.7	4.5	14.3	12.9	
11	2	1	3	6	
%	2.1	1.5	4.8	2.7	
Sin dato (99)	6	10	7	23	
%	6.3	15.2	11.1	10.2	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 19. Prevalencia de Valoración funcional por sexo.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Sexo	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Femenino	55	37	35	127	
%	57.3	56.1	55.6	56.4	
Masculino	41	29	28	98	
%	42.7	43.9	44.4	43.6	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 20. Prevalencia de Valoración funcional por escolaridad.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Escolaridad	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Analfabeta	44	31	37	112	
%	45.8	47.0	58.7	49.8	
Preparatoria	2	0	0	2	
%	2.1	0.0	0.0	0.9	
Primaria	35	29	21	85	
%	36.5	43.9	33.3	37.8	
Profesional	1	2	1	4	
%	1.0	3.0	1.6	1.8	
Secundaria	4	3	1	8	
%	4.2	4.5	1.6	3.6	
Técnico Profesional	10	1	3	14	
%	10.4	1.5	4.8	6.2	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 21. Prevalencia de Valoración funcional por estado civil.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Estado Civil	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Casado	36	31	27	94	
%	37.5	47.0	42.9	41.8	
Divorciado	0	1	0	1	
%	0.0	1.5	0.0	0.4	
Separado	2	1	3	6	
%	2.1	1.5	4.8	2.7	
Soltero	7	4	2	13	
%	7.3	6.1	3.2	5.8	
Viudo	51	29	31	111	
%	53.1	43.9	49.2	49.3	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 22. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de vivienda.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Vivienda	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Prestada	1	9	3	13	
%	1.0	13.6	4.8	5.8	
Propia	79	46	49	174	
%	82.3	69.7	77.8	77.3	
Rentada	7	1	2	10	
%	7.3	1.5	3.2	4.4	
Temporal con familiar	9	10	9	28	
%	9.4	15.2	14.3	12.4	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 23. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de familia.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Tipo de Familia	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Disfuncional	5	0	2	7	
%	5.2	0.0	3.2	3.1	
Integrada	56	37	36	129	
%	58.3	56.1	57.1	57.3	
No integrada	19	8	12	39	
%	19.8	12.1	19.0	17.3	
Sin dato	16	21	13	50	
%	16.7	31.8	20.6	22.2	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 24. Prevalencia de Valoración funcional por número de hijos.

VALORACIÓN FUNCIONAL					
Número de hijos	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
0	5	5	5	15	
%	5.2	7.6	7.9	6.7	
1	3	2	0	5	
%	3.1	3.0	0.0	2.2	
2	2	3	2	7	
%	2.1	4.5	3.2	3.1	
3	10	1	4	15	
%	10.4	1.5	6.3	6.7	
4	8	4	4	16	
%	8.3	6.1	6.3	7.1	
5	10	5	6	21	
%	10.4	7.6	9.5	9.3	
6	6	5	9	20	
%	6.3	7.6	14.3	8.9	
7	9	6	0	15	
%	9.4	9.1	0.0	6.7	
8	11	12	11	34	
%	11.5	18.2	17.5	15.1	
9	7	4	8	19	
%	7.3	6.1	12.7	8.4	
10	8	7	7	22	
%	8.3	10.6	11.1	9.8	
11	9	4	2	15	
%	9.4	6.1	3.2	6.7	
12	1	3	4	8	
%	1.0	4.5	6.3	3.6	
13	3	2	0	5	
%	3.1	3.0	0.0	2.2	
14	1	1	0	2	
%	1.0	1.5	0.0	0.9	
15	1	0	1	2	
%	1.0	0.0	1.6	0.9	
16	0	1	0	1	
%	0.0	1.5	0.0	0.4	
Sin dato (99)	2	1	0	3	
%	2.1	1.5	0.0	1.3	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 25. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de aislamiento social.

VALORACION FUNCIONAL					
Aislamiento Social	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
No	57	43	32	132	
%	59.4	65.2	50.8	58.7	
Si	19	10	20	49	
%	19.8	15.2	31.7	21.8	
Sin dato	20	13	11	44	
%	20.8	19.7	17.5	19.6	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 26. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de institucionalización.

VALORACION FUNCIONAL					
Institucionalizado	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
No	66	49	46	161	
%	68.8	74.2	73.0	71.6	
Si	1	3	5	9	
%	1.0	4.5	7.9	4.0	
Sin dato	29	14	12	55	
%	30.2	21.2	19.0	24.4	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 27. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de recursos/red social y familiar.

VALORACION FUNCIONAL					
Recursos	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Buena	40	28	23	91	
%	41.7	42.4	36.5	40.4	
Excelentes	7	2	2	11	
%	7.3	3.0	3.2	4.9	
Mala	8	4	10	22	
%	8.3	6.1	15.9	9.8	
Regular	36	26	25	87	
%	37.5	39.4	39.7	38.7	
Sin dato	5	6	3	14	
%	5.2	9.1	4.8	6.2	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 28. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de cuidador primario.

VALORACION FUNCIONAL				
Cuidador Primario	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL
Hombre	22	10	5	37
%	22.9	15.2	7.9	16.4
Mujer	62	51	50	163
%	64.6	77.3	79.4	72.4
Sin dato	12	5	8	25
%	12.5	7.6	12.7	11.1
TOTAL	96	66	63	225
%	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 29. Prevalencia de Valoración funcional por tipo de parentesco del cuidador primario.

VALORACION FUNCIONAL				
Parentesco	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL
Cónyuge	17	18	10	45
%	17.7	27.3	15.9	20.0
Hermano	4	2	1	7
%	4.2	3.0	1.6	3.1
Hijo	56	37	41	134
%	58.3	56.1	65.1	59.6
Nieto	2	2	1	5
%	2.1	3.0	1.6	2.2
Remunerado	0	1	1	2
%	0.0	1.5	1.6	0.9
Sin dato	13	5	7	25
%	13.5	7.6	11.1	11.1
Sin relación	1	0	2	3
%	1.0	0.0	3.2	1.3
Yerno nuera	3	1	0	4
%	3.1	1.5	0.0	1.8
TOTAL	96	66	63	225
%	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 30. Prevalencia de Valoración funcional por situación laboral actual.

VALORACION FUNCIONAL					
Laboral	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
Jubilado	9	6	3	18	
%	9.4	9.1	4.8	8.0	
Pensionado	36	20	23	79	
%	37.5	30.3	36.5	35.1	
Sin remuneración	49	36	37	122	
%	51.0	54.5	58.7	54.2	
Trabaja	2	4	0	6	
%	2.1	6.1	0.0	2.7	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 31. Prevalencia de Valoración funcional por grupo de edad.

VALORACION FUNCIONAL					
Grupo de edad	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL	
70-80	65	37	27	129	
%	67.7	56.1	42.9	57.3	
81-90	30	25	32	87	
%	31.3	37.9	50.8	38.7	
91-100	1	4	4	9	
%	1.0	6.1	6.3	4.0	
TOTAL	96	66	63	225	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tabla 32. Prevalencia de Valoración funcional por edad del usuario.

VALORACION FUNCIONAL				
Edad	Independiente	Dependiente Parcial	Dependiente Total	TOTAL
70	5	0	3	8
%	5.2	0.0	4.8	3.6
71	1	1	3	5
%	1.0	1.5	4.8	2.2
72	5	0	1	6
%	5.2	0.0	1.6	2.7
73	5	3	3	11
%	5.2	4.5	4.8	4.9
74	6	3	5	14
%	6.3	4.5	7.9	6.2
75	3	3	1	7
%	3.1	4.5	1.6	3.1
76	6	3	2	11
%	6.3	4.5	3.2	4.9
77	9	2	3	14
%	9.4	3.0	4.8	6.2
78	5	7	3	15
%	5.2	10.6	4.8	6.7
79	9	7	3	19
%	9.4	10.6	4.8	8.4
80	11	8	0	19
%	11.5	12.1	0.0	8.4
81	7	1	3	11
%	7.3	1.5	4.8	4.9
82	4	4	5	13
%	4.2	6.1	7.9	5.8
83	4	5	6	15
%	4.2	7.6	9.5	6.7
84	2	5	2	9
%	2.1	7.6	3.2	4.0
85	5	2	2	9
%	5.2	3.0	3.2	4.0
86	1	1	4	6
%	1.0	1.5	6.3	2.7
87	1	5	4	10
%	1.0	7.6	6.3	4.4

88	3	0	1	4
%	3.1	0.0	1.6	1.8
89	0	1	3	4
%	0.0	1.5	4.8	1.8
90	3	1	2	6
%	3.1	1.5	3.2	2.7
91	0	2	0	2
%	0.0	3.0	0.0	0.9
92	1	0	1	2
%	1.0	0.0	1.6	0.9
93	0	0	1	1
%	0.0	0.0	1.6	0.4
94	0	0	1	1
%	0.0	0.0	1.6	0.4
96	0	0	1	1
%	0.0	0.0	1.6	0.4
97	0	1	0	1
%	0.0	1.5	0.0	0.4
98	0	1	0	1
%	0.0	1.5	0.0	0.4
TOTAL	96	66	63	225
%	100.0	100.0	100.0	100.0

XIV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En nuestro estudio la mayoría de los usuarios pertenecieron a la UMF #1 (23.6%), esto debido quizá a que los derechohabientes de la UMF #1 procedieron de los fraccionamientos, colonias y barrios más antiguos de Aguascalientes. En cuanto a la fecha de valoración inicial por el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS HGZ #1, en el 2011 se tuvo menos productividad a comparación del 2012 (86 valoraciones en el 2011 vs 139 valoraciones del 2012), esto se debió a que la productividad del 2011 sólo incluyó desde el mes de agosto de 2011 (mes en el que inició labores el GeriatrIMSS) hasta Diciembre de 2011, y la productividad del año 2012 incluyó del 1 de enero de 2012 al 31 de Julio de 2012, (lo que corresponde a los posteriores 8 meses de implementado el GeriatrIMSS). En total durante el periodo de 2011 a 2012 se otorgaron en total 225 valoraciones iniciales (durante 12 meses). Dentro de los resultados obtenidos existe una predominancia del sexo femenino con un 56.4%, de los usuarios de GeriatrIMSS, lo que es similar a lo reportado por ENSANUT 2012, dónde un 53.5% de los adultos mayores fueron femeninos¹. La mediana de edad fue de 80 años, lo cual no fue comparable con otros estudios, debido a que tienen un rango de edad de 60 años o más, y en este estudio la edad mínima edad fue de 70 años. La escolaridad en el 24.4% de los usuarios fue analfabeta, el 22.2% tuvo primaria completa y el 21.8% tuvo primaria incompleta; lo cual fue similar a lo reportado por INAPAM, quien publicó que el 26.4% de los adultos mayores fueron analfabetas, el 31.8% tuvo primaria incompleta y el 17.8% tuvo primaria completa a nivel nacional, según datos del 2009⁴⁹. La mayoría de los usuarios fueron viudos (49.3%); lo que es mayor a lo reportado por ENSANUT con un 26.5% en el año 2012¹. En lo que se refiere a recursos de red social y familiar, solo en el 4.9% fue excelente, el 40.4% fue buena, esto quizá en relación a que el 57.3% de los usuarios del GeriatrIMSS pertenecieron a una familia integrada; sin embargo, cabe mencionar que en el 38.7% de los usuarios, los recursos de red social y familiar fue regular, esto debido quizá, a que la red social acumulada por todo un curso de vida, con la pérdida de funcionalidad, tendió a desaparecer por perder la base de reciprocidad que la fundamentaba, por lo que, esta relación se pudo haber convertido en una fuente de conflictos interpersonales ocasionados por la pérdida de autonomía del adulto mayor y por los cambios de roles que ocurren cuando éste se encontró en una situación de dependencia; aunado a que la familia está pasando por cambios estructurales importantes producidos por la migración,

la incorporación de la mujer al trabajo formal e informal y la fragmentación de las redes familiares por el medio ambiente urbano en que viven la mayoría de los adultos mayores, debido también a la jubilación, o la muerte de sus contemporáneos; dio como resultado, que estos adultos mayores cursen con pérdidas significativas en su red. Según algunos autores, la sociedad no está organizada para la regeneración de redes sociales en la edad mayor⁶². Aunado a lo anteriormente mencionado, en situaciones en las que el adulto mayor tuvo muchos hijos, sólo algunos le apoyan emocional o económicamente.⁵⁵

El número de hijos que con más frecuencia se presentó fue 8 hijos (en el 15.1% de los usuarios), esta situación coincide con estimaciones previas, en el que el número de hijos vivos que tuvo esta generación, fueron entre seis y nueve²². Respecto al aislamiento social, el 58.7% no presentó esta condición, quizá debido a que la mayoría contó con una buena red social y familiar y provino de una familia integrada. El 4% de los usuarios, estuvo institucionalizado, lo cual fue menor que lo reportado por Manrique Espinoza B. y colaboradores (7.1%).¹

Respecto al cuidador primario; el sexo femenino (72.4%) y ser hijo como parentesco con el usuario (59.6% de los casos), fue lo más frecuente en los usuarios del GeriatrIMSS; cabe mencionar que en segundo lugar de frecuencia, lo ocupó el cónyuge como cuidador primario, lo cual se presentó en el 20.0% de los usuarios. Lo que es similar a lo publicado por el ISSSTE en México, D.F. en el 2011, donde el 89% de los cuidadores primarios fueron femeninos, el 73% de los cuidadores primarios fueron hijos del adulto mayor, y en segundo lugar, en el 13% fue el cónyuge.⁶¹

Dentro de la situación laboral actual del usuario del GeriatrIMSS, el 54.2% se encontró sin remuneración, el 35.1% fue pensionado lo cual es similar a los pensionados reportados por el INEGI en nuestra entidad (35.9%)³⁵. En nuestro estudio el 2.7% trabaja, lo cual estuvo muy por debajo de lo reportado a nivel nacional por la Revista de Salud Pública de México en el 2013, en el cual el 25.2 % trabaja actualmente¹. El 8.0% de los usuarios del GeriatrIMSS fueron jubilados, lo cual fue menor que el reportado por la Revista de Salud Publica en el 2013, lo cual publicó que el 17.0% no trabaja por estar jubilado y cerca de 40% dijo dedicarse a los quehaceres del hogar.¹

El diagnóstico del estado de salud funcional más frecuentemente encontrado, fue el de independiente, en 96 de los usuarios, lo cual representó el 42.7% de la población, sin embargo, es menor este porcentaje, que lo reportado por Ruiz y colaboradores, quienes publicaron que el 64.4% de los adultos mayores de 70años eran independientes. En nuestro estudio la dependencia parcial, se presentó en 66 de los usuarios, que implicó el 29.3%, lo cual en nuestro estudio es mayor que lo reportado por Ruiz y colaboradores, quienes reportaron el 17% en mayores de 70años. El diagnóstico del estado de salud funcional de dependencia total se presentó en el 28% de los usuarios GeriatrIMSS estudiados, en total 63 usuarios, lo cual supera lo reportado en Perú, quienes publicaron 18.5%, también en mayores de 70años.¹¹

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) independiente, pertenecieron a la UMF #8 (27.1%), fueron del sexo femenino (57.3%), fueron analfabetas (45.8%), con estado civil viudo (53.1%), con vivienda propia (82.3%), familia integrada (58.3%), 8 número de hijos (11.5%), sin aislamiento social (59.4%), no institucionalizado (68.8%), buen recurso de red social y familiar (41.7%), su cuidador primario fue femenino (64.6%), con parentesco de hijo (58.3%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (51.0%), y pertenecieron al grupo de edad de 70-80años (67.7%). Sin embargo en un estudio en Perú el 78,9% fue independiente en el grupo de edad de 70-79años.¹¹

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) de dependencia parcial, pertenecieron a la UMF #7 (25.8%), fueron del sexo femenino (56.1%), fueron analfabetas (47.0%), con estado civil casado (47.0%), con vivienda propia (69.7%), familia integrada (56.1%), 8 número de hijos (18.2%), sin aislamiento social (65.2%), no institucionalizado (74.2%), buen recurso de red social y familiar (42.4%), su cuidador primario fue femenino (77.3%), con parentesco de hijo (56.1%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (54.5%), y pertenecieron al grupo de edad de 70-80años (56.1%).

La mayoría de los usuarios del GeriatrIMSS con valoración funcional (diagnóstico del estado de salud funcional) de dependencia total, pertenecieron a la UMF #1 (33.3%), fueron del sexo femenino (55.6%), fueron analfabetas (58.7%), con estado civil viudo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(49.2%), con vivienda propia (77.8%), familia integrada (57.1%), 8 número de hijos (17.5%), sin aislamiento social (50.8%), no institucionalizado (73.0%), regular recurso de red social y familiar (39.7%), su cuidador primario fue femenino (79.4%), con parentesco de hijo (65.1%), tuvieron un estado laboral actual sin remuneración (58.7%), y pertenecieron al grupo de edad de 81-90años (50.8%).

Lo que es similar a lo publicado en la Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores en Chile, en los que confirman que la prevalencia de dependencia aumentó a medida que aumenta la edad, llegando a cifras superiores al 50% en los mayores de 80 años. Y que la frecuencia y severidad de dependencia, aumentó a medida que aumenta la edad. Existieron muchas más mujeres dependientes que hombres en esta situación en mayores de 70años.⁹

En un estudio realizado en Perú, no se encontró relación entre el sexo y la valoración funcional; sin embargo, a mayor edad también reportaron un aumento del nivel de dependencia¹¹.

Respecto a los resultados anteriores Ruiz y Campos, conformaron que las variaciones en la prevalencia de independencia funcional de los adultos mayores, dependió del grupo poblacional (hospitalizado, paciente ambulatorio –de hospital o primer nivel de atención o si es población general), la edad media de la población de estudio, el sexo, el nivel educativo, morbilidad, entre otros, como ha sido corroborado en estudios previos.¹¹

CONCLUSIONES

Los adultos mayores usuarios del GeriatrIMSS, conforman un grupo heterogéneo, por demás complejo, con presentación atípica de enfermedades y que requiere un tratamiento multidimensional, por lo que la divulgación de los datos obtenidos de la investigación sobre el adulto mayor, permitirá orientar la toma de medidas necesarias para la mejora en el estado de salud funcional del adulto mayor, con repercusión en los sistemas de salud, a nivel económico y en la familia del adulto mayor.

Cabe mencionar que los adultos mayores independientes en su mayoría pertenecieron a la UMF #8, los dependientes parciales a la UMF #7, y con dependencia total a la UMF #1. Aunque la UMF #1 es la que contó con más usuarios de GeriatrIMSS, es necesario difundir el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS al resto de las UMF, principalmente las que se encuentran fuera de la Ciudad de Aguascalientes, para que en su momento, una vez conociendo el Plan Geriátrico, se realicen las referencias oportunas.

La media y mediana fue de 80 años, con un grupo de edad más frecuente de adultos mayores de 70 a 80 años, sin embargo la dependencia total fue más frecuente en el grupo de edad de 81-90 años.

El nivel educativo que más frecuentemente se presentó en los adultos mayores en este estudio, es el analfabetismo, primaria completa e incompleta; estos resultados tienen implicaciones, y debe ser un punto de partida para tomar medidas al respecto, ya que la alfabetización pudiese dificultar el obtener acceso a la información y a los servicios que les corresponden, el cumplimiento de la terapéutica escrita, y además la toma de medicamentos instaurada por el personal de salud, lo que puede volverlos más dependientes de la ayuda de los demás.

En cuanto a recursos de red sociofamiliar, en la mayoría de los adultos mayores fue buena, sin embargo en segundo lugar se encuentran los que tuvieron una regular red social y familiar, posteriormente mala, y muy por debajo, los que tiene red sociofamiliar excelente; en el caso particular de los pacientes con dependencia total la mayoría tuvo recursos de red social y familiar regular; por lo que se pudiesen redirigir acciones por

parte de trabajo social y geriatra del GeriatrIMSS para reducir implicaciones secundarias derivados de esta red sociofamiliar. Tomando en cuenta a su vez que la mayoría de los adultos mayores fueron viudos (con la excepción de que los dependientes parciales, que en su mayoría fueron casados). Esto con el fin de iniciar estrategias educativas con los recursos de red sociofamiliar de los usuarios.

Es necesario tomar en cuenta que las redes familiares no son la única provisión de apoyos hacia el adulto mayor. Es importante reforzar tanto los recursos de red social y familiar. Se sugiere la capacitación oportuna por medio de dinámicas, cursos o talleres a los recursos de red social y familiar que forman parte del adulto mayor usuario del GeriatrIMSS, para difundir información y sensibilización sobre necesidades de las personas mayores, empezando por sus familias ya que no cuentan con la información necesaria que les explique los cambios físicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan los adultos mayores, por ejemplo, las deficiencias físicas, el retiro laboral, la pérdida de amigos o de la pareja, dificultades económicas, aislamiento social, dificultad en la realización de actividades de la vida diaria, entre otras. Al disponer de conocimientos como los enunciados, los familiares tendrán a la mano elementos básicos para brindar con mayor facilidad apoyos, cuidados y atención relacionados con las necesidades de sus adultos mayores e igualmente facilitarán una convivencia que se torne armónica entre los distintos miembros. Sin olvidar acercar al adulto mayor a las diversos grupos institucionales y civiles, como los clubes de la tercera edad creados por el INAPAM, el DIF, el IMSS, el ISSSTE y las Jefaturas delegacionales; por religiosos, como los grupos parroquiales; por partidos políticos; por iniciativa de los movimientos de jubilados y pensionados, o por conformaciones que se vincula a iniciativas desplegadas por hombres y mujeres adultos mayores preocupados por realizar diversas actividades en beneficio de ellos mismos. De igual manera hay que resaltar, que los adultos mayores también pueden brindan apoyos a la familia. Y de esta manera generar, impulsar y fortalecer las redes de apoyo familiar, comunitaria e interinstitucionales.

Es necesario enfatizar que el 6.7% de los usuarios no tuvieron hijos, lo que podría implicar el compromiso de la red social y familiar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los programas de salud, deben estar enfocados a los aspectos principales, enfocados a la comprensión y apoyo de los familiares y amigos que tienen en su red social los adultos mayores.

Existe riesgo de vulnerabilidad, con probable repercusión en la dinámica sociofamiliar, desde el punto de vista económico y psicológico, de los usuarios estudiados, debido a que el cuidador primario fue femenino, y que su parentesco con el usuario fue ser hijo; esto debido a los cambios en la estructura familiar que se está viviendo actualmente, además de la situación laboral actual sin remuneración del usuario, por lo que es importante promover medidas instauradas por trabajo social.

El hecho de que la mayoría de los adultos mayores tuvieron vivienda propia, ausencia de aislamiento social, que no estuvieron institucionalizados (residencia), y que en su mayoría también fueron independientes; son puntos a favor en las características de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.

Es importante mencionar, que el porcentaje de dependencia fue mayor que la reportada en estudios previos y que el porcentaje de independencia fue menor, que la que se había reportado en estudios previos.

Finalmente, se debe resaltar que los resultados de este estudio, eminentemente descriptivos, nos permitió conocer al usuario del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, y de esta manera, servir de base para el desarrollo de mejoras en el Plan Geriátrico, en las intervenciones y redirigiendo acciones específicas; dependiendo de las características de los usuarios, en el que se incluye su estado de salud funcional. Para maximizar beneficios y minimizar errores en las acciones realizadas por el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. Con el fin de mejorar el estado de salud funcional en el adulto mayor.

Las intervenciones se ejecutan de manera individual, por los distintos actores del Plan Geriátrico Institucional (geriatra, enfermera, trabajadora social, nutrióloga, rehabilitador físico, psicólogo), pero este estudio permitió conocer las necesidades de los usuarios del GeriatrIMSS como grupo (o población).

LIMITACIONES

En el presente trabajo se encontraron limitaciones con respecto a la ausencia de valoración funcional geriátrica inicial en expedientes físicos de 2 pacientes valorados. Otros factores que se encontró como limitante fue la falta información sobre algunas variables que se contempla en las cédulas de valoración geriátrica integral.



RECOMENDACIONES

Recomendaciones de investigación

Se propone el desarrollo de investigaciones que aborden sobre la efectividad de las acciones del programa, el seguimiento de actividades impartidas por el equipo de GeriatriMSS a su egreso hospitalario y en su manejo ambulatorio, estudios de costo-utilidad. La implementación de estrategias para prevención de riesgos y fortalecimiento de recursos de redes social-familiar para la mejora del estado de salud funcional de los adultos mayores, son retos que implica el envejecimiento poblacional.

Recomendaciones de políticas de salud

Es necesaria la elaboración de políticas para los adultos mayores en términos de salud y sus implicaciones socioeconómicas para la sociedad en general. Esto debido al impacto que implica el envejecimiento poblacional y la atención integral al adulto mayor. Con el fin de actuar a favor de la promoción del envejecimiento sano y activo, a través de la inversión en prevención y promoción de la salud, y manteniendo una perspectiva de curso de vida. Es el momento indicado para continuar con la creación de acciones que nos preparen a las instituciones y al personal de salud para enfrentar este nuevo panorama demográfico.

GLOSARIO

EL ADULTO MAYOR: es aquel sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además de problemas sociales sobreañadidos y con frecuencia trastornos del comportamiento.

EL ENVEJECIMIENTO de la población se refiere a simplemente al aumento de la proporción de personas de edad avanzada en la población general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a las personas de 60 años en países en desarrollo y de más de 65 años en los desarrollados. .

ADULTO MAYOR FUNCIONALMENTE SANO (según la OMS y la OPS): es aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

GERIATRIMSS: Constituye una respuesta institucional organizada, ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, que favorezca el envejecimiento saludable.

ADULTO MAYOR DEPENDIENTE SE CLASIFICA DE ACUERDO A ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN:

- a) Independiente, si es capaz de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin asistencia.
- b) Dependencia parcial, si requiere de asistencia para realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- c) Y se determina dependencia (o también llamada dependencia total), si es incapaz para realizar las actividades en los rubros mencionados en índice de Katz o escala de Lawton-Brody.

ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (RESIDENCIA): Persona que vive en instituciones de larga estancia.

RECURSOS RED SOCIAL/FAMILIAR : Son estructuras sociales compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S323-S331.
- 2.- Várela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *RevMedHered*2005;16:165-171.
- 3.- Villatoro Padilla MA. Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. En: Presentación del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. Puebla. 11-13 de Mayo 2011. www.imss.gov.mx
- 4.- Barrantes Monge M, García Mayo EJ, Gutiérrez Robledo LM, Miguel Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Méx* 2007;49 supl 4:S459-S466.
- 5.- Guillermo Lazcano Botello. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rosalía Rodríguez García, Guillermo Lazcano Botello. *Práctica de la geriatría*. 2 ed. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 479-486.
- 6.- Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *RevPanam Salud Publica* 2008;24(4):288–94.
- 7.- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *RevPanam Salud Publica* 2007;22(1):1–11.
- 8.- González Roaro B, Rodríguez García R. Un modelo institucional. El programa de envejecimiento exitoso: estrategia institucional para enfrentar los desafíos del cambio

demográfico. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello G. Práctica de la geriatría. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 536-540.

9.- Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Chile [Revista electrónica] 2009 (citado.: Gobierno de Chile; 2011 [citado 4 de Agosto de 2013]. Disponible en: URL:
<http://avanzaserviciosasistenciales.files.wordpress.com>

10.- Torres Marín JC, Juan B. Torres Ruiz JB, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, RegalLourido. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico "Turcios Lima", Julio - Diciembre del 2006. Rev Ciencias Médicas 2009; 13(4): 1-11.

11.- Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. RevPeruMedExp Salud Publica. 2008; 25(4): 374-79.

12.- Silva J, Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile. Medwave 2005 [fecha de acceso 3 de mayo de 2013]; Enero;5(1):e667. URL disponible en:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/Geriatria2003/Evaluacion/667>

13.- Guía de Referencia Rápida para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010.

14.-González CA, Ham Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Publica Mex 2007; 49supl 4:S448-S458.

15.-Podrazik PM, Whelan CT. Asistencia hospitalaria aguda del paciente anciano. MedClinNAm 2008; 92: 387–406.

16.- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Evaluación Funcional Del Adulto Mayor. Organización Panamericana de la Salud [Revista electrónica] [citado 7 de Julio de 2013]; p. 31-46. Disponible en:
URL:<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

17.-Alonso T, et al. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II). RevEspGeriatrGerontol 2004;39(2):122-38.

18.- Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento. México: Secretaría de Salud; 2007.

19.- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Seguro Popular [Revista electrónica] 2012 [citado 5 de Septiembre de 2013]. Disponible en: URL:<http://www.seguro-popular.gob.mx>.

20.- Diez Cascon González P, Siso Almirall A. Atención urgente al paciente adulto mayor en atención primaria. RevEspGeriatrGerontol. 2009;44(S1):3–9.

21.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, datos nacionales. Sala de Prensa del INEGI [Revista electrónica] 2011 [citado 23 de noviembre de 2011]. Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>.

22.- Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Perspectivas de envejecimiento en México. UNAM. [Revista electrónica] 2000 [citado el 28 de diciembre de 2013]. Disponible en: URL: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/Demos.pdf?PHPSESSID=82e798e74aa650e54463d9e6779a42eb>.

23.- Pérez Cárceles MD, Rubio Martínez L, Pereñíguez Barranco JE, Domingo Pérez Flores D, Carrillo de Albornoz EO, Luna Maldonado A. Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria. RevEspGeriatrGerontol 2006; 41(Supl 1):7-14.

24.- La Valoración Geriátrica Integral. Marco conceptual. Calidad de vida y bienestar. [Revista electrónica] Publicado en 2009 [consultado 39/09/2013]. Disponible en:[www.almageriatria.info/pdf_files/brasil/ponencias_3/LUIS MIGUEL GUTIERREZ.pdf](http://www.almageriatria.info/pdf_files/brasil/ponencias_3/LUIS_MIGUEL_GUTIERREZ.pdf)

25.-Abizanda Soler P, Romero Rizos L. Innovación en valoración funcional. RevEspGeriatrGerontol 2006;41 (Supl 1): 27-35.

26.- Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010.

27.- San Martín H. La noción de salud y la noción de enfermedad. En: San Martín H. Salud y enfermedad. 4ta Edición. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S. A.; 1981. p. 7-13.

28.-Jenicek M, Cleroux R. Normalidad y diagnóstico individual. Diagnóstico clínico y encuestas de detección. En: Jenicek M, Cleroux R. Epidemiología: principios, técnicas y aplicaciones. España: SalvatEditores S.A.; 1987. p. 13-16.

29.- Llanes Betancourt C. Functional evaluation and the fragile elderly. Promoción y salud. [Revista electrónica] 2008 [fecha de acceso 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_2_08/enf05208.htm.

30.-Oswaldo Acosta Quiroz C, Dávila Navarro MC, Rivera Iribarren M, Rivas López JP. Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso. [Revista electrónica] 2012 [fecha de acceso 11 de noviembre de 2013]. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf.

31.-Izquierdo Martínez A. Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos. Revista Complutense de Educación. Vol. 16 Núm. 2 (2005) 601 – 619.

32.- Sidney Katz, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Pschosocial Function. JAMA 1963; 185(12): 914-919.

33.- Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. Salud Pública Mex 2007;49 suppl 4:S505-S514.

34.- Julián Corral Fernández. Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. RevEspGeriatrGerontol 2006;41(5):255-7.

35.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, datos Aguascalientes. Sala de Prensa del INEGI [Revista electrónica] 2011 [fecha de acceso 3 de octubre de 2011]. Disponible en: URL: [http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=.](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=)

36.- Loraine Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante Castañeda C. La Medición de Salud: Perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública Méx 1990; 32(2):141-155.

37.- Ley General de Salud. [Revista electrónica] Publicado en marzo del 2012 [consultado 27/08/ 2012]. Disponible en: http://www.cppure.com/sam/web/info/1/DOF/DOF_2012/descargas/2012_01_30_ss02.htm.

38.- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. [Revista electrónica] Publicado el 25 de junio de 2002 [Consultado el 4 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ldpam.html>.

39.- Ley para la protección Especial de los Adultos Mayores del Estado de Aguascalientes. [Revista electrónica] Publicado 2009 [Consultado el 2 de marzo de 2013]. Disponible en: www.aguascalientes.gob.mx/gobierno/leyes/leyes_PDF/03062010_121050.pdf.

40.- Ley del Sistema Estatal de Asistencia Social y de Integración Familiar. [Revista electrónica] Publicado 2010 [Consultado el 5 de marzo de 2013]. Disponible en: http://mx.search.yahoo.com/r/_ylt=A0SO81rRDIRSTXsAbjdzKRh.;_ylu=X3oDMTE1amNpcjZrBHNIYwNzcgRwb3MDMQRjb2xvA2dxMQR2dGIkA01TWU1YMDJfNzY-/SIG=165f1i945/EXP=1381269329/**http%3a//iil.congresoags.gob.mx/legislacion/LEY%20DEL%20SISTEMA%20ESTATAL%20DE%20ASISTENCIA%20SOCIAL/TEXTO%20VIGENTE/TV_SISTEMA%20ESTATAL%20DE%20ASISTENCIA.pdf

41.- Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención. México; Instituto Mexicano del Seguro social. 2009.

42.- Guía de Práctica Clínica, Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México; Secretaria de Salud. 2008.

43.- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y Situaciones Especiales, México; Secretaría de Salud; 2010.

44.- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor. México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Actualización 2011.

45.- Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. RevMedInst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 425-441.

46.- Guía de práctica clínica. Prescripción farmacológica en el adulto mayor. RevMedInst Mex Seguro Soc. 2013;51(2):228-39.

47.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. [Revista electrónica] Publicado 2007 [Consultado el 9 de marzo de 2013]. Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf.

48.- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [Revista electrónica] Publicado 1999 [Consultado el 29 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>.

49.- INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores).Ejes Rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [Revista electrónica] 2010. [Consultado el 22 de Abril de 2013]; 1-96. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_ejes_rectores.pdf.

50.- Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. [Revista electrónica] Publicado 2013 [Consultado el 2 de Septiembre de 2013]. Disponible en:

http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/servicios/tramites2009/despliega_tramite.asp?tramite=807.

51.- Estancia de Día para Adultos Mayores (Casa del abuelo) [Revista electrónica] Publicado 2012 [Consultado el 2 de Septiembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.ultra.com.mx/noticias/aguascalientes/Local/46607-primera-estancia-de-dia-para-adultos-mayores.html>.

52.- Programa. Atención al Adulto Mayor [Revista electrónica] Publicado 2013 [Consultado el 20 de Septiembre de 2013]. Disponible en:
http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/servicios/tramites2009/despliega_tramite.asp?tramite=3315.

53.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas y proyectos. Día Internacional de las Personas Mayores. [Revista electrónica] [Consultado 4 de Septiembre de 2012]. Disponible en: URL: http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/index.html.

54.- Salgado de Snyder N, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. SaludPublica Mex 2007; 49supl 4:S515-S521.

55.- Envejecimiento demográfico. Familia y redes. Perspectivas de envejecimiento en México. UNAM. [Revista electrónica] 2000 [fecha de acceso 3 de Diciembre de 2013].
<http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/envejdemo.pdf?PHPSESSID=82e798e74aa650e54463d9e6779a42eb>.

56.- Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. AJN 2008; 108 (4): 52-62.

57.- Mendoza Parra S, Merino JM, Barriga OA. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. Rev PanamSaludPublica 2009; 25(2): 105–112.

58.- Reijneveld SA, Spijker J, Dijkshoorn H. Katz's ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *J ClinEpidemiol* 2007; 60(4): 382–8.

59.- Horgas A, Wilms HU, and Baltes M. Daily Life in Very Old Age: Everyday Activities as Expression of Successful Living. *TheGerontologist* 1998 38(5): 556-568.

60.- Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *RevEspMedQuir* 2009;14(4):161-72.

61.- Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *RevEspMedQuir* 2011;16(1):27-32.

62.- Vejez y recursos sociales en América Latina. Perspectivas de envejecimiento en México. UNAM. [Revista electrónica] 2007 [fecha de acceso 3 de Diciembre de 2013]. Disponible en: URL: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/latina.pdf?PHPSESSID=82e798e74aa650e54463d9e6779a42eb>.



ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a que la información será obtenida de las Cédulas de Valoración Geriátrica Integral de los expedientes clínicos, que se realizaron a su ingreso al Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS durante el primer año de implantación; no se necesitará la carta de consentimiento informado, ya que no se realizará ningún tipo de intervención o entrevista directamente con el paciente. No se violarán los derechos humanos, ni habrá riesgos para el usuario, con la realización de este estudio.



ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2013												2014	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembr	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elección del tema					X									
Acopio de bibliografía					X	X								
Revisión de literatura						X	X							
Diseño de protocolo							X							
Antecedentes y Justificación							X							
Introducción							X							
Planteamiento del problema							X	X						
Marco teórico								X	X					
Revisión del protocolo										X				
Registro del protocolo ante comité local de investigación										X				
Aprobación de protocolo										X				
Financiamiento										X				
Trabajo de Campo										X	X			
Acopio de datos											X			
Captura de datos y tabulación											X			
Revisión de resultados											X			
Análisis de resultados												X		
Validación de resultados												X		
Interpretación de resultados													X	
Revisión de la investigación													X	
Autorización														X
Elaboración de tesis														X

ANEXO C. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL GeriatrIMSS EN EL HGZ #1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES A UN AÑO DE SU IMPLEMENTACIÓN.

INSTRUCCIONES: Favor de llenar los siguientes recuadros, según corresponda:

I.- Ficha de identificación

Nombre:

Fecha de Valoración: Día Mes Año

Numero de Afiliación:

Delegación: Unidad Médica:

Consultorio: Turno:

II. Características Socio demográficas y familiares

1.- Sexo del Paciente:

1. Masculino

2. Femenino

2.- Edad: años

3.- Escolaridad del Paciente:

1. Analfabeta

2. Primaria

3. Secundaria

4. Bachillerato

5. Técnico

6. Profesional

7. Otro

4.- Estado Civil:

- 1. Soltero
- 2. Viudo
- 3. Divorciado
- 4. Separado
- 5. Casado

5.- Vivienda:

- 1. Propia
- 2. Rentada
- 3. Prestada
- 4. Temporal con familiar

6.- Tipo de familia:

- 1. Integrada
- 2. No integrada
- 3. Disfuncional

7. No. de hijos:

8.-Aislamiento social:

- 1. Si
- 2. No

9. Institucionalizado (residencia):

- 1. Si
- 2. No

10.- Recursos/red social y familiar:

- 1. Excelentes
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Nulos

11. Cuidador primario/principal:

- 1. Masculino
- 2. Femenino

12. Parentesco del cuidador primario/principal:

- 1. Hijo
- 2. Cónyuge
- 3. Nieto
- 4. Hermano
- 5. Yerno/nuera
- 6. Sin relación
- 7. Remunerado

13. Laboral:

- 1. Trabaja
- 2. Jubilado
- 3. Pensionado
- 4. Sin remuneración

2. Índice de Katz. Índice para evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVBD):

ACTIVIDAD	CÓDIGO
Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.

Código: (I) Independiente. (D) Dependiente. (A) Requiere de asistencia o Dependencia parcial

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ESPECIFICOS	DIMENSIÓN VARIABLES	CONCEPTO	ITEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Describir las características sociodemográficas de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y de las plantas.	1	Cualitativa	Femenino/Masculino	Nominal Dicotómica
	Edad	Años de vida cumplidos.	2	Cuantitativa	70-98años Por grupo de edad: 70-80años 81-90años 91 a 100años	Discreta Escarlar Discreta Interviniente
	Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	3	Cualitativa	Analfabeta (Sin instrucción) Primaria incompleta Primaria completa Media Superior Superior	Ordinal
	Estado civil	Situación personal en la que se encuentra o no con una persona en relación a otra con la que se crea lazos jurídicamente reconocidos.	4	Cualitativa	Soltero Viudo Divorciado Separado Casado	Nominal
	Vivienda	Es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndose de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales.	5	Cualitativa	Propia Rentada Prestada Temporal con familiar	Nominal
	Tipo de familia	Es una estructura social básica que se compone por el interjuego de miembros diferenciados (madre, padre, hijo).	6	Cualitativa	Integrada No integrada Disfuncional	Nominal
	No. de hijos	Persona respecto a su padre o de su madre, va implícito el número de personaje.	7	Cuantitativa	0-16	Discreta Escarlar

Aislamiento social	Es la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta.	8	Cualitativa	Si/No	Nominal Dicotómica
Institucionalizado (residencia)	Persona que vive en instituciones de larga estancia.	9	Cualitativa	Si/No	Nominal Dicotómica
Recursos red social/familiar	Son estructuras sociales compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos.	10	Cualitativa	Excelentes Buena Regular Mala Nulos	Nominal
Cuidador primario/principal	Persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios del paciente geriátrico. Es quien acompaña la mayor parte del tiempo a esta persona.	11	Cualitativa	Masculino/Femenino	Nominal Dicotómica
Parentesco del cuidador primario/principal	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. Relación que existe entre el usuario y el cuidador primario.	12	Cualitativa	Hijo Cónyuge Nieto Hermano Yerno/nuera Sin relación Remunerado	Nominal
Laboral	Colocación, empleo de una persona.	13	Cualitativa	Trabaja Jubilado Pensionado Sin remuneración	Nominal
Jubilación reciente	Es el nombre que recibe el acto administrativo por el que un trabajador en actividad ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, luego de alcanzar una determinada edad máxima legal para trabajar.	14	Cualitativa	Si/No	Nominal Dicotómica

ESPECIFICOS	DIMENSIÓN VARIABLES	CONCEPTO	ITEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Determinar el diagnóstico del estado de salud funcional de los usuarios del Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS	Diagnóstico del estado de salud funcional	Es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. El diagnóstico fue dictaminado por el geriatra del GeriatrIMSS a su ingreso al Plan Institucional, en base al índice de Katz y escala de Lawton Brody.	15	Cualitativa	Independiente/funcional Dependencia parcial Dependencia total	Ordinal



DEFINICIÓN	DOMINIO	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEM	CÓDIGO O GRADOS
ESTADO FUNCIONAL: Es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Permite identificar el estado funcional del adulto mayor, valora, autonomía, necesidad de ayuda a la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA - Actividades para el autocuidado. - Organización primaria biosocial del individuo, independiente de influencias externas.	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.	(I) Independiente (D) Dependiente (A) Requiere de asistencia o dependencia parcial
			Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.	
			Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia	
			Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y parase, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.	
			Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.	
			Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.	
			Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.	
			Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc.	

				D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.	
--	--	--	--	---	--

DEFINICIÓN	DOMINIO	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEM	CÓDIGO O GRADOS
ESTADO FUNCIONAL: Es la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Permite identificar el estado funcional del adulto mayor, valora, autonomía, necesidad de ayuda a la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: - Integridad física, cognitiva y psicoafectiva - Evalúa la relación con el entorno	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.	(I) Independiente (D) Dependiente (A) Requiere de asistencia o Dependencia parcial
			Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.	
			Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.	
			Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	
			Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = Incapaz de administrarse su medicación.	

ANEXO E.- RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Para la elaboración de este estudio, es necesario contar con computadora portátil para la realización de base de datos proveniente de expedientes clínicos, para su posterior análisis, al igual que material para bocetos. Se necesitará del siguiente recurso:

HOJA DE GASTOS.

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Memoria USB 8 GB	\$ 180	3	\$ 540.00
Cartucho de tinta	\$ 250	1	\$250.00
Hojas tamaño carta	\$ 70 (paquete con 100 hojas)	1	\$70.00
Plumas	\$15	2	\$30.00
Corrector	\$15	1	\$15.00
Lápiz	\$12	2	\$24.00
Gomas	\$10	1	\$10.00
Marcadores	\$15.00	3	\$45.00
Netbook Samsung	\$5000.00	1	\$5000.00
Alimentos y bebidas	\$ 90 pesos	11	\$ 990.00
		TOTAL	\$6,974.00