

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE VALORACIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR, EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO
75, NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO “**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCÓYOTL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
M.C. MARÍA ELENA GONZÁLEZ PRIETO

DIRECTOR DE TESIS
E. M.F. IMER GULLERMO HERRERA OLVERA

REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ
E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES
E.M.F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

**“ RELACIÓN ENTRE VALORACIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR, EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO
75, NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO “**

AUTORIZACIONES:

El presente proyecto fue aprobado por el comité de investigación No. 1408 del IMSS, Asignándole el número: _____

DRA. ALMA DELIA LAGUNES ESPINOSA.
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

DRA. NORA BEATRIZ LEON OJEDA.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 75, IMSS

DR. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES.
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE UMF 75, IMSS

DRA. PATRICIA NAVARRETE OLVERA.
DIRECTORA DE LA UMF 75, IMSS

AGRADECIMIENTOS:

Para la realización de éste trabajo , agradezco el apoyo brindado a los Doctores **Imer Guillermo Herrera**, por su apoyo ,dedicación y paciencia en la realización de esta tesis, así como sus enseñanzas y valiosa retroalimentación profesional.

Al **Dr Edgar Rubén Torres**, médico familiar por sus aportaciones y apoyo en la realización de la tesis.

Gracias **Dr Eduardo Suárez**, por su gran entusiasmo en el apoyo de ésta tesis, dándole una énfasis desde el punto de vista geriátrico, y resaltando la importancia de la valoración geriátrica, en la atención de primer nivel. Además por su entrega y entusiasmo, a la enseñanza , y como siempre por ese gran apoyo incondicional.

Así como al doctor **Tapia**, médico familiar, quien aportó sus conocimientos para lograr realizar éste trabajo.

Agradezco al **Doctor Gutiérrez** urgenciólogo , por su paciencia , dedicación y grandes aportaciones profesionales que me ha brindado desde siempre, gracias tambien por su escucha y siempre oportunos comentarios dados en ésta trayectoria como profesionista,el cual me ha enseñado a lograr mis retos en la vida. Pero sobre todo por creer en mí, y ayudarme a ser un medico familiar competente . Y luchar por que fuera mejor cada día.

Al **Doctor René**, ginecólogo adscrito en mi unidad de servicio de campo, por su apoyo incondicional tanto personal y profesional.

Gracias a mis profesores de la UMF 75,HGZ 53 de los Reyes la Paz y HR 25 de Zaragoza, así como a la UAEM, por su gran oportunidad y ayuda que me brindaron .

Gracias por la confianza proyectada, por su gran seguridad y por tantas sonrisas que hicieron emerger de mí, en los momentos más complejos, de éste que ha sido un gran proceso, con ustedes a mi lado.

DEDICATORIA:

Ésta tesis está dedicada a mi padre y mi familia.

Padre esta tesis está dedicada en cuerpo y alma en tu honor, sé que desde donde estás, te encuentras feliz, porque logré mi especialidad .Y que sólo es el inicio de todo lo que te prometí. Gracias por enseñarme a ser una guerrera invencible, aun con las adversidades. Además gracias porque fuiste mi gran ejemplo de vida y un excelente padre y amigo. Eternamente te amaré padre.

“ES UN PADRE SABIO, EL QUE CONOCE A SU HIJO”

William Shakespeare.

De manera muy especial a ti **mamá**, porque con tu dedicación y amor logré llegar hasta aquí. Cuando creía ya no poder, siempre estuviste ahí, para decirme, tú puedes con eso y más. No te acobardes. Y eso me daba la fortaleza necesaria para seguir. Gracias por hacer esas situaciones, aventuras inolvidables. Gracias a eso logré llegar hasta aquí. Eres mi razón de ser, te amo madre.

A mis **hermanos**, que han sido un gran apoyo en todos los sentidos. De los cuales me siento orgullosa. A tí Lupe, por ser una mujer invencible que me ha enseñado a luchar y lograr lo que uno se propone .Yola con ese espíritu noble y esa fortaleza para lograr todo lo que se propone y enseñarme que nadie trunca tu carrera profesional, que la decisión está en mis manos. Alfredo, hombre noble ,trabajador y entusiasta, que siempre tiene la palabra precisa para animarme y lograr que siga adelante por difícil que sean las situaciones. José Carmen con una nobleza extraordinaria, atrevido, bromista, con retos en la vida, con su perseverancia entusiasta, como dice nada es fácil y que querer es poder. Gracias hermanos por ser parte de mi vida, los amo. Ustedes me dan esa fortaleza, como siempre les digo son mi motor que me impulsa a seguir adelante.

A mis dos sobrinitos: Zindel Alfred y Julian por darme alegría en mi vida, llenarla de ilusiones , y ser esas personitas que siempre tienen una sonrisa y un abrazo que me recargan de energía.

A mi tío Antonio y a mi abuelita Angelina: por creer en mí desde niña y de lo que podría lograr y con su apoyo moral e incondicional, en esos días que sentía no

poder, y con su sabías frases que me ayudó a superar las adversidades, con valor todo se puede, sin valor nada se hace.

A **Ramón**, por ser mi gran apoyo tanto como novio, persona y profesionista, por su gran nobleza, por ser un ejemplo a seguir y apoyo incondicional, y creer siempre en mí. Pero sobre todo por estar en los momentos más importantes y difíciles de de mi vida .Gracias por tu gran paciencia y amor. Por impulsarme y apoyarme en mis proyectos.

A mis amigas, que son muchas, y que no terminaría de mencionar, y que a cada una de ellas les debo una infinidad de atenciones y ayuda otorgada, que han contribuido a la culminación de éste primer reto. Por mencionar algunas de ellas, Lupita Ramírez, Lupita Aldana, Flor, Adán, Vianey, Teresa, Dalila, Magui, Cecilia, Nayeli, Oscar, Carlos ,Esteban y Alvaro . No por nada somos la palomilla, no cambien y espero que aún cuando pasen los años, sigamos frecuentándonos, los quiero y aprecio mucho. Como siempre Lupita en las buenas y malas, y las amigas inseparables.

A mi R2 de medicina Familia Eloy, por ser una persona amable, carismática, que me apoyó en mi trabajo de tesis.

Evelia, por ser una persona responsable, servicial, que me apoyó con mis trámites de tesis, ahora que me encontraba en mi servicio de campo. Gracias.

Gracias Dios mío, por permitirme seguir transitando éste largo camino.

ÍNDICE:

I.-MARCO TEORICO	1
I.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
I.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DULTOS MAYORES	2
I.2 ANTECEDENTES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	2
I.4 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	3
I.5 VALORACIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR	4
I.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2	6
I.7 FAMILIA Y FUNCIONALIDAD	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
II.1 ARGUMENTACIÓN	11
II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
III.-JUSTIFICACIONES	12
III.1 ECONOMICA.....	12
III.1 ACADEMICA.....	12
III.2 CIENTÍFICA	13
III.3 FAMILIAR	13
III.4 SOCIAL.....	13
IV HIPÓTESIS	14
IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS	14
IV.2 VARIABLES	14
IV.2.1 DEPENDIENTES	14
IV.2.2 INDEPENDIENTES	14
V. OBJETIVOS	15
V.1 OBJETIVO GENERAL	15
V.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	15
VI. SUJETO,MATERIAL Y MÉTODOS	16
VI. 1 TIPO DE ESTUDIO	16

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO	16
VI.3 OPERACIÓN DE VARIABLES	17
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	19
VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	19
VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	20
ÍNDICE DE KATZ	20
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	21
ESCALA DE EVALUCIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA	22
ESCALA FF SIL	18
VI.5.3 APLICACIÓN.....	21
VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO	26
VI.7 LÍMITE DE TIEMPO	26
VI.8 LIMITE DE ESPACIO.....	26
VI.9 DISEÑO DE ANALISIS.....	26
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	27
VIII. ORGANIZACIÓN	28
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
X. TABLAS Y GRÁFICA.....	33
XI.-CONCLUSIONES.....	50
XII.- RECOMENDACIONES.....	51
XIII.-BIBLIOGRAFÍA.....	52
XIV.-ANEXOS.....	55

I.-MARCO TEORICO:

I.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS: En la actualidad el envejecimiento es el cambio más sobresaliente de la estructura mundial y la prolongación de la vida, constituyendo así una gran aspiración del género humano.¹ Siendo éste un proceso de no reversible, ya que la demanda de atención de adultos mayores en medicina familiar, se incrementará al 3.64% anual, de forma acelerada en los próximos 40 años, partiendo del 2010.

En el informe de Estado de la Población Mundial 2011 refieren existen 7.000 millones de personas. Siendo 893 millones de personas mayores de 60 años y llegará a 2.400 millones.

El envejecimiento se ha ido acelerando desde 1980 ya que en esa década, existían 550 000 000 de adultos mayores, con una perspectiva demográfica de 1 250 000 000 en el año 2025, representando un incremento del 223%.² Irá incrementarse la atención primaria de asistencia, siendo el nivel de atención más cercano al anciano, con aplicación de estrategias para promover actividades preventivas, detectar grupos de riesgo, adecuar los servicios, recursos sanitarios y potenciar la atención médica domiciliaria.²⁻¹

En México a partir del 2020, la pirámide poblacional irá perdiendo su forma triangular, y adquirirá una forma rectangular en la cúspide .La proporción de adultos mayores en el 2000 fue del 7.0%, y se espera que en el 2020 se incremente. Motivo por el cual debe al 12.5% y para el 2050 se incrementará al 28%.³

Por lo que la atención del adulto mayor es un reto, y pues cursan con indicador calidad de vida y de salud.⁴ Enfermedades crónico degenerativas, mentales, cardiovasculares y fracturas, las cuales la mayoría de la veces se acompañan de discapacidad, generando dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD).⁵

I.2 Epidemiología de los adultos mayores, de la unidad de medicina familiar número 75, de la ciudad de Nezahualcoyotl , estado de México:

Según el INEGI 2000 los adultos mayores de 60 años y más son en un total de 6 948 457, siendo 3 252 357 hombres y mujeres 3 696 100.

En la ciudad de Nezahualcoyotl, en la UMF 75, según el registro de ARIMAC en periodo comprendido de marzo –abril del 2013, se encuentran 50 581 adultos mayor de 60 años, siendo 23 552 hombres y 27 029 mujeres.⁶

De los cuales 18 825 pacientes, padecen diabetes Mellitus tipo 2, y sólo 3364 son mayores de 60 años, siendo 2098 mujeres y 1266 hombres.

En el años 2000 se reportaron 170 millones de casos de DM tipo 2 a nivel mundial, para el año 2030 se esperan 366 millones, lo que representa un incremento del 213% a nivel mundial. Indicadores demográficos de envejecimiento en México en el 2009, fue del 20.9%, con un porcentaje de 60 años y más del 6.9%.⁷

La **Diabetes Mellitus tipo 2** es un problema de salud pública de primera magnitud, ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a considerarse como una epidemia en los países en desarrollo. Esto se debe a que estos países enfrentan una transición que va desde “el rezago en salud” y de los “riesgos emergentes” asociados con la industrialización, la urbanización y con el envejecimiento poblacional.⁸ Convirtiéndose en la responsable de la pérdida de la mayor cantidad de años de vida saludables, provocando mayor discapacidad y mortalidad ocupando gran parte de los recursos sanitarios de todos los países.⁹

I.3 ANTECEDENTES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2:

México ocupa el segundo lugar en Diabetes Mellitus tipo 2 a nivel latinoamericano, así como de discapacidad.¹⁰ Ocupa la tercera causa de mortalidad general.

Por otro lado existen factores sociales y emocionales, los cuales contribuyen al desequilibrio de la homeostasis del individuo, alterando de esta manera el funcionamiento en la estructura familiar¹¹. Considerándose a la enfermedad como una crisis, por la capacidad de afectar a un sistema familiar, impactando a cada uno de sus miembros.¹¹⁻¹

I.4 ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

Actualmente en los estudios realizados reportan que al gran mayoría son pacientes independientes según los resultados y no se ha realizado relación de los resultados con la funcionalidad familiar, por lo que éste trabajo con esa finalidad.

Para Perera Salced y Cols 2004 ¹², encuentra que el predominio de adultos mayores es un grupo de 60 a 69 años de edad.

Para Exton y Smith,2004 ¹³ le restan valor a la edad desde el punto de vista estadístico, pues los cambios propios del envejecimiento normal aumentan por cada decenio vivido. La muerte precoz de los más débiles y enfermos, la mortalidad y sus posibles causas en edades extremas de la vida.

Para Hinzl 1989 ¹⁴, comprueba la influencia del sexo, sobre la morbilidad geriátrica en general al determinar, que en promedio la mujer vive 8 años más, lo cual se debe a una mayor resistencia del organismo.

La independencia de las actividades, es lo más estudiado, ya que se ha visto y comprobado que pueden alimentarse, vestirse, bañarse, acostarse, levantarse y controlar sus necesidades (micción y defecación), tomar sus medicamentos y caminar por terreno llano sin ayuda, éstos resultados coinciden con los obtenidos en las encuestas de necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe, realizada por la OPS¹⁵, en varios países caribeños, donde más del 90% de los encuestados de 60 años y más pueden realizar igualmente sus necesidades habituales,

Rodríguez Hernández JC 2004 ¹⁶, en su serie de morbilidad y validamiento en pacientes geriátricos, encuentra un predominio de ancianos independientes.

Es importante resaltar, que al tener a los ancianos con un nivel de independencia en sus actividades cotidianas los hará más útiles para ellos mismos, su familia y la sociedad.¹⁷

Tello Velázquez y otros 2001 en ¹⁸ su estudio, encuentra mayor dependencia en la realización de las compras y preparación de los alimentos (30,000 y 20,000).

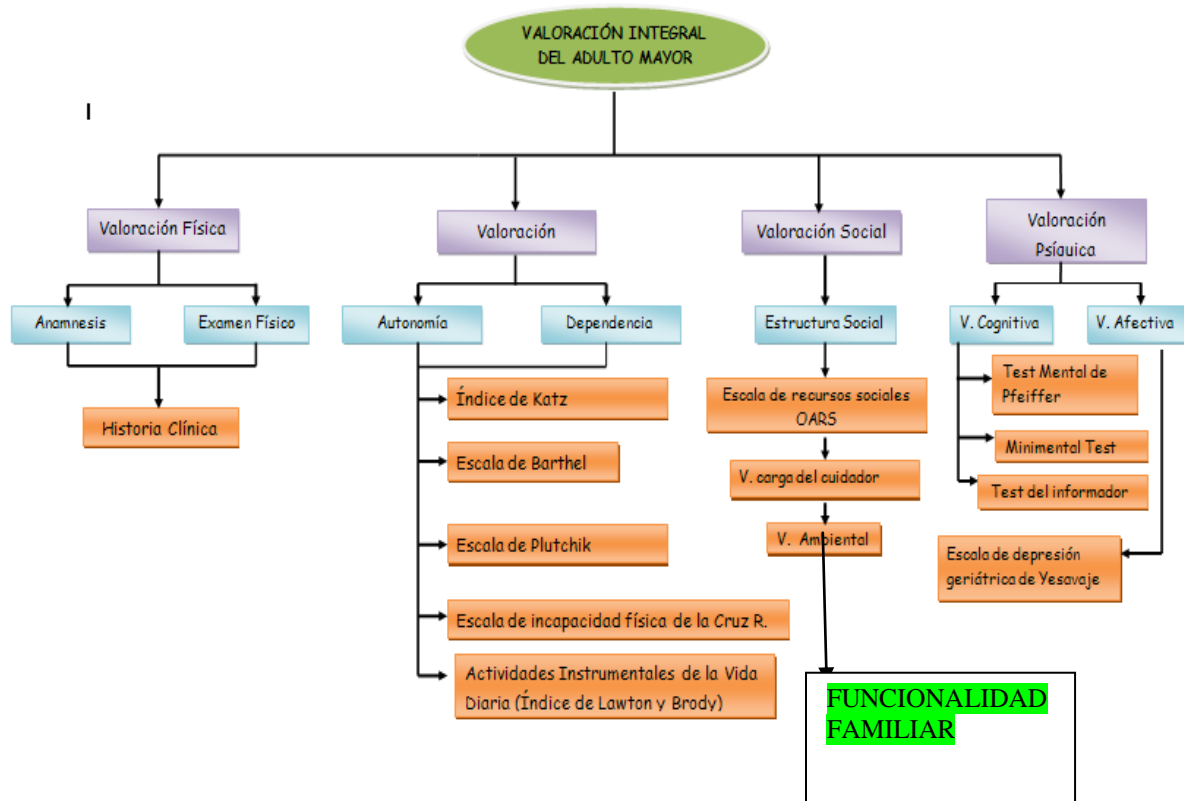
I.5 VALORACION FUNCIONAL GERIATRICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL:

Es un Instrumento de evaluación multidimensional que valora el aspecto médico, psicológico, social, funcional y familiar, el cual permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento. Siendo una herramienta fundamental, para la práctica clínica de cualquier médico. Es importante ya que mejora la calidad de vida, acorta la estancia intrahospitalaria, mejora el estado funcional y la satisfacción del paciente. ¹⁹

Los beneficios ésta valoración son la reducción de la variabilidad de práctica clínica, la estratificación de los problemas de salud, el análisis de la dependencia funcional que permiten estrategias de acción multidisciplinarias de los profesionales. ¹⁹⁻¹

COMPONENTES DE LA VALORACION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR :



Evaluación de las actividades diarias de la vida:

El estado funcional se describe como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Parte esencial de la valoración geriátrica. Es una medida de desenlace para monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información pronóstica para planear cuidados futuros (necesidad de servicios de apoyo, intervenciones médicas o terapias de rehabilitación).²⁰

El 25% de los adultos mayores de 65 años necesitan ayuda para las AVD. Para los mayores de 85 años, hasta 50% necesitan ayuda para las AVD.²⁰⁻¹

Funcionalidad: Capacidad funcional de las personas, para realizar de forma autónoma su autocuidado.

I.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2:

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa, progresiva y metabólica, caracterizada por defectos en la secreción y acción de la insulina que se traducen en hiperglucemia. Su origen es multifactorial, teniendo como causas tanto la disminución de secreción de insulina por parte de las células β , como la resistencia del receptor de insulina.

En el año 2009 la tasa de incidencia, prevalencia, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas en ancianos ocupó el segundo lugar, con una prevalencia del 23.2%, tasa de incidencia 7.2%, mortalidad 7.0%, discapacidad del 8.0%. Con un costo anual en dólares en el 2010 del 256,402,860, por la enfermedad.²¹

México ocupa el segundo lugar de Diabetes Mellitus diagnosticada, por medio del grupo SABE, en los adultos mayores con una tasa bruta de 21.5% y ajustada de 21.7%.²¹⁻¹

Criterios Diagnósticos:

Diabetes Mellitus tipo 2: trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.²²

Prediabetes: se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados.

Glucosa anormal de ayuno: se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal igual o mayor a 100 mg/dl, pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes menor de 126 mg/ dl.

Glucosa posprandial: presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de la ingesta del primer bocado, menor de 140 mg/ dl, pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes (menor de 200 mg<7dl).

Intolerancia a la glucosa: concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 grs de glucosa en agua, por arriba del valor normal mayor de 140 mg/ dl .²²⁻¹

Los factores de riesgo para la Diabetes Mellitus son la: obesidad y el sedentarismo.

Síntomas: fatiga, letargia, somnolencia, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado de conciencia.²³

Es importante brindar información sobre la diabetes a la población en general, establecer controles que permitan mejorar la calidad de vida y, para el sector salud, contar con información que nos permita comparar y evaluar el control metabólico de las personas con diabetes, así como el resto de las estrategias.²⁴

Es importante el control de los factores de riesgo cardiovascular , ya que aproximadamente el 65% de los diabéticos fallecen a consecuencia de una enfermedad cardiovascular, en parte debido a la propia diabetes , pero también debido a su frecuente asociación con la hipertensión, la dislipidemia y la obesidad.²⁴⁻¹. Por lo que las recomendaciones de las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo, del National Institute for Health and Clinical Excellence , y de la Sociedad Española de Diabetes: sugieren mantener una dieta, actividad física y farmacoterapia, además de cambios en los estilos de vida.²⁵

I.7 FAMILIA Y SU FUNCIONALIDAD:

Es importante determinar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar en la VGI, ya que forma parte de ésta. **Salud para OMS:** donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Un estado de salud adecuado es necesario conocer el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "**familia**" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.²⁶

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son:

- La función económica
- La biológica y la educativa
- cultural y espiritual

Precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. La enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. La familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) siendo enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.²⁶⁻¹

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.²⁷

Indicadores para medir funcionamiento familiar:²⁸

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

2. El sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros", de manera que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para promover el desarrollo de todos los miembros.
3. En el sistema familiar debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.
4. En el sistema familiar debe haber una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.

Cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos.

5. El sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios.
6. La capacidad de adaptación es una de las funciones más importantes, ya que la familia está sometida a constantes cambios.

Por lo que el funcionamiento familiar no es fijo sino constante cambio.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y comienzan aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. ²⁸⁻¹

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. ²⁸⁻²

Es necesidad saber más, acerca de la manera de atender a los ancianos, mantenerlos en buena salud y enseñarles buenos hábitos en su estilo de vida.

La aparición de una enfermedad crónica, como en el caso de la Diabetes Mellitus, su condición de cronicidad, exige modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de sus miembros. Pero estos cambios adaptativos crean riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a la familia del enfermo.²⁹

Siendo de vital importancia, el abordaje familiar en el campo de la atención primaria, y reconocer la disfunción familiar, sobre todo en los pacientes con malestar psíquico.³⁰

Consideraciones terapéuticas en el paciente diabético:

- 1.-Relación al conyugue hay sentimiento de sobreprotección, hacia la pareja enferma, y hay mejor apego farmacológico
- 2.-Posterior al diagnóstico, se presentan cambios esperados en la relación de pareja. Pueden permanecer unidos por sentimientos de culpa.
- 3.-Conforme avanza la enfermedad hay cambios en la estructura familiar.
- 4.-Los límites se pueden volver difusos.
- 5.-Importante que la familia sea flexible.
- 6.-Los cambios en la familia dependen del ciclo vital en que se encuentren.³⁰⁻¹

II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

II.1 ARGUMENTACIÓN:

La atención geriátrica en primer nivel de atención va en ascenso debido a la transición epidemiológica del país.

En la unidad de medicina familiar numero 75 ,el 10.6% de la población son adultos mayores, de los cuales el 5.6% son **Diabéticos**.

Existe en la actualidad estudios sobre valoración geriátrica integral, los cuales se relacionan entre sí; sin embargo no existen estudios que valoren la asociación de la evaluación geriátrica funcional con la **funcionalidad familiar**, ya que la mayoría de los estudios hacen énfasis en el medio social del paciente y el cuidador primario.

Por otro lado la familia es una parte fundamental para el manejo de éstos pacientes, ya que así se puede disminuir la morbimortalidad y la carga del cuidador primario.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Por lo tanto, esto nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es relación entre la valoración funcional geriátrica en pacientes diabéticos tipo 2 y la funcionalidad familiar en pacientes de la unidad de medicina Familiar número 75 ,de la ciudad de Nezahualcoyotl, estado de México?

III.JUSTIFICACIÓN:

La justificación académica del presente trabajo es hacer el uso de los diferentes niveles de asistencia de forma oportuna, para así brindar con eficiencia la administración de los recursos, tanto físicos como humanos.

En la actualidad existen, escalas evaluativas del paciente geriátrico, estas se aplican poco en primer nivel de atención, por lo que la magnitud del fenómeno de estudio como problema de salud pública es grande, ya que al **aplicar correctamente la valoración geriátrica** se puede detectar de manera oportuna riesgos a la salud, incluyendo aspectos familiares, y así mejorar la calidad de los adultos mayores su funcionalidad y la satisfacción del paciente, creando un ambiente biopsicosocial adecuado en el paciente.

Por otro lado la valoración del paciente y su entorno familiares es fundamental en el manejo de la diabetes y otras enfermedades crónicas. Por este motivo la presente investigación se enfoca en valorar la funcionalidad familiar y el grado de funcionalidad geriátrica en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.

Teniendo los siguientes beneficios:

III.1 ECONÓMICA: Mejorar la calidad de atención del paciente geriátrico.

Promover la aplicación de valoración geriátrica integral en primer nivel de atención médica, como parte de su historial del paciente.

Mejor distribución de recursos materiales y económicos de la unidad.

III.2 ACADÉMICA: Nos permitirá conocer el grado de dependencia funcional del adulto mayor, además de conocer el instrumento y su interpretación del mismo.

III.3. CIENTÍFICA: Identificación de los factores de riesgo que contribuyen a la dependencia y así contribuir a menos hospitalizaciones. En forma global, permitirá mejorar su atención en el IMSS

III.4 FAMILIA: Permitirá valorar el grado de funcionalidad familiar en las familias de los pacientes estudiados, y permitirá conocer de forma directa o indirectamente al cuidador primario.

III.5 SOCIEDAD: Facilitará la atención del adulto Geriátrico.

Es importante recordar que la presencia de un paciente geriátrico en una familia, cambia totalmente la integración de la familia, aunado a ésto si se asocia a enfermedades crónico degenerativas, puede originar crisis familiares, que de no resolverse oportunamente, puede repercutir en su entorno familiar y/o daños en el cuidador primario .

IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

IV.1-ELEMENTOS DE L HIPOTESIS:

Al tratarse de un estudio transversal descriptivo, no requiere de hipótesis, pero por razones académicas se propone la siguiente:

Existe relación entre la valoración funcional Geriátrica y la funcionalidad familiar de los pacientes diabético tipo 2 de la UMF 75.

HIPOTESIS ALTERNA:

No existe relación entre la valoración funcional geriátrica y la funcionalidad familiar de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 75.

IV. 1.2 VARIABLES:

IV. 1.2.1 DEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

IV. 1.2.2 INDEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD GERIATRICA

V.-OBJETIVOS:

OBJETIVOS:

Estimar la relación entre la valoración funcional geriátrica y funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar 75.

V. 1 OBJETIVOS GENERALES:

Determinar la relación entre la valoración funcional geriátrica y funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar 75, ambos turnos, sin importar el sexo, mediante el índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Escala Geriátrica funcional y FF SIL.

V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Determinar las características de los pacientes Diabéticos tipo2, independiente y dependientes, sin importar sexo, ni edad.

2.-Determinar el grado de funcionalidad familiar de éstos pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

3.-Determinar la relación entre la evaluación funcional geriátrica y la funcionalidad familiar.

VI. SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, prospectivo en la población del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 sin enfermedades asociadas ni comorbilidades de la UMF 75, que acuden a la consulta externa de ambos turnos en el periodo marzo – abril del 2013 de la Ciudad de Nezahualcoyotl.

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO:

Se solicitó el apoyo del servicio ARIMAC de la unidad, para contar con el censo de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo un total de 50 581 los adultos mayores de 60 años, de los cuales 23 552 son hombres y 26 029 mujeres. Con un total de 18 821 diabéticos, siendo 2098 mujeres y 1266 hombres, quienes presentan alguna comorbilidad como: Insuficiencia renal crónica, neuropatía diabética ,Hipertensión arterial y cardiopatías.

Únicamente se estudió la población diabética sin ninguna comorbilidad, por lo tanto se realizó el estudio , en el periodo comprendido entre marzo y abril del 2013, de ambos turnos, que cumplieron los criterios de selección.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA	INDICADOR	BIBLIOGRAFIA:
EDAD	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	De 60 a 65 años, de 65 a 69 años, de 70 a 79 años y de 80 años y más	Dependiente	Cuantitativa discreta	Diccionario de la real academia.
SEXO	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como Femenino o masculino.	Masculino y Femenino.	Dependiente	Cualitativa Nominal	Asociación Mexicana para la salud Sexual A.C.
Escala geriátrica de evaluación funcional	Instrumento diseñado para identificar y cuantificar los problemas funcionales, físicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento.	Independiente Dependiente	Escala Geriátrica de Evaluación Funcional	Cualitativa nominal	Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Erika Ramos. 2004. Págs 18- 32.
Actividad de la vida diaria.	Actividades de la vida diaria realizadas por una persona, que no requieren grado de dificultad.	Independiente Dependiente	Índice de KATZ	Cualitativa nominal	Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medicion.rev edu física.Pags5

Actividades de la vida diaria instrumentadas	Actividades de la vida diaria realizadas por la persona que refieren un grado de dificultad	Independiente Dependiente	Lawton y Brody	Cualitativa nominal	Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. Rev edu física.pags8
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.	Familias Funcionales F. moderadamente funcionales. F. disfuncionales F. Severamente disfuncionales.	SS FIL Dependiente	Cualitativa nominal	Anzures Carro Ricardo León Anzures.Medicina Familiar.Edit Corinter.Primer edición México.Pags::41 1-434
HIPERGLUCEMIA	Concentración de la glucosa en sangre, superior a 125 mg/dl o de la concentración plasmática de la misma mayor o igual a 150 mg/dl.	Glucemias controladas y descontroladas	Dependiente	Cuantitativa discreta	Guías de práctica clínica del Hospital Universitario de San Ignacio.

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO

El tipo de muestra es no probabilística, ya que se realizó en base a los criterios de selección en donde se tiene una población de Diabéticos tipo 2 , de 18 821 derechohabientes, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No 75 del IMSS, de Ciudad Nezahualcoyotl, estado de México, de ambos sexos.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Adultos mayores diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar 75, de ambos sexos, sin importar estado civil, ni turno.
- 2.-Que cuenten con núcleo familiar

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes con demencia senil.

Pacientes con enfermedades concomitante (HAS, cardiopatía isquémica, nefropatas , hepatopatías y neuropatías).

Pacientes con complicaciones micro o macrovasculares asociadas a DM tipo 2 (nefropatía diabética, retinopatía diabética , neuropatía diabética).

Pacientes con antecedente de familia disfuncional o que cursen con crisis aguda.

Pacientes con limitación física, mental y psíquica para llevar acabo los instrumentos de evaluación.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:

Cuestionarios incompletos.

Cambio de residencia.

Muerte.

Pacientes que no deseen participar.

VI.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

VI.5.1 Descripción

ÍNDICE DE KATZ:

Índice de Katz, es un instrumento que evalúa las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación. Fue creado en el año de 1958, por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz. Tiene 6 temas, ordenados Jerárquicamente, permitiendo categorizar el grado de dependencia, se clasifican en 8 grupos de A – H. Valora la capacidad para realizar el cuidado personal, valorando dependencia o independencia al bañarse, vestirse, usar retrete, mantener la continencia, y alimentarse. Uso específico para personas mayores de 65 años. Con valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, institucionalización y mortalidad a corto y largo plazo.³¹

Predicen una alta morbilidad, deterioro cognoscitivo, asociado a depresión. También nos ayudan para determinar si la pérdida es aguda o crónica. A mayor dependencia de algunas actividades instrumentales de la vida diaria mayor servicios de salud. Recomendándose utilizar en paciente crónico degenerativos, disminuyen las expectativas de vida, es un indicador de mortalidad.

Fiabilidad, validez y limitaciones: Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0.70), siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Es muy eficaz en la valoración de pacientes con altos grados de dependencia pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos.³²

VALORACIÓN:

A Independiente en todas las funciones

B Independiente en todas salvo en una de ellas

C Independiente en todas salvo lavado y otra más

D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más

E Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más

F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más

G Dependiente en las seis funciones.

Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria: ESCALA DE LAWTON Y BRODY:

Evalúan la relación con el entorno, reflejan integridad física, cognitiva y psicoafectiva del paciente anciano. **La escala de Lawton Brody** fue creada para adultos mayores, para valorar autonomía física y capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Valora ocho rubros: capacidad para realizar compras, preparar comida, utilizar el teléfono , realizar tareas del hogar , lavar ropa , utilizar transporte , capacidad de controlar la medicación y manejar el dinero. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.³³

Si al utilizar ésta escala y el paciente presenta un rendimiento funcional menor o incapacidad funcional tiene mayor riesgo de muerte a los 2 a 5 años. Si se detecta limitación para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un paciente hospitalizado, deberá iniciarse un programa de rehabilitación.

VI.5.2 Validación:

Fiabilidad, validez y limitaciones:³⁴

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intra observador alto (0.94). No se han reportado datos de fiabilidad.

Resultado:

0-1 Dependiente totalmente

2-3 Dependiente Severo

4-5 Dependiente moderado

6-7 Dependiente ligero

8 Independiente

ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL:

VI.5.3 APLICACIÓN:

La necesidad de aplicación de un sistema especial de valoración al paciente geriátrico llevó a la Doctora Marjory Warren en los años 40 a establecer un programa de detección sistemática de problemas geriátricos y en 1948 se implementa en la especialidad de Geriátrica en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido.³⁵

Estos programas de valoración fueron extendiéndose y generalizándose para implantarse en la mayoría de los países desarrollados, trascendiendo además el ámbito hospitalario, para utilizarse de forma universal, en el ámbito ambulatorio y de atención domiciliaria.³⁵⁻¹

Los resultados en cuanto a efectividad derivados de la aplicación de los programas de valoración, se vieron confirmados en los años 80, mediante ensayos controlados en unidades geriátricas hospitalarias en EEUU, demostrando su utilidad en parámetros como la reducción de la mortalidad, mejoría funcional, disminución de las tasas de reingresos hospitalarios e institucionalización y algo tan importante hoy en día como es el ahorro de recursos económicos o una mejor utilización de los mismos. Está diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la optima utilización de recursos para afrontarlos.³⁶

BENEFICIOS DE LA VGI³⁶⁻¹

- 1- Mayor precisión diagnóstica.
- 2- Reducción de la mortalidad.
- 3- Mejoría del estado funcional.

- 4- Utilización correcta de recursos.
- 5- Disminución de institucionalización
- 6- Disminución de hospitalización.

La VGI es el mejor instrumento de que disponemos, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria para la correcta atención geriátrica con resultado positivo en la calidad asistencial.

DATOS A RECOGER EN LA VGI

- 1- Datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- 2 -Datos farmacológicos, datos nutricionales.
- 3 -Datos psicológicos, cognitivos y emocionales.
- 4 -Datos funcionales, básicos e instrumentales.
- 5 -Datos sociales, capacidad social, sistemas de apoyo.

Interpretación Funcional Global:

- 5.- Independiente, activo y satisfecho con la vida que lleva.
- 4.-Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.
- 3.-Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.
- 2.-Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.
- 1.-Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.

ESCALA DE EVALUACION DE FF SIL:

El funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas evalúa: el funcionamiento familiar como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se producen en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona la adaptación de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La evaluación del funcionamiento Familiar según la dinámica de las relaciones

internas de la familia, puede medirse a través de la aplicación de la prueba del FF-SIL.³⁷

Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realiza al miembro de la familia que tenga capacidad para responderla, en condiciones de privacidad adecuadas.

Las categorías que se deben evaluar con aplicación de FF-SIL con:³⁷⁻¹

1. **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos en forma clara y directa.
4. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia para demostrar sentimientos y emociones positivos unos a otros.
6. **Rol:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. **Permeabilidad:** capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Las categorías quedan distribuidas de acuerdo con los siguientes ítems:

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. Cohesión: | 1 - 8 |
| 2. Armonía: | 2 - 13 |
| 3. Comunicación: | 5 - 11 |
| 4. Adaptabilidad: | 6 - 10 |
| 5. Afectividad: | 4 - 14 |
| 6. Roles: | 3 - 9 |

7. Permeabilidad: 7 - 12

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado

Casi siempre.....	5 puntos
Muchas veces.....	4 puntos
A veces.....	3 puntos
Pocas veces.....	2 puntos
Casi nunca.....	1 punto

Diagnostico de la Funcionalidad Familiar según la puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional.....	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional.....	De 56 a 43 puntos
Disfuncional.....	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional.....	De 27 a 14 puntos

Diagnostico de la funcionalidad familiar:

1. **Familia Funcional:** Cuando la familia cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se corresponda con el diagnostico de familia funcional.
2. **Familia con riesgo de Disfuncionalidad:** cuando cumple con las funciones básicas, pero la puntuación obtenida de la aplicación de la prueba FF- SIL se corresponde con el diagnostico de familia moderadamente funcional.
3. **Familia disfuncional:** cuando la familia no cumpla con alguna de las funciones básicas cuando la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se corresponda con el diagnostico de familiar disfuncional, en cualquiera de sus dos niveles.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO:

1.-CAPTAR a las personas mayor o igual a 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2, sin comorbilidades.

¿Prioridad?: Mayores de 80 o más
70 a 79 años
60 a 69 años

¿Dónde? Consulta médica de la UMF 75

¿Procedencia? Consulta externa

Priorizar: Valoración Geriátrica Integral

Funcionalidad familiar

VI.7 LÍMITE DE ESPACIO:

El presente estudio se realizó en los pacientes Diabéticos tipo 2, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de medicina familiar, número 75, de la ciudad de Nezahualcoyotl, estado de México.

VI.8 LÍMITE DE TIEMPO:

Periodo comprendido de entre el mes de marzo y abril del 2013, de ambos turnos, que cumplan con los criterios de selección.

VI.9- Diseño de análisis:

Una vez que se obtuvieron los resultados, mediante la aplicación de cuestionarios, se analizaron y se presentaron mediante tablas y gráficas, con los programas de Microsoft Excel 2013, y sistema office word 2013. Realizándose estadísticas descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y media.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo, se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Establece la investigación ética en sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad áfrica octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008.

La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. Pero por atención al paciente y familiar y cuidando su integridad de los mismos, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito , explicándole en que consta dicho estudio y la confiabilidad y discreción a los cuales me apegaría, se incluye en anexos.

VIII.- ORGANIZACIÓN:

Para fines de la tesis, la organización será la siguiente:

Director de tesis: E.M.F Imer Guillermo Herrera Olvera

Tesista: M.C María Elena González Prieto

Para fines de presentación y/o publicación en foros, congresos o cartel, los créditos serán para:

Autor: E.M.F Imer Guillermo Herrera Olvera

Coautor: M.C María Elena González Prieto.

IX.-RESULTADOS Y DISCUSIONES:

Se utilizaron frecuencias y tablas de contingencia para conocer los Odds Ratio y grado de asociación, obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a la edad, se realizó el estudio en 216 personas Diabéticas, de las cuales se encontraron: 15.7% corresponde entre los 60 - 65 años, el 27.6% entre 66 – 70 años, el 20.4% entre los 71 a 75 años, el 21.6% entre 76 -80 años, el 7.8% entre los 81 a 85 años, el 4.9% entre los 86 y 90 años, el 2% entre 91-93. Siendo el rango de los 66 a 70 años el más frecuente y el menos frecuente de los 91 a 93 años. (Ver Tabla 1 , Gráfica 1)

En cuanto al sexo, se realizó un estudio de 216 personas Diabéticas, de las cuales el 52.8% son mujeres y el 47.2% son hombres. (Ver Tabla 2, Gráfica 2).

En cuanto al control de la glucemia, se encontraron que el 7.4 % de los pacientes se encuentran con glucosa controlada < 140 mgs/ dl, y el 92.7% corresponde a pacientes con descontrol de glucosa > 140 mg/dl . (Ver Tabla 3, Gráfica 3).

En el Índice de Katz, se encontró que el 75.9% son independientes para las actividades de la vida diaria, de los cuales el 59.3% (A) son totalmente independientes, y el 16.6%(B) son independientes para todas menos una actividad , y el 24.1% son dependientes , cuentan con algún grado de discapacidad, de los cuales el 6% (C) son independientes para todos menos baño y otra, y el 5.6 % (D) son independientes para todas las actividades menos baño, vestido y otra cualquiera, el 3.7% (E) son independientes para todas menos baño, vestido, uso de wc, movilidad y otra cualquiera, el 2.3% (F) independiente para todas menos baño, vestido, uso de wc, movilidad y otra cualquiera, y el 6.5% (G) son dependientes totalmente en todas las funciones.

En la escala de Lawton y Brody, se encontró que el 73.1 % son independientes ,de los cuales el 38% son independientes totalmente (8), y el 36.1% con un grado de dependencia ligera (6-7) , que no lo imposibilitan de sus actividades y el 26.9% cuentan algún grado de dependencia mayor, siendo el 8.3% dependientes

moderados (4-5), el 7.9% corresponde a dependencia severa (2-3), y el 9.3% a dependencia total (0-1).

En la Escala de Evaluación Geriátrica de evaluación funcional, se encontró que el 78.2% son independientes, de los cuales el 49.5% son independientes totalmente, activo y satisfecho de la vida que lleva (5), el 28.2% son independientes con alguna limitación en su vida diaria para sentirse satisfecho(4), y el 7.4% presentar algún grado de dependencia mayor, con limitaciones para su vida diaria (3), el 10.6 % depende en su vida diaria de los cuidados de otras personas (2), y el 4.2% esta totalmente incapacitado (1).

En cuanto a la funcionalidad familiar, el 34.2% son familias funcionales (70-57), el 65.8% presentan algún grado de disfunción familiar, correspondiendo el 40.3% a familias moderadamente funcionales (56-43), el 18.1% a familias disfuncionales (42-28), el 7.4% a familias severamente disfuncionales (27-14).

En forma general al realizar una relación entre las tres escalas de medición funcional geriátrica obteniéndose resultados muy semejantes, correspondiendo el índice de Katz al 25.5% de los pacientes dependientes y el 74.5% de los pacientes independientes. En la escala de Lawton y Brody se encuentra el 25.5% de dependencia y el 74.5% de pacientes independientes, y por la escala Geriátrica funcional el 22.3% son dependientes y el 77.7% son independientes con un 34.2% de funcionalidad familiar y un 65.5% con algún grado de disfunción familiar.

Existe una relación de 28 pacientes diabéticos controlados independientes según la escala Geriátrica de evaluación funcional y 5 pacientes dependientes con control de glucosa. Y 141 pacientes diabéticos descontrolados e independientes y 42 diabéticos descontrolados dependientes.

Existe una relación de 27 pacientes diabéticos controlados e independientes según la escala de Lawton y Brody y 6 pacientes diabéticos descontrolados.

Existe una relación de 26 pacientes diabéticos controlados e independientes por el índice de Katz, 7 pacientes diabéticos dependientes, así como 140 pacientes diabéticos descontrolados y 43 pacientes diabéticos descontrolados y dependientes.

Hay una relación de 25 pacientes diabéticos controlados con familias funcionales, y 136 pacientes con diabetes descontrolada con familias funcionales, y 8 pacientes con diabetes Mellitus controlada con familias disfuncionales, y 47 pacientes con diabetes Mellitus descontrolada y familia disfuncional.

Existe una relación de 130 pacientes diabéticos con independencia según la escala de Katz con funcionalidad familiar y 31 pacientes dependiente con funcionalidad familiar, 35 pacientes independientes con familias disfuncionales y 19 pacientes con dependencia y familia disfuncional.

Existe 125 pacientes independientes según la escala de Lawton y Brody con funcionalidad familiar y 36 pacientes dependientes con funcionalidad familiar, 33 pacientes independientes con disfunción familiar y 22 pacientes dependientes con disfunción Familiar.

Hay 133 pacientes independientes según la escala geriátrica de evaluación funcional con funcionalidad familiar y 28 pacientes dependientes con funcionalidad familiar. Además de 36 pacientes independientes con disfunción familiar y 47 pacientes dependientes con disfunción familiar.

DISCUSIÓN:

En la Unidad de Medicina familiar, se cuenta con un registro de 50 581 pacientes adultos mayores de 60 años, de los cuales sólo 188 825 son adultos mayores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 ,situándose como primer causa de la consulta de la unidad, con una prevalencia del 26.7% de Diabetes Mellitus tipo 2 , teniendo predominio entre la edad de los 60 a 70 año , que para los países desarrollados inicia a partir de los 65 años y para los países subdesarrollados desde los 60 años.² Coincidiendo con los datos reportados en el estudio de Perera y Colaboradores , que menciona que el predominio de adultos mayores se encuentra en el grupo de 60 a 69 años de edad.²⁵ Lo que apoya el incremento de los indicadores demográficos de envejecimiento en México , reportados en el 2009, del 6.9% .¹¹

De los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 estudiados , se encuentran 2098 mujeres y 1266 hombres, encontrándose relación con los datos

obtenidos en el INEGI 2000, donde el sexo femenino predomina.² Ésto comprueba la influencia del sexo sobre la mortalidad geriátrica en general ,al determinar que e promedio la mujer vive más que el hombre según Hinze ²⁷

Existe un relación de los datos obtenidos de las escalas geriátricas funcionales aplicadas con relación a que el 25% de los adultos mayores de 65 años son dependientes y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria.¹³

En éste estudio se observó que la mayor frecuencia de funcionalidad familiar se relaciona con la independencia de los individuos, lo que apoya a las características que debe tener una familia funcional, para promover el desarrollo favorable a la salud, ²¹⁻¹ por lo que el apoyo del núcleo familiar es importante para ésta población.

Por otro lado se encontró que existe un predominio de adultos mayores independientes para las actividades de la vida diaria, similar al estudio realizado por Rodríguez Hernández JC ³⁰

Existe una relación muy semejante de éste estudio con el realizado por Tello Velázquez y cols, en el que se encuentra mayor dependencia en la realización de las compras y preparación de los alimentos.

Al momento no se encontró información científica relacionada con la evaluación geriátrica funcional y funcionalidad familiar, por lo que en éste estudio encontramos que el 61.5% de los pacientes independientes con funcionalidad familiar, el 12.97% son pacientes dependiente con funcionalidad familiar. Así como 16.7%son familias disfuncionales con pacientes independientes y el 8.8% son familias disfuncionales con pacientes dependientes.

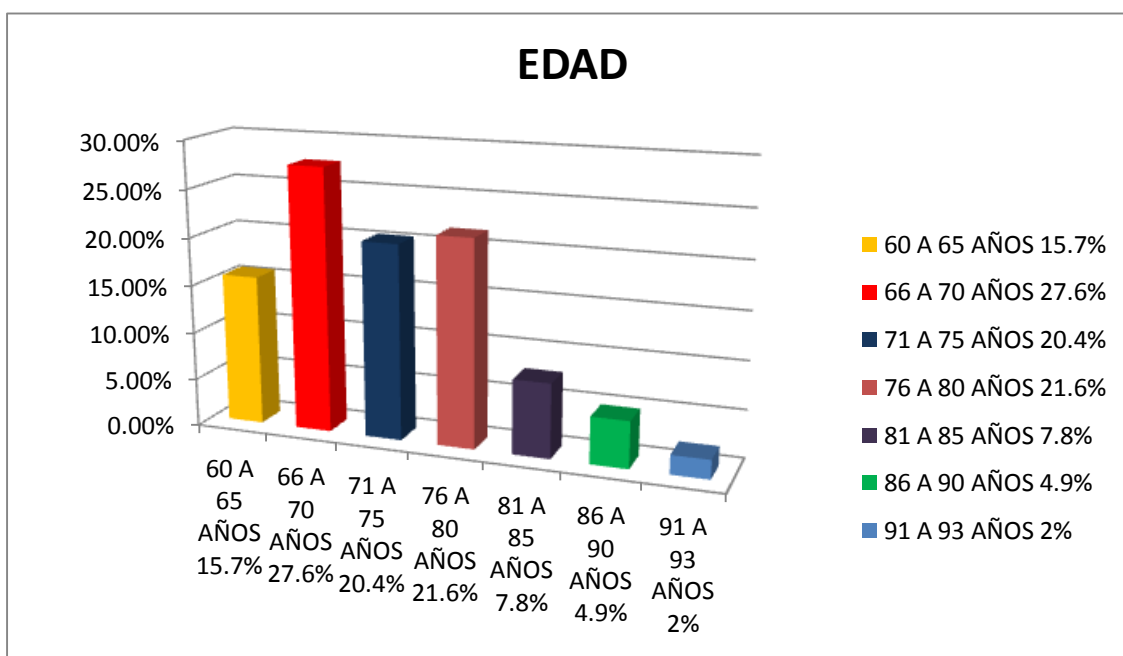
X. TABLAS Y GRÁFICAS:

TABLA 1: Tabla de frecuencias y porcentajes por grupo de edad de pacientes con DM tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75, Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 A 65 AÑOS	34	15.7%
66 A 70 AÑOS	60	27.6%
71 A 75 AÑOS	44	20.4
76 A 80 AÑOS	47	21.6
81 A 85 AÑOS	17	7.8
86 A 90 AÑOS	10	4.9
91 A 93 AÑOS	4	2
TOTAL	216	100

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 1: Representación gráfica del porcentaje de los rangos de edad del total de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, controlada y descontrolada de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar número 75, de Nezahualcoyotl, estado de México.



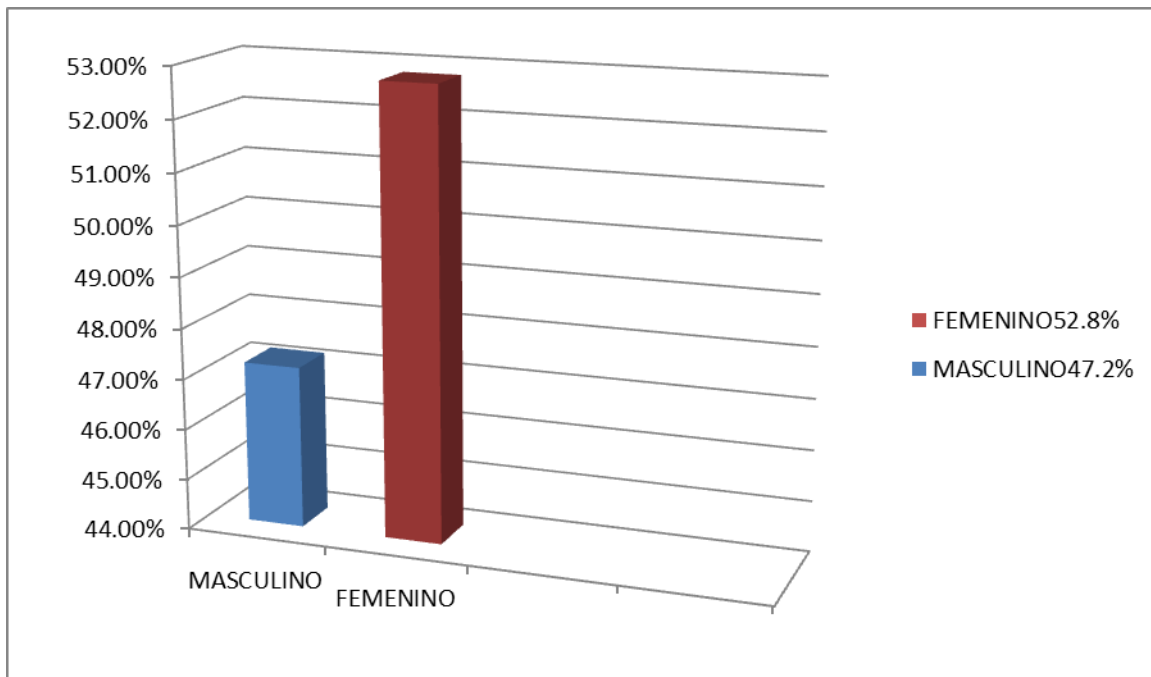
Fuente: Tabla 1

TABLA 2: Tabla de frecuencias y porcentajes del género en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada ,ambos turnos del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	114	52.8
MASCULINO	102	47.2
TOTAL	216	100.0

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 2: Representación gráfica del género de total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social , de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



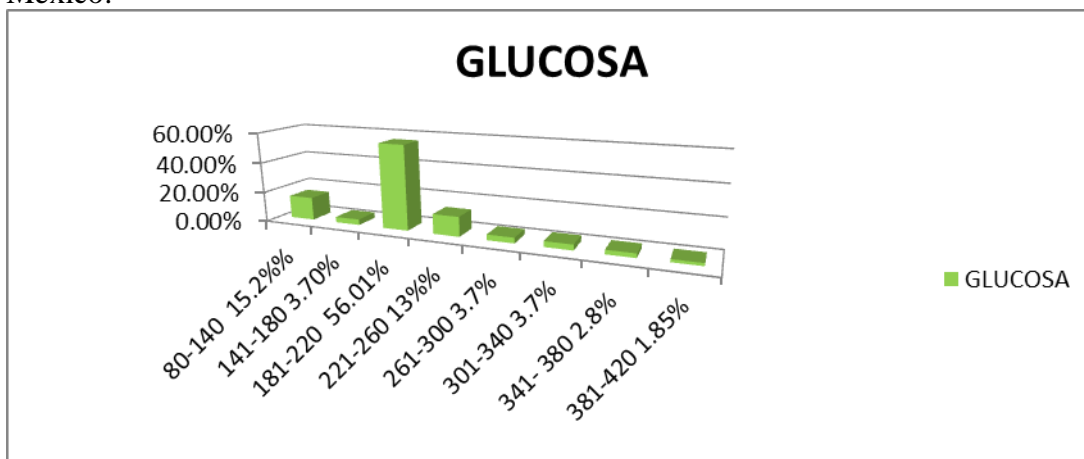
Fuente : Anexo de instrumento de recolección de datos.

TABLA 3: Tabla de frecuencias y porcentajes de la glucosa central en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

GLICEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
80-140	33	15.2
141-180	8	3.70
181-220	121	56.01
221-260	28	13.0
261-300	8	3.7
301-340	8	3.7
341-380	6	2.8
381-420	4	1.85
TOTAL	216	100.0

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 3: Representación gráfica de la glucosa central del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social , de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



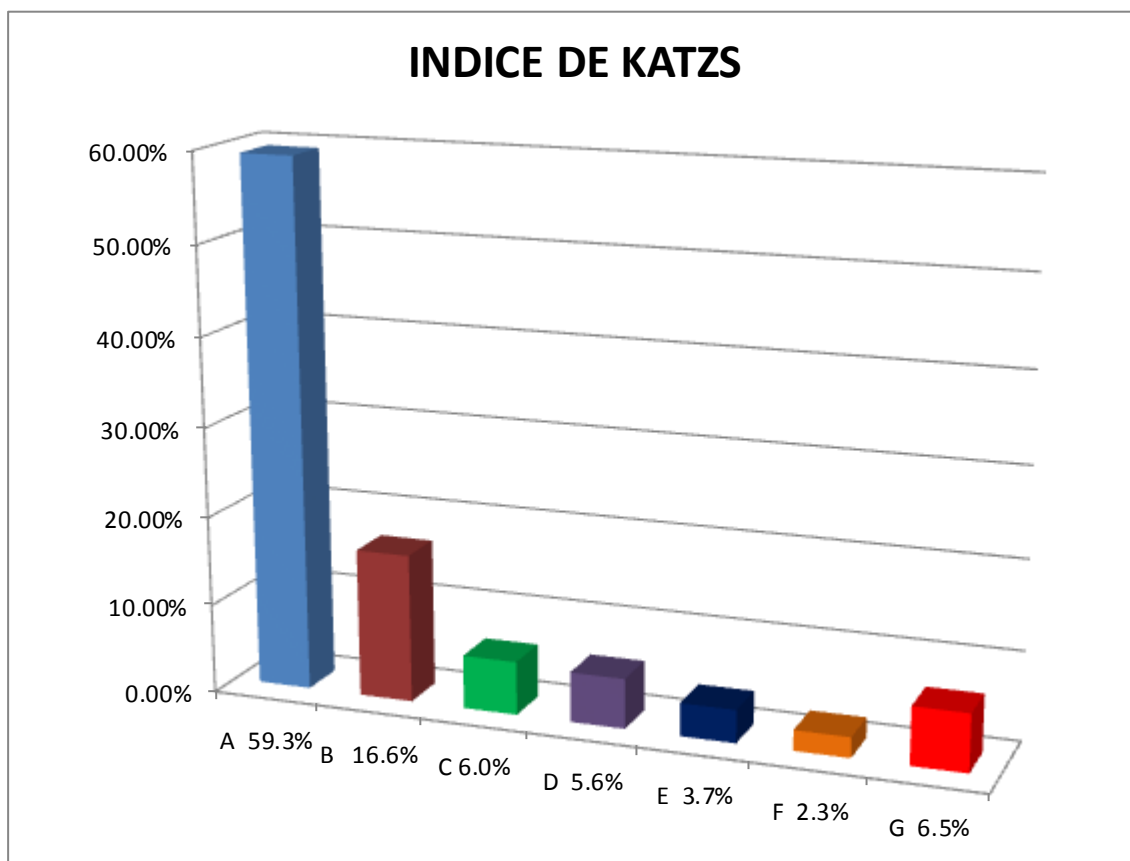
Fuente : Tabla 3

TABLA 4: Tabla de frecuencias y porcentajes del Índice de Katz, aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

INDICE KATZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A(INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES)	128	59.3
B(INDEPENDIENTE PARA TODAS , MENOS UNA CUALQUIERA)	36	16.6
C(INDEPENDIENTE PARA TODOS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA)	13	6.0
D(INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA)	12	5.6
E(INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO DE WC Y OTRA CUALQUIERA)	8	3.7
F(INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO DE WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA)	5	2.3
G(DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES)	14	6.5
TOTAL	216	100.0

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 4: Representación gráfica del índice de Katz del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social , de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



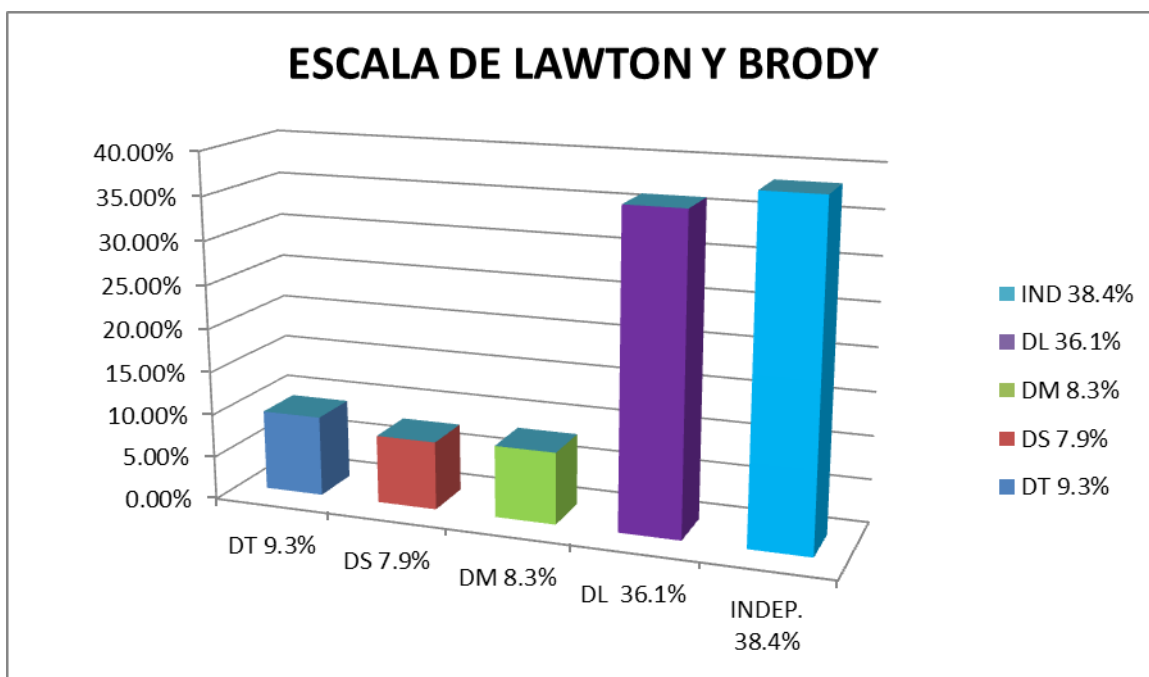
Fuente : Tabla 4

TABLA 5: Tabla de frecuencias y porcentajes de Escala de Lawton y Brody , aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

ESCALA DE L Y BRODY	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPENDIENTE TOTAL (0-1)	20	9.3
DEPENDIENTE SEVERO (2-3)	17	7.9
DEPENDIENTE MODERADO (4-5)	18	8.3
DEPENDIENTE LIGERO (6-7)	78	36.1
INDEPENDIENTE (8)	83	38.4
TOTAL :	216	100.0

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 5: Representación gráfica de la Escala de Lawton y Brody del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social , de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



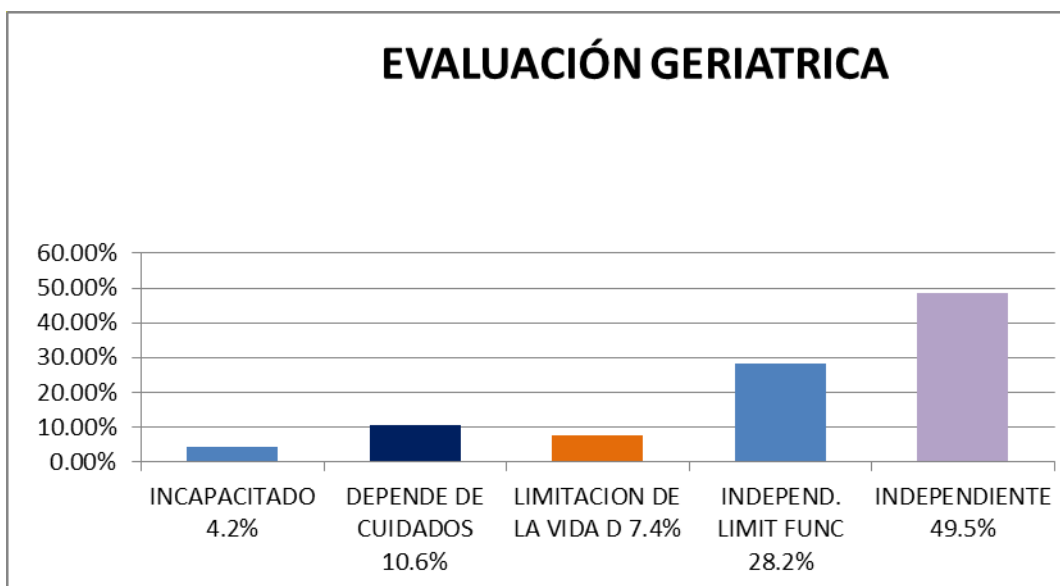
Fuente : Tabla 5

TABLA 6: Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional , aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

EVALUACION GERIATRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTA TOTALMENTE INCAPACITADO,EXIGE CUIDADOS CONSTANTES.	9	4.2
DEPENDE EN SU VIDA DIARIA DE LOS CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS.	23	10.6
TIENE LIMITACIONES EN SU VIDA DIARIA, LO QUE EXIGE LA AYUDA DE OTROS.	16	7.4
INDEPENDIENTE, ALGUNA LIMITACION FUNCIONAL PARA SENTIRSE SATISFECHO	61	28.2
INDEPENDIENTE ,ACTIVO Y ESTÁ SATISFECHO CON LA VIDA QUE LLEVA	107	49.5
TOTAL:	216	100.0

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 6: Representación gráfica de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



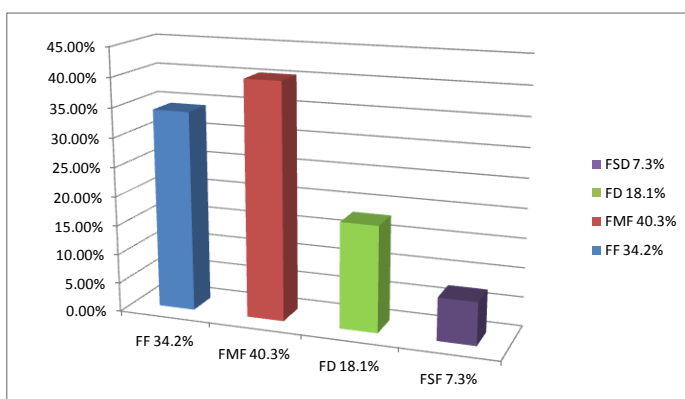
Fuente: Tabla 6

TABLA 7: Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala de Funcionalidad Familiar , aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl , estado de México 2013.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL (70-57)	74	34.2
FAMILIA MODERAMENTE FUNCIONAL (56-43)	87	40.3
FAMILIA DISFUNCIONAL (42-28)	39	18.1
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL (27-14)	16	7.4
TOTAL	216	100

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 7: Representación gráfica de la Escala de Funcionalidad Familiar , del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social , de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



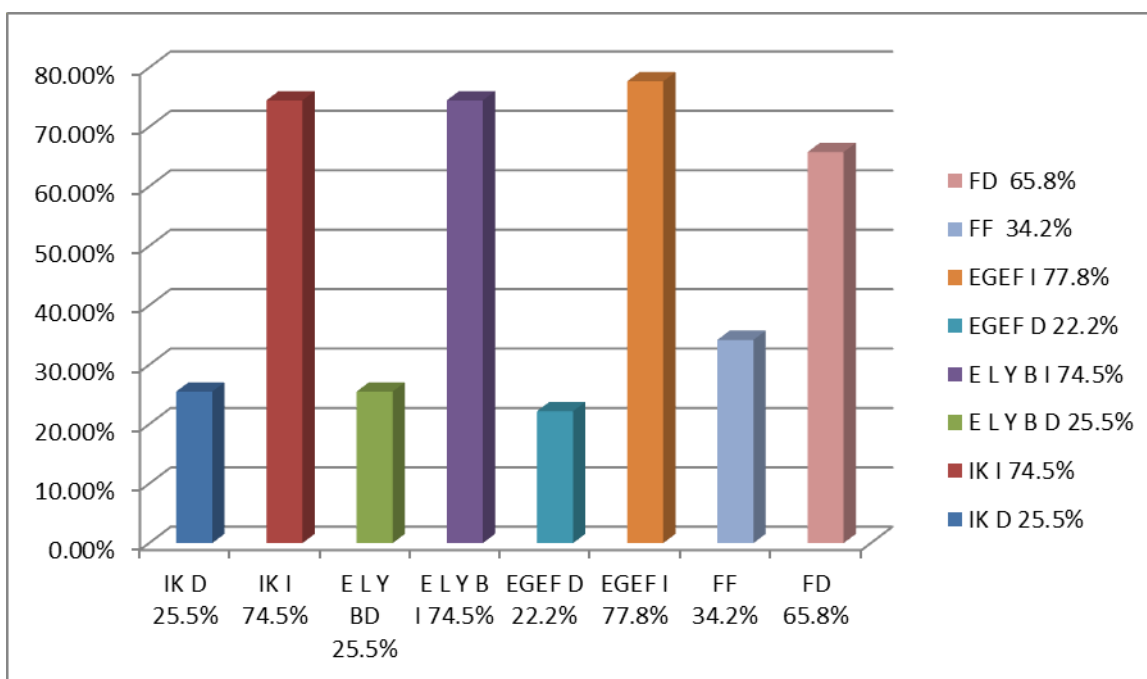
Fuente : Tabla 7

TABLA 8: Tabla de frecuencias y porcentajes de la relación entre el índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Escala Geriátrica de Evaluación Funcional y Escala de Funcionalidad Familiar, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada y descontrolada del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	DEPENDIENTES	INDEPENDIENTES	FAMILIA FUNCIONAL	FAMILIAS DISFUNCIONALES
IK	25.5%	74.5%		
E. L Y B	25.5%	74.5%		
EGEF	22.3%	77.7%		
FF SIL			34.2%	65.8%

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 8: Representación gráfica de los porcentajes de la relación entre el índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Escala Geriátrica de Evaluación Funcional y Escala de Funcionalidad Familiar, del total de pacientes estudiados con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados y descontrolados del Instituto Mexicano del seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



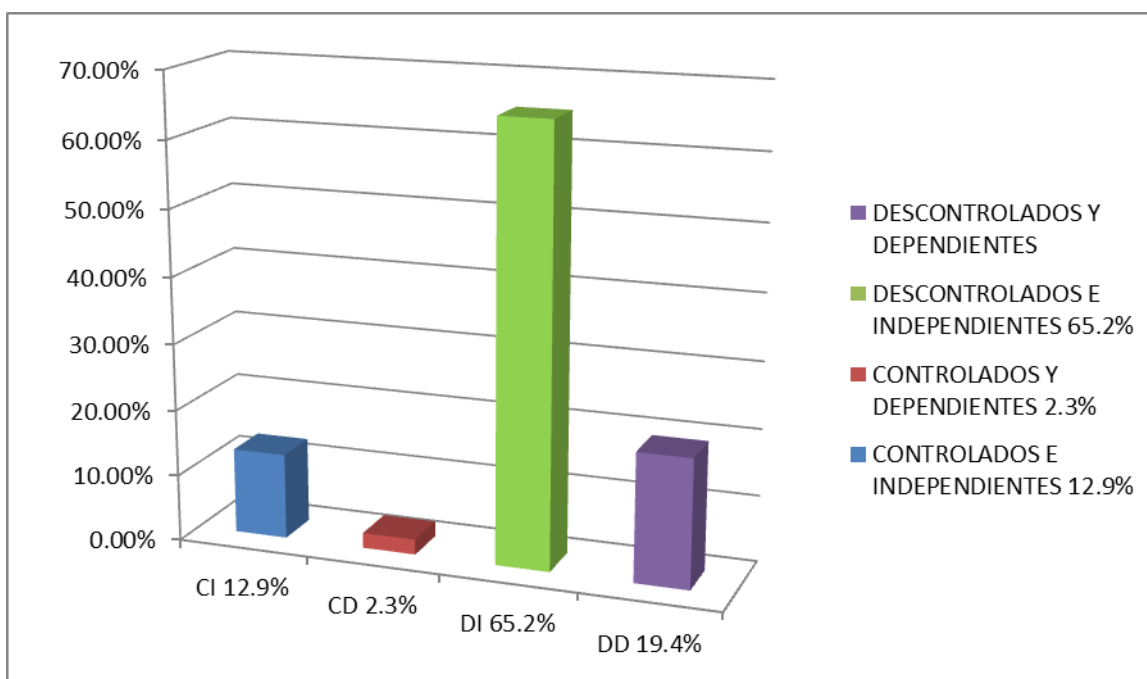
Fuente: Tabla 8

TABLA 9: Tabla de relación de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por la Escala Geriátrica de evaluación funcional aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	EGEF INDEPENDIENTE	EGEF DEPENDIENTE	TOTAL
CONTROLADOS	28	5	33
DESCONTROLADOS	141	42	183
TOTAL	169	47	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 9: Representación gráfica de frecuencias, de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por la Escala Geriátrica de evaluación funcional aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



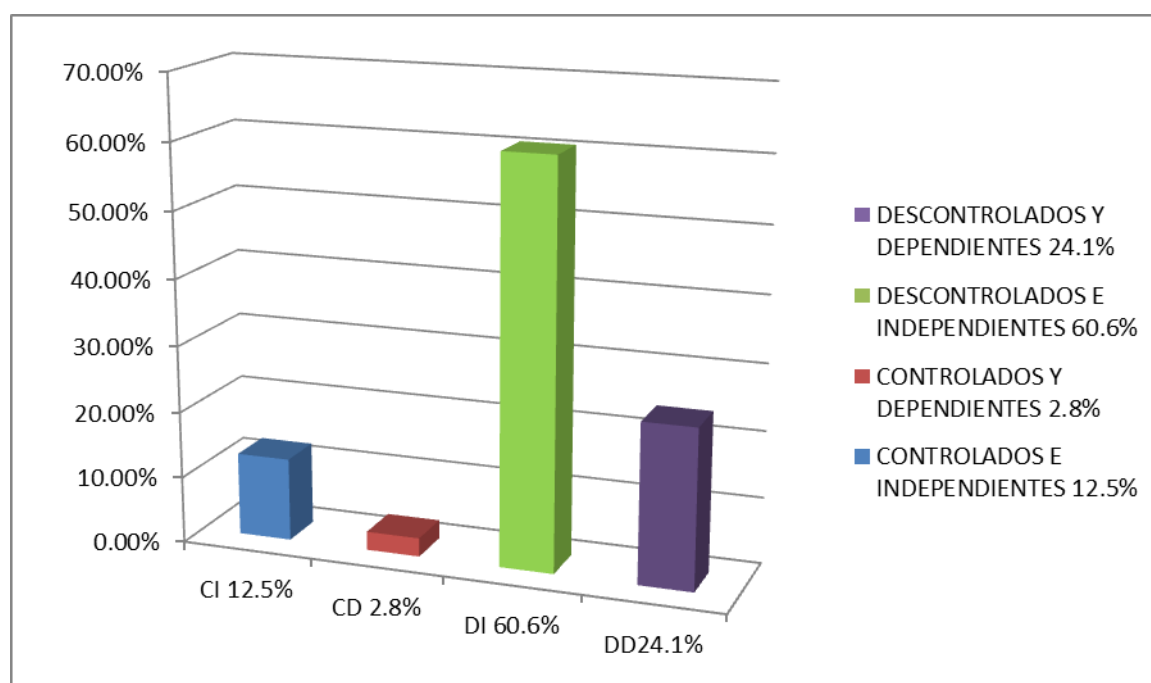
Fuente : Tabla 9

TABLA 10: Tabla relación de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por la Escala de Lawton y Brody aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	LAWTON Y BRODY INDEPENDIENTE	LAWTON Y BRODY DEPENDIENTE	TOTAL
CONTROLADOS	27	6	33
DESCONTROLADOS	131	52	183
TOTAL	158	58	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 10: Representación gráfica de frecuencias, de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por la Escala de Lawton y Brody, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



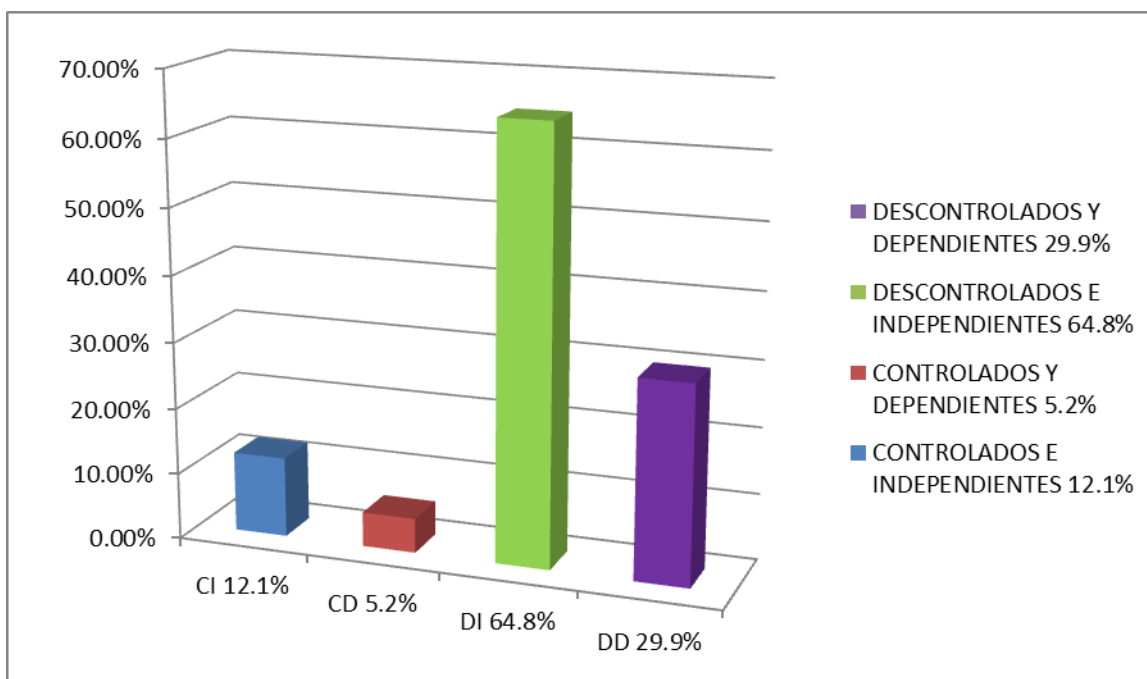
Fuente: Tabla 10

TABLA 11: Tabla de relación de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por el Índice de Katz, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	INDICE DE KATZ INDEPENDIENTE	INDICE DE KATZ DEPENDIENTE	TOTAL
CONTROLADOS	26	7	33
DESCONTROLADOS	140	43	183
TOTAL	166	50	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 11: Representación gráfica de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y dependientes e independientes evaluados por el Índice de Katz, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



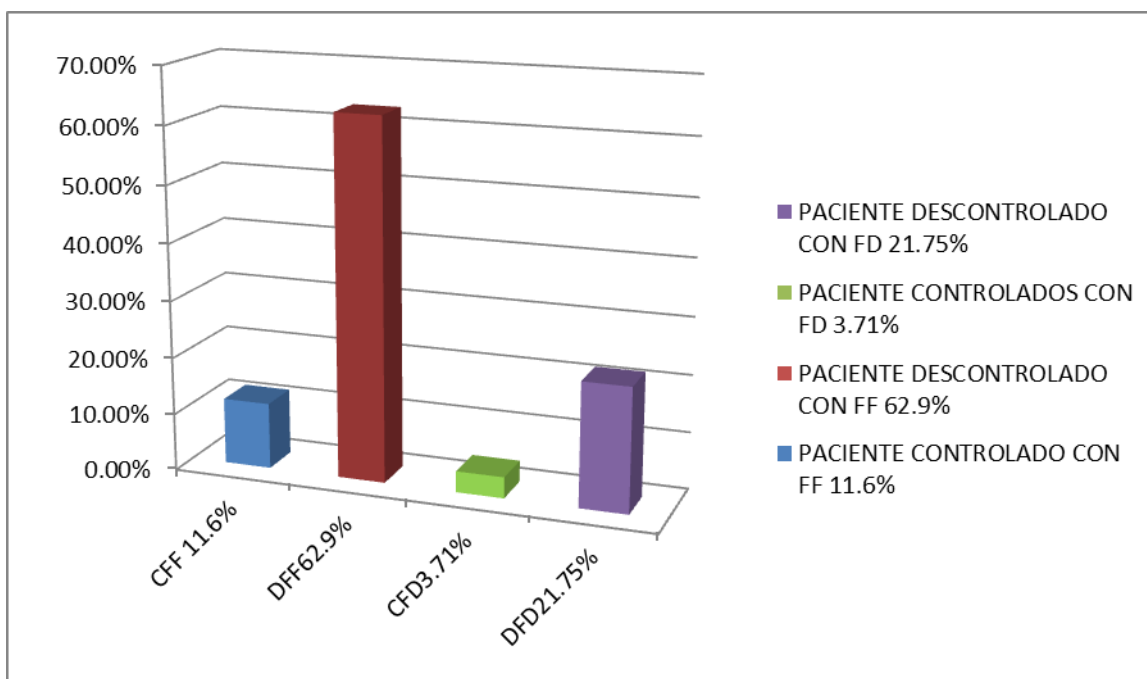
Fuente: Tabla 11

TABLA 12: Tabla de relación de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y la funcionalidad familiar mediante el cuestionario del FF SIL, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	CONTROLADOS	DESCONTROLADOS	TOTAL
FAMILIA FUNCIONAL	25	136	161
FAMILIA DISFUNCIONAL	8	47	55
TOTAL	33	183	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 12: Representación gráfica de frecuencias de pacientes controlados y descontrolados por glucemia central, y la funcionalidad familiar mediante el cuestionario del FF SIL, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



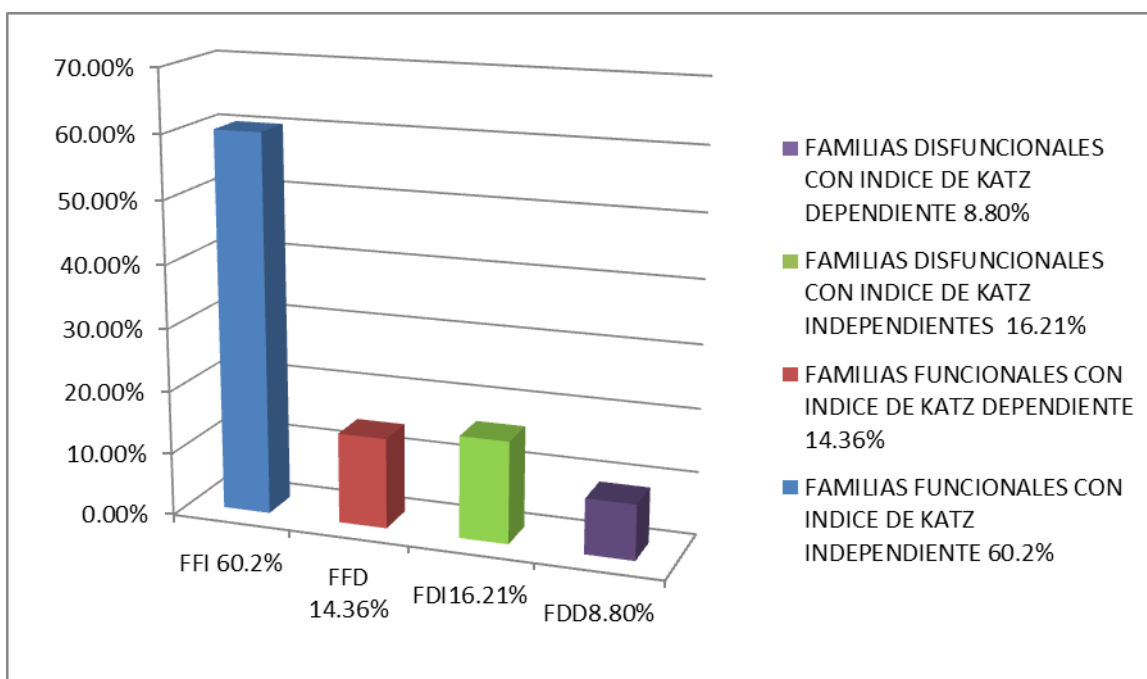
Fuente: Tabla 12

TABLA 13: Tabla de relación de frecuencias entre la funcionalidad familiar y la dependencia e independencia mediante el índice de Katz, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	INDEPENDIENTE ÍNDICE DE KATZ	DEPENDIENTE INDICE DE KATZ	TOTAL
FAMILIA FUNCIONAL	130	31	161
FAMILIA DISFUNCIONAL	35	19	55
TOTAL	166	50	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 13: Representación gráfica de frecuencias entre la funcionalidad familiar y la dependencia e independencia mediante el índice de Katz, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



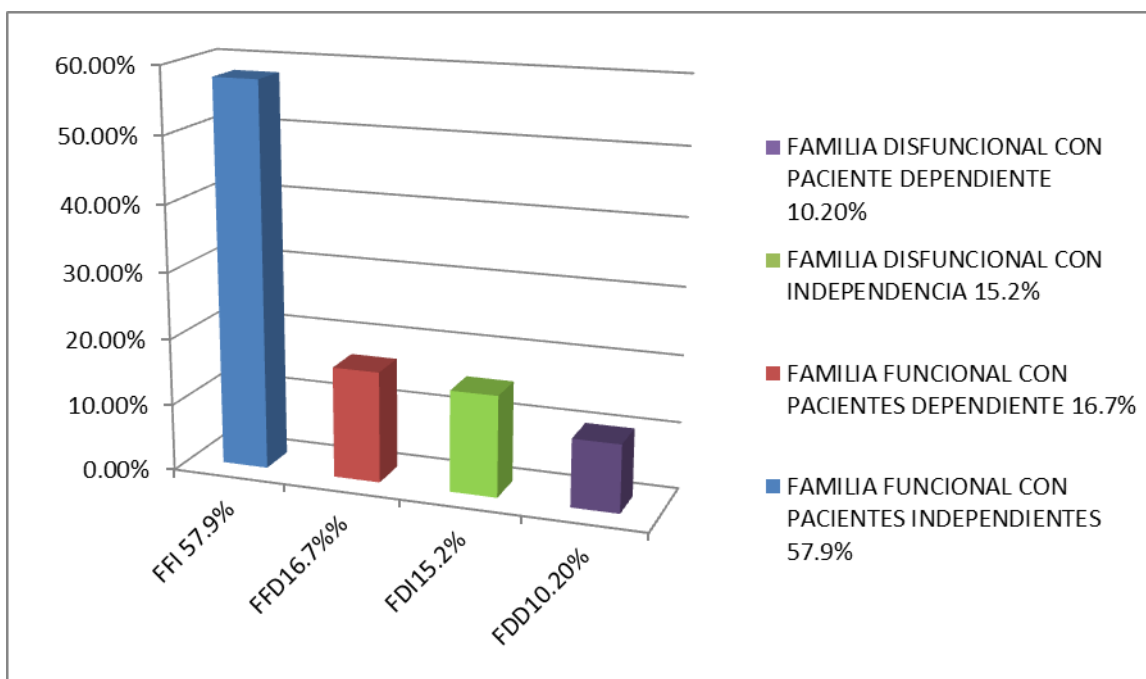
Fuente: Tabla 13

TABLA 14: Tabla de relación de frecuencias de pacientes con funcionalidad familiar y disfunción familiar, dependientes e independientes evaluados por la escala de Lawton y Brody, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	INDEPENDIENTE ESCALA DE LAWTON Y BRODY	DEPENDIENTE INDICE DE LAWTON Y BRODY	TOTAL
FAMILIA FUNCIONAL	125	36	161
FAMILIA DISFUNCIONAL	33	22	55
TOTAL	158	58	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 14: Representación gráfica de frecuencias de pacientes con funcionalidad familiar disfunción familiar, dependientes e independientes, evaluados mediante la escala de Lawton Brody, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



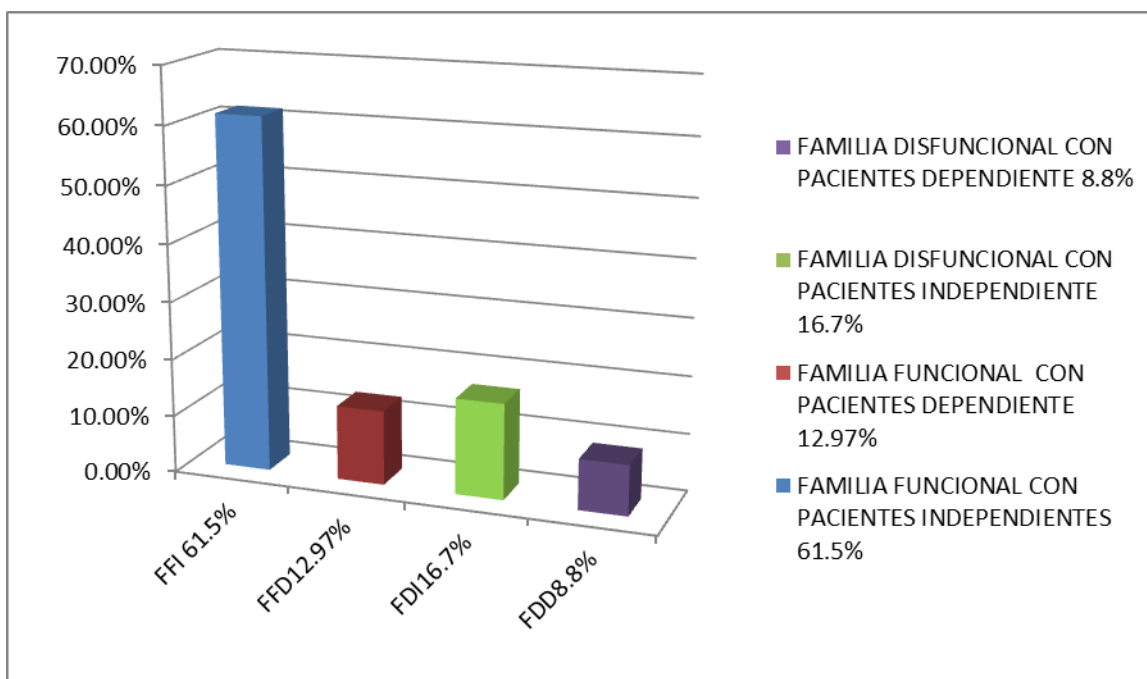
Fuente: Tabla 14

TABLA 15: Tabla de relación de frecuencias de pacientes con funcionalidad familiar y disfunción familiar, dependientes e independientes evaluados por la escalageriátrica de evaluación funcional, aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México 2013.

VARIABLE	INDEPENDIENTE ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL	DEPENDIENTE EN LA ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL	TOTAL
FAMILIA FUNCIONAL	133	28	161
FAMILIA DISFUNCIONAL	36	19	55
TOTAL	169	47	216

Fuente: Anexo de instrumento de recolección de datos.

GRAFICA 15: Representación gráfica de frecuencias de pacientes con funcionalidad familiar y disfunción familiar, dependientes e independientes evaluados por la escalageriátrica de evaluación funcional aplicada a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina Familiar número 75 Nezahualcoyotl, estado de México.



Fuente: Tabla 15

XI.-CONCLUSIONES:

Con éste estudio se concluye que la funcionalidad familiar es un factor que influye en la independencia funcional de los adultos mayores, pero no tiene una relación directa al nivel de control de glucemia, ya que en nuestro estudio realizado, podemos observar que el 84.7% son diabéticos descontrolados y sólo el 15.28% son diabéticos controlados.

Partiendo de los resultados ponen de relieve algunos aspectos que ya se conocían, por ejemplo, que la enfermedad tiene mayor prevalencia en los grupos de géneros femeninos (52.8%) y ello se debe, por una parte a la proporción de la población nacional en general y por otra parte, a considerar que como enfermedad crónica, la esperanza de vida continúa siendo mayor en las mujeres que en varones (casi 78 años de vida).

Existe un limitado o nulo apego al tratamiento, así como su limitada visión sobre un adecuado esquema de ejercicio y alimentación. Sobre todo que desconocen su enfermedad y por lo tanto las complicaciones tempranas.

Por lo que es de gran importancia promover las medidas de acción preventiva y modificar los estilos de vida, y propiciar en la población redes de apoyo familiar , para mejorar las condiciones de los adultos mayores.

Con éste estudio podemos concluir que la escala geriátrica de evaluación funcional, de forma más sencilla y práctica, se puede utilizar , ya que con sus trece preguntas engloba de forma precisa y con la validez ya fundamentada, lo que se estudia por separado en la escala de Lawton y Brody, así como el índice de Katz ,que sólo son parte de lo que es la valoración geriátrica.

XII.-RECOMENDACIONES:

- 1.- Es fundamental continuar con las medidas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas, además de capacitación por parte de los profesionales de la salud, en cuanto a la Diabetes Mellitus tipo 2 y la valoración geriátrica , para proporcionar un manejo integral adecuado y así disminuir los riesgos de comorbilidades e ingresos frecuentes de hospitalización .
- 2.-Realizar grupo de pacientes Diabéticos , en donde se les de orientación y educación tanto al paciente como a su familia, para evitar las complicaciones tempranas de la enfermedad.
- 3.-El apoyo familiar es fundamental para el control metabólico del paciente, así como red de apoyo.
- 4.-Control nutricional e integración al grupo SODHI, de forma obligatoria en el primer año, de realizado el diagnóstico.
- 5.-Trabajar estilos de vida y calidad de vida de los pacientes.
- 6.-Es importante incursionar en clínicas para Diabéticos tipo 2 Geriátricas.
- 7.-Contar con historia clínica o escala geriátrica funcional en pacientes con DM tipo 2 de primera vez y obtener la valoración global funcional.
- 8.-Apoyo de Terapia ocupacional, en pacientes con algún grado de dependencia.
- 9.-Contar con protocolo de vigilancia renal , al menos 1 vez por año, siendo lo ideal cada 6 meses, donde se incluya: biometría hemática, examen general de orina, glucosa,urea, creatinina, depuración de creatinina en orina de 24 hrs, hemoglobina glucosilada , colesterol y triglicéridos, para detectar el manejo temprano de los pacientes renales.
- 10.-Preparar al cuidador primario y así poder detectar tempranamente las complicaciones de la enfermedad crónico degenerativas y evitar recaídas y hospitalizaciones frecuentes. Además que evitamos de ésta forma, enfermedades o depresiones en el cuidador primario y ofrecerá atención de calidad al enfermo.
- 11.-Contar con casas de descanso o asilos para crónico degenerativos complicados y descontrolados.
- 12.-Revisión trimestral por el grupo multidisciplinario (Geriátra o médico internista, medicina familiar, nutriólogo, rehabilitación ,cirugía general o traumatología.

XIII.-BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Salud del Anciano. Salud Pública IV.UNAM. Jaimes Alejandro M. Ortiz de la Huerta Dolores. Año 2011. Págs 55-58 .
- 2.-Programa de atención del adulto mayor. Sección informativa. Resumed. 1999, 12(2): 91.3. Pag 1.
- 3.- UNFPA Estado de la Población Mundial 2011. Equipo editorial. Pág (4, 16,36,39,40,45).
- 4.- Recomendaciones Prácticas para el cuidado de la Salud del Adulto Mayor. "La vejez es otro momento más para existir, crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar". Instituto Nacional de Geriátría. Agosto 2012. Pág 2.
- 5.-Guías de práctica clínica GPC. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Evidencias y recomendaciones .Pág 1- 69 IMSS 190 – 10.
- 6.- ALAPAC 2009
- 7.http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf. Págs 1-118
- 8.- Revista de la Universidad del Azuay .Medicina Familiar. Núm 50.Diciembre el 2009.
- 9.-Programa de acción: Diabetes Mellitus. Primera Edición , 2008-11-22.México DF. Págs 20-60.
- 10.- Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. De la Paz Castillo Katia Leonor. Proenza Fernandez Leydis. Medisan Cuba 2012; 16(4): 489. Pags 2-3.
- 11.-Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). Velasco María Luisa. Manual Moderno. México D.F. Año 2001. Págs 195- 219.
- 12.- Conservación de la salud en el anciano. Perera Salcedo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;4(1):31-9.
- 13.-Epidemiological Studies: Methodological Considerations. Exton Smith A. J Clin Nort. 2004;(Supl):1273-4.

- 14.-Sex differences in morbidity in the olders age. Hinzal L. Oxford Journals. 1989;(7585):239-48.
- 15.-La Salud de la tercera edad. Resultados de la encuesta de necesidades del adulto mayor en América Latina y el Caribe. Bol Sanit Panam. 2008;107(4):31-9.
- 16.- Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Estudio comparativo entre un grupo de integrantes y un grupo control. Rodríguez Hernández JC. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;10(4):321-25.
- 17.-Atención al adulto mayor. Temas de Medicina General integral . Salud y Medicina . Vega García E.,Méndez Jiménez J.E., et. Al Vol I. La Habana: Ecimed; 2008.Págs 166.
- 18.-Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". Tello Velázquez YL, Bayarre Vea H, Hernández Páez YM,Herrera Domínguez H. 1999. Rev Cubana Salud Pública. 2001;27 (1):19-25.
- 19.- Recomendaciones Prácticas para el cuidado de la Salud del Adulto Mayor. "La vejez es otro momento más para existir, crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar". Instituto Nacional de Geriátria. Agosto 2012. Pag 2
- 20.-Escala de valoración funcional en el anciano.María Trigás Ferrin.Galicia Clínica.Sociedad Galega de Medicina interna.Artículo de revisión . 2009. Págs12 a 16.
- 21.- Agenda del desarrollo social. Estadísticas por el día mundial de la Diabetes Mellitus.Domingo 26 de Mayo del 2013.
- 22.- Guía de práctica clínica GPC IMSS .Diagnóstico y tratamiento de diabetes tipo 2. Actualizaciones 2012.Página 18-23
- 23.- Programa de acción de la Diabetes Mellitus. Dr Julio Frenk Mora. Secretario de Salud. Primer edición 2007 -11
- 24.-Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus.. Proenza Fernández Leydis. De la Paz Castillo Katia Leonor . Medisan Cuba 2012; 16(4): 489. Pags 2-3
- 25.- Revista de la ALAD, V19, N4, Bogotá D.C, Octubre del 2011.
- 26.- "El impacto de la enfermedad en la Familia ".Fernández OMA Rev. Fac. Med. UNAM Nov. – Dic 2009;47(6); 251- 254.

- 27.- Salud comunitaria. López CM. Barcelona:Editorial Martínez Roca, 1986.
- 28.- Acerca de la familia cubana actual. Álvarez M. La Habana: Ed. Academia, 1999
- 29.- Dinámica familiar y patología. Gutiérrez D. México, DF: Prensa Médica, 1985:53-66.
- 30.- Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Zavala-Rodríguez M, Ríos-Guerra M, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández C. Aquichan, vol. 9, num 3, 2009: 257-270.
- 31.-Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. Roxana ,A,Mardones Hernández A. Artículo. Theoría, Vol 15.- (2): 81 – 89, 2009.Av Andrés Bello s/n ,Universidad Bio Bio, Chillán, Chile.
- 32.-. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Méndez E, Gómez V, García M, Pérez J, Navarrete A Rev Med IMSS 2004;42 (4): 281-284
- 33.- Escalas de valoración funcional en el anciano.Sociedad cubana de Medicina interna. Artículo de revisión . 2008. Págs11 a 18
- 34.- Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Rev Cubana . 2002;18(1):43-9.
- 35.- La salud de la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades los ancianos en América Latina y el Caribe. Bol Sanit Panam. 2003;107(4):31-9.
- 36.- Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Erika Ramos. 2004. Págs 18- 32.
- 37.- Manual para la prevención en la salud familiar. Ciudad de la Hababana 2005. Págs 28-31

XIV. ANEXOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor (a): La presente entrevista se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, comunicándole que los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración. Esta dispuesto a participar en la investigación y contestar con sinceridad las preguntas que se le formulen.

Sí _____ No _____

1.-Sexo: Masculino _____ Femenino _____

2.-Número de consultorio: _____

3.-Turno : _____ FECHA : _____

4.-Nombre del paciente : _____

5.-Número de seguridad social: _____

6.-Nombre del familiar : _____

7.-Parentesco : _____

8.-¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? _____

Firma del paciente: _____

Firma del testigo: _____

DRA MARIA ELENA GONZALEZ PRIETO. R3 DE MF

De ante mano se le agradece su participación.

Departamento de enseñanza de la UMF 75, Ciudad de Nezahualcoyotl. Estado de México.

INDICE DE KATZ

1. BAÑO
<p>INDEPENDIENTE: SE BAÑA ENTERAMENTE SOLO, O BIEN REQUIERE AYUDA ÚNICAMENTE EN ALGUNA ZONA CONCRETA (P. E.J., ESPALDA).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LAVARSE EN MÁS DE UNA ZONA DEL CUERPO, O BIEN PARA ENTRAR O SALIR DE LA BAÑERA O DUCHA.</p>
2. VESTIDO
<p>INDEPENDIENTE: COGE LA ROPA Y SE LA PONE ÉL SOLO, PUEDE ABROCHARSE (SE EXCLUYE ATARSE LOS ZAPATOS O PONERSE LAS MEDIAS O CALCETINES).</p> <p>DEPENDIENTE: NO SE VISTE POR SÍ MISMO, O PERMANECE PARCIALMENTE VESTIDO.</p>
3. USO DEL WC
<p>INDEPENDIENTE: VA AL WC SOLO, SE ARREGLA LA ROPA, SE LIMPIA ÉL SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: PRECISA AYUDA PARA IR AL WC Y/O PARA LIMPIARSE.</p>
4. MOVILIDAD
<p>INDEPENDIENTE: SE LEVANTA Y SE ACUESTA DE LA CAMA ÉL SOLO, SE LEVANTA Y SE SIENTA DE UNA SILLA ÉL SOLO, SE DESPLAZA SOLO.</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE Y/O ACOSTARSE, DE LA CAMA Y/O DE LA SILLA. NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE O NO SE DESPLAZA.</p>
5. CONTINENCIA
<p>INDEPENDIENTE: CONTROL COMPLETO DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.</p> <p>DEPENDIENTE: INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECACIÓN.</p>
6. ALIMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE: COME SOLO, LLEVA ALIMENTO SOLO DESDE EL PLATO A LA BOCA (SE EXCLUYE CORTAR LOS ALIMENTOS).</p> <p>DEPENDIENTE: NECESITA AYUDA PARA COMER, NO COME SOLO O REQUIERE ALIMENTACIÓN ENTERAL.</p>
<p>A: INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES. B: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS UNA CUALQUIERA. C: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. D: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA. E: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC Y OTRA CUALQUIERA. F: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA. G: DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.</p>
RESULTADO: ÍNDICE DE KATZ: _____

Adaptado de: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963;185:914-919

ESCALA DE LAWTON & BRODY

	MUJER	VARON
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		
UTILIZAR EL TELEFONO POR INICIATIVA PROPIA	1	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NUMEROS FAMILIARES	1	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR EL TELÉFONO PERO NO MARCAR	1	1
NO UTILIZA EL TELEFONO	0	0
2. HACER COMPRAS		
REALIZA TODAS LAS COMPRAS NECESARIAS INDEPENDIEMENTE	1	1
REALIZA INDEPENDIEMENTE PEQUEÑAS COMPRAS	0	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA REALIZAR CUALQUIER COMPRA	0	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
ORGANIZA, PREPARA Y SIRVE LAS COMIDAS POR SI SOLO ADECUADAMENTE	1	1
PREPARA, ADECUADAMENTE LAS COMIDAS SI SE LE PROPORCIONAN LOS INGREDIENTES	0	0
PREPARA, CALIENTA Y SIRVE LAS COMIDAS PERO NO SIGUEN UNA DIETA ADECUADA	0	0
NECESITA QUE LE PREPAREN Y SIRVAN LAS COMIDAS	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
MANTIENE LA CASA SOLO CON AYUDA OCASIONAL (PARA TRABAJOS PESADOS)	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS , COMO LAVAR LOS PLATOS O HACER LAS CAMAS	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, PERO NO PUEDE MANTENER UN ADECUADO NIVEL DE LIMPIEZA	1	1
NECESITA AYUDA EN TODAS LAS LABORES DE LA CASA	1	1
NO PARTICIPA EN NINGUNA LABOR DE LA CASA	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
LAVA POR SI SOLO TODA SU ROPA	1	1
LAVA POR SI SOLO PEQUEÑAS PRENDAS	1	1
TODO EL LAVADO DE ROPA DEBE SER REALIZADO POR OTRO	0	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE	1	1
ES CAPAZ DE TOMAR UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRANSPORTE	1	1
VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO CUANDO VA ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONA	1	0
UTILIZA EL TAXI O EL AUTOMÓVIL SOLO CON AYUDA DE OTROS	0	0
NO VIAJA EN ABSOLUTO	0	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACIÓN A LA HORA Y DOSIS CORRECTA	1	1
TOMA SU MEDICACIÓN SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0	0
NO ES CAPAZ DE ADMINISTRARSE SU MEDICACIÓN	0	0
8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS		
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS POR SI SOLO	1	1
REALIZA LAS COMPRAS DE CADA DIA, PERO NECESITA AYUDA EN LAS GRANDES COMPRAS Y EN LOS BANCOS	1	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0	0

Adaptado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.

CUESTIONARIO FF-SIL

No.	Vivencias	Casi nunca	Poca veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes en la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de las demás familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Funcional.....De 70 a 57 puntos

Moderadamente funcional.....De 56 a 43 puntos

Disfuncional..... De 42 a 28 puntos

Severamente disfuncional..... .De 27 a 14 puntos

ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL :

CONTINENCIA	<p>5-Perfectamente continente.</p> <p>4-Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.</p> <p>3-Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.</p> <p>2-Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana.</p> <p>1-Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.</p>
MOVILIDAD	<p>5-Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar.</p> <p>4-Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.</p> <p>3-Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.</p> <p>2-Depende para moverse de la ayuda de otra persona.</p> <p>1-Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.</p>
EQUILIBRIO	<p>5-No refiere trastornos del equilibrio.</p> <p>4-Refiere trastornos del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana.</p> <p>3-Trastornos del equilibrio con caídas y limitaciones de la autonomía.</p> <p>2-Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana.</p> <p>1-La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.</p>
VISIÓN	<p>5-Tiene visión normal aunque para ello use lentes.</p> <p>4-Refiere dificultad para ver pero esto no lo limita en su vida cotidiana.</p> <p>3-Dificultad para ver que limita en sus actividades cotidianas.</p> <p>2-Problemas de la visión que le obligan a depender de otra persona.</p> <p>1-Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.</p>
AUDICIÓN	<p>5-Tiene audición normal aunque para ello use prótesis auditiva.</p> <p>4-Refiere dificultad para oír, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.</p> <p>3-Dificultad para oír, con algunas</p>

	<p>limitaciones en la comunicación.</p> <p>2-Severos problemas de audición que le limitan la comunicación.</p> <p>1-Sordo o aislado por falta de audición.</p>
USO DE MEDICAMENTOS	<p>5-No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos.</p> <p>4-Usa menos de 3 de forma habitual.</p>
<p>3-Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.</p> <p>2-Usa más de 6 medicamentos.</p> <p>1-Se automedica o no lleva el control de los medicamentos que toma.</p>	
SUEÑO	<p>5-No refiere trastornos del sueño.</p> <p>4-Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos.</p> <p>3-Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga.</p> <p>2-Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.</p> <p>1-Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.</p>
ESTADO EMOCIONAL	<p>5-Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.</p> <p>4-Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda.</p> <p>3-Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos.</p> <p>2-Mantiene limitación por trastornos emocionales aún con tratamiento.</p> <p>1-Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida.</p>
MEMORIA	<p>5-Buena memoria. Niega trastornos de la misma.</p> <p>4-Refiere problemas de memoria pero no limitan sus actividades diarias.</p> <p>3-Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida.</p> <p>2-Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo.</p> <p>1-La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente.</p>
SITUACIÓN FAMILIAR	<p>5-Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades.</p> <p>4-Existe apoyo familiar, pero tiene limitación en alguna ocasión.</p> <p>3-El apoyo familiar está restringido a situación de crisis.</p>

	<p>2-El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis. 1-Ausencia o abandono familiar total.</p>
SITUACIÓN SOCIAL	<p>5-Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos. 4-Buena relación social. Tiene apoyo, limitado de vecinos o amigos. 3-Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis. 2-Relación social limitada. Ausencia de de apoyo de vecinos y/o amigos. 1-Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos.</p>
SITUACIÓN ECONÓMICA	<p>5-Niega problemas económicos. 4-Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras. 3-Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas. 2-Tiene habitualmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas. 1-Depende económicamente de la asistencia social.</p>

ESTADO FUNCIONAL GLOBAL	<p>5-Es independiente, activo y está satisfecho de la vida que lleva. 4-Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho. 3-Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros. 2-Depende en su vida diaria de los cuidados de otras personas. 1-Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.</p>
<p>Instrucciones: defina el ítem por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Entre la dude entre ítems marque el inferior.</p>	

DEFINICIONES OPERACIONALES:

GERIATRIA:

Rama de la medicina , que estudia los procesos patológicos, que afectan al adulto mayor, con las mismas consecuencias biopsico sociales.

ANCIANO ADULTO MAYOR:

Persona mayor de 60 años.

CALIDAD DE VIDA:

Condición que resulta del equilibrio, entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano subjetivo, como el objetivo.

EVALUACION INTEGRAL:

Evaluación multidimensional, a través de un equipo multidisciplinario, que exige al médico geriatra una formación integral,sobre los aspectos que le permitan abarcar hechos diferentes.

Incluye:

- 1.-Valoración funcional
- 2.-Valoración nutricional
- 3.-Polifarmacia
- 4.-Riesgo para úlceras por presión
- 5.-Riesgo de caídas

VALORACIÓN FUNCIONAL:

Valora las actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, uso de sanitario,moverse), utiliza el índice de Katz.

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria /ABVD), se toman en cuenta los siguientes criterios:

INDEPENDIENTE: Cuando no requiere de ayuda, para realizar las 6 actividades de la vida cotidiana.

DEPENDIENTE: cuando se realiza de forma dependiente al menos una de las 6 actividades. Requiere de ayuda.

AVD – I (ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTAL):

Miden la capacidad de la persona para desenvolverse en la comunidad de forma independiente, e incluyen actividades complejas.

