

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 220 DEL IMSS EN TOLUCA,
MÉXICO 2013”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

YOLANDA ANAHID SALYANO PEÑUELAS

DIRECTOR DE TESIS:

M. EN C. WENCESLAO FAJARDO ROJO

ASESOR DE TESIS:

M.C. GABRIEL JOSÉ HORTA BAAS

REVISORES DE TESIS:

Dra. EN C.S.P. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES
M. EN S.P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ

DEDICATORIAS

Primeramente a Jesucristo, mi Dios por tanta bondad y amor, porque hasta aquí me ha traído y me ha dado la fortaleza e inspiración suficiente para alcanzar la meta.

A mi madre, Ana Bertha Peñuelas Velázquez, por su ejemplo de vida, dedicación, esfuerzo, apoyo y eterno amor y consejos, por creer siempre en mí y motivarme para llegar hasta aquí.

A mi padre, Raúl Salyano Rodríguez, cuyo ejemplo de amor, profesionalismo y constante lucha, es fuente de inspiración, conocimiento y apoyo perene sin condición y restricción, lo que en su conjunto me permitió cerrar este ciclo de mi historia académica.

A mis hermanos, Ingrid Soledad, Giovanna Raquel y Raúl, por su grande amor y unidad, sin su apoyo no hubiera logrado el objetivo, son mi motor para seguir adelante siempre y a mini Raquel por ser una inspiración inmensa.

A mi abue Soledad Velázquez Sarmiento, por ser siempre ejemplo de tesón y lucha, por demostrar que lo que uno se proponga lo puede lograr con trabajo y dedicación.

A mi tata Mateo Peñuelas Cota (+), cuya memoria honro con este modesto trabajo.

En memoria de mis abuelos Yolanda Rodríguez Mejía y Raúl Salyano Balcázar y tíos Alejandro, Juan Manuel, Oscar, Edgar, Mónica y Yolanda.

A mis tíos Mateo, Maricela, Margarita, Alba Luz, Delfina y Ana Lilia, por su amor y apoyo brindado siempre desde mi infancia.

A la familia De la Sota Rodalleguez, por su amor, apoyo y estímulo incondicional durante todos estos años.

A mi gran amigo Abraham Manjarrez Pacheco por todo el apoyo brindado para alcanzar esta meta, por la motivación, los consejos, el tiempo y el cariño en todo momento, por recordarme que Dios tiene un magnífico plan para mi vida en el camino de la medicina.

A mis hermanos en la fe, a la familia Pacheco Salazar, Pacheco Garduño, Condés de la Torre León y todos los que con su afecto me impulsaron en algún momento para continuar.

A mis amigos entrañables de la facultad Jarenzy, Dalia, Karina, Mónica, Adriana, Ana Karina y Luis Alberto, por ser mis compañeros y amigos en esta travesía llamada Medicina.

AGRADECIMIENTOS

A mí distinguido maestro y tutor M. en C. Wenceslao Fajardo Rojo, por su tiempo, disposición, dedicación y asesoría brindada para hacer posible la culminación de mi formación profesional.

A la Dra. Socorro Romero, Coordinadora de Investigación del IMSS, Delegación Toluca, por su invaluable apoyo institucional y personal para hacer factible la realización de este trabajo.

Mi más hondo agradecimiento al Dr. Gabriel J. Horta Baas, por sus sabios consejos, asesoría y apoyo incondicional sin el cual no hubiera sido posible este trabajo recepcional.

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA DE UN
GRUPO DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA
CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 220 DEL IMSS EN TOLUCA, MÉXICO
2013”**

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	9
I. MARCO TEÓRICO	11
I.1 INTRODUCCIÓN	11
I.2 ANTECEDENTES.....	12
I.2.1 Envejecimiento de la Población	12
I.2.2 Envejecimiento en México.....	13
I.2.3 El envejecimiento y la Salud Pública	13
I.2.4 Población de adultos mayores en las Instituciones de Salud en México	14
I.2.5 La salud en el adulto mayor	14
I.2.6 Importancia del perfil epidemiológico	16
I.3 CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD.....	16
I.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	18
I.4.1 Salud mental.....	18
I.4.2 Incapacidades e invalidez	18
I.4.3 Polifarmacia en el anciano	19
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
II.1 ARGUMENTACIÓN.....	20
II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
III. JUSTIFICACIÓN	21
III.1 CIENTÍFICA.....	22
III.2 ACADÉMICA	22
III.3 SOCIAL	22
III.4 ECONÓMICA	22
III.5. EPIDEMIOLOGICA	22
IV.HIPÓTESIS.....	23
IV.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN	23
IV.2 VARIABLE DEPENDIENTE	23
IV.3 VARIABLES INDEPENDIENTES	23
IV.4 ELEMENTOS DE RELACIÓN.....	23
V.OBJETIVOS.....	24

V.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
VI. MÉTODO	25
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO.....	25
VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	28
VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	28
VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	28
VI.5.1 DESCRIPCIÓN.....	29
VI.5.2 VALIDACIÓN	29
VI.5.3 APLICACIÓN	30
VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO.....	30
VI.7 LÍMITE DE TIEMPO.....	30
VI.8 LÍMITE DE ESPACIO	31
VI.9 DISEÑO DE ANÁLISIS.....	31
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	32
VIII. ORGANIZACIÓN.....	33
IX. RESULTADOS.....	34
X. CUADROS Y GRÁFICOS	40
XI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	64
XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
XIII.BIBLIOGRAFÍA.....	73
XIV. ANEXOS	75
XIV.1 ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	75
XIV.2 ANEXO 2 CUESTIONARIO DE SALUD SF 36	76
XIV.3. ANEXO 3 ENCUESTA “SABE” MODIFICADA	80

RESUMEN

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 220 DEL IMSS EN TOLUCA, MÉXICO 2013.

DIRECTOR DE TESIS: M. EN C. WENCESLAO FAJARDO ROJO

AUTOR: YOLANDA ANAHID SALYANO PEÑUELAS

INTRODUCCIÓN: La investigación sobre el envejecimiento humano en México se caracteriza por su carácter incipiente y con escasa vinculación entre los profesionales que la promueven. De allí la necesidad de disponer de una visión de conjunto y de manera integral, que permita tener un panorama de los avances logrados y de las tareas pendientes. Todo esto, ya que se contempla que para el año 2025, se va a duplicar la cifra de adultos mayores en el país, y la pirámide poblacional comenzará a cambiar y las patologías propias de los gerontes, como las crónicas degenerativas, serán una prioridad a tratar en los servicios de salud.

OBJETIVO: Describir el perfil epidemiológico y calidad de vida del adulto mayor, atendido en la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de conocer su situación de salud, durante el periodo comprendido de la investigación.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un diagnóstico integral sobre las condiciones epidemiológicas y geriátricas del adulto mayor en el Estado de México, partiendo de una muestra por conveniencia conformada por 104 derechohabientes que asistieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar no. 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual estuvo constituida por 50 hombres y 54 mujeres, con un promedio de edad de 69 años para ambos géneros, teniendo como rango mínimo de edad los 60 años para ser incluidos. El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de junio a diciembre de 2013.

La metodología que se aplicó consistió en el diseño y aplicación de una encuesta denominada SABE modificada (salud y bienestar en el envejecimiento) y encuesta SF3-6, ambas validadas y divididas en las variables siguientes: socio demográficas, uso y acceso a los servicios de salud, evaluación nutricional y adicciones, evaluación del estado cognitivo, depresión, actividades del vivir diario (AVD) y actividades instrumentales del vivir diario (AIVD), evaluación de la salud y condiciones crónicas y farmacodependencia, entre otros.

Todo esto bajo el principio de consentimiento informado y realizando el proceso de los datos a través del paquete estadístico SPSS® versión 11 para Windows®.

RESULTADOS: A través de este estudio pudimos conocer un poco más sobre las condiciones de salud que observa la población de adultos mayores en el país, particularmente la que se vive en el Estado de México y asiste a servicios médicos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Entre otros hallazgos, confirmamos que efectivamente las enfermedades crónico degenerativas son las de mayor prevalencia, siendo la diabetes y la hipertensión arterial las de mayor peso específico, resaltando adicionalmente la presencia de enfermedades pulmonares y cardíacas, y que la población femenina es la más afectada aunque más apegada al tratamiento farmacológico; por otro lado, se halló que la calidad de vida está altamente relacionada con la alimentación y la realización de actividad física, encontrando que la mayoría de los pacientes se encuentra con sobrepeso y obesidad y que una mínima cantidad realiza actividad aeróbica regular, propiciando así que la población de adultos mayores sea la que requiere más atención médica y la que más demanda el uso de los servicios médicos.

CONCLUSIONES: La población mexiquense está envejeciendo aceleradamente y es importante conocer cuáles son las principales enfermedades y condiciones que aquejan a la población geriátrica, ya que en unos años el sector de la salud se enfrentará a una demanda explosiva en cuanto a la atención de primer y segundo nivel de atención médica, así como la que solicitará el mayor volumen de medicamentos y servicios adicionales, con la consecuente presión adicional a los recursos humanos, financieros y materiales institucionales para su atención eficiente y oportuna.

De esta forma concluimos que la edad, género y condiciones sociales como escolaridad y ocupación, son determinantes en la calidad de vida del adulto mayor, siendo la prevención y planeación las mejores estrategias para la atención presente y futura de los adultos mayores, a efecto de mejorar la calidad de la atención médica recibida y, por tanto, coadyuvar a mantener las mejores condiciones de vida de este sector de los derechohabientes.

RECOMENDACIONES: Se propone realizar un programa efectivo desde el primer encuentro de atención y no sólo en la consulta de primer nivel, como un área específica donde se practique la valoración de los adultos mayores mediante una evaluación integral, ponderado mediante la aplicación de escalas validadas para determinar el grado de dependencia, detectar casos de depresión, evaluar el estado de cognición y riesgos para la salud como obesidad y sobrepeso y así promover la realización de actividad física y, junto con el equipo multidisciplinario, aplicar un plan nutricional, educación para la salud e informar al médico tratante para la canalización del paciente, en caso necesario, a un segundo nivel.

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGY AND QUALITY OF LIFE PROFILE OF A SENIORS GROUP IN ASSISTED OUTPATIENT UNIT IN FAMILY MEDICINE NO. 220 IMSS, TOLUCA, MEXICO 2013.

THESIS DIRECTOR: M. Sc. WENCESLAO FAJARDO ROJO

AUTHOR: YOLANDA ANAHID SALYANO PEÑUELAS

INTRODUCTION: The research on human aging in Mexico is known for its nascent stage and poor linkage between professionals who promote it. Hence the need of an overview and comprehensive manner, that allows to have a complete view of progress and pending tasks. All this, as it is envisaged that by 2025, the number of seniors in the country will be doubled, the population pyramid will start to change and the own pathologies of this group, such as chronic degenerative, will be a priority to be treated in health services.

OBJECTIVE: To describe the epidemiological and quality of life profile of the elderly, treated at the outpatient Family Medicine Unit number 220 of the Mexican Institute of Social Security, in order to know their health status during the period of research.

MATERIAL AND METHODS: It was realized an integral diagnosis of the epidemiological and geriatric conditions of the elderly in the State of Mexico based on a convenience sample comprised of 104 beneficiaries who attended the outpatient Unit Family Medicine No. 220 of the Mexican Social Security Institute, which consisted of 50 men and 54 women, with an average age of 69 years for both genders, with a minimum age range of 60 years to be included. Fieldwork was carried out from June to December 2013.

The methodology applied consisted on the design and implementation of a survey called SABE amended (health and wellness in aging) and survey SF3-6, both validated and divided into the following areas: sociodemographic, use and access to services health, addictions and nutritional assessment, evaluation of cognitive status, depression, activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL), health assessment and drug and chronic conditions, among others.

All this under the principle of informed consent and conducting the process of the data using the statistical package SPSS® version 11 for Windows®.

RESULTS: Through this study we were able to learn more about the elderly population health conditions in the country, particularly those living in the State of Mexico that attends medical services provided by the Mexican Social Security Institute.

Among other findings, we confirmed that indeed chronic degenerative diseases are the most prevalent, being diabetes and high blood pressure the most serious, highlighting also the presence of lung and heart diseases, and that the female population is the most affected although more attached to pharmacological treatment, on the other hand, it was found out that the quality of life is highly related to food and physical activity, and it was also found out that most patients carry overweight and obesity and that most patients practice minimal physical activity; thereby facilitating the population of older adults is the one that requires more medical attention and demands more medical services.

CONCLUSIONS: The Mexican population is aging very fast and it is important to know which are the most important diseases and conditions that afflict the elderly population, as in a few years the health sector will face an explosive demand in terms of attention in first and second level of health care and which prompted the largest volume of drugs and additional services, with consequent additional pressure to the human, financial and institutional materials for efficient and timely care.

Thus we conclude that the age, gender and social conditions such as education and occupation, are determining the quality of life of the elderly; then the prevention and planning are the best strategies for the present and future care of the elderly, in order to improve the quality of medical care provided and therefore help to maintain the best living conditions in this sector of beneficiaries.

RECOMMENDATIONS: It is proposed to carry out an effective program since the first encounter of care, not simply in the query first level as a specific area, where the assessment of older adults is practiced through an integral evaluation, weighted by applying scales validated to determine the degree of dependence, detecting cases of depression, assess the state of cognition and health risks such as obesity and overweight and thus promote the realization of physical activity and working together with the multidisciplinary team, to implement a nutritional plan, health education and inform to the attending physician if the patient requires a second level medical attention.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 INTRODUCCIÓN

La investigación sobre el envejecimiento humano en México se caracteriza por su carácter incipiente y con escasa vinculación entre los profesionales que la promueven. De allí la necesidad de disponer de una visión de conjunto y de manera integral, que permita tener un panorama de los avances logrados y de las tareas pendientes.

Esta visión permitirá a los investigadores y estudiosos del envejecimiento humano tener un conocimiento recíproco que los estimule a la realización de proyectos conjuntos, orientados a la satisfacción de necesidades urgentes en este campo de la salud pública, ya que el envejecimiento humano es un fenómeno de suma complejidad, cuya naturaleza multifactorial es objeto de análisis por una variedad de disciplinas a lo largo de un espectro de tópicos que oscilan desde los aspectos moleculares y evolutivos hasta sus implicaciones socioeconómicas, demográficas, políticas y de derechos humanos. El tema del envejecimiento no se limita al ámbito familiar e individual, es un problema nacional que requiere una política de Estado para su prevención y atención integral.

La difusión de los hallazgos científicos a través de un grupo líder en el estudio de este fenómeno puede contribuir de manera importante a incorporar este asunto a las prioridades de la agenda nacional y servir de apoyo para las dependencias y entidades públicas responsables de establecer las políticas sociales y de salud a favor del adulto mayor.

Asimismo, bajo el entendido de que el proceso de envejecimiento involucra desde cambios biológicos a nivel individual hasta profundas repercusiones sociales y económicas, para su comprensión cabal, se requiere del fomento de la investigación biológica, geriátrica, epidemiológica, social, demográfica y económica, por lo menos.

Si bien existen algunos esbozos en esta dirección, esta visión de conjunto requiere ser desarrollada en el campo del envejecimiento. Una red multidisciplinaria de expertos propiciará la expansión de la investigación de manera multidireccional.

En consecuencia, con esta investigación nos propusimos realizar un diagnóstico sobre las condiciones epidemiológicas y geriátricas del adulto mayor en el Estado de México, partiendo de una muestra representativa de la

población de ancianos que asisten al Hospital 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de manera periódica a servicios médicos.

En la actualidad la población mexicana está envejeciendo aceleradamente a razón de 3.5% anual contra un crecimiento natural de la población de 1.9%, a nivel nacional se tiene contabilizada la existencia de 8 millones de adultos mayores, 1 millón en el Distrito Federal y 1.2 millones en el Estado de México, remarcando que el IMSS tiene registrados al año 2011, 3.2 millones de jubilados y pensionados.

Todo esto como antecedente de una demanda importante, ya que se contempla que para el año 2025 se va a duplicar la cifra de adultos mayores, y la pirámide poblacional comenzará a cambiar, las patologías propias de los gerontes como las crónicas degenerativas serán una prioridad a tratar en las instancias de salud, por lo que se debe contar con el personal especializado para tratar a estos pacientes.

En un registro del Instituto Nacional de Geriátrica se cuentan con 400 especialistas, cuando la Organización Mundial de la Salud demanda 1.000 profesionales para atender el universo de la población actual nacional y 300 de ellos a nivel estatal.

I.2 ANTECEDENTES

I.2.1 Envejecimiento de la Población

El envejecimiento es un proceso ineludible y gradual que se manifiesta en cambios morfológicos y fisiológicos, que llevan a que este grupo de edad tenga una mayor propensión a desarrollar ciertas enfermedades y pérdida en forma gradual algunas de sus facultades de la juventud, como consecuencia final, un mayor riesgo de morir o una inadecuada calidad de vida¹. Proceso que invariablemente resulta en la manifestación y el aumento de problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y disminución de las facultades físicas y mentales². La población humana continúa envejeciendo globalmente a una velocidad impresionante. En la población mundial, entre los años 1900 y 1992, el número de individuos de 65 años o más, aumentó de un 1% a un 6% y para el año 2050 habrá aumentado al 20%³. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más¹.

Se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025¹. El rápido crecimiento de la población de adultos mayores ya ha tenido un gran impacto económico por sus requerimientos médicos únicos, así como por el hecho que los adultos mayores consumen más de un tercio de los recursos para los cuidados de la salud³

I.2.2 Envejecimiento en México

El envejecimiento está determinado por el comportamiento de la fecundidad, esperanza de vida al nacimiento, la mortalidad y la migración¹. La transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros. En nuestro país el envejecimiento se ha producido con gran velocidad, las proyecciones oficiales indican que en tan sólo 50 años, México alcanzará los niveles de envejecimiento que los países europeos han alcanzado en más de 200 años¹. Estadísticas recientes indican que en el año 2000, 6.8% de la población eran adultos mayores y, de acuerdo con las proyecciones, se espera que para el año 2050 la proporción aumente a 28%². Cabe destacar que 72% de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país pocos años para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso.³

I.2.3 El envejecimiento y la Salud Pública

La tendencia mundial; sin ser la excepción nuestro país, en el incremento de la esperanza de vida, supone un aumento en la demanda de los servicios de salud a nivel nacional, pues en este grupo de edad se presentan las mayores tasas de morbilidad y necesidad de atención médica en comparación con el resto de la población³.

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. El rezago en salud que afecta a los pobres está caracterizado por enfermedades infecciosas, de la nutrición y reproducción, constituyéndose en una carga inaceptable para un país como el nuestro. En este rubro, la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas cuando son adultos mayores.

Por este motivo, a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas.

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento, la reducción resultante de los años esperados de vida activa y sana, la reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas determinan, en conjunto, que el crecimiento de la población de adultos mayores origine una mayor demanda de asistencia y servicios de salud. Dado que los trastornos de salud característicos de la edad avanzada son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivos, esta demanda acarrea también un aumento excesivo de los costos de la asistencia sanitaria⁴.

I.2.4 Población de adultos mayores en las Instituciones de Salud en México

El comportamiento de la población de adultos mayores en las instituciones del sector salud, son las siguientes: proyecciones del CONAPO estimaron que la población nacional de los mayores de 60 años para el año 2001 fue de 7 172 256, que representó el 7 por ciento de la población total. De esta población la Secretaría de Salud fue la responsable de la atención de poco más del 22.66 %, el Instituto Mexicano del Seguro Social del 64.82 % y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado del 11.72 % y, para el resto de las instituciones de salud, correspondió el 0.8 %.

Lara-Rodriguez y cols, presentan evidencia del proceso de transición demográfica y epidemiológica en México, con una clara tendencia del envejecimiento de la población derechohabiente al IMSS, donde la población adulto mayor crece y continuará creciendo. Para 1995, en el Instituto Mexicano del Seguro Social una de cada cinco consultas fue otorgada a una persona de edad (IMSS, 1995); asimismo, correspondió a ellos 20% de los egresos hospitalarios (Secretaria de Salud, 1996).

I.2.5 La salud en el adulto mayor

En términos generales, el riesgo de enfermar tiende a aumentar conforme lo hace la edad, lo cual habla de la importancia de esta variable en la interpretación de las condiciones de salud del adulto mayor.

El estado de salud, habitualmente, se mide indirectamente a través del conjunto de problemas que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. El perfil de morbilidad está compuesto por una combinación de eventos de diversa causalidad, como son: padecimientos transmisibles, trastornos crónico-degenerativos, accidentes e impedimento para la realización de las actividades de la vida diaria.

Las características de las enfermedades en el anciano son: pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. La morbilidad de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo¹.

Hasta la fecha el estudio epidemiológico del envejecimiento se ha abordado de una manera convencional utilizando información de mortalidad y morbida hospitalaria, pero con un enfoque limitado a un ámbito de conocimiento relativamente reducido y que no permite obtener una idea clara e integral de las necesidades de salud de las personas mayores.

Al aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano, debe considerarse que éstos se entienden mejor en términos de la repercusión funcional de la enfermedad, y no únicamente de la movilidad y mortalidad. Es necesario tener la medida de la repercusión de un cúmulo de afecciones que tiene sobre un sujeto en particular, y es necesario saber de qué manera esto influye en la utilización de servicios.

Poco se sabe de la magnitud de otras afecciones al parecer comunes en este grupo de edad, como los traumatismos, la desnutrición, la demencia, la depresión y otros padecimientos (odontológicos) que no son causa de muerte pero sí de discapacidad, debido a deficiencias en el diagnóstico y la falta de un sistema de registro adecuado¹. La magnitud y trascendencia de los padecimientos crónicos y quirúrgicos estriba en que originan una mayor demanda de atención en consulta externa y hospitalización, por lo que es necesario estar preparados para poder enfrentar este reto.

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud, en 1996, clasificó las necesidades prioritarias de los adultos mayores mexicanos en tres categorías, independientemente del género, basadas en el grado de discapacidad. La primera categoría, de alta discapacidad, incluye las caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis; la segunda categoría incluye las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad, como la enfermedad cerebro vascular, la nefritis y la nefrosis y la cardiopatía hipertensiva. La tercera categoría está constituida por las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por una muerte

prematura, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el cáncer y neumonías⁵. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las enfermedades crónicas son una costosa e importante causa de discapacidad y de una calidad de vida inferior⁶

I.2.6 Importancia del perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen (mortalidad, morbilidad y la calidad de vida). Es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad.

El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en que crecientemente prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil de la demanda de los servicios. Los rasgos más notorios de la transición demográfica son el la modificación del perfil epidemiológico con una disminución de las enfermedades infectocontagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimiento crónico degenerativos.

Las investigaciones epidemiológicas en poblaciones de países desarrollados resaltan el papel de las enfermedades crónicas y las discapacidades funcionales. Entre las primeras se encuentran el cáncer, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, la artritis, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la osteoporosis, así como problemas de espalda, enfermedades neurológicas y las limitaciones funcionales que de ellas se derivan. De estas últimas, destacan las limitaciones para las actividades de la vida diaria, afecciones respiratorias agudas, traumatismos, deficiencias visuales y de la nutrición.

I.3 CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida.

Con el incremento de ésta, el objetivo de la salud pública ha cambiado, no es sólo incrementar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país. Los estudios sobre calidad de vida permiten ponderar sobre algunas causas del proceso de salud y enfermedad, al estudiar

la calidad de vida cotidiana de las personas se obtiene información pertinente que coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades.

En gran medida la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) ha sido estudiada como un indicador del resultado de intervenciones específicas en salud en las instituciones públicas, donde la calidad de vida puede ser considerada como un indicador útil para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud. En general, quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejora calidad de vida que los demás⁶.

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención. Dado que conforma actualmente el 6.54% de la población mexicana, se vuelve una prioridad su estudio.

Los factores que influyen en la salud y la calidad de vida de los individuos son muy diversos como el género, la edad, la escolaridad, la ocupación, el medio ambiente, estilos de vida, situación de la pareja, nivel socioeconómico, creencias personales, expectativas de vida, entre otros; los cuales se van combinando, y permiten encontrar una amplia gama de formas de envejecer².

Se encuentran grandes brechas entre grupos de la población, definidos por género, edad y residencia urbana /rural en todos los temas brevemente resumidos, por ejemplo salud, funcionalidad, bienestar económico, cobertura de servicios de salud y apoyos familiares⁷.

El "Envejecimiento Exitoso" que incluye el buen funcionamiento de habilidades físicas y mentales, proviene de hábitos saludables en la alimentación, el sueño y la actividad física, así como de evitar el consumo de tabaco y alcohol en exceso. Los programas de salud, en el primer nivel de atención, deberán incluir grupos o clubes para ayudar a los adultos mayores a lograr estilos de vida saludables, valorando individualmente a las personas. La educación en el autocuidado de la salud es un elemento clave para lograr un mayor bienestar de los adultos mayores y para reducir, en parte, la carga de los servicios de salud.¹

I.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

I.4.1 Salud mental

Carecemos de información epidemiológica completa referente a la frecuencia de las enfermedades demenciales en nuestro país. Respecto a la depresión, los estudios de prevalencia actualmente disponibles señalan un 7.8% para episodios depresivos mayores en población adulta en México, con evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas entre los ancianos⁶.

I.4.2 Incapacidades e invalidez

Hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria.

Esto es resultado directo de la combinación de causas transmisibles, por un lado, así como de trastornos de tipo crónico-degenerativo y lesiones accidentales, por el otro⁸.

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que la circunda. La encuesta Nacional de Invalidez, efectuada por el DIF en 1982 (Rosales, 1982), muestra que la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función con la edad.

La prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años, con prevalencia reportadas del 24% para las actividades básicas de la vida diaria y 23% para las actividades instrumentales de la vida diaria⁹. La creciente invalidez consecutiva de la dependencia en la edad avanzada, aumentan la carga que debe soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar⁶.

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México, son áreas poco conocidas. La insuficiente disponibilidad de información conduce al desperdicio de recursos, inadecuación de servicios y, en consecuencia, a desenlaces desfavorables. Las políticas de salud en el adulto mayor deben centrarse a conservar la autonomía, evitar y retrasar la enfermedad y sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Tal enfoque permitirá un abordaje más racional de la problemática, al diseñar estrategias de intervención temprana para la promoción de la salud en la ancianidad⁶.

I.4.3 Polifarmacia en el anciano

Una mayor esperanza de vida traerá como resultado enfermedades más frecuentes y se incrementará la presencia de múltiples padecimientos. Esta situación genera un alto y complejo consumo de medicamentos, además de tener el problema de la automedicación. Las estimaciones sobre el promedio de medicamentos que se utilizan al mismo tiempo varían entre 1.5 y 4 veces. Además de ser costoso, el uso múltiple representa un riesgo clínico importante, que combinado con los cambios fisiológicos relacionados con la edad, aumentan la probabilidad de efectos adversos. El alto consumo puede afectar la calidad de vida de una persona, y si aquella disminuye por ingerir medicamentos que ayudan a prolongar la vida es necesario considerar si su utilización es la más adecuada¹⁰. Los efectos adversos por tomar medicamentos han sido asociadas con condiciones incapacitantes en los ancianos y como factor causa, implican cerca de 10% de las hospitalizaciones¹⁰.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y a un incremento cada vez mayor de la esperanza de vida al nacimiento¹. La investigación sobre el envejecimiento humano en México se caracteriza por su carácter incipiente y con escasa vinculación entre los profesionales que la promueven.

La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) forma parte del más grande e importante programa de seguridad social en México, compuesta principalmente por una población urbana con una posición socioeconómica media y media baja, por lo que tiene características propias en relación con factores de riesgo. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia, el conocer los principales riesgos y daños a la salud permitirá establecer las necesidades y demandas de esta población y planear la infraestructura de los servicios de salud, ofreciendo una mejor calidad de vida para ellos y sus familias; la ubicación de recursos y planes institucionales en materia de cuidados médicos y servicios preventivos.

Es indiscutible que cualquier programa debe sustentarse con un diagnóstico actualizado de la situación de salud que identifique los principales problemas y su comportamiento, de tal manera que permita programar la atención de acuerdo a las necesidades y demandas potenciales de esta población.

El conocimiento es escaso en este campo, tanto para el equipo de salud como para la población en general, por lo cual es indispensable buscar estrategias para completar este diagnóstico y obtener una evaluación integral del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor y conocer mejor sus necesidades prioritarias⁵. A partir de este planteamiento, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil epidemiológico y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social Toluca, México 2013?

III. JUSTIFICACIÓN

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7 por ciento de la población de 60 años y más¹. La atención de este grupo poblacional representa un desafío para los servicios de salud institucionales, ya que empieza a competir con otros grupos prioritarios. Por ello se resalta la importancia de la investigación epidemiológica en tanto brinda información para apoyar la toma de decisiones.

Conforme la población va envejeciendo, será un reto contar con personal de salud capacitado para atender problemas de adultos mayores. En la mayoría de los países, existe poca información sobre el estado de salud en esta población, sus necesidades de servicios y sobre los costos y eficiencia de los diferentes esquemas de diagnóstico y tratamiento. En la actualidad, la investigación está mayormente dirigida a otorgar años con mejor calidad de vida para los adultos mayores. En México, no existe en la actualidad información de la población de adultos mayores que nos permita conocer con precisión cuál es el entorno en que viven, sus problemas de salud, así como las formas en que enfrentan dichos problemas en su medio familiar y entorno social.

La Secretaría de Salud participó en 1999 en un proyecto denominado "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE), realizado en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue evaluar el estado de salud y las condiciones de vida actuales de esta población. Esta encuesta fue aplicada en la ciudad de México y el área metropolitana, por lo que los resultados no nos permiten conocer la situación de esta población en el país, sin embargo es un primer acercamiento de lo que sucede en la población de adultos mayores¹.

Es necesario contar con información para planear y hacer seguimiento de los servicios, para establecer metas y estrategias desde la perspectiva biológica, psicológica y social. Es un hecho que el estado de salud en los ancianos varía de forma considerable entre los países y regiones. De acuerdo con las características de las diferentes etapas de la transición epidemiológica que se reflejan en las causas de morbilidad y mortalidad, y como consecuencia de variables sociales y económicas, es necesario valorar los promedios encontrados en las estadísticas nacionales e institucionales, ya que pierden sentido de realidad y relevancia cuando se hacen interpretaciones regionales y, sobre todo, en la aplicación práctica de las políticas sobre salud y bienestar en el ámbito local⁵.

III.1 CIENTÍFICA

Mediante el método científico se buscó, a partir de la observación, encontrar las principales patologías que afectan al adulto mayor así como las repercusiones a largo plazo.

III.2 ACADÉMICA

En base en la Legislación Universitaria, Capítulo IV, Artículo 48 y 49, Lineamientos para la evaluación profesional y la elaboración de trabajo de tesis profesional; para la obtención del título de Médico Cirujano.

III.3 SOCIAL

El impacto de la transición poblacional será en gran escala en unos años en México, es por ello que la población geriátrica será la mayor parte de la sociedad y si conocemos el modus vivendi, las enfermedades y las atenciones necesarias de los adultos mayores, podremos brindarles una mejor atención y cuidado en la sociedad, estados, hospitales y en el país en general.

III.4 ECONÓMICA

La población económicamente activa en unos años serán jubilados, pensionados y si no se tiene la previsión desde ahora, en unos años la economía probablemente se verá afectada, además de que se necesitarán mayores recursos para atender a la población geriátrica tanto en centros hospitalarios públicos como privados.

III.5. EPIDEMIOLÓGICA

Se debe mantener actualizada la caracterización epidemiológica, para contar en la comunidad con un mayor de adultos mayores que gocen de una óptima calidad de vida el mayor tiempo posible⁵.

El objetivo de determinar el perfil epidemiológico de la población es el de priorizar los riesgos asociados y padecimientos que afectan a los adultos y adultos mayores, para considerarlos en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

Por lo cual, el presente estudio estuvo encaminado para estudiar el perfil epidemiológico de adulto mayor que refleje las características regionales y por clases sociales, de tal forma que los indicadores sean más significativos y de mayor utilidad.

IV.HIPÓTESIS

En los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta externa de la UMF 220 Toluca, México, los factores como edad, género, grado de estudios, ocupación y enfermedades crónicas degenerativas, son determinantes para un perfil epidemiológico y calidad de vida de la población geriátrica.

IV.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Pacientes adultos mayores que acuden a la consulta externa de la UMF 220 Toluca, México, mayores de 60 años.

IV.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Perfil epidemiológico y calidad de vida de población geriátrica.

IV.3 VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad, género, escolaridad, ocupación y enfermedades crónicas degenerativas.

IV.4 ELEMENTOS DE RELACIÓN

En los factores, como, y, son, determinantes, para, un, de, la.

V.OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico y calidad de vida del adulto mayor atendido en la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de conocer su situación de salud, durante el periodo comprendido.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir, identificar y analizar los principales problemas de salud en el adulto mayor.
- Conocer las morbilidades más frecuentes en el adulto mayor.
- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en el adulto mayor y factores que influyen en la misma.
- Conocer el tipo de medicación prescrita, identificando dosis, efectos adversos y número de medicamentos utilizados en cada paciente.
- Reconocer los principales motivos de consulta en primer nivel de atención.
- Identificar necesidades y prioridades en salud, con el fin de sugerir intervenciones y estrategias para su resolución.

VI. MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Epidemiológico, observacional, analítico y transversal.

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, analítico y transversal.

Observacional y analítico, porque se concreta a indagar e identificar la epidemiología en los adultos mayores del IMSS y permite correlacionar las variables entre sí para ser interpretadas y analizadas. Es transversal, ya que brinda información acerca de la frecuencia y distribución de diferentes factores de riesgo y/o daños a la salud.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador
Edad	El número de años cumplidos.	Cantidad de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.	Cuantitativa	60-70años 70-80años >90 años
Género	Condición orgánica de una persona	Género de los pacientes que forman parte del estudio	Cualitativa	Masculino o femenino
Estado civil	Condición legal de una persona	Estado legal del paciente en estudio	Cualitativa	Soltero, casado, unión libre, viudo divorciado.
Religión	Conjunto de creencias	Creencia que profesan los encuestados	Cualitativa	Católica, ortodoxa, judía, cristiana, otras
Procedencia	Lugar de origen	Lugar donde reside los últimos años	Cualitativa	Estado o Municipio del Estado de México o país.

Morbilidad	Enfermedad que aqueja a personas en un sitio y tiempo.	Patologías con diagnóstico establecido por su médico tratante	Cualitativa	Clasificación CIE-10
Calidad de vida	La percepción que un individuo tiene de su salud, estado, psicológico, independencia y entorno social.	Percepción del paciente de su salud al momento de la encuesta	Cualitativa	Cuestionario SF 36 >50-buena <50 mala
Grado de estudios	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en la escuela	Grado de estudios del paciente al momento del estudio	Cualitativa	Sin escolaridad Escuela primaria incompleta, Escuela primaria completa, Escuela secundaria completa, Escuela secundaria incompleta, Estudios técnicos, Preparatoria completa, Preparatoria incompleta, Estudios universitarios completos, Estudios universitarios incompletos, Estudios de Posgrado

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador
Ocupación	Trabajo o empleo que realiza una persona	Empleo que el paciente llevó a cabo durante los últimos años	Cualitativa	Obrero, comerciante, agricultor, empresario, otro
Cognición	Conocimiento o memoria que posee un individuo	Nivel de memoria que tiene el paciente actualmente	Cualitativa	Buena, mala
Alimentación	Acción o efecto de ingerir nutrientes al organismo	Nivel de ingesta proteica que tiene el paciente	Cualitativa	Buena, mala
Funcionalidad	Perteneciente o relativo a las capacidades físicas o psíquicas	Capacidad de efectuar actividades de la vida cotidiana	Cualitativa	Buena, mala
Estado de salud	Estado de la vida con o sin comorbilidades	Si presenta enfermedades el paciente o no.	Cualitativa	Bueno, malo
Ingreso de Finanzas	Cualidad monetaria	Capacidad del paciente para manejar su dinero	Cuantitativa	>\$1000 mensuales \$1000-5000 mensuales <\$5000 mensuales
Estado social	Capacidad de interactuar en un medio	Si el paciente tiene relaciones sociales con otros individuos.	Cualitativa	Bueno, malo.
Medicamentos	Fármaco para curar una enfermedad.	No.de fármacos se que ingieren	Cuantitativa	Ninguno, 1-5, y más de 5 fármacos.

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los adultos mayores derechohabientes radicados en la Unidad de Medicina Familiar 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudan a consulta en el tiempo comprendido, que sean mayores de 60 años de edad y que cumplan con los criterios establecidos en el protocolo de investigación.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con una edad de 60 y más años.
- Que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de ambos géneros.
- Derechohabientes del IMSS.

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 60 años de edad
- Pacientes no derechohabientes

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con encuestas o expedientes incompletos.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Cédula de recolección de datos.

ENCUESTA SABE (Anexo 3)

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) investiga las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). La encuesta es la primera de este tipo en la Región. Las encuestas fueron transversales, simultáneas y rigurosamente comparables con el fin de recopilar información que será la primera en su género para los países de América Latina y el Caribe y que servirá de base para los análisis que hacen tanta falta y para promover más investigaciones en este campo.

Cuestionario SF-36 (Anexo 2)

Éste proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario auto-administrado, con un tiempo de cumplimentación de 5 a 10 minutos.

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal - intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en un escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

VI.5.1 DESCRIPCIÓN

Se empleó la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)⁴ para la determinación del estado de salud del adulto mayor, así como el cuestionario SF-36¹¹² para determinar la calidad de vida, ambos cuentan con experimentación y validación en población mexicana.

VI.5.2 VALIDACIÓN

Son encuestas multicéntricas que investigan la salud y el bienestar de los adultos mayores en las capitales de siete países de América Latina y el Caribe, aprobadas y validadas en la población mexicana por la Organización Panamericana de la Salud.

Se dará interpretación a cuadros dependiendo de puntuación:

Cuadro 1 escala de folstein Interpretación: ≥ 27 puntos: normal, 24 a 26 puntos: deterioro cognoscitivo leve, 16 a 23 puntos: deterioro cognoscitivo moderado, ≤ 16 puntos: deterioro cognoscitivo severo.

Cuadro 2: 0-5 normal, 5-10 moderado >10 estado salud grave

Cuadro 3 Interpretación: 0 a 5 normal, 6 a 9 depresión leve, > 10 depresión establecida. Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale.

Cuadro 4 La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 1 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

VI.5.3 APLICACIÓN

Fueron aplicadas por la tesista a la muestra de adultos mayores que acudieron a la consulta externa y contaron como candidatos del estudio.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El trabajo se desarrolló en los consultorios del turno matutino de la UMF 220, durante el tiempo estipulado previamente. Se llevó un registro de los adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión antes de entrar a consulta, con la ayuda de las asistentes médicas; así se captaron los datos e información, esto contemplando todos los consultorios. Después de explicarles el motivo de investigación, se utilizaron algunos recursos de las unidades como la asignación de un consultorio para trabajar con los pacientes y realizar la antropometría así como el acceso a los archivos para la revisión de los expedientes de los pacientes. Teniendo en cuenta que se trataron a pacientes subsecuentes y de primera ocasión durante el presente año. Se realizaron y llenaron las encuestas, además de aportar el material de oficina, como hojas y plumas, así como el hardware y el software necesarios para construir la base de datos, posteriormente la información obtenida se concentró para su análisis y presentación en cuadros y gráficas de acuerdo a los objetivos planteados.

VI.7 LÍMITE DE TIEMPO

Se empleó un muestreo por conveniencia, de todos los adultos mayores que acudan a la consulta externa del turno matutino de forma consecutiva en el periodo comprendido entre el 1 mayo y el 30 de junio de 2013.

VI.8 LÍMITE DE ESPACIO

Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Toluca de Lerdo, Estado de México.

VI.9 DISEÑO DE ANÁLISIS

Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva y presentados en tablas y graficas. Para la realización de todo el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS® Versión: 11 para Windows®.

Se utilizaron cuadros de distribuciones proporcionales y gráficas acorde al tipo de variables.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó con el permiso correspondiente y el respeto a la voluntad del entrevistado en relación a la libertad de resolver los cuestionamientos bajo el principio de consentimiento informado.

Las respuestas de los entrevistados son de carácter confidencial, no agrediendo sus creencias y /u opiniones, además de ser agregadas a la tesis sin comunicación de datos individuales y de manera anónima con fines académicos y de investigación, con previa información y firma del consentimiento por escrito.

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios éticos establecidos en la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), además de la autorización del la UMF del Instituto Mexicano del Seguro Social para hacer uso del expediente clínico de los pacientes.

VIII. ORGANIZACIÓN

Este trabajo de investigación se realizó por:

Tesista: Yolanda Anahid Salyano Peñuelas

Director de tesis: M. en C. Wenceslao Fajardo Rojo

IX. RESULTADOS

Se realizó el trabajo de investigación que lleva por título “Perfil epidemiológico y calidad de vida de un grupo de adultos mayores atendidos en la consulta externa en la unidad de medicina familiar no. 220 del IMSS en Toluca, México 2013”, encontrando los siguientes resultados, posterior a la aplicación del instrumento de recolección de datos y la interpretación de los mismos:

Demografía básica

En la presente investigación se incluyeron 104 adultos mayores, 50 hombres (48.1%) con una edad promedio de 72 años y 54 mujeres (51.9%) con una edad promedio de 69 años de edad. El rango de edad elegido para el estudio fue de 60 a 100 años.

De la muestra de estudio se observó que en cuanto al lugar de procedencia de los adultos mayores, 60 pacientes o el 57.7% son originarios del estado de México, 15 son procedentes del Distrito Federal con el 14.4% y 29 de ellos o sea el 27.9% nacieron en otros estados. (Cuadro 1, Gráfico 1)

Se destaca también que el mayor porcentaje de escolaridad entre los pacientes geriátricos fue 28.8% de 30 pacientes con primaria incompleta; 8 (7.7%) primaria completa, 16 (15.4%) secundaria incompleta, 11 (10.6%) con secundaria completa, 10 (9.6%) con preparatoria incompleta y de igual forma el mismo porcentaje para la preparatoria completa, solo 8 (7.7%) tienen carrera técnica, mientras que solamente 11, es decir el 10.6%, terminaron la licenciatura, destacándose como el grupo de mayor nivel de estudios.

En cuanto a la ocupación se observó que 8 (7.7%) son obreros, 6 (5.8%) se dedican al comercio, 8 (7.7%) trabajan en la construcción, 5 pacientes (4.8%) son maestros, 7 del total (6.7%) trabajan en oficina, solo 5 (4.8%) laboran en el campo, 27 de las mujeres (26%) son amas de casa, 20 pacientes (19.2%) son empleados, 3 encuestados son vigilantes (1.9%), del total solo 2 (1.9%) son personal de salud y el resto 13 pacientes con el 12.5% tiene otras ocupaciones. (Cuadro 3, Gráfico 3)

Del total de pacientes entrevistados, 7 de ellos viven solos (6.7%) y 97 viven acompañados (93.3%). (Cuadro 4, Gráfico 4)

Encontramos que la religión predominante es la católica con el 92.3% o sea, 96 pacientes; solo 3 son ateos (2.9%) y 5 son protestantes con el 4.8%. (Cuadro 5, Gráfico 5)

Respecto al estado civil 73 pacientes con el 70.2% son casados, 6 (5.8%) son solteros, 3 de ellos (2.9%) viven en unión libre, 7 son divorciados (6.7%), por último, 15 adultos mayores son viudos (14.4%). (Cuadro 6, Gráfico 6)

Uso y acceso a los servicios de salud

Se pudo observar que 101 pacientes, es decir el 97.1% de los adultos mayores emplean de forma regular los servicios de salud, donde 94 (90.4%) de ellos han estado hospitalizados hasta 5 veces durante el último año y 10 (9.6%) han sido hospitalizados de 5 a 10 ocasiones durante los últimos 12 meses. (Cuadro 7, Gráfico 7)

Referente a los ingresos a urgencias, durante el último año, se registró que 24 adultos mayores (23%) de la población no utilizó dicho servicio, mientras que 36 del total (34.7%) ingresó de una a tres ocasiones, 29 pacientes (27.9%) acudieron de tres a cinco veces y solo 15 (14.4%) hicieron uso del servicio de urgencias de cinco a diez ocasiones.

Del total estudiado, 84 pacientes, es decir el 80.8% acudieron a consulta de especialidad, predominando la asistencia a medicina interna con 30 (28.8%), seguida por cardiología con 7 (6.7%), 4 pacientes con el 3.8% endocrinología y neumología respectivamente; 2 (1.9%); acudieron a consulta de cirugía, 3 (2.9%), asistieron a dermatología, nefrología y reumatología respectivamente y 48 del total (46.3%) acudieron a otras especialidades. (Cuadro 8, Gráfico 8)

Respecto a la salud de la mujer de las pacientes estudiadas del grupo de adultos mayores, 53 de ellas, o sea el 98.1% se ha realizado autoexploración mamaria, exploración por personal de la salud y se ha realizado mastografía como método de prevención. (Cuadro 9, Gráfico 9) Por otra parte, 51 (94.4%) de las pacientes se ha realizado un estudio de citología cervical en el último año.

En cuanto a los pacientes varones de adultos mayores encuestados se encontró que 36 del total (72%) se ha realizado un examen prostático por personal médico durante los últimos años. (Cuadro 10, Gráfico 10)

En este perfil epidemiológico y calidad de vida de un grupo de adultos mayores atendidos en la consulta externa en la unidad de medicina familiar no. 220 del IMSS en Toluca, México 2013, en cuanto a nutrición y adicciones se encontraron los siguientes resultados:

Evaluación nutricional y adicciones.

Se obtuvo que 42 pacientes, es decir el 40.4% se encuentran bien nutridos, 40 (38.5%) se encuentran con sobrepeso y 22 (21.2%) con obesidad, o sea, que del universo de población entrevistado, el 59.7% se encontró con un índice de masa corporal por encima de la cifra ideal. (Cuadro 11, Gráfico 11)

Los hombres tienen una prevalencia de aproximadamente 10 puntos porcentuales mayor de obesidad que las mujeres. La prevalencia de obesidad abdominal, según la circunferencia de cintura, fue similar en ambos grupos

(72% vs 72.2%). El promedio de circunferencia de cintura para ambos sexos fue superior a 90 cm.

Respecto a la realización de actividad física regular por los menos 3 veces a la semana, se encontró que solamente 20 pacientes (19.2%) hacen ejercicio aeróbico frecuentemente contra 84 (80.8%) que hace actividad mínima. (Cuadro 12, Gráfico 12)

Se detectó que 5 (4.8%) son pacientes fumadores, de los cuales, en promedio, fumó de 1 a 3 cigarrillos al día, con una duración promedio de 10 años. Mientras que 62 del total (59.6%) nunca fumó. (Cuadro 13, Gráfico 13)

También se interrogó acerca del consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos meses, encontrando que 92 (88.5%) pacientes reportaron no haber ingerido ninguna bebida embriagante y sólo 12(11.5%) declararon que por lo menos de 1 a 3 veces tuvieron ingesta de alcohol. (Cuadro 14, Gráfico 14)

En este perfil epidemiológico y calidad de vida de un grupo de adultos mayores atendidos en la consulta externa en la unidad de medicina familiar no. 220, respecto al estado cognitivo, depresión, Actividades del vivir diario (AVD) y actividades instrumentales del vivir diario (AIVD) se encontraron los siguientes resultados:

Estado cognitivo

En este rubro pudimos observar que 98 (94.3%) de los pacientes se encuentra sin deterioro cognitivo, mientras que 5 (4.8%) mostraron una demencia leve y sólo 1 paciente (0.9%) manifestó demencia severa. (Cuadro 15, Gráfico 15)

Depresión

Después de aplicar una escala específica para detectar pacientes con depresión, se halló que 80 (76.9%) no tienen este padecimiento, 15 de ellos, es decir el 14.4% padece depresión leve y solamente 9 con el 8.7% tiene una depresión severa. (Cuadro 16, Gráfico 16)

Actividades del vivir diario (AVD) y actividades instrumentales del vivir diario (AIVD)

Analizando el grado de dependencia en cuanto a las actividades de la vida diaria de la población estudiada, se observó que 44 (42.3%) son independientes, 17 (16.3%) tienen una dependencia leve, 29 (27.9%) una dependencia moderada para realizar sus actividades y 14 (13.5%) una dependencia severa, necesitando del cuidador para realizarlas. (Cuadro 17, Gráfico 17)

Mientras que para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, encontramos que 53 (51%) son independientes, 41 (39.4%) sufre una dependencia leve y 10 del total (9.6%) una dependencia severa. (Cuadro 18, Gráfico 18)

Después del estudio de este perfil epidemiológico y calidad de vida de un grupo de adultos mayores atendidos en la consulta externa en la unidad de medicina familiar no. 220, respecto a la evaluación de la salud y las patologías crónicas se encontraron los siguientes resultados:

Evaluación de la salud y condiciones crónicas.

En cuanto a las morbilidades detectadas en el grupo de adultos mayores encuestados, encontramos a la hipertensión arterial como el padecimiento número uno que afecta a ésta población, con 72 pacientes, es decir el 69.2% del total, predominando el grupo de de las mujeres con 41 de ellas (75.9%).

La segunda enfermedad más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2 con 44 pacientes (42.3%) del total, afectando más a mujeres que representan el 46.3% siendo 25 las que lo padecen, contra 19 (38%) de los hombres.

Seguidos de éstos padecimientos, está la afección pulmonar con 14 (13.5%) pacientes, encabezando la lista la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con principal repercusión en los pacientes varones 9 (18%).

En cuanto a la afección cardiaca que padecen los adultos mayores, se obtuvo un 10.6% del total, esto es 11 pacientes, donde se distingue como principal causa la insuficiencia cardiaca, cardiopatía e infarto al miocardio.

Respecto a afecciones óseas y reumáticas se registraron 7 adultos mayores (6.7%) y 5 (4.8%) respectivamente, se observó que las más afectadas son las mujeres, donde las principales causas son la artritis reumatoide, osteoporosis y osteopenia.

Se encontró que 6 (5.8%) de los pacientes tiene afección renal, estando todos ellos con tratamiento sustitutivo de la función renal, y sólo 2 del total (1.9%) presentó afección neurológica, secundario a infarto cerebral con parálisis y hemiplejía, y epilepsia parcial.

El resto de los padecimientos detectados, va desde dermatitis, incontinencia urinaria, insuficiencia venosa, síndrome de intestino irritable, hernia inguinal, hiperplasia prostática, lumbalgia, cirrosis hepática, dislipidemia, vértigo, cáncer de mama en remisión, hipotiroidismo, entre otros, con un 30 del total (55.6%) de afección en mujeres y 24 varones (44.4%). (Cuadro 19, Gráfico 19)

Farmacodependencia

En cuanto a medicamentos se encontró que el 100% toma desde 1 hasta 8 fármacos al día de manera regular, por los cuales acuden cada mes a la consulta de primer nivel.

De entre los cuales, destacan los hipoglucemiantes, como insulina, metformina, glibenclamida, acarbosa y pioglitazona, además de que al 50% de los portadores de diabetes mellitus les han indicado complejo B. Observando que el medicamento menos usado por la población es la insulina.

Por otro lado, los pacientes ingieren antihipertensivos como telmisartán, amlodipino, metoprolol, enalapril, nifedipino, amlodipino, losartán, en su mayoría indicados junto con diuréticos como clortalidona, espironolactona, hidroclorotiazida y furosemide; donde el 80% de pacientes hipertensos toma más de dos medicamentos.

Del 13.5% de los pacientes con EPOC, encontramos que 8.6% son dependientes de oxígeno, además de utilizar medicamentos como salbutamol, ipratropio, salmeterol-fluticasona, beclometasona, montelukast y teofilina.

En casos de padecimientos cardíacos, se vieron indicados el ácido acetilsalicílico, atorvastatina, algunos antihipertensivos ya mencionados, acenocumarina, isosorbide y digoxina como tratamiento de sostén.

De los pacientes con afección reumática predominaron la ingesta de celecoxib, paracetamol, diclofenaco, indometacina y metrotexate. Cada paciente ingiriendo por lo menos dos medicamentos al día.

Se observó que los pacientes con afección renal, además de ser manejados con antihipertensivos, ingieren calcio, calcitriol, ácido fólico y sulfato ferroso.

Por otra parte, respecto a quienes presentan afección ósea, la osteoporosis es el principal padecimiento, y los medicamentos que más consumen son sulfasalazina, raloxifeno, calcio, calcitriol, celecoxib, piroxicam, diclofenaco y naproxeno,

Para el resto de los padecimientos en general encontramos que es común el uso de omeprazol, ranitidina, bezafibrato, pravastatina, pentoxifilina, valprotao de magnesio, levotiroxina, tamsulosina, tolteridona, prozosina hidroxicina, difenidol, clonazepam y alopurinol, entre los principales.

El 98% de los pacientes ha consumido algún antiinflamatorio no esteroideo durante el último año.

Otros datos relevantes

En este estudio de perfil epidemiológico y calidad de vida de un grupo de adultos mayores atendidos en la consulta externa en la unidad de medicina familiar no. 220, se pudo evidenciar que del total de los pacientes entrevistados, solamente 7 pacientes (6.7%) viven solos, mientras que 48 (93.3%) habitan con alguien más, siendo el principal cuidador son los hijos 50 (48.1%), seguida por el cónyuge con 43 (41.3%), después otro familiar solo 4 (3.8%) y por una enfermera solo un paciente (1%). (Cuadro 20, Gráfico 20)

Encontramos que 96 pacientes (92.3%) de la población no realiza ninguna actividad artística o recreativa, además de que tan solo 18 de ellos (17.3%) acuden a un grupo de actividades complementarias.

En cuanto al estado laboral de los pacientes encuestados, se encontró que 20 (19.3%) son trabajadores activos, 49 del total (47.1%) son afiliados por sus familiares y 35 pacientes (33.6%) son jubilados y pensionados. Dando como resultado una minoría de trabajadores con ingresos activos. (Cuadro 21, Gráfico 21)

Calidad de vida

La mayoría de los sujetos entrevistados considera su calidad de vida como regular (40.4%), en menor proporción como buena (34.6%), y el 20.2% la considera como mala, la minoría de los sujetos considera poseer una buena calidad de vida (4.8%). La percepción de la calidad de vida empieza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de población del grupo de 60-64 que presenta un estado de salud bueno es 70.3% (Tabla 1). Al cuestionar sobre el cambio de calidad de vida con respecto al año previo la mayoría consideró que se encontró más o menos igual (66.3%), el 31.7% consideró que se encontró algo peor ahora y el 1.9% respondió que se encontraba mucho peor ahora que el año previo. En la tabla 1 se enlista la autopercepción de la calidad de vida de acuerdo a la edad y sexo, no se encontró diferencias de acuerdo al sexo.

Las subescalas de la encuesta SF-36 más afectadas fueron las de vitalidad y de la salud en general, siendo las menos afectadas las de función social y dolor corporal. No se encontró en el análisis bivariado ninguna diferencia entre las escalas y el género (Tabla 2).

Los sujetos con mayor deterioro de la calidad de vida fueron los que padecían alguna enfermedad neurológica y reumática, siendo las subescalas de rol físico, salud general y rol emocional las más afectadas. A pesar de su alta prevalencia los sujetos con hipertensión y diabetes no mostraron un deterioro importante en su percepción de calidad de vida (Tabla 3). Mientras que la presencia de discapacidad funcional ó depresión se relacionó a un deterioro en la calidad de vida y en todas las subescalas del cuestionario SF-36. La presencia de depresión se asoció a menor calidad en la subescalas de funcionamiento social, rol emocional, función física y rol físico (ver tabla 4).

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Demografía básica

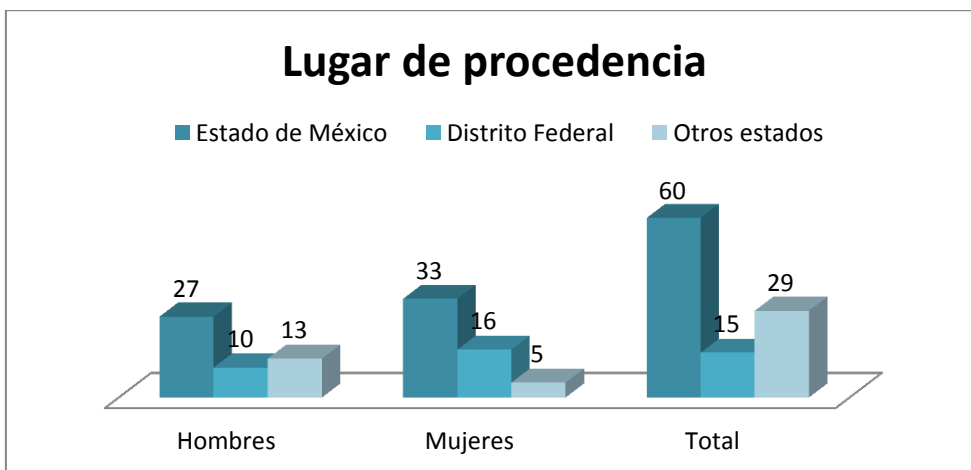
Cuadro 1 Lugar de procedencia

Género lugar origen	Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Estado de México	27	54	33	61.1	60	57.7
Distrito Federal	10	20	16	29.6	15	14.4
Otros estados	13	26	5	9.3	29	27.9
Total	50	100	51	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

%=porcentaje

Gráfico 1 Lugar de procedencia



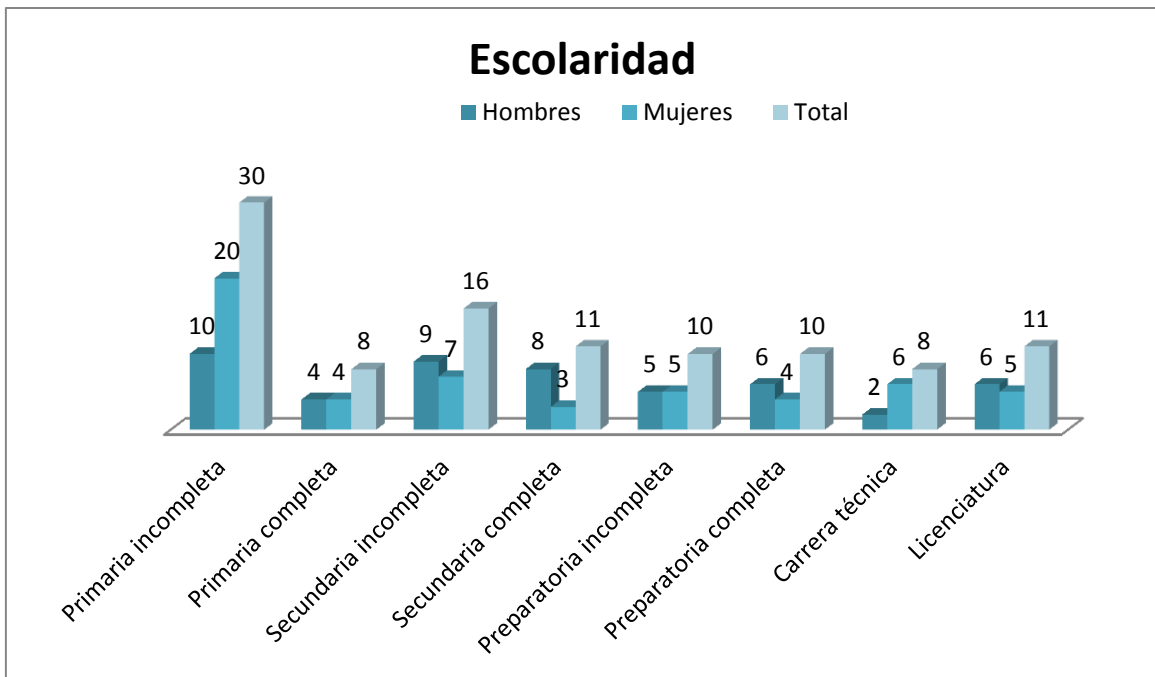
FUENTE: Cuadro 1

Cuadro 2 Escolaridad

Escolaridad	Género		Género		Total	%
	Hombres	%	Mujeres	%		
Primaria incompleta	10	20	20	37	30	28.8
Primaria completa	4	8	4	7.4	8	7.7
Secundaria incompleta	9	18	7	13	16	15.4
Secundaria completa	8	16	3	5.6	11	10.6
Preparatoria incompleta	5	10	5	9.3	10	9.6
Preparatoria completa	6	12	4	7.4	10	9.6
Carrera técnica	2	4	6	11.1	8	7.7
Licenciatura	6	12	5	9.3	11	10.6
Total	50	100	54	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos
%=porcentaje

Gráfico 2 Escolaridad



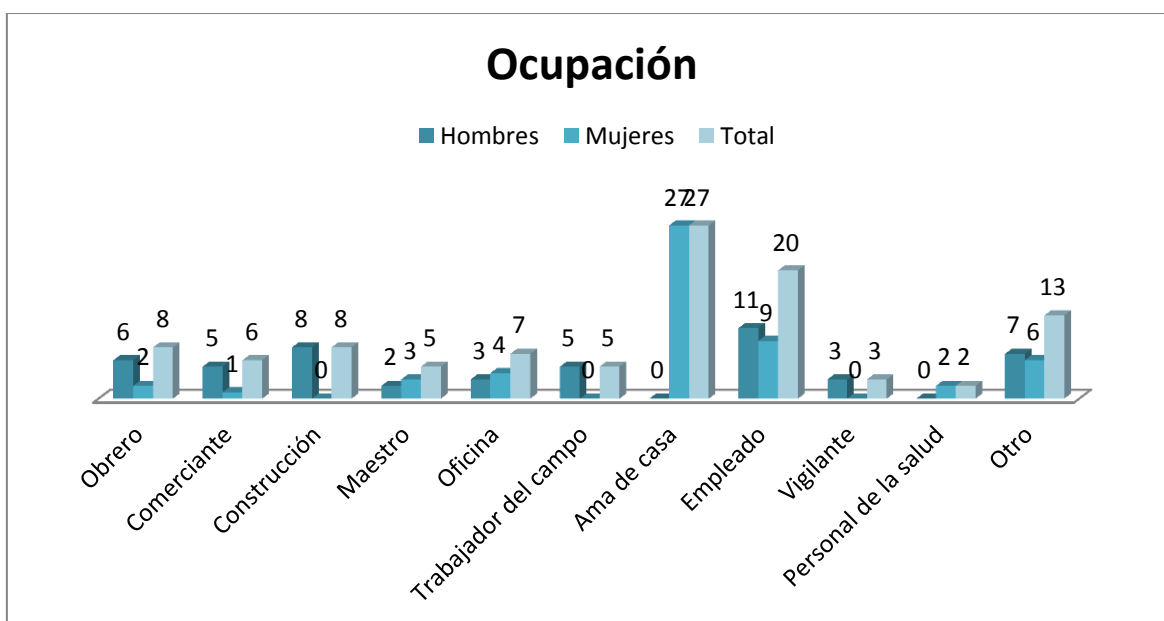
FUENTE: Cuadro 2

Cuadro 3 Ocupación

Ocupación \ Género	Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Obrero	6	12	2	3.7	8	7.7
Comerciante	5	10	1	1.9	6	5.8
Construcción	8	16	0	0	8	7.7
Maestro	2	4	3	5.6	5	4.8
Oficina	3	6	4	7.4	7	6.7
Trabajador del campo	5	10	0	0	5	4.8
Ama de casa	0	0	27	50	27	26
Empleado	11	22	9	16.7	20	19.2
Vigilante	3	6	0	0	3	2.9
Personal de la salud	0	0	2	3.7	2	1.9
Otro	7	14	6	11.1	13	12.5
Total	50	100	54	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos
%=porcentaje

Gráfico 3 Ocupación



FUENTE: Cuadro 3

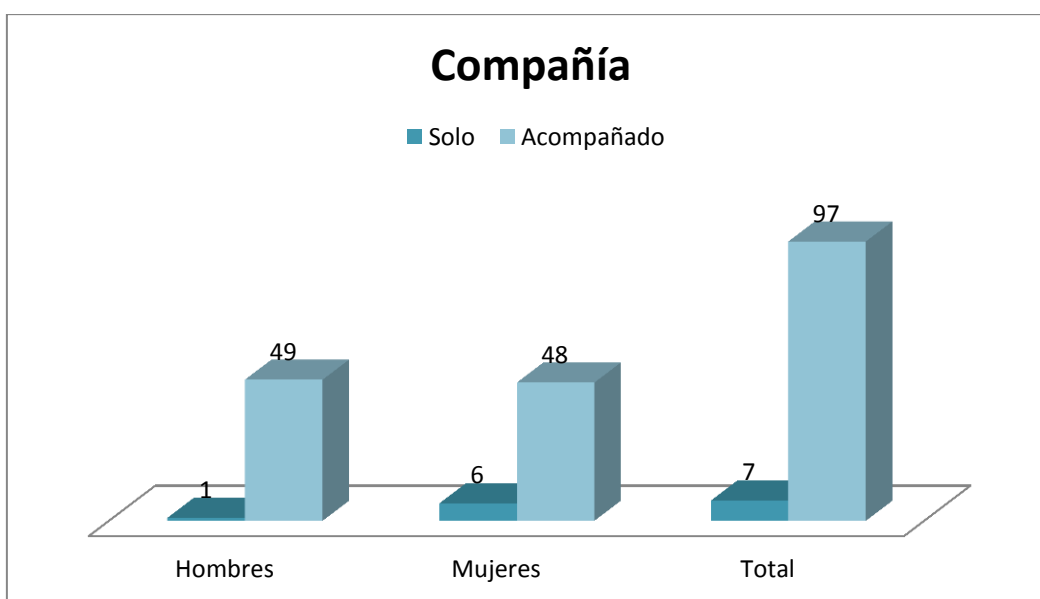
Cuadro 4 Compañía del adulto mayor

Compañía \ Género	Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Solo	1	2	6	11.1	7	6.7
Acompañado	49	98	48	88.9	97	93.3
Total	50	100	54	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

%=porcentaje

Gráfico 4 Compañía del adulto mayor



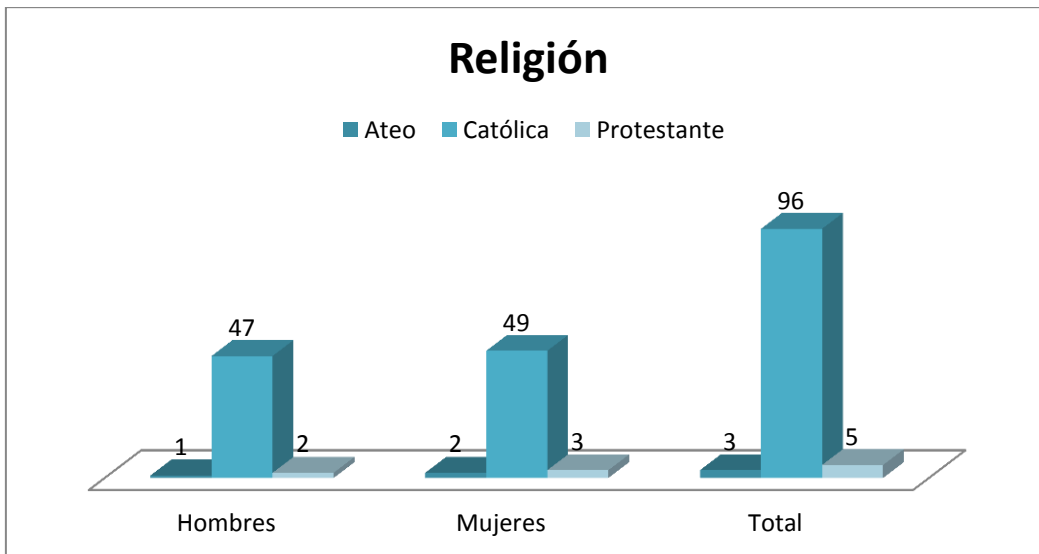
FUENTE: Cuadro 4

Cuadro 5 Religión

Religión \ Género	Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Ateo	1	2	2	3.7	3	2.9
Católica	47	94	49	90.7	96	92.3
Protestante	2	4	3	5.6	5	4.8
Total	50	100	54	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos
%=porcentaje

Gráfico 5 Religión



FUENTE: Cuadro 5

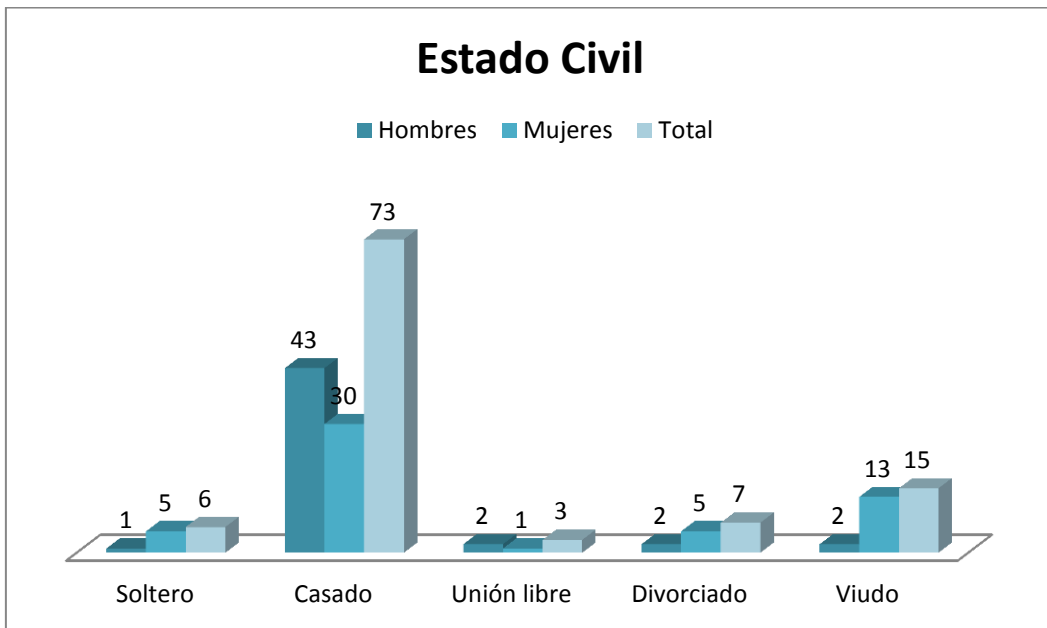
Cuadro 6 Estado Civil

Edo civil \ Género	Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Soltero	1	2	5	9.3	6	5.8
Casado	43	86	30	55.6	73	70.2
Unión libre	2	4	1	1.9	3	2.9
Divorciado	2	4	5	9.3	7	6.7
Viudo	2	4	13	24.1	15	14.4
Total	50	100	54	100	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

%=porcentaje

Gráfico 6 Estado Civil



FUENTE: Cuadro 6

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

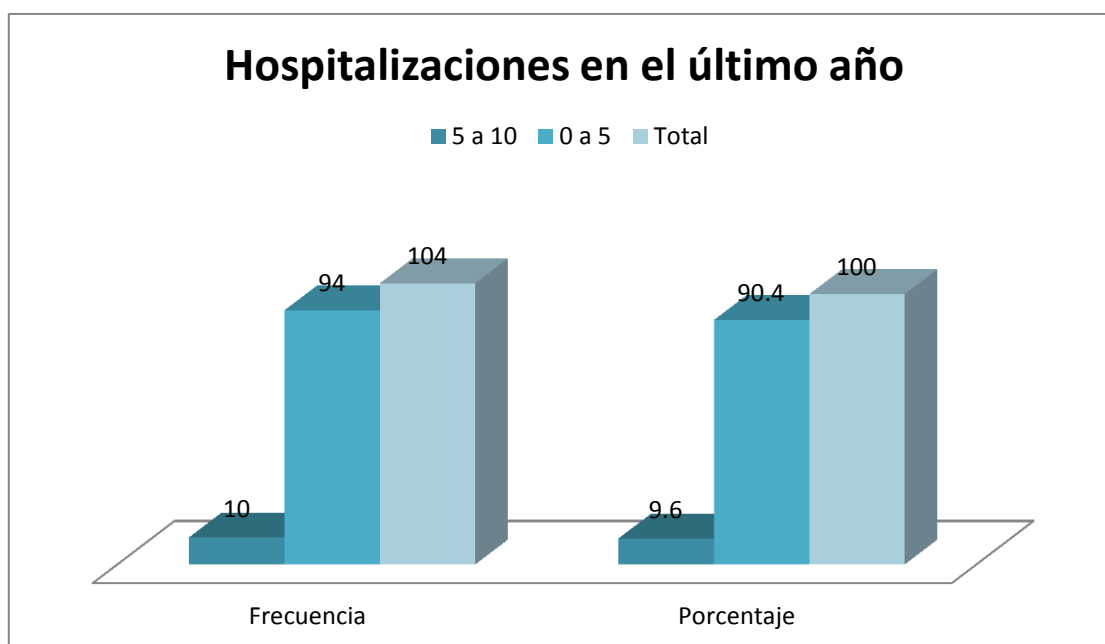
Cuadro 7 Hospitalizaciones durante el último año

Hospitalizaciones último año	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
5 a 10	10	9,6
0 a 5	94	90,4
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Número de ingresos a hospitalización después de acudir a urgencias.

Gráfico 7 Hospitalizaciones durante el último año



FUENTE: Cuadro 7

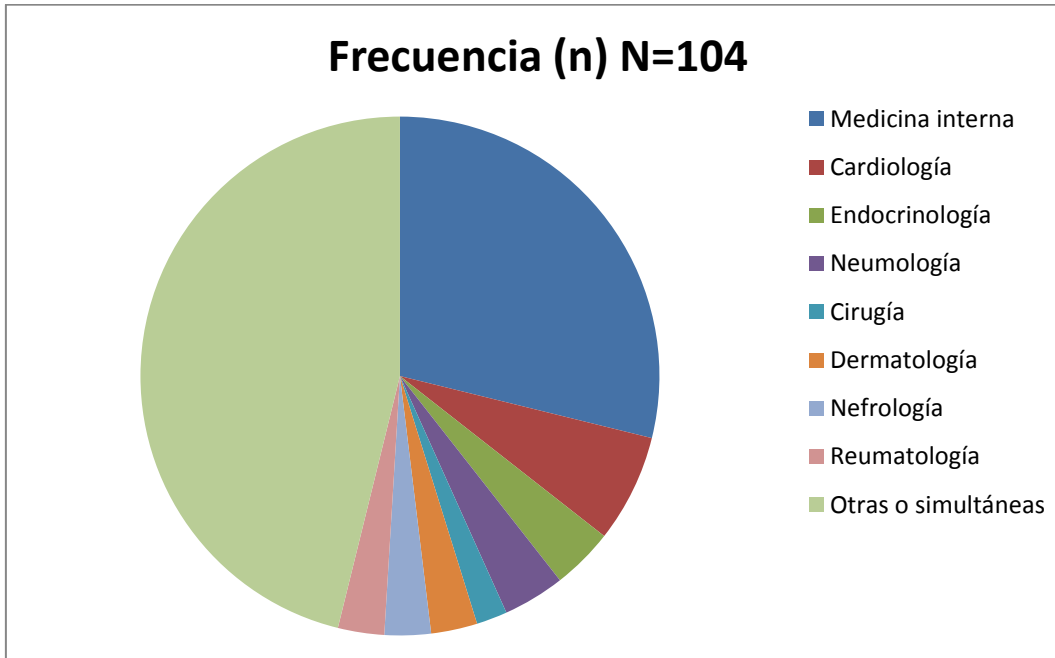
Cuadro 8 Asistencia a las diferentes especialidades

Especialidad	Frecuencia (n) N=104	Porcentaje (%)
Medicina interna	30	28.8
Cardiología	7	6.7
Endocrinología	4	3.8
Neumología	4	3.8
Cirugía	2	1.9
Dermatología	3	2.9
Nefrología	3	2.9
Reumatología	3	2.9
Otras o simultáneas	48	46.3
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Envío a segundo nivel durante el último año

Gráfico 8 Asistencia a las diferentes especialidades



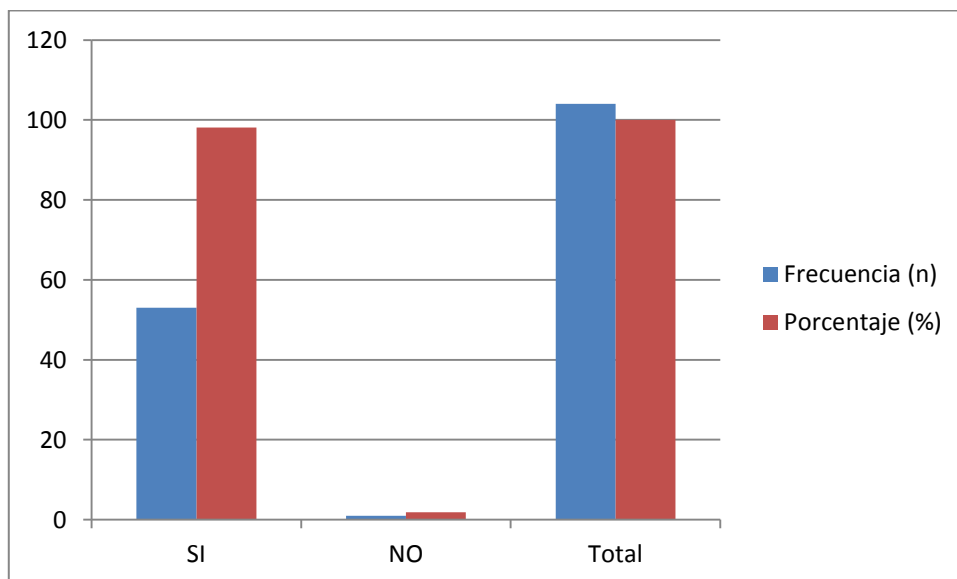
FUENTE: Cuadro 8

Cuadro 9 Autoexploración mamaria, exploración por personal de la salud y mastografía mamaria.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SI	53	98,1
NO	1	1,9
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

Gráfico 9 Autoexploración mamaria, exploración por personal de la salud y mastografía mamaria.



FUENTE: Cuadro 9

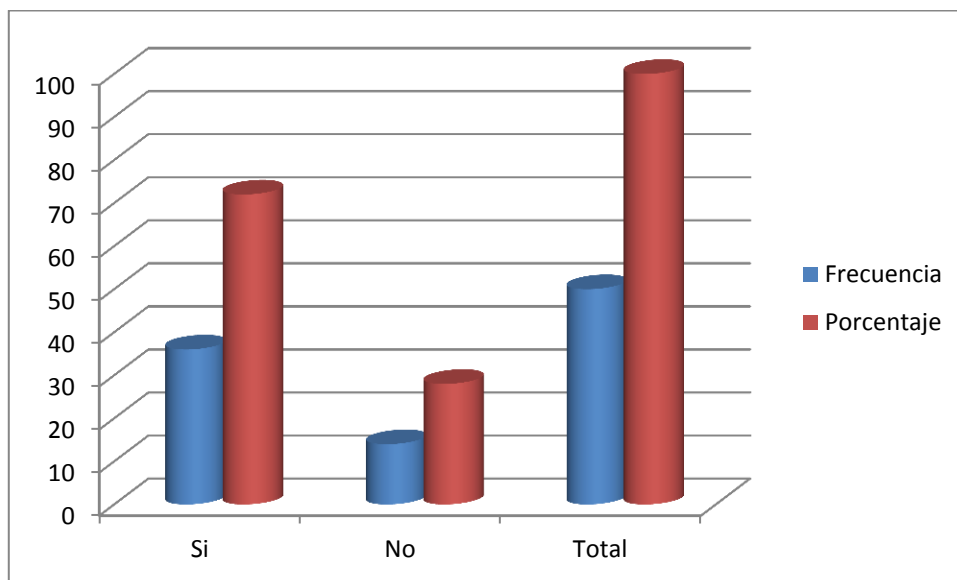
Cuadro 10 Realización de exploración prostática por personal de la salud.

Exploración próstata	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	36	72
No	14	28
Total	50	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Exploración durante el último año.

Gráfico 10 Realización de exploración prostática por personal de la salud.



Fuente: Cuadro 10

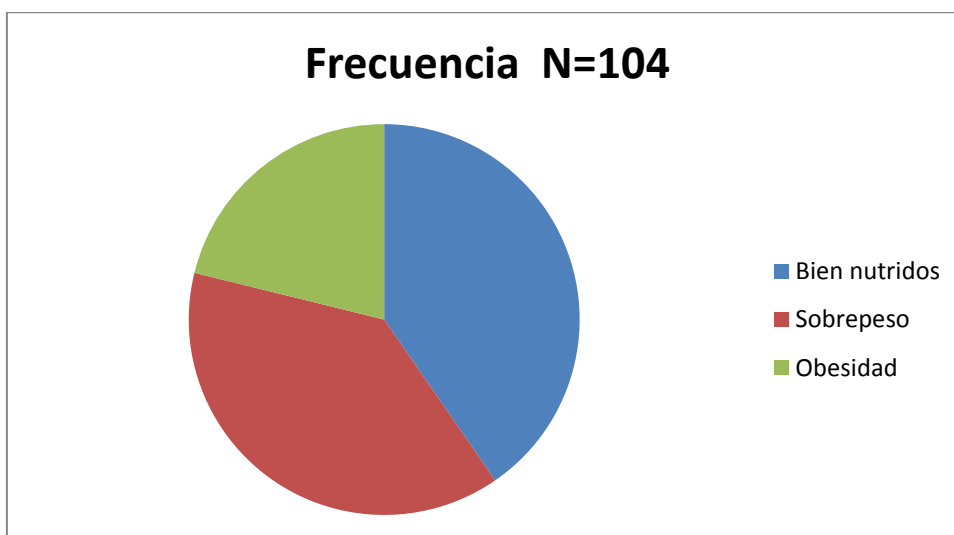
Cuadro 11 Estado nutricional

Variable	Frecuencia (n) N=104	Porcentaje (%)
Bien nutridos	42	40.4
Sobrepeso	40	38.5
Obesidad	22	21.1
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*De acuerdo al índice de masa corporal según la OMS

Gráfico 11 Estado nutricional



Fuente: Cuadro 11

Cuadro 12 Actividad física

Actividad física	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	20	19,2
No	84	80,8
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

* Se considera actividad física como la realización de caminata diaria por los menos 15 minutos

Gráfico 12 Actividad física



FUENTE: Cuadro 12

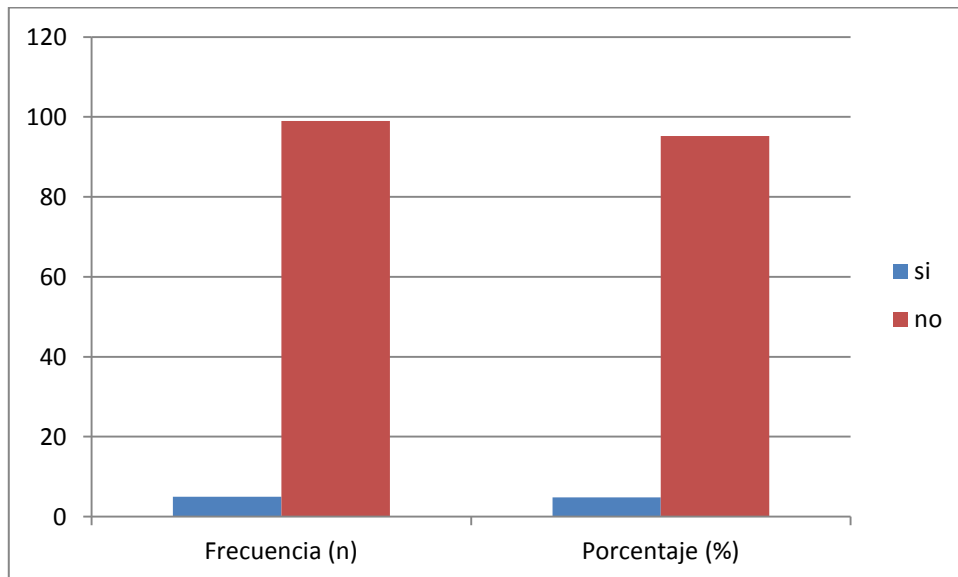
Cuadro 13 Pacientes fumadores

Fumadores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
si	5	4,8
no	99	95,2
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Pacientes que fumaron y que fuman actualmente

Gráfico 13 Pacientes fumadores



FUENTE: Cuadro 13

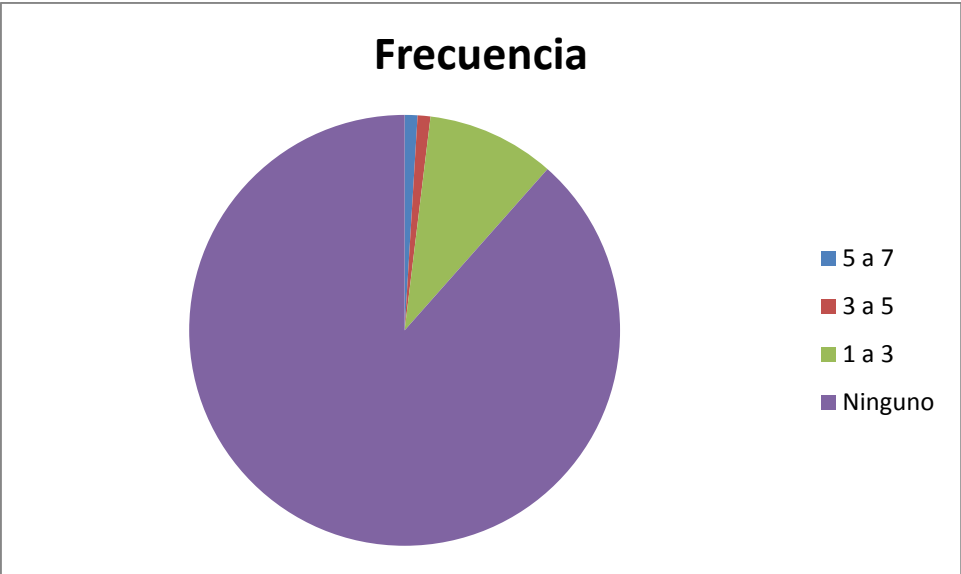
Cuadro 14 Consumo de bebidas alcohólicas durante el último año

Consumo alcohol	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
5 a 7	1	1
3 a 5	1	1
1 a 3	10	9,6
Ninguno	92	88,5
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Se contabiliza como el número de ocasiones que consumieron más de 2 copas o vasos de alcohol

Gráfico 14 Consumo de bebidas alcohólicas durante el último año



FUENTE: Cuadro 14

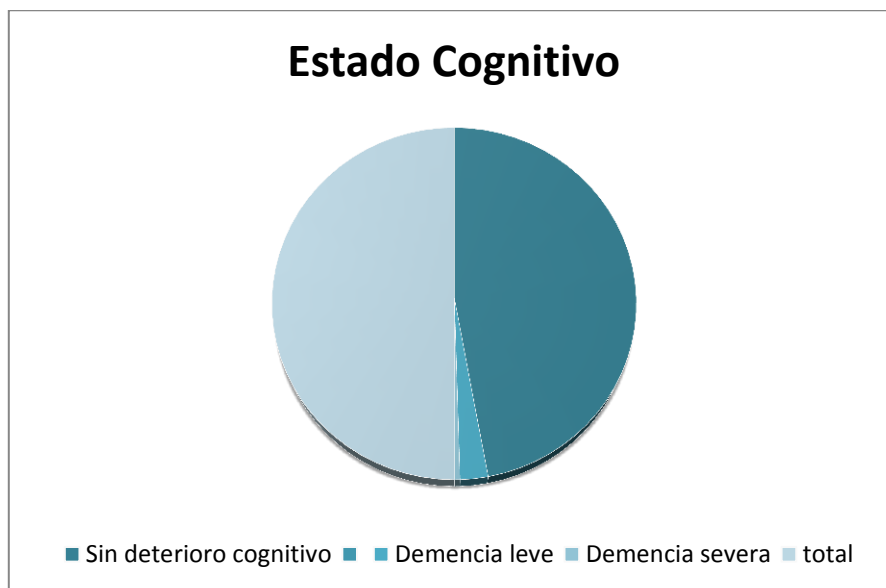
Cuadro 15 Evaluación del estado de cognición

Edo. Cognitivo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin deterioro cognitivo	98	94,3
Demencia leve	5	4,8
Demencia severa	1	0,9
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

*Con base en el test mini mental de folstein

Gráfico 15 Evaluación del estado de cognición



Fuente: Cuadro 15

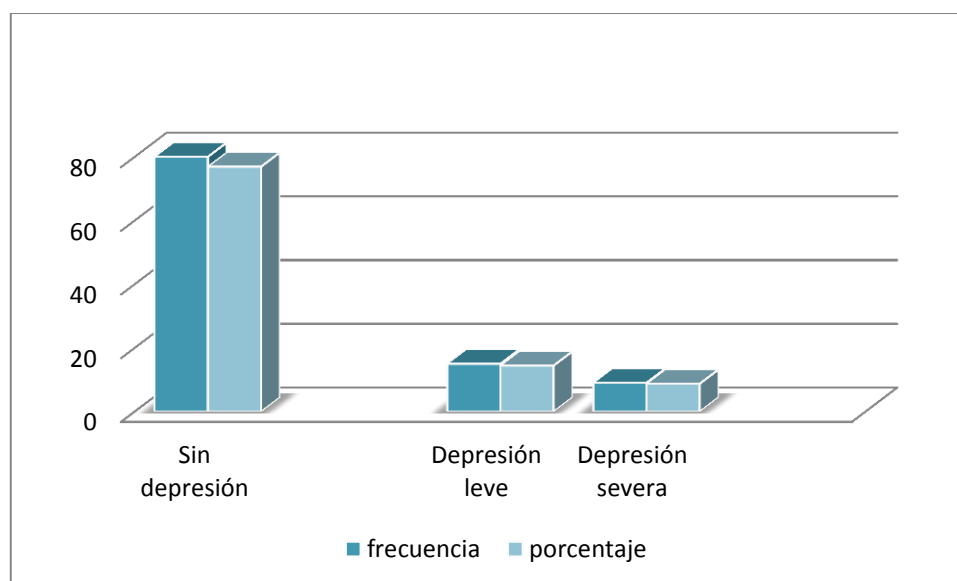
Cuadro 16 Valoración sobre el estado de depresión

Edo. depresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin depresión	80	76,9
Depresión leve	15	14,4
Depresión severa	9	8,7
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

* Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale

Gráfico 16 Valoración sobre el estado de depresión



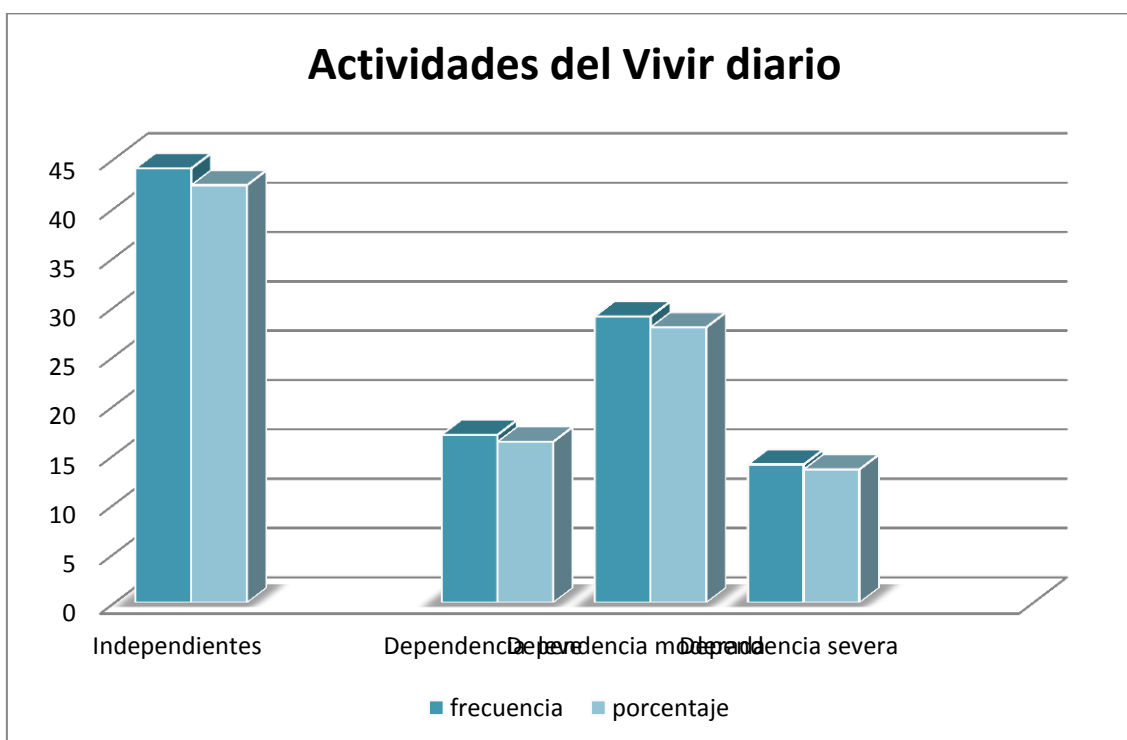
FUENTE: Cuadro 16

Cuadro 17 Evaluación de las actividades del vivir diario (AVD)

Grado dependencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Independientes	44	42,3
Dependencia leve	17	16,3
Dependencia moderada	29	27,9
Dependencia severa	14	13,5
Total	104	100

Fuente: Concentrado de datos
 *Con fundamento en el índice de Katz y Barthel

Gráfico 17 Evaluación de las actividades del vivir diario (AVD)



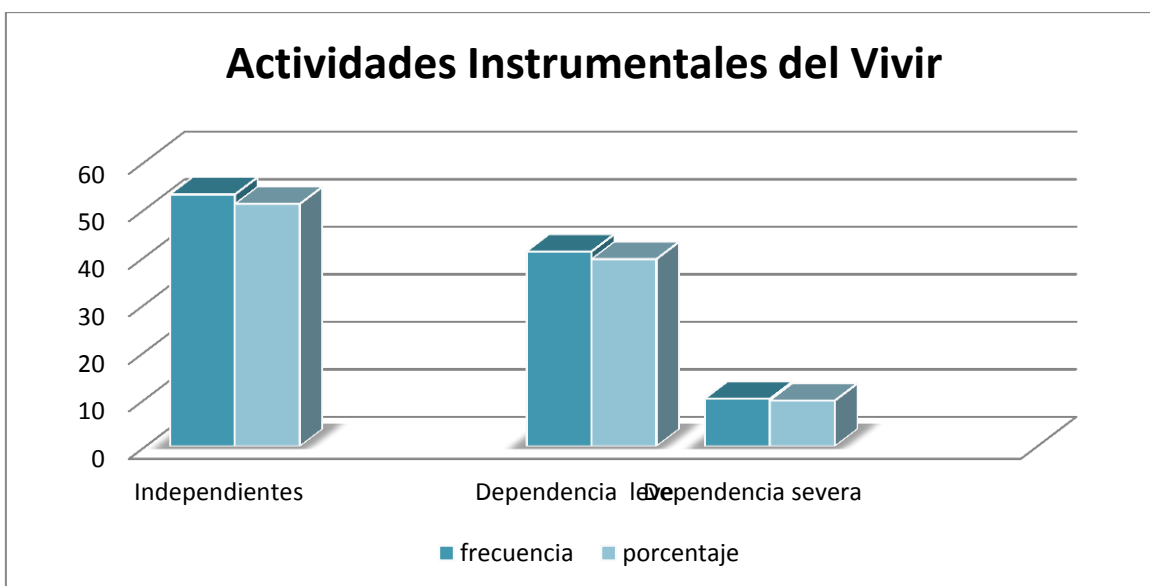
FUENTE: Cuadro 17

Cuadro 18 Evaluación de las actividades instrumentales del vivir diario (AIVD)

Grado dependencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Independientes	53	51
Dependencia leve	41	39,4
Dependencia severa	10	9,6
Total	104	100

FUENTE: concentrado de datos
 *Con base en la escala de Lawton y Brody.

Gráfico 18 Evaluación de las actividades instrumentales del vivir diario (AIVD)



FUENTE: Cuadro 18

Cuadro 19 Morbilidades encontradas en el paciente geriátrico de la UMF 220, Toluca, México.

Patología \ Género	Hombres		Mujeres		Total		Significancia estadística
	casos	%	casos	%		%	
Hipertensión Arterial	31	62	41	75.9	72	69.2	p=0.124*
Diabetes Mellitus 2	19	38	25	46.3	44	42.3	P=0.392*
Afección pulmonar	9	18	5	9.3	14	13.5	P=0.254**
Afección cardíaca	8	16	3	5.6	11	10.6	p=0.113**
Afección reumática	1	2	4	7.4	5	4.8	p=0.365**
Afección renal	3	6	3	5.6	6	5.8	p=0.923**
Afección cerebral	1	2	1	1.9	2	1.9	p=1.000**
Afección ósea	2	4	5	9.3	7	6.7	p=0.439**
Otros	24	44.4	30	55.6	54	100	

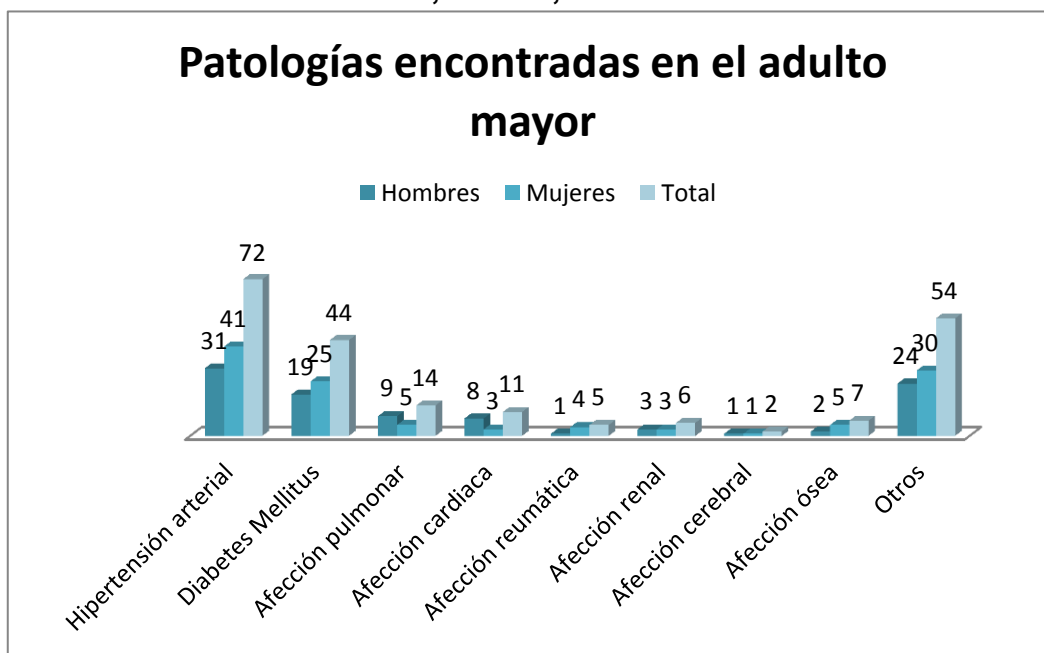
FUENTE: Concentrado de datos

%=porcentaje

*chi cuadrado

** prueba exacta de Fisher

Gráfico 19 Morbilidades encontradas en el paciente geriátrico de la UMF 220, Toluca, México.



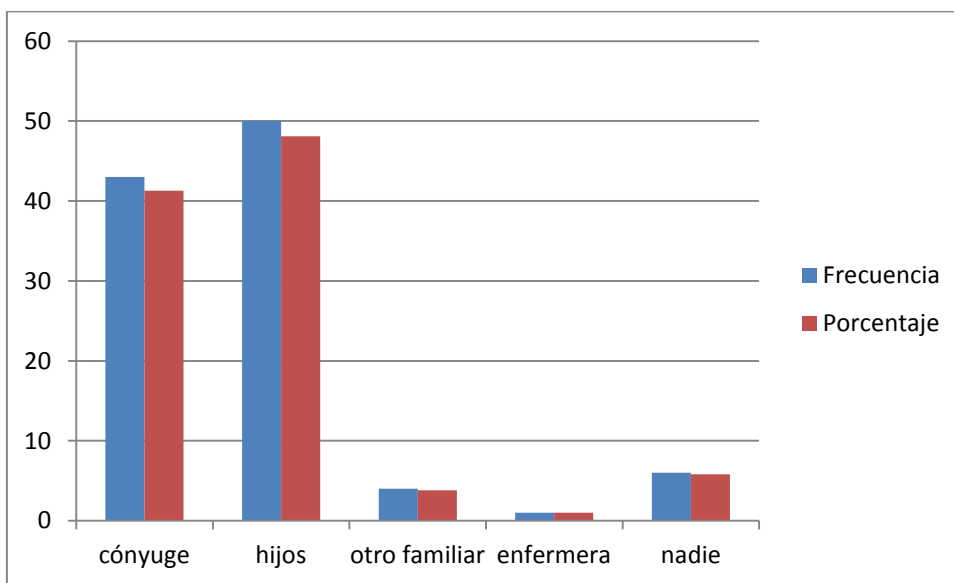
FUENTE: Cuadro 19

Cuadro 20 Con quién vive el adulto mayor y quién es el cuidador primario

Cuidador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
cónyuge	43	41,3
hijos	50	48,1
otro familiar	4	3,8
enfermera	1	1
nadie	6	5,8
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

Gráfico 20 Con quién vive el adulto mayor y quién es el cuidador primario



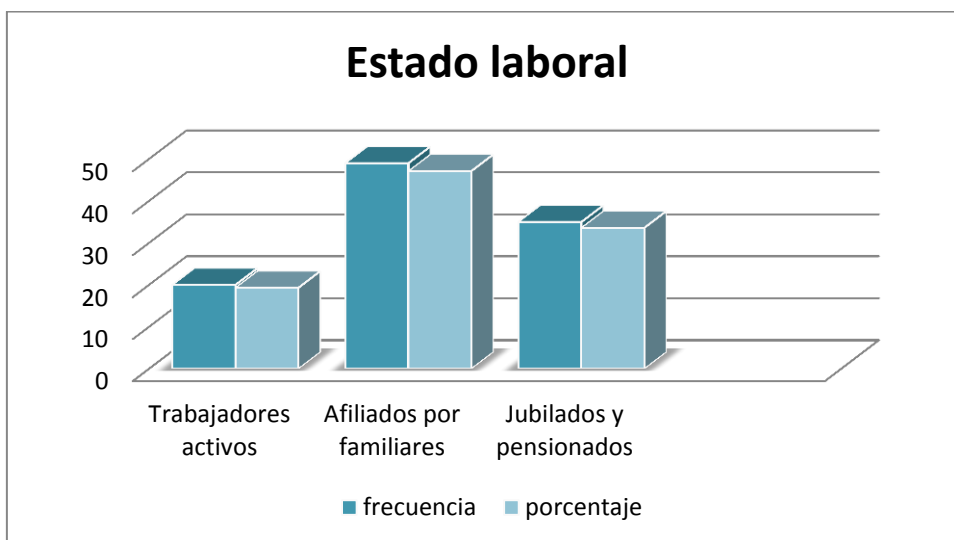
FUENTE: Cuadro 20

Cuadro 21 Estado laboral actual de los pacientes encuestados

Estado laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Trabajadores activos	20	19,3
Afiliados por familiares	49	47,1
Jubilados y pensionados	35	33,6
Total	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

Gráfico 21 Estado laboral actual de los pacientes encuestados



FUENTE: Cuadro 21

Tabla 1 Calidad de vida de acuerdo a escalas SF 36 de acuerdo a la edad y sexo

	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Hombres				
60-69	2 (10)	11 (55)	4 (20)	3 (15)
70-79	0	6 (28.6)	13 (61.9)	2 (9.5)
80-89	0	2 (25)	5 (62.5)	1 (12.5)
90-99	0	0	0	1(100)
≥100	0	0	0	0
Mujeres				
60-69	2 (6.7)	13 (43.3)	9 (30)	6 (20)
70-79	0	4 (21.1)	10 (52.6)	5 (26.3)
80-89	0	0	1 (33.3)	2 (66.7)
90-99	0	0	0	1 (100)
≥100	1 (100)	0	0	0
	Mas o menos igual	Algo peor ahora		Mucho peor ahora
Hombres				
60-69	15 (75)	5 (25)		0
70-79	14 (66.7)	7 (33.3)		0
80-89	4 (50)	3 (37.5)		1 (12.5)
90-99	0	1(100)		0
≥100	0	0		0
Mujeres				
60-69	22 (73.3)	7 (23.3)		1 (3.3)
70-79	12 (63.2)	7 (36.8)		0
80-89	1 (33.3)	2 (66.7)		0
90-99	0	1 (100)		0
≥100	1 (100)	0		0

FUENTE: Concentrado de datos

Tabla 2 Calidad de vida de acuerdo a escalas SF 36.

	Hombres	Mujeres	Total	p*
	media±d.s. (rango)	media±d.s. (rango)	media±d.s. (rango)	
Función física	54.44±31.79 (0-100)	59.35±32.12 (0-100)	56.99±31.90 (0-100)	0.436
Rol físico	61.87±26.76 (0-100)	59.83±30.92 (0-100)	60.81±28.87 (0-100)	0.721
Dolor corporal	72.48±20.93 (22-100)	69.22±25.06 (22-100)	70.78±23.11 (22-100)	0.475
Salud General	43.94±16.71 (5-72)	43.33±15.72 (15-77)	43.62±16.13 (5-77)	0.849
Vitalidad	44.5±17.62 (6.25-81.25)	48.37±16.38 (12.5-75)	46.51±17.01 (6.25-81.25)	0.247
Función social	63±24.21 (12.5-100)	64.12±28.11 (12.5-100)	63.58±26.19 (12.5-100)	0.829
Rol emocional	61.5±29.78 (0-100)	58.48±28.6 (0-100)	59.93±29.07 (0-100)	0.60
Salud mental	60.2±21.26 (15-95)	62.5±18.34 (25-95)	61.39±19.73 (15-95)	0.55

*prueba t de student muestras independientes

Fuente: concentrado de datos

Tabla 3 Calidad de vida de acuerdo a las comorbilidades

	Hipertensión	Diabetes	Afección pulmonar	Afección cardíaca	Afección reumática	Afección renal	Afección neurológica	Afección ósea
Función física	52.01	53	21.78	35	38	41.66	0	47.14
Rol físico	54.16	56.1	47.76	44.88	37.5	23.95	0	61.6
Dolor corporal	67.9	73.54	48.78	57.63	39.2	43.66	63	63.7
Salud General	38.37	40.84	27.85	28.81	39.4	22.5	20	41.57
Vitalidad	43.22	44.6	32.58	38.06	36.25	29.26	34.37	50.89
Función social	58.85	61.64	41.96	50	37.5	39.58	25	58.92
Rol emocional	52.89	56.06	50	46.21	43.33	33.33	0	67.85
Salud mental	57.84	60.34	53.92	53.63	50	46.66	32.5	65.71

Fuente: concentrado de datos

Tabla 4 Relación entre las subescalas de calidad de vida SF-36 y salud física y mental.

	Función física (0-100)	Rol Físico (0-100)	Dolor Corporal (0-100)	Salud General (0-100)	Vitalidad (0-100)	Funcionamiento social (0-100)	Rol Emocional (0-100)	Salud mental (0-100)
AIVD*								
Funcional	75.66	77.95	79.72	53.38	54.60	77.12	75.3	69.53
Dependiente								
Leve	41.15	45.88	64.73	33.93	37.80	51.22	47.97	53.05
Severo	23.00	31.25	48.30	31.70	39.38	42.50	27.50	52.50
Valor p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
AVD*								
Funcional	76.27	80.51	81.20	52.92	55.02	78.92	77.78	70.00
Dependiente								
Leve	49.54	46.69	68.18	36.53	34.93	53.68	48.04	51.76
Moderada	40.91	44.32	68.00	36.14	41.48	53.41	49.62	56.36
Severa	21.07	32.14	40.43	30.14	37.50	35.71	25.60	49.64
Valor de p*	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Estado Cognitivo								
Sin deterioro cognitivo	59.77	62.50	72.11	44.71	47.19	65.56	62.33*	62.24
Demencia leve	14.00	40.00	46.20	26.00**	36.25**	32.50**	25.00*	51.00
Demencia severa	0.00**	0.00	64.00**	25.00**	31.25	25.00**	0.00*	30.00
Valor de p*	0.005	0.049	0.046	0.19	0.167	0.010	0.007	0.123
Depresión								
Ausente	63.28	69.53	75.39	48.04	51.33	71.25	68.75	67.75
Leve	35.33	35.42	59.40	28.47	32.92	43.33	30.00	45.33
Severa	37.22	25.69	48.89	29.67	26.39	29.17	31.48	31.67
Valor de p*	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
*Prueba de Kruskal-Wallis.								

Fuente: concentrado de datos

XI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Después de la obtención de los resultados mediante el instrumento de recolección de datos, donde la edad mínima requerida para ser incluido en el estudio fue de 60 años en adelante, no encontramos predominio en el género, ya que las cifras se comportaron bastante equitativas, resultando mayor la población oriunda mexiquense encuestada, en un 66%.

Con relación a la escolaridad se confirma que educación y salud de la población van de la mano. Consecuente con estos datos se sabe que el promedio de escolaridad de la población mexicana es de 8.7 grados, es decir, que no llegamos a los estudios de secundaria completa, por lo cual se infiere que a menor grado de estudios menor informada resulta la población en cuanto al cuidado de su organismo, al manejo de buenos hábitos alimenticios y práctica cotidiana de ejercicio físico, lo que en su conjunto redundará en mejores condiciones generales de salud.

Se observó que los pacientes con mayor escolaridad son la minoría, sin embargo tienen mejor calidad de vida, mejor alimentación y practican más actividad física, probablemente porque tienen al alcance mayor información, además de que los trabajos que ocupan son mejor remunerados y, por tanto, perciben un mejor ingreso.

Además de esto, la precariedad de los salarios que cotizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social hace pensar que el acceso a una canasta básica de alimentos variados, equilibrados y nutritivos se dificulta para el grueso de la clase trabajadora, lo que incide de manera directa en el estado general de salud de la población derechohabiente.

Por otra parte, los horarios de trabajo, el estrés laboral que se advierte en las empresas y las distancias que tienen que recorrer los trabajadores tensan aún más las condiciones de salud.

En cuanto al empleo, el hecho de que el 50% de las mujeres sean amas de casa, induce a pensar que su vida es sedentaria y, por ese hecho, este sector de la población acusa problemas de sobre peso y obesidad, lo que influye en los padecimientos crónico degenerativos que padecen.

Con relación a los hombres encuestados solamente trabaja la quinta parte, por lo que el resto de la población derechohabiente son familiares, pensionados y jubilados. Lo que por inferencia indirecta, derivada de la entrevista, este otro sector de la población acusa también problemas de ocio e inactividad, lo que se traduce en la incidencia y recurrencia de enfermedades propias de la tercera edad.

El sedentarismo, la baja escolaridad y los malos hábitos alimenticios, ocasionan que este núcleo de población derechohabiente presione de manera muy elevada el requerimiento de los servicios hospitalarios del IMSS, que va desde la atención de primer nivel, además del servicio de urgencias y hospitalización, donde más de la mitad ha hecho uso de éstos en el último año y, teniendo en cuenta que el costo para la atención de los mismos se eleva con la estancia prolongada, como es el caso de los pacientes con complicaciones por enfermedades crónico degenerativas por descontrol y descompensación, debido al mal manejo o mal apego al tratamiento.

Asimismo es alta la asistencia de esta población a los servicios de especialidad, en más de un 80%, particularmente a medicina interna, cardiología, endocrinología y neumología, entre otros. Fue mínima la cantidad de pacientes que no ha sido enviado a segundo nivel de atención, remarcando que la mayoría de los que padecen diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial han sido tratados sólo por medicina interna.

Un dato interesante es que la salud de la mujer está bien atendida, mediante pláticas y orientación en autoexploración mamaria, exploración por personal de la salud y se le han realizado mastografías como método de prevención. Por otra parte, el 94.4% de las pacientes se ha realizado un estudio de citología cervical en el último año, lo cual indica que en cuanto a prevención de enfermedades ginecológicas se están viendo resultados con una promoción a la salud favorable, ya que esta población femenina está en riesgo latente y se están tomando las medidas necesarias para evitar diagnósticos malignos tardíos.

Asimismo, en cuanto a los pacientes varones, el 72% se ha realizado un examen prostático por personal médico, lo que representa que la mayoría de la población masculina también está siendo atendida oportunamente para detectar las patologías que más afectan a este grupo relacionadas con cáncer de próstata.

En cuanto al estado nutricional, se observó que gran parte de la población presentó sobrepeso y obesidad, además de índices de cintura-cadera por encima de los valores deseados, lo que significa que por lo menos un 50% tiene riesgo cardiovascular, esto de manera alarmante, ya que sumado a una deficiente alimentación y a un sedentarismo grave, conlleva un mayor riesgo de fallecer, lo que es congruente con el hecho de que México está considerado por la Organización Mundial de la Salud como el primer lugar en obesidad infantil y segundo lugar en obesidad en adultos.

En cuanto a los padecimientos, se correlacionó que aquellos que sufren alguna enfermedad reumatológica o neurológica son lo que mayor deterioro cognitivo tienen y poca calidad de vida, además de una depresión severa no detectada ni medicada.

La mayoría de los pacientes no tuvo datos de demencia, sin embargo los que se encontraron presentaron menor calidad de vida y mayor dependencia del familiar cuidador.

Por otra parte, algo interesante es que más del 20% de los entrevistados sufre de depresión leve o severa, siendo que solo el 0.5% están siendo medicados, lo cual llama la atención, ya que no se están detectando desde la consulta externa a los adultos mayores con trastornos del ánimo y, por lo tanto, esto les condiciona peor calidad de vida y falta de motivación para seguir el tratamiento, menos interés por realizar actividades como ejercicio o convivir con otras personas, resultando de esto que las complicaciones de sus enfermedades se vean incrementadas y, por lo mismo, más ingresos a urgencias u hospitalizaciones.

En cuanto a las enfermedades que presenta el grupo de adultos mayores estudiado, es un hecho que los padecimientos crónico degenerativos son los que encabezan la lista, llamando la atención que las mujeres son las que padecen con mayor porcentaje diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión, pero con mejor calidad de vida, ya que al parecer, son más disciplinadas y apegadas al tratamiento, no consumen alcohol desde el diagnóstico y por lo tanto tienen mejor pronóstico de vida, mientras que los varones presentan más afecciones respiratorias debido al consumo del cigarro.

Al respecto, todos los que sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fumaron por lo menos 10 años y más de 3 cigarrillos al día, lo cual representa un dato a destacar, ya que se debe continuar promoviendo la eliminación del tabaco, ya que a la larga podemos ver que trae repercusiones y conlleva a mayor dependencia por parte de los pacientes, dado que la mayoría de ellos termina siendo oxígeno-dependiente, sabiendo que el costo de los medicamentos para tratar a estos pacientes es bastante elevado y la calidad de vida es precaria y en franco deterioro a largo plazo.

Otro grupo de pacientes que mostró gran dependencia y mala calidad de vida, fueron los que presentan afección renal, debido a que tienen tratamiento sustitutivo, ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal, lo cual repercute en su vida cotidiana, estado de ánimo y condiciones de salud, dado que su sistema inmunológico por lo general está deficiente y eso conlleva a que enfermedades tipo infecciosas, sobretodo, puedan ser oportunistas y fomentar sus ingresos a hospitalización.

De los pacientes con antecedentes de afección cardíaca, a pesar de estar recomendado el ejercicio físico, se vio que la mayoría no lo realiza y por lo tanto el riesgo de volver a tener un evento coronario o complicaciones cardíacas mayores resulta con alta probabilidad.

Se pudo observar una relación importante respecto a la dependencia con los pacientes que tienen un mala agudeza visual y auditiva, ya que labores como usar el teléfono, hacer compras o realizar el quehacer del hogar se les dificulta de manera importante, sin embargo se pudo constatar que la mayoría no usa anteojos o los que usan no tienen la graduación correcta y, por otra parte, sólo unos cuantos usan aparato auditivo, debido al costo.

En sí podemos ver que debido a la gran cantidad de pacientes y sus padecimientos, la demanda de atención en segundo nivel es bastante alta, haciendo una observación de que a pesar de que los pacientes diabéticos deben recibir por lo menos una valoración anual de endocrinología y oftalmología y, cuando se comienza a ver disfunción renal, es necesario su envío a nefrología, lo cual tampoco se vio reportado, muy por el contrario, la mayoría fueron solamente referidos a medicina interna para valoración integral.

Respecto a los medicamentos suministrados, encontramos que hay una polifarmacia en medio de los adultos mayores, y que el consumo de antiinflamatorios no esteroideos es de uso indiscriminado, ya que la mayoría ha presentado dolor en alguna parte de su cuerpo durante los últimos meses, principalmente articulares.

También la mayoría ingiere omeprazol, vitaminas y complejo B, a pesar de ser muchas veces innecesarios.

Los pacientes diabéticos, a pesar de tener larga evolución con la enfermedad, se siguen negando a usar insulina, debido a los mitos que se han levantado alrededor de su aplicación y efectos, por lo que continúan con hipoglucemiantes orales, a pesar de no tener un control óptimo de la glucemia, además de que también se relacionó con la obesidad y en algunos casos dislipidemia, lo que quiere decir que no se está llevando una buena promoción a la salud, tampoco se está aplicando una correcta alimentación ni se está practicando actividad física como se debiera.

En cuanto al cuidador principal de los adultos mayores de la muestra de estudio, se halló que los hijos encabezan la lista seguidos por el cónyuge y, en casos mínimos, otro familiar o enfermera, remarcando que varios de ellos viven totalmente solos, pero a pesar de ello, son los que mayor independencia reportaron, según las escalas aplicadas, mientras que aquellos a quienes cuidan los hijos son los más dependientes y los que habitan con el cónyuge mostraron mejor estado de ánimo y calidad de vida.

Probablemente los que habitan con alguien más presenten mejor apego al tratamiento, ya que el cuidador presta más atención a la ingesta de medicamentos, pero por otro lado, quizá sea más difícil llevar un plan nutricional adecuado, toda vez que el resto de la familia no se solidariza con el paciente y, por consiguiente, debido a la crítica economía en el hogar será muy

difícil preparar alimentos para el adulto mayor y para los otros habitantes de la casa.

Más de la mitad de los encuestados están afiliados al IMSS, ya sea por su familiares o son jubilados y pensionados, lo que significa que ya no son activos económicamente para el sistema de seguridad social, por lo que en mucho esta situación explica en buena medida la difícil situación financiera que viene experimentando en los últimos años la Institución, lo que sumado a la precariedad del empleo formal permanente y a los cambios epidemiológicos y demográficos que está produciendo el acelerado envejecimiento de la sociedad mexicana, en su conjunto, plantean los grandes retos y desafíos para el presente y el futuro de las políticas de salud y en materia de prestaciones médicas, sociales y económicas.

Respecto a la calidad de vida, se observó que ésta disminuye conforme avanza la edad y empeora más cuando se añade una disminución en la funcionalidad y cuando hay depresión, la mayoría de los pacientes refiere tener una calidad de vida regular, sin preferencia de género se encontró que ésta empeoró con respecto al año anterior. En cuanto a las escalas, la función social es la que se vio más alterada junto con la variable de salud en general, no así la vitalidad, que se mantuvo estable, Los sujetos con mayor deterioro de la calidad de vida fueron los que padecían alguna enfermedad neurológica y reumática, siendo las subescalas de rol físico, salud general y rol emocional las más afectadas. A pesar de su alta prevalencia los sujetos con hipertensión y diabetes no mostraron un deterioro importante en su percepción de calidad de vida.

Así se confirma que al parecer falta reforzar los programas de prevención y promoción a la salud, porque no se está viendo que los adultos mayores realicen el ejercicio físico indicado por el médico familiar, no llevan a cabo el plan nutricional sugerido y siguen con hábitos de vida inadecuados para lograr un mínimo de salud razonable.

Así, lo que más se resalta es que una minoría de los pacientes acude a actividades complementarias, la mayor parte no convive con otras personas de su edad ni realiza actividades artísticas, culturales o sociales de cualquier índole, por lo que sería interesante promover este tipo de acciones para fomentar las relaciones interpersonales, seguir desarrollando capacidades psicomotoras o mantenerlas, para que no disminuyan como es la memoria, para que así tengan mejor calidad de vida y el estado anímico sea lo más estable posible, de otro modo sólo como médicos tratamos lo físico, las morbilidades y damos tratamientos aislados, sin valorar suficiente que el adulto mayor es un ser integral, que a pesar de tener menos fuerza o aparentemente menos capacidades, aún es una persona inmersa en una sociedad y requiere la atención adecuada y digna para un envejecimiento con dignidad, generosidad, solidaridad y humanismo.

XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación se desarrolló bajo los lineamientos teóricos, metodológicos y empíricos, previstos en el protocolo, en donde la muestra seleccionada fue razonablemente representativa y equitativa, aplicada en adultos mayores igual o mayores a 60 años, y cuyo promedio de edad en varones fue de 72 años y en mujeres de 69 años.

La aplicación de la encuesta nos permitió, efectivamente, levantar un diagnóstico sobre el perfil epidemiológico y las condiciones geriátricas de la población de adultos mayores que asisten a la Unidad de Medicina Familiar 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en calidad de derechohabientes.

El tema del envejecimiento no se limita al ámbito individual, familiar, social o institucional, en este caso el IMSS, sino que involucra todos los aspectos, espacios, tiempos, herencia y comportamiento cultural, hábitos, costumbres y estilos de vida que conlleva al hecho de que los adultos mayores viven en sociedad, lo que independientemente del deterioro lógico y natural de sus funciones, la ausencia de una filosofía de vida basada en un modelo de salud psicosomático que promueva mayores grados de armonía existencial, laboral, familiar, económica y cultural, limita alcanzar aun más mejores niveles de calidad de vida para este núcleo de población.

El reto, entonces, está en alcanzar un modelo de vida que permita conjugar alimentación y ejercicio físico saludable y permanente con la disponibilidad de ingresos suficientes en un marco de ambientes de trabajo menos estresantes y con salarios más justos.

Es importante destacar que las condiciones sociales en general de los adultos mayores es difícil y bastante compleja, ya que en el país, por ejemplo en 2012, el 45.8%, es decir, 4 millones estaban en pobreza, según la medición que hace el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Sin embargo se pueden tomar medidas aun con el menor ingreso económico, por ejemplo consumir alimentos con alto contenido proteico sin ser tan caros como atún o sardina, además de practicar ejercicio al aire libre.

Algo que llama la atención es que en todos los países los varones tienen una escolaridad más alta que las mujeres. En cuanto a problemas crónicos de salud, la encuesta SABE ha puesto de relieve la aparición de determinadas enfermedades, como hipertensión, trastornos cardiovasculares, artritis y diabetes que, en este orden, prevalecen entre los adultos mayores. Se observan importantes diferencias por sexo: las mujeres sufren más artritis que los varones y existe un notable contraste entre países; por ejemplo, en México, D.F. y en Bridgetown se observan prevalencias más altas de diabetes que en el resto de las ciudades.

Por consiguiente, la Institución ha tenido que atender a más población derechohabiente con menos recursos y paulatinamente con el cambio demográfico y el remplazo epidemiológico, la atención de los adultos mayores refleja una problemática muy especial, en tanto es la población que más asiste y ocupa los servicios institucionales de salud, sin que por ello existan indicadores concretos que nos definan con precisión que la atención recibida sea más efectiva y que la calidad de vida de ellos mejore o, al menos, no se debilita con el paso de los años y con la recurrencia de las “enfermedades de la ancianidad”.

La esperanza de vida que subyace sobre la población estudiada, nos advierte, que no obstante las patologías que manifestaron, la Institución se esmera en atender en condiciones aceptables a estos pacientes, que van y vienen por los pasillos en busca del consejo y la orientación médica más adecuada para coadyuvar a mejorar sus condiciones de salud, pero que es necesario fortalecer la coordinación intra e inter institucional, para articular mejor los ejes de la medicina preventiva, donde se deben incluir la educación nutricional, física, psicológica, social y el esparcimiento cultural, para que el adulto mayor se articule a una red social donde desarrolle su potencial creativo, innovador, motivación por vivir y convivir, y desplegar estilos de vida más saludables.

No se trata que los adultos mayores vivan más sino con más calidad de vida.

Lo importante además, no está en que los adultos mayores que atiende el IMSS vivan más años con un grado de dependencia máxima, sino con mejor calidad de vida, donde el objetivo ideal es envejecer con dignidad, vitalidad y responsabilidad. A propósito, en la investigación hallamos que sólo el 20% es activo económicamente, 35% dependientes familiares y el 45% son jubilados y pensionados, lo cual es de impacto ya que la mayoría reciben los servicios sin aportar más allá de lo mínimo requerido.

Este grupo de pensionados y jubilados del IMSS pasó en 1999 de 1.7 millones de personas a 3.2 millones en 2011, registrándose un incremento de 83.5%.

Otra conclusión que se advierte en los resultados de la investigación son los malos hábitos alimenticios de la población de adultos mayores y el sedentarismo, lo que conlleva a que el 60% de este sector de los derechohabientes presenten fenómenos de sobrepeso y obesidad, lo que explica en buena medida que el padecimiento más significativo sea la hipertensión arterial, que afecta al 70% de los mismos, siendo preocupante también el impacto de la diabetes mellitus tipo 2, que afecta al 42% de este sector de población. Además, el 81% de los adultos mayores no practican ninguna actividad física.

Si a este panorama le agregamos la insuficiencia de personal médico y paramédico, la situación se torna compleja y desafiante para todo el sector

salud y, en especial, para el IMSS, pues es la Institución de salud más grande del país y la más apremiada para encontrar otras alternativas que rompan los viejos paradigmas de la seguridad social burocrática y masificada.

A pesar de que se detectó en la investigación de que sólo el 4.8% de los adultos mayores son fumadores activos y el 11.5% consumen alcohol, sabemos que estas adicciones provocan la pérdida de cuando menos 40% de los años de vida saludable del mexicano, indicador que se obtuvo de la combinación del factor muertes prematuras y los años de discapacidad, ya sea por complicaciones de enfermedades o lesiones.

Además, se observó que en los varones los factores de riesgo son el sobrepeso y la obesidad, alteración en los niveles de glucosa y de presión arterial, así como el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo.

Entre las mujeres, las causas son la diabetes, la enfermedad renal crónica y la cardiopatía isquémica. Los factores de riesgo para el desarrollo de estos males están en el exceso de peso corporal, la glucosa elevada, hipertensión arterial y la falta de actividad física. También influye la ingesta de bebidas alcohólicas y el tabaco.

Con relación al estado cognitivo, encontramos en la investigación que solamente un 4.8% manifestó demencia leve y menos de 1% demencia severa. Sin embargo, por referencia de países con sociedades más viejas, como los europeos, el problema de la demencia senil tiende a incrementarse con el paso de los años de los adultos mayores y con el aumento de la expectativa de vida.

La depresión afecta, mientras tanto, al 23.1% de los adultos mayores, entre leve (14.4%) y moderada (8.7%).

Por lo que se refiere a la dinámica de vida de los adultos mayores, se destaca que 57.7% de ellos manifiestan cierto grado de dependencia de otra persona para hacer frente el diario vivir, lo cual debiera ser motivo de preocupación social e institucional, pues recordemos que el promedio de edad de los varones encuestados fue de 72 años y en las mujeres de 69, pero ¿cuál será el escenario cuando aumente el promedio de edad en una nación como México en el 2025, por ejemplo.

Por ello, sugerimos que sea realice una valoración geriátrica integral aparte de la consulta externa, donde se realicen mediciones antropométricas, y la aplicación de escalas de valoración cognitiva, detección de depresión y grados de dependencia.

Esto partiendo de que durante la consulta es muy poco el tiempo para realizar todas estas medidas, sin embargo si se canaliza como al área de medicina preventiva pero enfocada solo a adultos mayores ahí se tendrá el tiempo y

espacio para detectar cualquier necesidad y así poder enviar al médico tratante el informe obtenido para el tratamiento oportuno, posterior a la adecuada atención, además de que se pretende también realizar más talleres para los familiares y para los pacientes en cuanto a temas prácticos y específicos como son la movilización, cómo evitar úlceras por presión en caso de que el paciente geriátrico requiera ser inmovilizado, cómo prevenir accidentes y caídas en casa y en la vía pública, que herramientas pueden ser útiles en su hogar para mejorar su estancia, entre otros que pueden favorecer a la familia.

Además se recomienda que en ésta área idealmente se contara con un médico, nutriólogo, enfermera, trabajadora social y psicólogo, para atender integralmente al paciente y ahí mismo dar el plan nutricional, proporcionar el apoyo psicológico en caso de una depresión y fomentar las acciones preventivas y educativas para mejorar su condición de vida.

Así el tiempo o recursos que se inviertan en este rubro de prevención no serán en vano ya que tendremos a más adultos mayores mejor controlados en cuanto a sus patologías de base, con mejor estado de ánimo, con mejores hábitos alimenticios y en movimiento, todo esto para disminuir el número de ingresos a urgencias y por lo tanto a hospitalización, disminuir los insumos y material, menos fármacos y en consecuencia menos complicaciones que harán un impacto financiero, moral y humano trascendental en la población del Instituto Mexicano del Seguro Social, en todo el Sector Salud, en el Estado de México y el país, con una visión amplia del envejecimiento y con las herramientas necesarias para enfrentarlo y vivirlo con dignidad y calidad de vida.

XIII.BIBLIOGRAFÍA

1. Lara-Esqueda A, Gómez-Montero A, Tapia-Olarte F, Martínez-Marroquín MY, Molina-Cuevas V, Mendoza-Ehrenzweig CA, et al. Programa de Acción. Atención al Envejecimiento. 1 ed. México: Secretaria de Salud; 2001.
2. Salgado de Snyder VN, González-Vázquez TT, Jáuregui-Ortíz B, Bonilla-Fernández P. "No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Publica Mex* 2005;47:294-302.
3. Silva-Renteria JLA. Perfil epidemiológico del trauma geriátrico en pacientes del Hospital General Balbuena de la SSDF. Mexico: Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina; 2011.
4. Albala C, Lebrao ML, León-Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17:307-22.
5. Lara-Rodríguez MA, Bénéitez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 1996;38:448-57.
6. Gutiérrez-Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *Salud Publica de Mex* 2004:53-70.
7. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Publica de Mex* 2007;49:S436-S47.
8. Ruiz-Arregui L, Rivera-Márquez JA. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. *Salud Publica de Mex* 1996;38:430-7.
9. Barrantes-Monge M, García-Mayo E-J, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica de Mex* 2007;49:S459-S66.
10. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Borges-Yañez A, De la Rosa B. Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta nacional de adicciones 1993. *Salud Publica de Mex* 1996;38:456-65.
11. Zuñiga MA, Carrillo-Jimenez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Publica de Mex* 1999;41:110-8.
12. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and measures: summary of results from the Medical Outcome Study *Med Care* 1995;33:AS64-79.
13. Gutiérrez Robledo. "Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: adecuando los recursos a las necesidades"..En: *Rev Soc Mex Ger* 1(2), México, 1989. pp. 30-41.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) www.inegi.gob.mx/
15. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2009, Décimo tercera edición.
16. Hernández H. y Menkes C. La población Mexicana a finales del siglo XX, Edit. SOMEDE, UNAM-CRIM, México, 1998.
17. Consejo Nacional de Población. Esperanzas de vida al nacimiento, 1980-2000, México, 1992.

18. Frenk, Julio. Economía y Salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario Estadístico IMSS, México, 1995.
20. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Salud 1988, México.
21. Neugarten B.L. et al. "The measurement of Life Satisfaction". En Journal Gerontol, 1961,16: pp.134-143.
22. Wagner F. A., Gallo J. y Delva J. (1999). "Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico", Sal Pub Mex, 1999; pp. 41:189-202.
23. Lerman I., Villa A. y Gutiérrez Robledo L. Epidemiology of diabetes and coronary risk factors in urban and rural elderly mexicans. En: Journal Am Ger Soc, 1998.
24. Aguilar-Salinas C., Villa A. et al. Lipids, protein B and associated coronary risk factors in urban and rural older mexican populations. Metabolism. 2001, pp. 50(3): 311-318.
25. Rosales L., Galvan S. y Martin A. Encuesta Nacional de Invalidez. Sistema Nacional DIF, México. 1982.
26. Álvarez R. y Brown M. (1983). Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México. Salud Pública de México. 1983; pp. 25(1):21-75.
27. Gutiérrez Robledo L. Salud y bienestar en el envejecimiento en México (SABE) Organización Panamericana de la Salud, WDC, 2004 (mimeo).
28. Lozano-Ascencio R., Frenk J. y González Bloch M. A. (1996). "El peso de la enfermedad en adultos mayores." En: Salud Púb Mex, México, 1996; pp. 38:419-429.
29. Wong R. "Morbilidad y utilización de servicios en la población de edad avanzada: análisis comparativo." En: Hernández H. y Menkes C. La población de México al final del siglo XX. SOMEDE, UNAMCRIM, México, 1998.
30. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, SSA, México, 1993.
31. Borges A., Gutiérrez Robledo L. M. et al. Utilización de servicios hospitalarios por ancianos en la ciudad de México, Salud Pública de México, 1996; pp. 38:475-486.
32. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de Salud en las Américas, Publicación científica, No. 524, Washington. 1990
33. Bobadilla J. L. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. En: Frenk Julio. Ed. Observatorio de la salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1997. pp 255-274.
34. Diccionario de la Lengua Española, Vigésima segunda edición www.rae.es

XIV. ANEXOS

XIV.1 ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)						
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN							
Nombre del estudio:	"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 220 DEL IMSS EN TOLUCA, MÉXICO"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Toluca, México. 2013						
Número de registro:	001						
Justificación y objetivo del estudio:	México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7 por ciento de la población de 60 años y más. La atención de este grupo poblacional representa un desafío para los servicios de salud institucionales. Por ello se resalta la importancia de la investigación epidemiológica para detectar las patologías y poder posteriormente brindar un buen servicio como institución.						
Procedimientos:	Llenado de encuesta						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir para la realización de un diagnóstico epidemiológico en los adultos mayores de la institución.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No						
Participación o retiro:	No						
Privacidad y confidencialidad:	Si						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No se manejarán medicamentos						
Beneficios al término del estudio:	No aplica						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	M.P.B.B Yolanda Acosta Salgado Peñuelas						
Colaboradores:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ M.P.B.B Yolanda Acosta Salgado Peñuelas Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2						
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma						

XIV.2 ANEXO 2 CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

Nombre: _____ Fecha: _____

_____ Evaluación: _____

Número identificador: _____

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar su estado de salud y su bienestar. Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
A <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
B <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
C Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
D Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
F Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
G Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
H Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo O a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
A ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
A se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H se sintió feliz?					
I se sintió cansado?					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

XIV.3. ANEXO 3 ENCUESTA “SABE” MODIFICADA

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

Antes de comenzar, quisiera asegurarle que esta entrevista es completamente voluntaria y confidencial. Si hay alguna pregunta que usted no desea responder, simplemente me avisa y seguimos a la próxima pregunta.

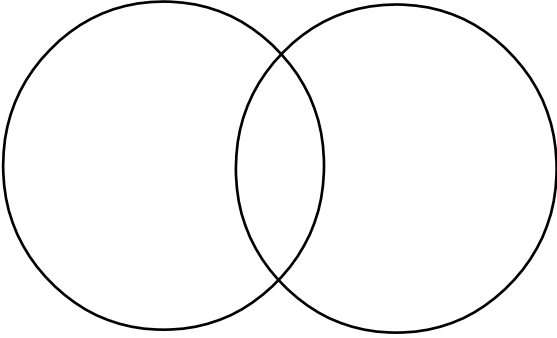
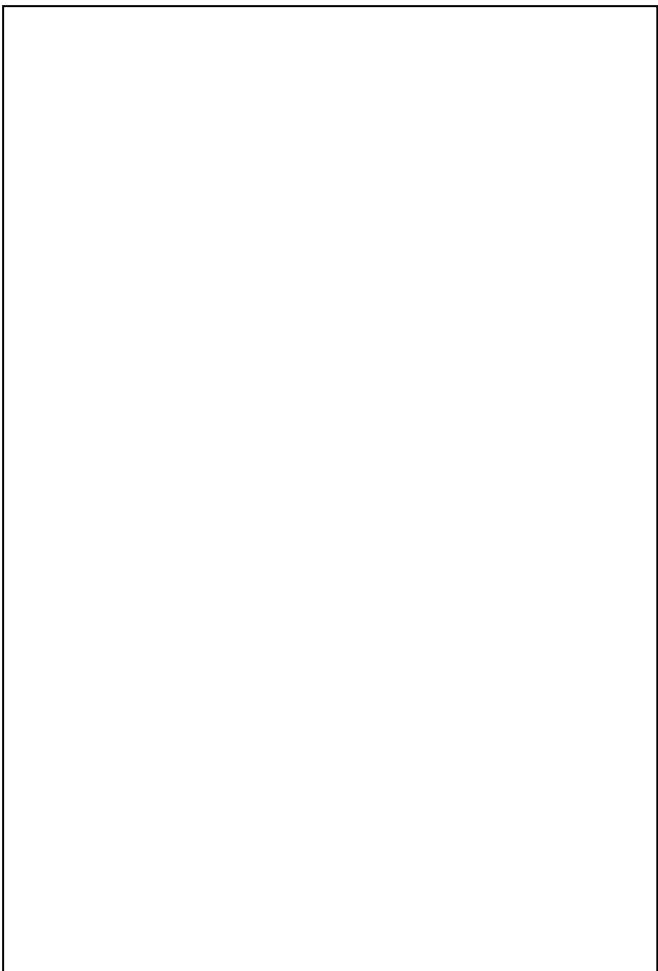
1. Nombre:
2. Edad:
3. Lugar de procedencia:
4. Sabe leer y escribir:
5. Escolaridad:
6. Ocupación:
7. Actualmente vive solo o acompañado:
8. Religión:
9. Respecto a su estado marital, ¿alguna vez ha estado usted casado o en una unión libre?
10. ¿Cuántas veces en total ha estado usted casado o unido?
11. ¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos tuvo usted?

ANTROPOMETRÍA	
-peso	_____
-talla	_____
-IMC	_____
-Circunferencia cintura	_____
-circunferencia cadera	_____
-ICC	_____
-Presión arterial	_____

SECCION B. EVALUACIÓN COGNITIVA

1. ¿Diría usted que su memoria actualmente es excelente, muy buena, buena, regular o mala?
2. ¿Comparando con hace un año, diría usted que ahora su memoria es mejor, igual o peor?
3. Por favor, dígame la fecha de hoy.
4. Ahora le voy a nombrar 3 objetos. Después de que los diga le voy a pedir que repita en voz alta las palabras que pueda recordar en cualquier orden. Recuerde cuáles son porque se los voy a volver a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta?.(árbol, mesa, perro)
5. Ahora le voy a decir unos números, por favor repítalos al revés: 1,3,5,7,9
6. Hace un momento leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

.Por favor, copie este dibujo.

7. Muéstrelle al informante o acompañante la siguiente tarjeta con opciones y lea las preguntas. Anote el puntaje como sigue.

- Sí es capaz 0
- Nunca la ha hecho, pero podría hacerlo 0

- Con alguna dificultad pero puede hacerlo 1
- Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora 1
- Necesita ayuda 2

- No es capaz 3

Cuadro 1

B.8a ¿Es capaz (NOMBRE) de manejar su propio dinero?	
B.8b ¿Es capaz (NOMBRE) de hacer las compras sólo (por ejemplo comprar la comida y la ropa)?	
B.8c ¿Es capaz (NOMBRE) de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?	
B.8d ¿Es (NOMBRE) capaz de preparar la comida?	

B.8e ¿Es (NOMBRE) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	
B.8f ¿Es (NOMBRE) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?	
B.9g ¿Es (NOMBRE) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	
B.10h ¿Es (NOMBRE) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?	
B.11i ¿Es (NOMBRE) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	
B.12j ¿Es (NOMBRE) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	
B.13k ¿Es (NOMBRE) capaz de quedarse solo(a) en la casa sin problemas?	

SECCIÓN C ESTADO DE SALUD

1. Acerca de su salud, diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?
2. ¿Comparando su salud con la de hace 12 meses diría usted que está mejor, igual o peor que antes?
3. Padece usted alguna de estas enfermedades:
 - Hipertensión: si / no , cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Diabetes: si / no , cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema:
si / no , cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón: si/no
Cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Artritis reumatoide, lupus, fibromialgia, reumatismo: si / no , cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Enfermedad renal: si / no , cuántos años de evolución.....
Qué medicamentos toma.....
 - Ha tenido una embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral: si / no ,

-osteoporosis: si / no , cuántos años de evolución.....
 Qué medicamentos toma.....

-Alguna otra enfermedad:.....
 cuántos años de evolución.....
 Qué medicamentos toma.....

-cuántas veces ha estado hospitalizado en el último año:

-cuántas veces ha estado en el servicio de urgencias durante el último año:

-Ha tenido consulta con especialistas de segundo nivel durante el último año: si / no ,
 A cuáles:

-Acude a consulta regularmente para control de sus enfermedades: si / no ,

Cuadro 2

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted...	Sí	No	No sabe	No responde
C.4a dolor en el pecho?	1	2	8	9
C.4b hinchazón persistente de los pies y los tobillos?	1	2	8	9
C.4c le ha faltado la respiración estando despierto?	1	2	8	9
C.4d mareos persistentes?	1	2	8	9
C.4e dolor o problemas de espalda?	1	2	8	9
C.4f dolor de cabeza persistente?	1	2	8	9
C.4g fatiga o cansancio severo?	1	2	8	9
C.4h tos persistente, flemas o silbido en el pecho?	1	2	8	9
C.4i problemas de las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca,	1	2	8	9
C.4j nausea persistente y vómito?	1	2	8	9
C.4k transpiración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9

5. Ahora quiero saber algunos detalles sobre la salud de los ojos, los oídos y la boca.

-¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de lejos (como para reconocer a un amigo al otro lado de la calle), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

-¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de lejos?

-Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de lejos es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

-¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de cerca (como para leer el periódico o ver las fotografías en una revista), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

-¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de cerca?

-Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de cerca es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

-¿Alguna vez lo han operado de cataratas?

Cuadro 3

	Sí	No	No sabe	No responde
C.8a ¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	1	2	8	9
C.8b ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	1	2	8	9
C.8c ¿Sintió que su vida está vacía?	1	2	8	9
C.8d ¿Se sintió aburrido frecuentemente?	1	2	8	9
C.8e ¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	2	8	9
C.8f ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	1	2	8	9
C.8g ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	8	9
C.8h ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1	2	8	9

C.8i				
¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	2	8	9
C.8j				
¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	2	8	9
C.8k				
¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	2	8	9

-¿Usa usted algún tipo aparato (como audífono) para oír mejor?

-¿En general diría que su audición es excelente, muy buena, buena, regular o mala (con o sin audífono)?

-¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?

6. Si es mujer la entrevistada:

-¿En los últimos 2 años se ha revisado usted en forma regular los senos para revisar que no presente nódulos ?

-¿En los últimos 2 años la ha revisado un profesional de la salud los senos para revisar que no presente nódulos ?

-¿En los últimos 2 años se ha realizado una mamografía o radiografía de los senos?

-¿En los últimos 2 años se ha realizado una papanicolau?

-¿Le han realizado una histerectomía?

-¿Qué edad tenía cuando presentó su última menstruación?

-¿Tiene algún tratamiento hormonal para tratar la menopausia?

7. Si es hombre el entrevistado:

-En los últimos dos años, ¿alguna vez se ha hecho un examen de próstata?

-¿Alguna vez un doctor o enfermera de la salud le ha dicho si tiene algún problema nervioso o psiquiátrico?

-¿Durante los últimos 12 meses, ha tomado alguna medicina contra la depresión?

Ahora piense en las últimas dos semanas y dígame si la mayor parte del tiempo durante las dos semanas pasadas usted...

8. Sobre la alimentación

- ¿Cuántas comidas completas realiza al día?
- ¿Consume todos los tipos de alimentos (lácteos, carnes, verduras, frutas, cereales)?
- ¿Está comiendo menos en los últimos 12 meses de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?
- ¿Cuántos vasos de líquidos o agua consume diariamente?
- En los últimos doce meses ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?
- Respecto a su estado nutricional, ¿se considera usted bien nutrido?
- En los últimos meses, en promedio cuántas veces tomo bebidas alcohólicas?
- Fuma actualmente: si/ no, cuántos cigarrillos al día.....
- Fumaba pero ya no: hace cuántos años lo dejó.....durante cuántos años fumó.....
- Nunca ha fumado
- En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?
- En los últimos 12 meses, ¿realizó regularmente para distraerse alguna manualidad, artesanía, actividad artística por lo menos una vez a la semana?

9. ¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?

- nefritis
- hepatitis
- sarampión
- tuberculosis
- fiebre reumática
- asma
- bronquitis crónica
- otra.....

SECCIÓN DE ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

Necesito conocer las dificultades que algunas personas tienen para hacer ciertas actividades que son importantes para la vida diaria DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Por favor, dígame si usted tiene dificultad (ahora) haciendo cada una de las actividades que le voy a mencionar.

Cuadro4

	Sí	No	No puede	No lo hace
D.1a ¿Tiene dificultad para correr o trotar un kilómetro y medio o 15cuadras?	1	2 PASE A D.2	3	4
D.1b ¿Tiene dificultad para caminar varias calles (cuadras)?	1	2 PASE A D.2	3	4
D.1c ¿Tiene alguna dificultad para caminar una calle (cuadra)?	1	2	3	4
D.2 ¿Tiene dificultad al estar sentado durante dos horas?	1	2	3	4
D.3 ¿Tiene dificultad al levantarse de una silla después de estar sentado un largo rato?	1	2	3	4
D.4 ¿Tiene dificultad para subir por las escaleras varios pisos sin descansar?	1	2 PASE A D.6	3	4
D.5 ¿Tiene dificultad para subir un piso por las escaleras sin descansar?	1	2	3	4
D.6 ¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encorvarse?	1	2	3	4
D.7 ¿Tiene dificultad para extender sus brazos más arriba de los hombros?	1	2	3	4

D.8 ¿Tiene dificultad para tirar o empujar un objeto grande, como un sillón?	1	2	3	4
	Sí	No	No puede	No lo hace
D.9 ¿Tiene dificultad para levantar o transportar un peso de más de 5 kilos (10 libras), como una bolsa pesada de	1	2	3	4
D.10 ¿Tiene dificultad usted en levantar una moneda de una mesa?	1	2	3	4

Voy a mencionarle algunas actividades del vivir diario. Por favor dígame si usted tiene alguna dificultad en realizarlas DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD.

-¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?

-¿Usa algún instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?

-¿Alguien le ayuda para cruzar un cuarto caminando?

-¿Tiene dificultad para vestirse, incluyendo zapatos, calcetines o medias?

-¿Alguien le ayuda a vestirse?

-¿Tiene dificultad para bañarse, incluyendo entrar y salir de la bañera?

-¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas o taburete)?

-¿Alguien le ayuda a bañarse?

-¿Tiene dificultad para comer, incluyendo cortar la carne, llenar los vasos, etc?

-¿Alguien le ayuda a comer?

-¿Tiene dificultad para pararse o acostarse en la cama?

-¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o pararse de la cama?

-¿Alguien le ayuda a pararse o acostarse de la cama?

-¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario incluyendo el sentarse y pararse del escusado inodoro?

-¿Alguien le ayuda a usar el sanitario?

-¿Tiene dificultad para preparar una comida caliente?

-¿Alguien le ayuda a preparar una comida caliente?

-¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?

-¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?

-¿Tiene dificultad para ir a otros lugares solo como al doctor, la iglesia, etc?

-¿Alguien lo acompaña para ayudarlo a subir o bajar del transporte público, le brindan transporte o le ayudan a conseguir uno?

-¿Tiene dificultad para hacer las compras de alimentos?

-¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?

-¿Tiene dificultad para llamar por teléfono?

-¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como sacudir, barrer, etc?

-¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa?

-¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa como limpiar pisos, baños, etc?

-¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa?

-¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?

-¿Alguien le ayuda a tomar sus medicinas?

SECCIÓN DE VALORACIÓN SOCIAL

-¿Vive usted solo?

-¿Acude a algún grupo para actividades complementarias?

-¿Tiene algún pasatiempo?

-¿Convive regularmente con su familia?

-¿Quién es su principal cuidador?