UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

MAESTRÍA EN MEDICINA FAMILIAR

TEMA:

"INVESTIGACIÓN INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CANTÓN CATAMAYO"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MASTER EN MEDICINA FAMILIAR

Autoras:

Dra. Miroslava Correa

Dra. Dolores Herrera

Dra. Nilian Ochoa

Director:

Dr. Ángel Ordoñez Castillo

LOJA – ECUADOR

2010

TEMA:

INVESTIGACIÓN INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CANTÓN CATAMAYO

Dr. Ángel Ordoñez Castillo

CATEDRÁTICO DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

C E R T I F I C A:

Como Director del presente trabajo “Investigación Integral de la Problemática de Salud del Adulto Mayor y la Funcionalidad Familiar del Cantón Catamayo” presentada como Tesis de Grado previa a la obtención del Título de la Maestría en Medicina Familiar, la cual ha sido cuidadosamente revisada, autorizo a sus autoras: Dra. Miroslava Correa, Dra. Dolores Herrera y Dra. Nilian Ochoa para su presentación.

Dr. Ángel Ordoñez Castillo

DIRECTOR

AUTORÍA

Los conceptos, criterios, opiniones, resultados, conclusiones y recomendaciones emitidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de las Autoras.

_____ _____

Dra. Miroslava Correa Dra. Dolores Herrera

_____

Dra. Nilian Ochoa

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a Dios, por concedernos la vida y la oportunidad de superarnos cada día.

Al culminar con la presente investigación agradecemos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y especialmente al Postgrado de la Maestría de Medicina Familiar que nos permitieron formarnos profesionalmente para el servicio humano.

Al Dr. Ángel Ordoñez Castillo, Director de Tesis por sus sugerencias, comentarios y apoyo para la realización del presente trabajo.

Agradecemos a nuestros padres, esposos e hijos, por su comprensión y el apoyo brindado para la elaboración de la presente investigación.

Por último agradecemos a cada una de las familias del sector urbano del Cantón Catamayo, que colaboraron y participaron libremente y son parte de este estudio.

DEDICATORIA

A mis hijos Carlitos, Karolina y Mathias por su cariño y paciencia, a mis padres compañeros silenciosos de mi desarrollo humano y profesional y a mi esposo por brindarme su apoyo y comprensión.

Lolita

Agradezco a Dios por el regalo de la vida y dedico este pequeño trabajo a mi esposo, hijos, padres pilares fundamentales de mi existencia.

Miroslava

A mi Dios creador de todo

A mis padres por su bondad y consejos

A mi esposo y a mis hijos pilares fundamentales

para la culminación de mis estudios

Nilian

INDICE

TEMA		**i**
AUTORIA		**iii**
AGRADECIMIENTO		**iv**
DEDICATORIA		**v**
I.	**INTRODUCCIÓN**	**1**
II.	**JUSTIFICACIÓN**	**6**
III.	**OBJETIVOS**	**7**
	3.1. Objetivo general:	**7**
	3.2. Objetivos específicos:	**7**
IV.	**METODOLOGÍA**	**8**
	4.1. Universo y Muestra	**8**
	4.1.1. Muestra	**9**
	4.2. Técnicas y Procedimientos	**9**
	4.2.1. Valoración clínica	**9**
	4.2.2. Valoración funcional	**10**
	4.2.3. Valoración Psicológica	**11**
	4.2.4. Valoración Social	**13**
	4.2.5. Caracterización Familiar	**14**
	4.2.6. Funcionalidad Familiar	**14**
V.	**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**	**17**
VI.	**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA**	**46**

PROBLEMÁTICA DEL ADULTO MAYOR, Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN EL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CATAMAYO

6.1. INTRODUCCIÓN **46**

6.2. OBJETIVOS **48**

6.2.1. OBJETIVO GENERAL **48**

6.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS **48**

6.3. ACTIVIDADES PARA COMPLEMENTAR LOS OBJETIVOS **49**

6.3.1. APLICAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, FUNCIONAL, MENTAL Y SOCIAL **49**

6.3.2. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES **50**

6.3.3. MEJORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. **51**

6.4. METODOLOGÍA **51**

6.5. PROCEDIMIENTO **52**

6.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES **54**

6.7. RESULTADOS ESPERADOS **55**

6.8. MODELO DE TALLER **55**

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **58**

7.1. CONCLUSIONES **59**

7.2. RECOMENDACIONES **59**

VIII. RESUMEN **61**

IX. BIBLIOGRAFÍA **65**

ANEXOS **68**

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad. Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países. “El enfoque del ciclo de vida es una perspectiva integradora, que parte de la idea de que el envejecimiento es un proceso de evolución que se inicia en el nacimiento y cuya experiencia varía en función de factores tanto biológicos como sociales e históricos, y que al ser un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida, exige considerar el efecto de las acciones realizadas en etapas precedentes”. [1]

Este encuadre que permite relacionar las diferentes disciplinas que intentan explicar el envejecimiento, entiende que “La vejez no implica una ruptura en el tiempo, una etapa terminal, sino es que es parte de un proceso en que el individuo se relaciona con la estructura social con el mismo sentido que lo hizo en otras etapas de la vida, aunque varíen las formas sociales” [2]. El proceso de envejecer es dinámico desde los treinta años, donde empiezan los fenómenos catabólicos, de forma progresiva, con el paso de los años se inicia un deterioro que hace al hombre más vulnerable a

[1] Maestría en Medicina Familiar. La salud integral del adulto mayor. Módulo VI. Pág. 1. Loja-Ecuador. 2003-2006

[2]CEPAL/ CELADE (2007). Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile pág. 36-37.

las agresiones externas, de modo que en esta fase aumenta la morbilidad y mortalidad.

"Con respecto a la esperanza de vida en nuestro país al nacer es de 74,2 años. Para los varones es de 71,3 y para las mujeres de 77,2 años. La esperanza de vida adicional a los sesenta y cinco años es para los hombres 17,9 años y para las mujeres 19,65 años"[3]

En el marco de las Naciones Unidas y sus agencias especializadas son considerados adultos mayores, en la mayor parte de los casos, las personas que tienen 60 años o más. En los países de América Latina se adoptan diferentes parámetros a nivel nacional, que oscilan entre los 60 y los 65."Al final del análisis de los datos de Ecuador, sin embargo, se utilizará el límite inferior de los 65 años, dado que en el país se considera adultos mayores, casi universalmente, a las personas de 65 años y más"[4]

"La Organización Mundial de la Salud sugiere que: podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de "envejecimiento activo" que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad". [5] Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la

[3] OISS (2001). Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos pág. 185

[4]CEPAL/ CELADE (2007). Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile pág. 36-37

[5]Salinas Manrique Juan. MSP. Atención Integral del adulto mayor

disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población.

"La República del Ecuador es uno de los países de América Latina que ha entrado de lleno a la transición demográfica, como respuesta a los cambios sociales y económicos que tuvieron lugar en las tres últimas décadas: un mayor desarrollo económico, la difusión de los avances médicos y el mayor acceso de la población a los servicios de salud, incluyendo el conocimiento y el uso métodos de planificación familiar y el mayor acceso de la educación entre otros"[6]

"Para el año 2005 la población de adultos proyectada del Censo 2001 del INEC, por grupos de edad tiene los siguientes datos: Población de adultos de 40 a 64 años es de 2'671.063 habitantes y de adultos mayores de 65 años y mas, es de 752.154.Para el año 2010 se estima que la población de 40-64 años será de 3'120.223 que representa el 14.4% de aumento con respecto al año 2005; y los adultos mayores de 65 años y mas llegarán a 896.40, que representan el 16% de aumento con respecto al año 2005 ."[7]

"La transición epidemiológica se ha caracterizado por el desplazamiento del predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias

[6]CEPAL/ CELADE (2007). Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile pág. 36-37
[7]Ministerio de Salud Pública del Ecuador.Programa de Atención integral del Adulto y Adulto Mayor. Dr. Juan Salinas Manrique. 2004

propias del subdesarrollo y relacionadas con la pobreza, a presentar enfermedades propias de los procesos de modernización como las patologías crónicas degenerativas: Cáncer, Hipertensión Arterial, Cardiopatías isquémicas, osteoartritis, Parkinson, depresiones, insomnio, ansiedad, síndromes geriátricos como demencias, inmovilidad, incontinencia, caídas y otros problemas como maltrato físico, psicológico, económico, abandono y alcoholismo.

Los problemas del Adulto mayor tienen repercusiones inmediatas en la familia y la sociedad, la necesidad de resolver sus propios conflictos produce un aumento de las demandas y de la dependencia afectiva y material hacia la familia y la comunidad. La atención gerontológica por la complejidad de los problemas físicos, cognoscitivos y sociales del adulto mayor involucra un equipo multidisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas, y garantizar el seguimiento de los casos a largo plazo.

Después de haber realizado nuestros estudios de formación previa a la obtención del Título de Master en Medicina familiar, como Médicos de Familia, conocedores de la realidad de salud local y con el propósito de contribuir a la conservación de la salud y prevención de las enfermedades se desarrolla el presente trabajo denominado “Investigación Integral de la Problemática de salud del adulto mayor y la Funcionalidad Familiar del Cantón Catamayo”

El Cantón Catamayo se encuentra ubicado a 32 Km. lineales hacia el occidente de la ciudad de Loja, entre las faldas del ramal central y occidental de la Cordillera Sur de los Andes Ecuatorianos. Su superficie es de 1174.65 Km. cuadrados que representan aproximadamente el 14.3% de la provincia de Loja. a una altitud de 1230 m. sobre el nivel del mar. El suelo en general es arcilloso pero existen múltiples bosquecillos y matorrales secos y espinosos de clima subtropical. El Valle tiene una topografía relativamente regular lo que determina un clima sin bruscos cambios de temperatura, promediando los 23.8 grados centígrados durante todo el año. Sus límites son al norte con la provincia del Oro, al sur con el Cantón Gonzanamá, al este con el Cantón Loja y al oeste con el cantón Paltas.

"La población del Cantón Catamayo según el censo del 2001 es de 27.000 habitantes, que representa el 6.7% del total de la provincia de Loja. El 36.5% de su población reside en el área rural; se caracteriza por ser una población joven, ya que el 48.4% son menores de 20 años según se puede observar en la pirámide de la población por edades y sexo"[8]. En el área urbana del cantón Catamayo su población total es de 17.140 que representa los 63,5% distribuidos en 8.298 hombres (49,4%) y 8.842 mujeres (50,6%).

[8]INEC, datos de población de Catamayo. Censo 2001

II. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge como una necesidad de disponer de datos locales reales sobre la problemática de salud del adulto mayor de manera integral tanto en el aspecto funcional, social y psicológico con enfoque familiar, por estar afectada de una pluripatología, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, las que se manifiesta en forma insidiosa y progresiva y en ocasiones mal interpretada por el propio paciente, familiares y personal de salud, como envejecimiento normal.

El análisis sobre esta problemática, nos permitió realizar una Propuesta de Intervención para implementar planes o programas con el objeto de trazar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos a largo plazo, mejorando la calidad de vida , fomentando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y establecer un plan de cuidado junto con la familia como factor determinante que facilita la recuperación del adulto mayor durante su enfermedad y sirve de apoyo en las decisiones terapéuticas a adoptar en cada caso y reintegrarlo a la sociedad.

III. OBJETIVOS

3.3. OBJETIVO GENERAL:

Conocer el estado de Salud Integral de los Adultos Mayores y su relación con la familia del Cantón Catamayo, para construir una propuesta de intervención en Promoción, Curación y Rehabilitación del Adulto Mayor.

3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterización demográfica de los adultos mayores del Cantón Catamayo
- Diagnóstico Integral: Clínico , psicológico, funcional y social del Adulto Mayor
- Caracterización de la familia del Adulto Mayor.
- Construcción de una propuesta de intervención de Promoción, curación y rehabilitación del Adulto Mayor

IV. METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio Descriptivo y Transversal que pretende determinar la problemática de Salud del Adulto Mayor y la funcionalidad familiar del Cantón Catamayo. El objetivo de esta propuesta es la valoración integral del adulto mayor mediante un plan de cuidados que mejoren y mantengan la calidad de vida fomentando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las actividades que van a desarrollarse se deben individualizar ateniendo a la calidad y expectativa del adulto mayor.

4.1. UNIVERSO Y MUESTRA

En lo que respecta a los adultos mayores en el Cantón Catamayo suman una población de 2178, representando el 8% del total de la población; distribuido de acuerdo al rango de edad de la siguiente manera:

Datos de población del Cantón Catamayo según INEC

Edad	Hombres	%	Mujeres	%
65-69	335	31.48	353	31.69
70-74	234	21,99	229	20.56
75-79	194	18.23	194	17.41
80-84	148	13.92	130	11,67
85 y más	153	14.38	208	18.67
TOTAL	**1064**	**100.00**	**1114**	**100.00**

Fuente: INEC, Censo 2001
Elaboración: Autoras

4.1.1. Muestra

La población del presente estudio está dada por los adultos mayores, en el contexto de las familias que conviven con él, en la zona urbana del Cantón Catamayo, tomándose una muestra de 100 familias que fueron captadas y estudiadas durante el proceso de formación.

4.2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para cumplir con los objetivos propuestos, se utilizó la Historia Clínica Geriátrica, tomando aspectos relevantes, encaminados a la valoración clínica, funcional, psicológica, y social, Caracterización y Funcionalidad Familiar; utilizando diferentes parámetros como índice, escalas, apgar familiar y prueba de funcionamiento familiar que las describiremos a continuación. Anexo 2.

4.2.1. Valoración clínica

Constituye el punto de partida de toda valoración integral del Adulto Mayor y engloba la anamnesis, la exploración física y la realización de pruebas complementarias..La configuración de la Historia Clínica debe ser lo más detallada posible:

La **anamnesis** recoge datos sobre los antecedentes familiares de primer grado (enfermedades, causas de fallecimientos, etc.); antecedentes personales de patologías previas, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, alergias, presencia de factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo, consumo de alcohol, situación socio familiar, nivel de instrucción y estilo de vida.

En la **exploración física** se sigue la misma sistemática que a cualquier edad, con algunas apreciaciones: signos patológicos de aquellos que son propios del envejecimiento, dirigida exclusivamente al síntoma que refiere el enfermo y se deben explorar órganos aparentemente sanos. Se debe valorar inicialmente el estado general del adulto mayor, seguido de la toma de los signos vitales y la secuencia exploratoria de los sistemas y órganos.

4.2.2. Valoración funcional

La pérdida de las funciones hace al adulto mayor más dependiente frágil y aumenta la morbilidad y la mortalidad. Por ello, esta valoración es la más importante, asocie o no patología, y debe realizarse de manera periódica cuando se ha detectado un deterioro funcional. Se emplean escalas que miden la capacidad o dependencia del Adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria. En nuestro trabajo investigativo se aplico la Escala de valoración funcional**:**

Índice de Katz:[9] Consiste en la valoración de funciones fundamentales para la independencia que incluyen 6 items, Bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse de la cama a la silla continencia y alimentación. Y se obtienen varios índices:

a. Independiente para todos los ítems
b. Independiente para todo excepto 1.
c. Independiente para todo excepto baño y cualquier otro.
d. Independiente para todo excepto baño, vestido y cualquier otro.
e. Independiente para todo excepto baño, vestido, retrete, y cualquier otro.
f. Independiente para todo excepto baño, vestido, retrete, movilidad y cualquier otro.
g. Dependiente para las seis funciones
h. Dependiente en al menos dos funciones no clasificables como C, D, E o F (Semiindependiente).

4.2.3. Valoración Psicológica

Cada día cobra mayor relevancia la valoración del estado mental del Adulto mayor y para ello se recurre a métodos directos como la anamnesis, la exploración física y neurológica principalmente, las pruebas complementarias necesarias y aplicando las escalas disponibles. Para

[9] M. ª PAZ Martín Gómez. Valoración Integral del Adulto Mayor, capitulo 15. Pág. 198

valorar la esfera emocional del adulto mayor en nuestro estudio se aplico la siguiente escala:

Escala de YESAVAGE[10]reducida a quince preguntas:

1. ¿Esta satisfecho con su vida?
2. ¿Abandonado muchas actividades e intereses?
3. ¿Nota que su vida esta vacía?
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?
5. ¿La mayor parte del tiempo esta de buen humor?
6. ¿Tiene miedo a que le pase algo malo?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del día?
8. ¿Se siente a menudo abandonado?
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en lugar de salir y hacer cosas?
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?
13. ¿Se encuentra lleno de energía?
14. ¿Cree que su situación es desesperada?
15. ¿Cree que los demás están mejor que usted?

[10] Maestría Medicina Familiar (2006). La Salud Integral del Adulto Mayor, Modulo VI, Pág. 11

Respuestas depresivas: NO en 1, 5,7, 11, y 13, SI en las restantes. Cada una de las respuestas depresivas corresponde a un punto, se considera que el Test es negativo si las respuestas depresivas suman hasta 5 puntos. Un valor de 6 a 10 es sugestivo de depresión moderada y uno superior a 11 como de depresión severa.

4.2.4. Valoración Social

La integración de la persona mayor en la sociedad es un índice de bienestar físico y mental, mientras que el aislamiento incrementa el riesgo de morbilidad. En la evaluación de la esfera social, se utilizó el cuestionario de **Apgar- Familiar**[11]que valora: fuentes de ingreso, vivienda, servicios básicos, redes de apoyo con la que cuenta y servicios públicos que conoce. Entre los parámetros se anotan:

- Satisfacción de necesidades básicas: si poco no
- Apoyo emocional si no
- Requiere cuidador si no

[11] Maestría Medicina Familiar (2006). La Familia, Modulo II. Pág. 48,49

4.2.5. Caracterización Familiar

La familia según su estructura es útil para describir su composición en un momento determinado de su desarrollo y en determinadas condiciones de convivencia. En el presente estudio investigativo se realizó en base ha su: composición:

- Nuclear
- Extensa o extendida
- Mixta o ampliada[12]

4.2.6. Funcionalidad Familiar

Valora las relaciones interpersonales que se dan en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. La evaluación familiar por lo general se clasifica en funcional o disfuncional, según cumpla o no tres esferas básicas de funciones:

- Esfera de tareas básicas: satisfacción de necesidades materiales.
- Esfera de tareas de desarrollo: relacionadas con el ciclo vital.
- Esfera de tareas arriesgadas: valora la capacidad de la familia para dar solución a las crisis.

[12] Maestría Medicina Familiar (2006). La Familia, Modulo II. Pág. 34

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar denominada FF – SIL- Pérez[13]diseñada en Cuba en 1994. para medir, que es de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria, donde se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en una familia o no. Clasificando y marcando con una X la respuesta según la frecuencia en la que la situación se presente: Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4) y casi siempre (5):

1. Se toman decisiones para cosas importantes de 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 y directa
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles.
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas
11. situaciones
12. Podemos conversar diversos temas sin temor

[13] Maestría Medicina Familiar (2006). La Familia, Modulo II. Pág. 53

13. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas
14. Los intereses y necesidades de cada cual sonrespetados por el núcleo familiar
15. Nos demostramos el cariño que nos tenemos

La puntuación final se obtiene de la suma de los ítems y permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

Familia Funcional	70-57
Familia Moderadamente Funcional	56-43
Familia Disfuncional	42-28
Familia Severamente Disfuncional	27-14.

Una vez recolectada la información relacionada con la valoración clínica, funcional, psicológica, social del adulto mayor y caracterización familiar, se sistematizó la información y se construyó tablas porcentuales y representaciones gráficas de pasteles y barras sobre la problemática investigada, para luego construir una propuesta de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida de la población objeto de estudio.

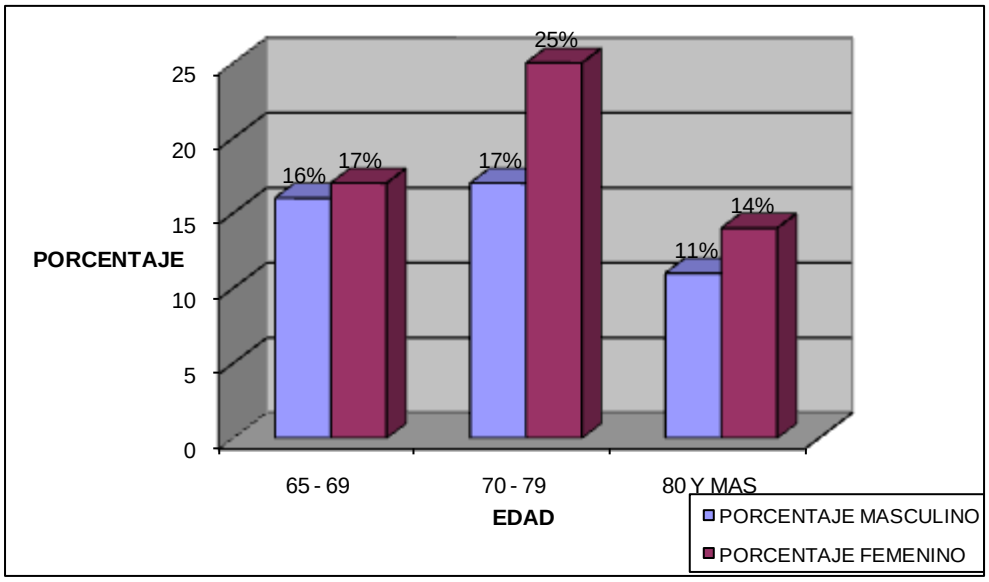
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA No 1.- Distribución de los Adultos Mayores por Grupo de Edad de Las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

EDAD		65 – 69	70 - 79	80 Y MÁS	TOTAL
PORCENTAJE	MASCULINO	16	17	11	44
	FEMENINO	17	25	14	56

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 1.- Distribución de los Adultos Mayores por Grupo de Edad de Las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

En el presente estudio podemos apreciar que el grupo de edad que predomina es de 70 a 79 años de edad con el 42%, seguida del grupo de 65 a 69 años con el 33%, y luego el grupo de edad de 80 y más con el 25%, y en todos ellos un claro predominio del grupo 70 a 79 años y del sexo femenino. “Datos parecidos a los encontrados en el Censo 2001 (pirámide poblacional Anexo 2) donde existe predominio del grupo de 70 a 79 con el 39%, de 65 a 69 años 32%, y de 80 y mas el 29%.” Sobre la población ecuatoriana, el número de personas mayores de 60 años es de 1 214.515 (8,86% de la población total), dentro de este subgrupo, los adultos mayores de 75 años suman 218.613 personas, lo cual representa el 18% de la población adulta mayor. [14]

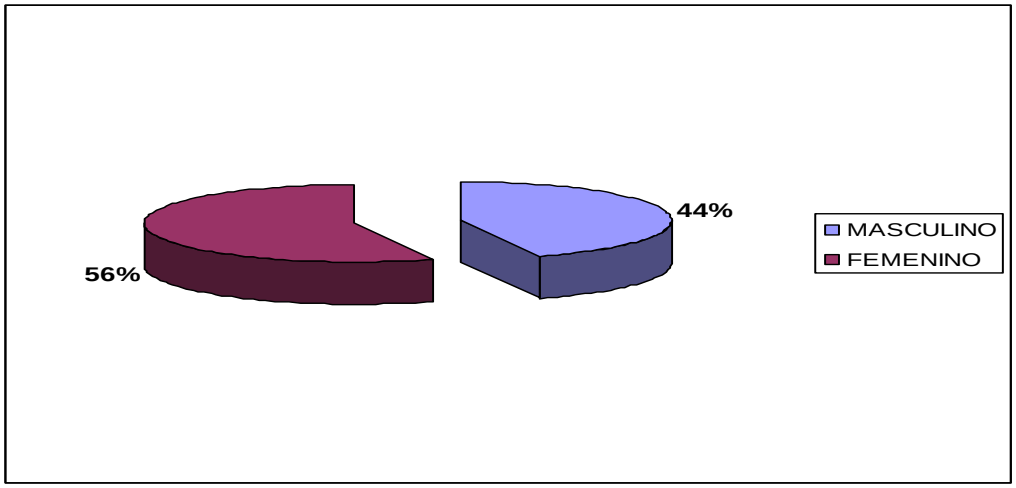
TABLA No 2.- Distribución de los Adultos Mayores por Sexo de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
PORCENTAJE	44	56	100

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

[14] OISS. Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos

GRAFICO No 2.- Distribución de los Adultos Mayores por Sexo de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

Se determina que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con el 56% frente al sexo masculino cuyo porcentaje es del 44%.. Al diferenciar por género, entre las mujeres se advierte una mayor presencia relativa en las regiones urbanas, con un 53,97% frente a un 48,07% de los varones, lo que justificaría la diferencia entre géneros evidenciada en nuestro estudio. La esperanza de vida adicional a los sesenta y cinco años es para los hombres 17,9 años y para las mujeres 19,65 años. En el período 1950-1955 la diferencia entre los sexos era de sólo 1,6 años pero en el quinquenio2000-2005 con una mortalidad mucho más baja y una esperanza de vida superior a los 70 años, las mujeres ecuatorianas viven en promedio

6 años más que los hombres. Esta transformación demuestra el alto proceso de feminización que atraviesa la sociedad. [15]

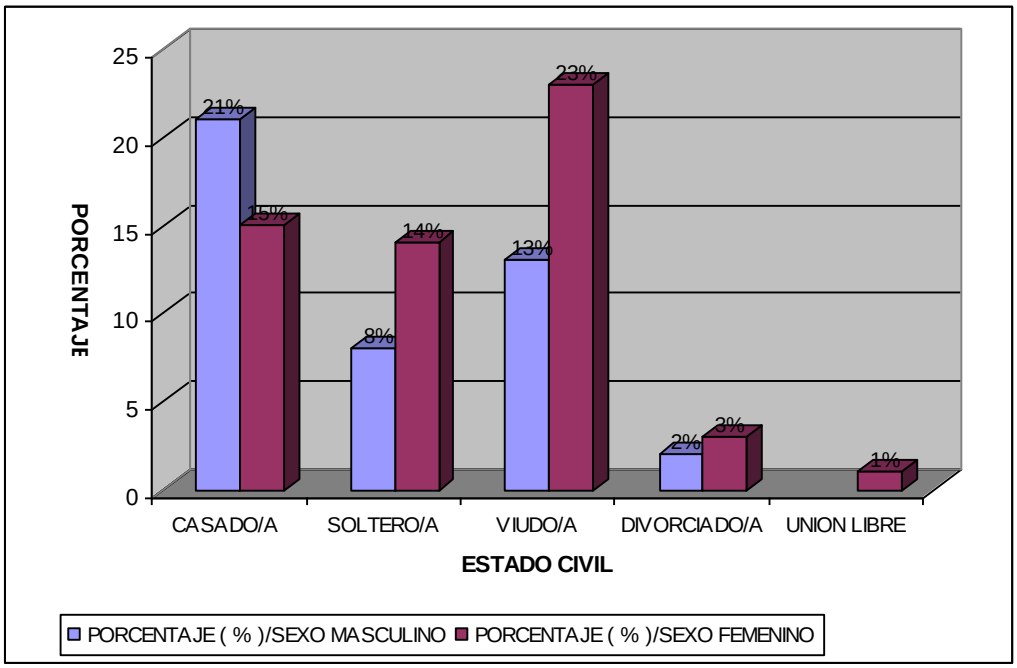
TABLA No 3.- Estado Civil de los Adultos Mayores de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE (%)/SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
CASADO/A	21	15
SOLTERO/A	8	14
VIUDO/A	13	23
DIVORCIADO/A	2	3
UNIÓN LIBRE	-	1
TOTAL	44	56

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

[15] OISS
Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos

GRAFICO No 3.- Estado Civil de los Adultos Mayores de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

Se observa que existe una mayor frecuencia del estado civil casado con el 36%, viudo el 36%, soltero el 22%, divorciado el 5%, unión libre el 1%, con un claro predominio del estado civil casado en los hombres y viudo en las mujeres. Llama la atención el alto porcentaje de viudos que se justifica, en esta edad por cuanto ya se observa desmembramiento familiar, predominantemente por fallecimiento de uno de los miembros de la pareja. Se observa que el 53,7% a nivel nacional (poco más de la mitad de la población en estas edades) se declaraba casado o unido para la fecha censal. Este porcentaje aumenta considerablemente cuando se trata de hombres (64,7%), y especialmente de los hombres rurales (67,1%). Contrariamente sólo el 39,9% de las mujeres urbanas y el 49,3% de las rurales se declararon casadas o unidas. Estos datos son parecidos a los

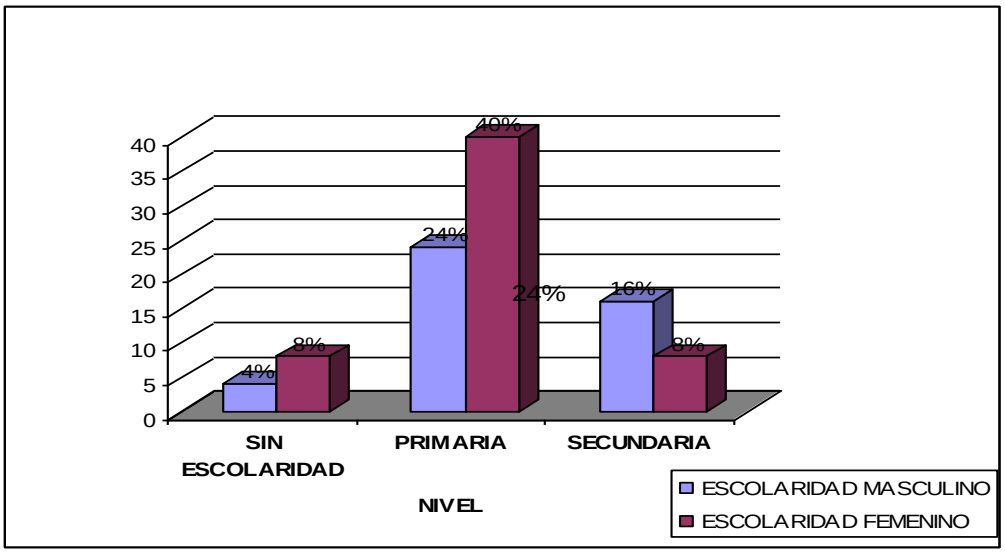
encontrados en el estudio de Souza et 2006 - Brasil donde se observa que el 40% corresponde a casado, el 48% a viudo y divorciado.

TABLA No 4.- Nivel de Escolaridad de los Adultos Mayores de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.

ESCOLARIDAD		
SEXO	**MASCULINO**	**FEMENINO**
SIN ESCOLARIDAD	4	8
PRIMARIA	24	40
SECUNDARIA	16	8
TOTAL	**44**	**56**

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 4.- Nivel de Escolaridad de los Adultos Mayores de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

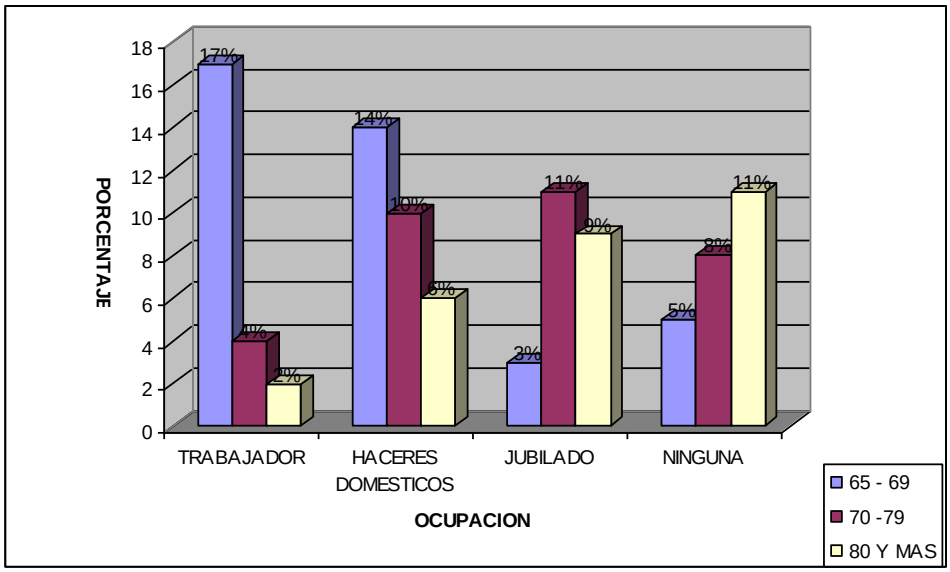
Los adultos mayores poseen únicamente instrucción primaria el 64%, secundaria el 24%, sin escolaridad el 12%, en todos estos datos se evidencia un claro predominio del sexo masculino. Los adultos mayores tienen oportunidades educativas limitadas, grandes segmentos de poblaciones adultas son analfabetos es así que en el Estudio sobre Comportamiento del Adulto Mayor realizado en el Perú Área de salud de Calabazar 2006 se observa el 38% de analfabetismo, con escolaridad el 44.5% que corresponde al nivel escolar de primaria, nivel de estudios secundarios 37.5%, datos aun mas inferiores a los encontrados en esta investigación.

TABLA No 5.- Distribución de los Adultos Mayores por Ocupación de Las Familias Investigadas, Enero - Junio 2009

OCUPACIÓN POR GRUPO DE EDAD	65 - 69	70 -79	80 Y MAS
TRABAJADOR	17	4	2
HACERES DOMÉSTICOS	14	10	6
JUBILADO	3	11	9
NINGUNA	5	8	11
TOTAL	**39**	**33**	**28**

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 5.- Distribución de los Adultos Mayores por Ocupación de Las Familias Investigadas, Enero - Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

Existe un claro predominio de ocupación quehaceres domésticos con el 30%, 23% trabajador, el 23% jubilado, y sin ninguna ocupación el 24%. La participación laboral del adulto mayor en Ecuador con frecuencia se torna prácticamente necesaria como parte de la complementación económica familiar. Al interior del grupo de adultos mayores en Ecuador, la población económicamente activa (PEA) constituye el 37,9% del total, frente a un 62,1% de personas que se declaran inactivas (PEI), aunque solo el 43,4% de ellas manifestaron recibir alguna pensión o jubilación. Cuando se consideran estos -porcentajes discriminándolos por sexo es que estos se polarizan, es la misma sociedad ecuatoriana la que se ha encargado de aislar al adulto mayor, al no insertarlo en actividades laborales.

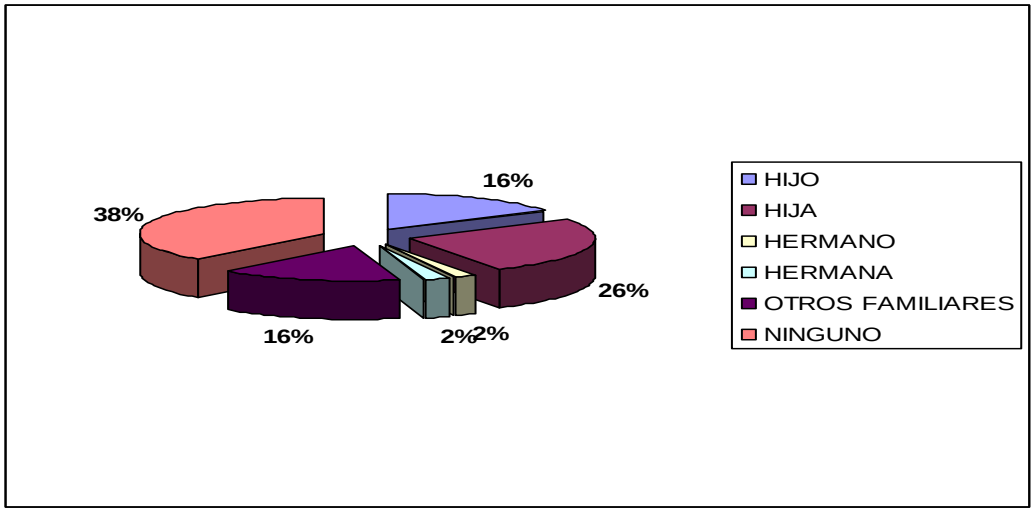
(Proyectosobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos quinquenio 2000-2005 oiis)

TABLA No 6.- Responsable del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.

RESPONSABLE	PORCENTAJE
HIJO	16
HIJA	26
HERMANO	2
HERMANA	2
OTROS FAMILIARES	16
NINGUNO	38
TOTAL	100

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 6.- Responsable del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

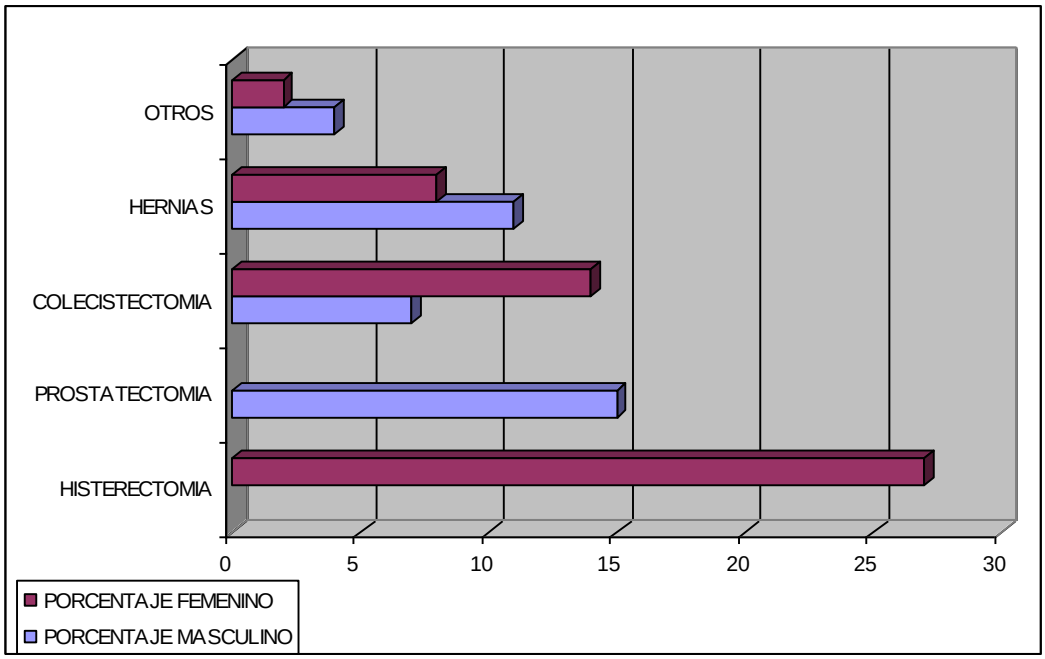
Las hijas mujeres son responsables del adulto mayor en un 26%, los hijos varones en el 16%, hermano o hermana el 2%, otros familiares el 16%, y ninguno el 38%. Estos datos concuerdan con otras investigaciones realizadas a nivel mundial, (Dimensiones Demograficasy de Salud en América Latina y el Caribe Kevin Kinsella, International Population Reports Series P-95) por lo que en varias investigaciones se concluye que es muy beneficioso que se procree una hija mujer que al final de sus días es quien le brinda cuidado y protección. Estos datos concuerdan con estudios como en Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento saludable 2007 Universidad Central donde existe un claro predominio de enfermedades crónico degenerativas y la presencia de una o mas enfermedades es generalizada.

TABLA No 7.- Antecedentes Quirúrgicos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	PORCENTAJE	
	MASCULINO	FEMENINO
HISTERECTOMÍA		27
PROSTATECTOMIA	15	
COLECISTECTOMÍA	7	14
HERNIAS	11	8
OTROS	4	2
NINGUNA	7	5
TOTAL	44	56

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 7.- Antecedentes Quirúrgicos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

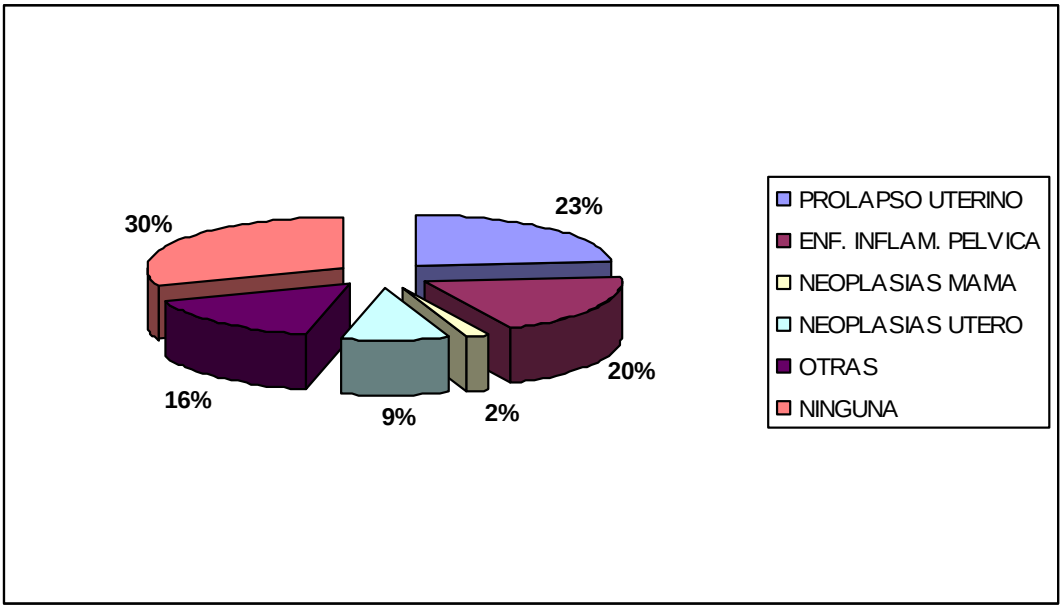
Referente a antecedentes quirúrgicos, observamos que la histerectomía presenta un porcentaje del 27%, luego colecistectomía el 21% siendo mas frecuente en el sexo femenino, prostatectomia el 15%, hernias 19% con mayor frecuencia en el sexo masculino, otros 6%, y ninguna el 12%. Estos antecedentes concuerdan con estudios hechos en Chile donde la cirugía practicada en pacientes geriátricos se ha hecho frecuente especialmente la colecistectomía debida a la alta incidencia de colelitiasis en ese país (Rev. Chilena de Cirugía -Vol. 56, No 4 Junio 2004, Hospital Barros Trudeau)

TABLA No 8.- Antecedentes Gineco Obstétricos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero - Junio 2009.

ANT. GIN. OBSTÉTRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROLAPSO UTERINO	13	23
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	11	20
NEOPLASIAS MAMA	1	2
NEOPLASIAS ÚTERO	5	9
OTRAS	9	16
NINGUNA	17	30
TOTAL	**56**	**100**

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 8.- Antecedentes Gineco Obstétricos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas Enero - Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

Se ha determinado que la patología con mayor frecuencia es el prolapso uterino 23%, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) 20%, neoplasia de mama 2%, neoplasia de útero con el 9%, otras el 16 % y ninguna el 30%, datos similares a los del Programa Interdisciplinario de Estudio Gerontológico, Chile 2007 donde se establece que el envejecimiento normal y la falta de estrógenos después de la menopausia pueden causar prolapso uterino. También lo puede hacer la tos crónica (como la tos de los fumadores) y la obesidad, es frecuente también los tumores, y la involución genital.

TABLA No 9.- Problemas Biomédicos de los Adultos Mayores de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

PROBLEMAS BIOMEDICOS	PORCENTAJE (%)	
	MASCULINO	FEMENINO
HTA	11	15
DIABETES MELLITUS TIPO II	6	9
OSTEOARTICULARES	19	16
GASTROINTESTINALES	15	10
RESPIRATORIOS	21	12
PIEL	7	4
GENITOURINARIOS	9	17
OTROS	12	15

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

El 35% de adultos presentan problemas osteoarticulares, 33 % problemas respiratorios, 26 % hipertensión arterial, 26 % problemas genito urinarios, 25% problemas gastrointestinales, y 15 % diabetes mellitus tipo II, Porcentajes que superan a otros estudios como el estudio en el Policlínico Luís A Furcios Lima, de Cuba 2006, donde se encontró que entre las enfermedades crónicas ocupaba el segundo lugar la osteoartrosis en un 34% en Chile la Encuesta Nacional de Salud abril – diciembre 2003 Chile describe como síntomas músculo esquelético en adultos mayores en el 49,7%.Estos datos si son similares a los referidos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, INEC 2007 donde se ha determinado que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan los primeros lugares. En la Encuesta Nacional de Salud abril – diciembre 2003 Chile particular relevancia tiene el grupo de enfermedades cardiovasculares, que muestra que más de la mitad de la población adulta chilena tiene un riesgo cardiovascular alto o muy alto, con altas tasas de hipertensión, sobrepeso y obesidad, dislipidemia y tabaquismo.

TABLA No 10.- Medicamentos de Consumo del Adulto Mayor da las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

MED. CONSUMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANTIHIPERTENSIVOS	22	22
ANTIDIABÉTICOS	10	10
BRONCODILATADORES	9	9
TRANQUILIZANTES	11	11
MULTIVITAMINAS	62	62
ANTIBIÓTICOS	12	12
AINES	46	46
OTROS	16	16

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

El 62 % corresponden a consumo de multivitaminas, 46 % consumo de antiinflamatorios no esteroidales, 22% antihipertensivos, Datos muy parecidos al estudio con población geriátrica de un consultorio del Médico de Familia del Policlínico "Ana Betancourt", Municipio Playa Cuba 2003, los más prescritos resultaron ser los hipotensores en 38 (13 %), muy seguidos de los diuréticos en 34 adultos mayores (11 %). En el grupo de fármacos auto prescritos se encontraron las vitaminas (23 %), los analgésicos (20 %), los laxantes (19 %), los antihistamínicos (14 %) y psicofármacos (12 %).

TABLA No 11.- Antecedentes Patológicos Familiares en el Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

ANT. PAT. FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
HTA	17	17
DIABETES MELLITUS TIPO II	10	10
ENF. NEUROLOGICAS	9	9
ENF. ARTICULARES	11	11
NEOPLASIAS	62	62
OTRAS	12	12

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

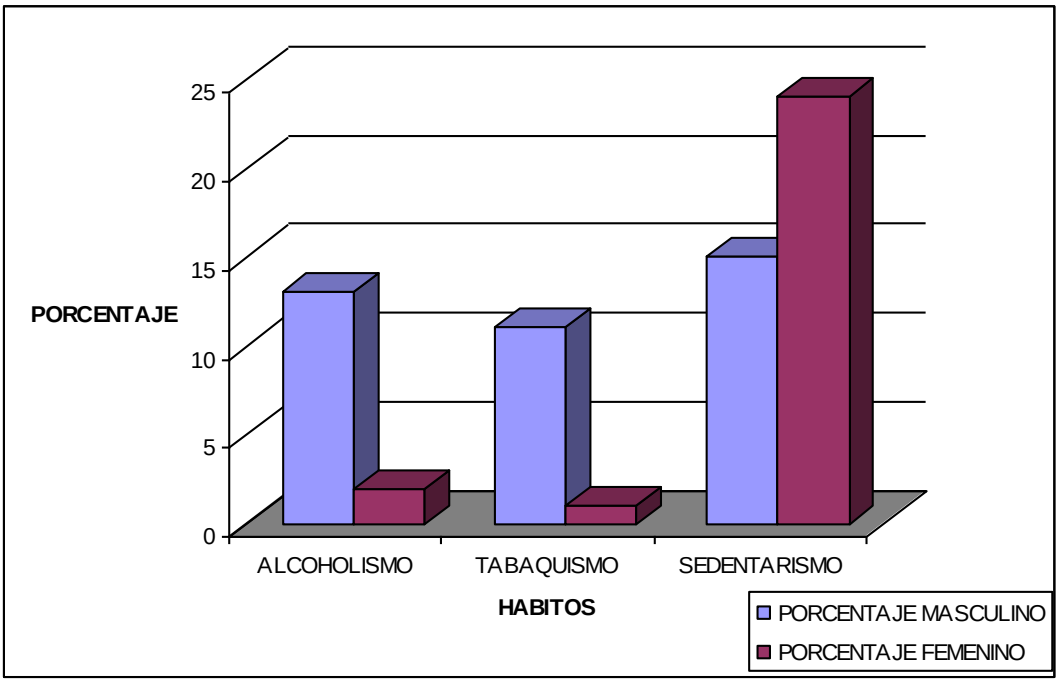
Las neoplasias ocupan el primer lugar con 62 %, seguidos de hipertensión arterial con 17 %, luego enfermedades articulares con el 11%, diabetes mellitus Tipo II con el 10 %, enfermedades neurológicas 9 % y finalmente otras con el 12 %. Esta grafica es muy parecida a la observada en antecedentes patológicos personales con un claro predominio de enfermedades neoplásicas, crónico de generativas y articulares.

TABLA No 12.- Hábitos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

HÁBITOS	PORCENTAJE	
	MASCULINO	FEMENINO
ALCOHOLISMO	13	2
TABAQUISMO	11	1
SEDENTARISMO	15	24
TOTAL	**39**	**27**

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 12.- Hábitos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

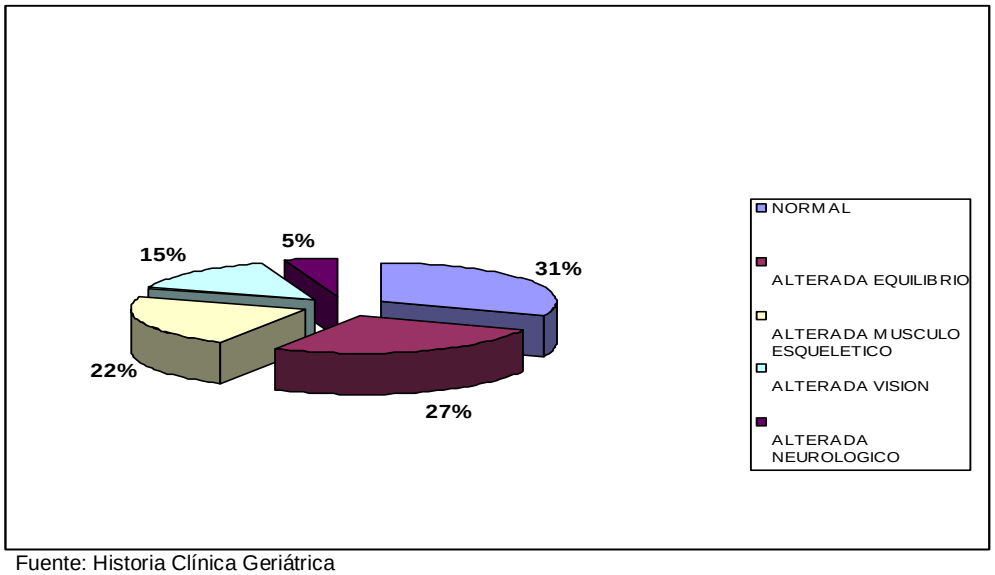
El sedentarismo en el 39% de los adultos objeto de estudio, seguida de consumo de alcohol con el 15% y el consumo de cigarrillo en el 12%, con cierta relación a los datos encontrados en el estudio Fernández en Cuba 2003 que refiere que el 39% de adultos mayores son sedentarios, y el consumo de alcohol registra niveles del 21,9%

TABLA No 13.- La Marcha en el Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero - Junio 2009.

MARCHA				
PORCENTAJE				
NORMAL	ALTERADA			
	EQUILIBRIO	MUSCULO ESQUELÉTICO	VISIÓN	NEUROLÓGICO
31	27	22	15	5

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 13.- La Marcha en el Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero - Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

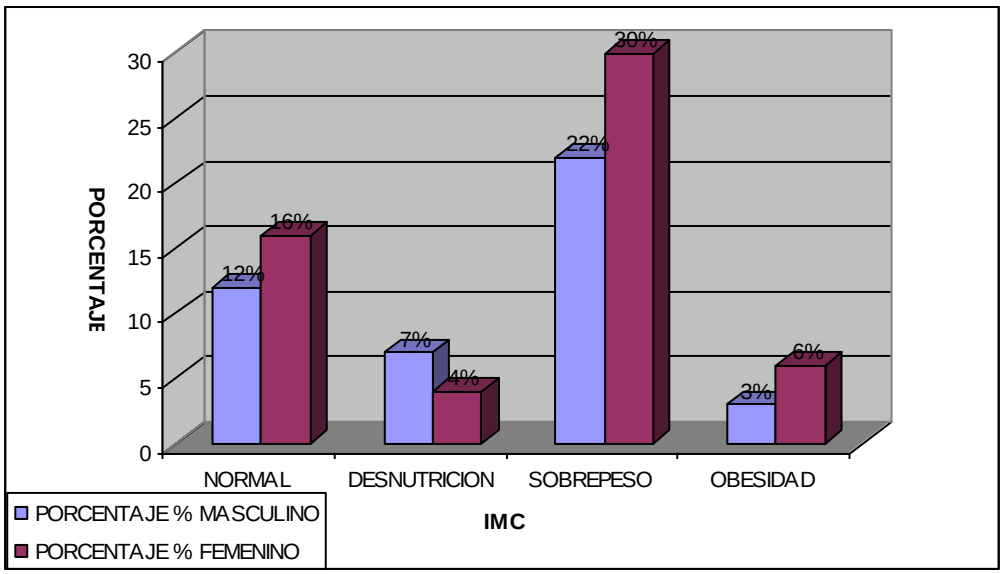
La marcha se percibe como normal en el 31%, como alterada por causas del equilibrio el 27%, por patologías músculo esqueléticas el 22%, por problemas en la visión el 15%, y por problemas neurológicos el 5%. Esta es parte de la evaluación funcional en relación con el problema de discapacidades donde puede identificarse un claro predominio de aquellas asociadas a la visión y a la capacidad de mover el cuerpo. (Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos- OISS 2000-2005)

TABLA No 14.- Índice de Masa Corporal en el Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL IMC	PORCENTAJE %	
	MASCULINO	FEMENINO
NORMAL	12	16
DESNUTRICION	7	4
SOBREPESO	22	30
OBESIDAD	3	6
TOTAL	44	56

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 14.- Índice de Masa Corporal en el Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

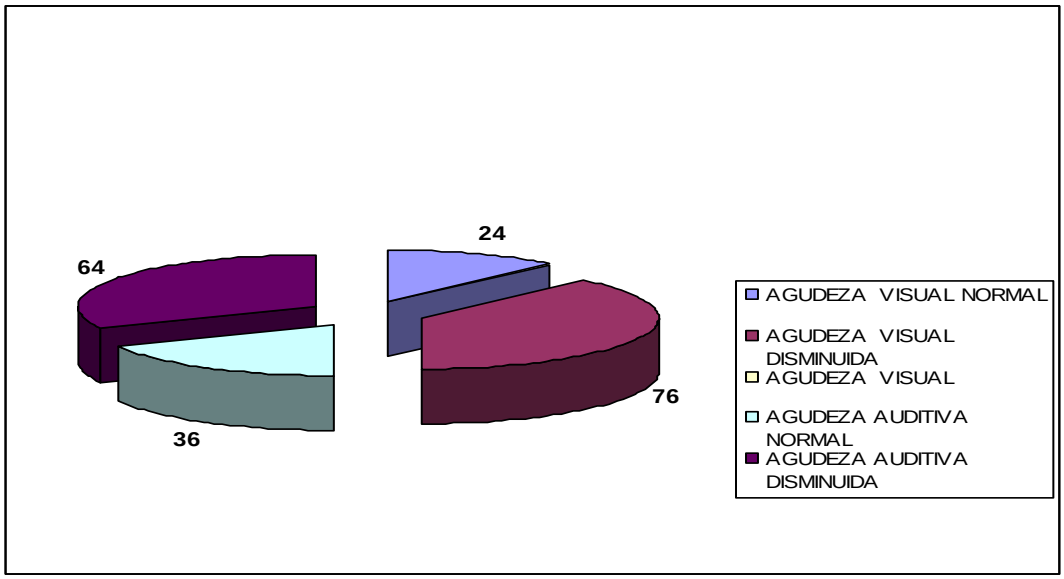
El índice de Masa Corporal, corresponde el 30% a normal, el 50% con sobrepeso con mayor porcentaje en el sexo femenino, el 11% con desnutrición cuyo mayor porcentaje corresponde al sexo masculino y el 9% se identifica con obesidad, con mayor porcentaje en el sexo femenino, datos que superan los observados en el Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile 2006, donde la tasa de sobrepeso promedio fue de 42,2%, siendo mayor (46,5%) en los hombres. La obesidad afectó al 29% Las mujeres tienen significativamente mayor obesidad (25%) que los hombres (19%). El bajo peso o desnutrición es más evidente en adultos mayores de 80 años, con un porcentaje del 8%.

TABLA No 15.- Trastornos Visuales y Auditivos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

TRASTORNOS VISUALES Y AUDITIVOS				
FRECUENCIA				
AGUDEZA VISUAL		CATARATA	AGUDEZA AUDITIVA	
NORMAL	DISMINUIDA		NORMAL	DISMINUIDA
24	76	14	36	64

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 15.- Trastornos Visuales y Auditivos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

Los 24 adultos poseen visión normal; disminuida 76 dentro de los cuales se incluyen 14 con catarata. En el caso de la agudeza auditiva 36

casos es normal y 65 casos disminuida, frecuencia inferior a la analizada en otros estudios como La Encuesta Nacional de Salud abril – diciembre 2003 Chile donde se observa que más del 90% de los adultos mayores necesitan anteojos, siendo la presbicia la afección visual más prevalente 91.8 %. En lo que respecta a la audición la presbiacusia es el déficit auditivo más frecuente con 91.1 %. Las mujeres superan a los hombres principalmente en las enfermedades psiquiátricas, en los problemas de visión, en las dificultades para mover el cuerpo y en las discapacidades múltiples. Los hombres están más representados por la sordera. [16]Porcentajes que superan a otros estudios como el estudio en el Policlínico Luís A Furcios Lima, de Cuba 2006, donde se encontró que entre las enfermedades crónicas ocupaba el segundo lugar la osteoartrosis en un 34%. La Encuesta Nacional de Salud abril – diciembre 2003 Chile describe como síntomas músculo esquelético en adultos mayores en el 49,7%

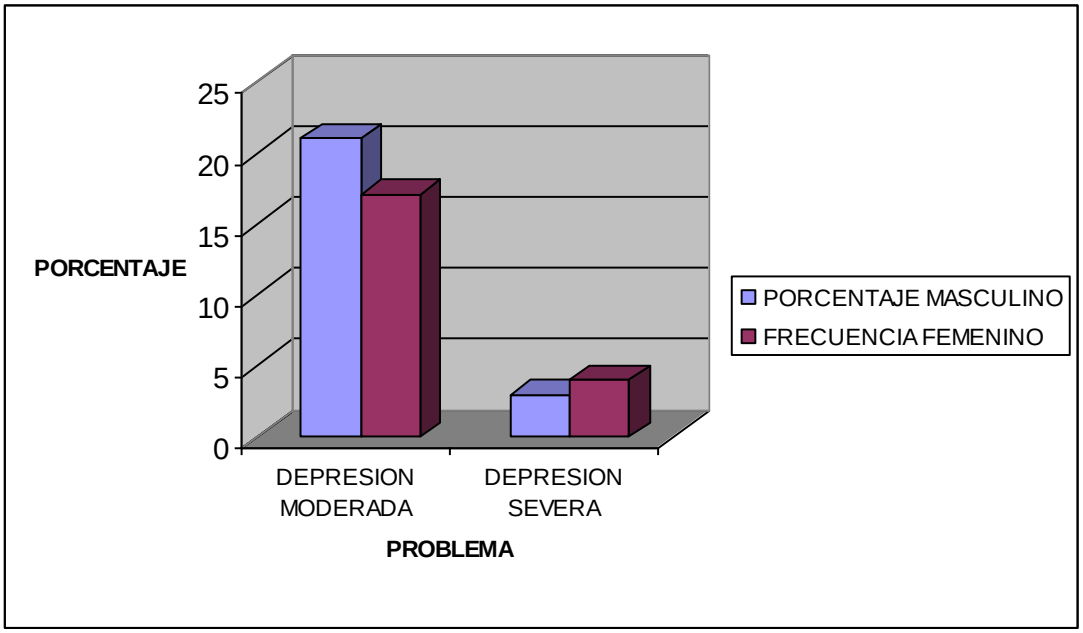
TABLA No 16.- Problemas Psicológicos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio, 2009.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	PORCENTAJE	
	MASCULINO	FEMENINO
DEPRESIÓN MODERADA	21	17
DEPRESIÓN SEVERA	3	4
TOTAL	24	21

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

[16] OISS
Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos

GRÁFICO No 16.- Problemas Psicológicos del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio, 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

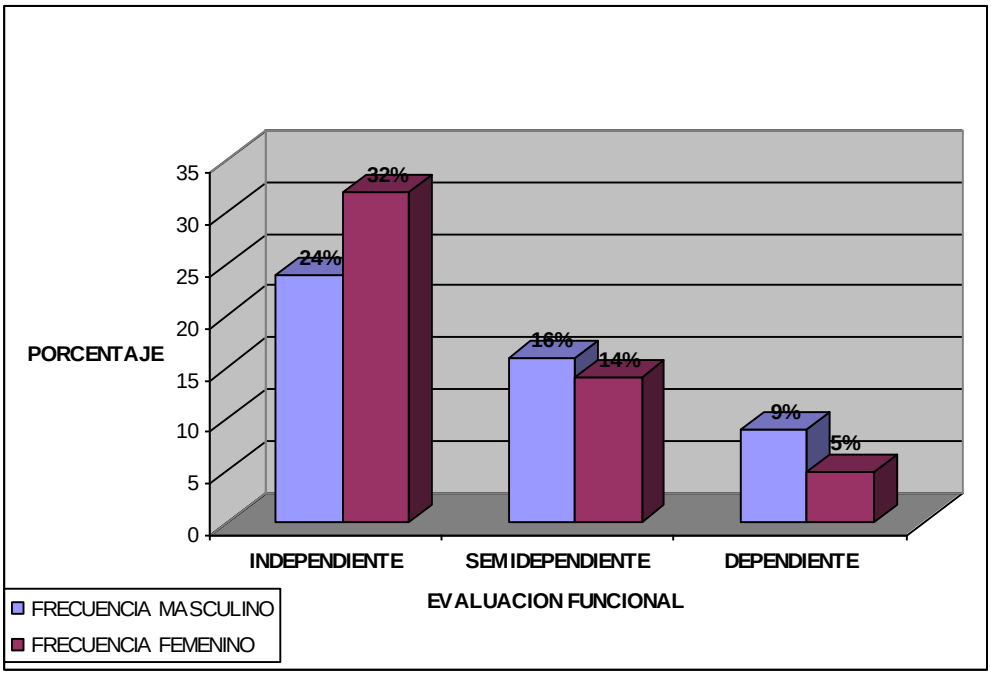
La depresión moderada con 38 %, depresión severa con el 7%, ha merecido especial atención la depresión la misma que ha sido evaluada a través de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), Datos parecidos a los revisados en la Encuesta Nacional de Salud abril – diciembre 2003 Chile un 36% de las personas consultó a un médico por su depresión. Las personas con síntomas depresivos durante el estudio (prevalencia último mes) llegan a 5,1%, lo que disminuye en la medida que aumenta el nivel educacional.

TABLA No. 17.- Evaluación Funcional del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

EVALUACIÓN FUNCIONAL	PORCENTAJE (%)	
	MASCULINO	FEMENINO
INDEPENDIENTE	24	32
SEMIINDEPENDIENTE	16	14
DEPENDIENTE	9	5

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No. 17.- Evaluación Funcional del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

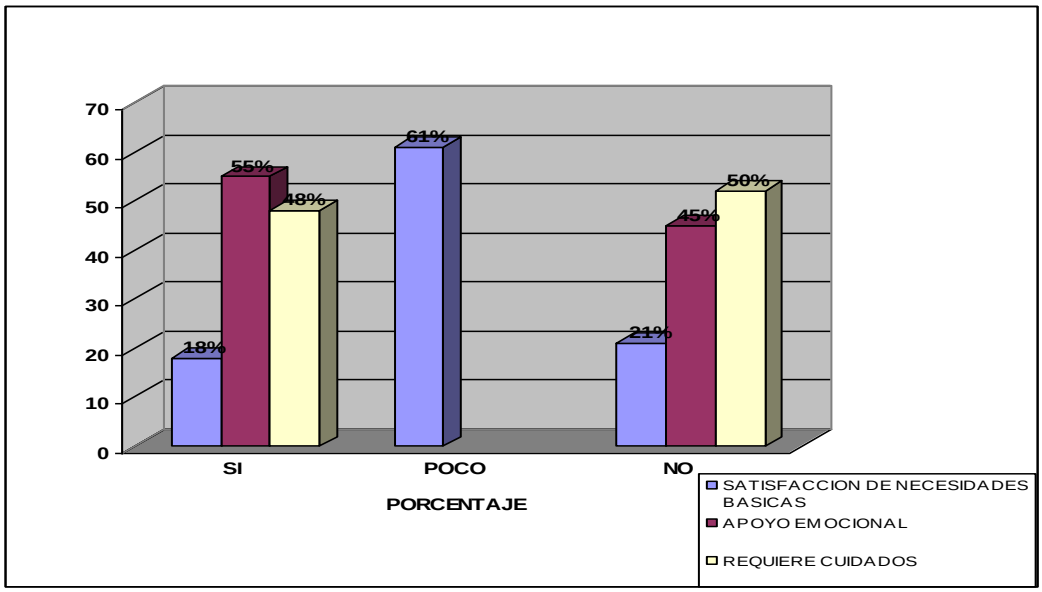
En este grafico de evaluación funcional observamos como Independiente 56%, semiindependiente 30 % y dependiente 14 %. Resultados que se correlacionan a los observados en el estudio de la Situación Socio familiar valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao Perù 2006 la mayoría (79,4%) de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud son independientes, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales.

TABLA No 18.- Evaluación Funcional del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009

EVALUACIÓN SOCIAL	PORCENTAJE (%)		
	SI	POCO	NO
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS	18	61	21
APOYO EMOCIONAL	55		45
REQUIERE CUIDADOS	48		52

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRÁFICO No 18.- Evaluación Funcional del Adulto Mayor de las Familias Investigadas, Enero – Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

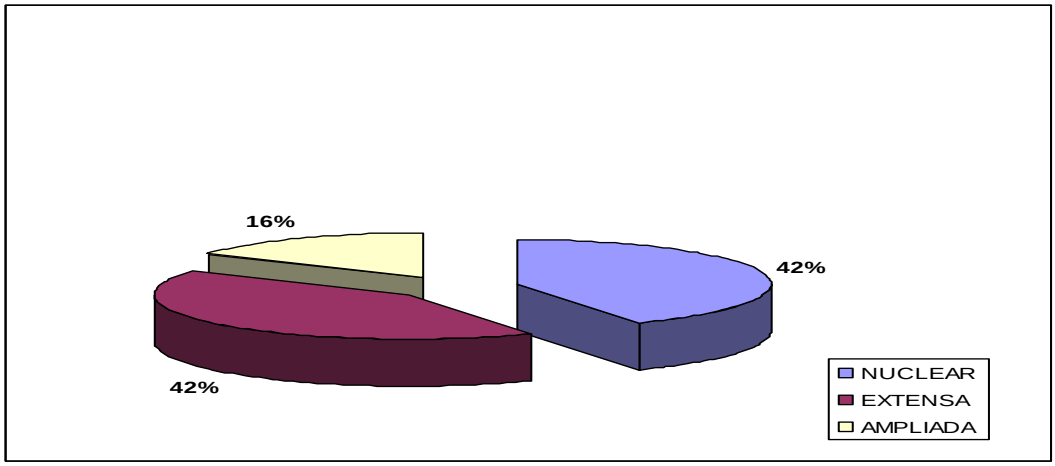
La satisfacción de necesidades básicas en el 18 % si se cumple, 61 % poco y 21% nada; Apoyo emocional si existe apoyo en el 55 %, no en el 45 %; requiere cuidador 48 % si requieren y 52 % no. El 64,6% de la población de adultos mayores del país es pobre de acuerdo al criterio de necesidades básicas insatisfechas (NBI), según los datos del Censo 2001.

TABLA No 19.- Caracterización De La Familia Del Adulto Mayor De Las Familias Investigadas Enero Junio 2009

ONTOGÉNESIS DE LA FAMILIA	PORCENTAJE
NUCLEAR INCOMPLETA	42
EXTENSA	42
AMPLIADA	16

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 19.- Caracterización De La Familia Del Adulto Mayor De Las Familias Investigadas Enero Junio 2009



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

El 42% de las familias objeto de estudio pertenecen a una familia nuclear (completa e incompleta), un 42% también a una familia extensa y el 16% a una familia ampliada. Datos similares a los encontrados en el estudio CEPAL 2006 donde según el tipo de hogar en que residen, los adultos mayores se encuentran: 55,7% en hogares extensos, 27,6% en hogares

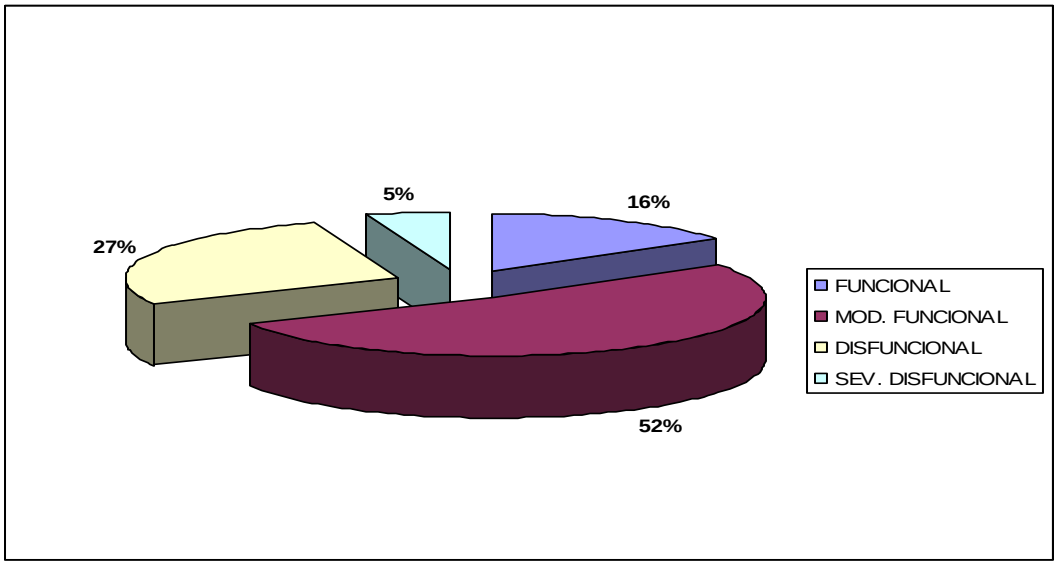
nucleares, 9,3% en hogares unipersonales, 7,3 % en hogares compuestos Esto indica que en un altísimo porcentaje de los casos (90,6), las personas mayores no viven solas.

TABLA No 20.- Funcionalidad Familiar del Adulto Mayor de las Familias Investigadas Enero Junio 2009.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	PORCENTAJE
FUNCIONAL	16
MOD. FUNCIONAL	52
DISFUNCIONAL	27
SEV. DISFUNCIONAL	5

Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO No 20.- Funcionalidad Familiar del Adulto Mayor de las Familias Investigadas Enero Junio 2009.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica
Elaboración: Las Autoras

El 52% de las familias se identifican como moderadamente funcional, 27% como disfuncional y el 5% como severamente disfuncional. La salud de la familia se evalúa a partir de la capacidad de la misma para cumplir sus funciones, adaptarse y superar las crisis. Resultados que contrastan con los del estudio de Funcionamiento Social del Adulto Mayor de la Comuna de Concepción de Chile 2006, donde la percepción de funcionamiento familiar (funcional) se ubica en un 84%, lo que corresponde a la más alta categoría de esta variable.

VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA PROBLEMÁTICA DEL ADULTO MAYOR, Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CANTÓN CATAMAYO

6.1. INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad desconoce el envejecimiento como expresión del ciclo vital y subvalora su importancia en el desarrollo, lo que deriva en situaciones de inequidad y exclusión que se deben trabajar a través de la promoción de espacios para el fortalecimiento, empoderamiento y participación del adulto mayor y el anciano en el diseño de estrategias que posibiliten la solución a sus problemáticas y en la implementación de la política pública para el desarrollo y la protección de los derechos de esta población .

Se requiere la realización de acciones orientadas a la construcción de escenarios de vida saludable, para generar en la población mayor un envejecimiento con bienestar, optimizando recursos humanos, técnicos y financieros, a través del desarrollo de subprogramas y proyectos, para la atención integral de la población adulta mayor y anciana. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor

del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud

Para realizar una evaluación integral de los adultos mayores se ha considerado los aspectos clínicos, funcionales, psicológicos y sociales, que permitan proponer acciones de promoción y prevención de la salud, con participación activa de la comunidad y sus familias para que contribuyan al bienestar y elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

6.2. OBJETIVOS

6.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Impulsar la aplicación de la valoración integral del adulto mayor para desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y funcionalidad familiar.

6.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la valoración integral del adulto mayor, desde el punto de vista clínico funcional, mental y social.

- Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud de los adultos mayores.

- Mejorar la funcionalidad familiar del adulto mayor.

6.3. ACTIVIDADES PARA COMPLEMENTAR LOS OBJETIVOS

6.3.1. APLICAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, FUNCIONAL, MENTAL Y SOCIAL

- Impulsar la evaluación integral del adulto mayor mediante la conformación de equipos multidisciplinarios y la utilización de la Historia Clínica Geriátrica a nivel Institucional como el MSP, IESS, Municipio, así como Clínicas privadas y consultorios particulares de la localidad.

- Promover el control y tratamiento de Adultos Mayores con factores de riesgo y enfermedades crónicas en las unidades de salud local.

- Apoyo a programas existentes en la urbe, como Centro Gerontológco de atención diurna, Ancianato “San José”, programa del adulto Mayor del Patronato Municipal.

6.3.2. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

- Ejecución de talleres educativos para adultos mayores, familiares y/o cuidadores, con el fin de alcanzar cambios de conducta y fomentar estilos de vida saludables.

- Incorporar a los adultos mayores a la práctica de actividades físico-recreativas, de acuerdo a sus características individuales, como gimnasia juegos, caminatas, paseos, etc. con apoyo institucional

- Desarrollo de proyectos productivos ,mediante convenios interinstitucionales, que a la vez permitan el aprovechamiento del tiempo libre, no solo con el fin utilitario sino también el educativo terapéutico.

- Promover a nivel de los establecimientos educativos primarios y secundarios locales, charlas acerca de estilos de vida, preparación para una vejez saludable y revalorización del adulto mayor.

6.3.3. MEJORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

- Proporcionar a la familia y comunidad en general, información, apoyo y entrenamiento de estrategias de comunicación y manejo de crisis, que los haga más competentes y capaces para tener un núcleo familiar fortalecido.

- Promover la visita domiciliaria del equipo de salud local.

- Fomentar redes de apoyo y un adecuado soporte familiar y comunitario para adultos mayores.

- Promover una educación intergeneracional, como instrumento social eficaz para lograr un cambio cultural en toda la población que signifique un mejor trato y valorización de los adultos mayores, utilizando los medios de comunicación locales.

6.4. METODOLOGÍA

La propuesta se la ejecutará en el área urbana del Cantón Catamayo, tomando en consideración cada aspecto estudiado, mediante la realización de actividades de promoción, prevención y tratamiento.

La metodología incorpora los conceptos de aprender haciendo y aprender reflexivo, fomenta la responsabilidad individual y apoyo colectivo, y fue diseñada considerando diversos modelos teóricos de cambio conductual, de educación y planificación comunitaria. Se aplica mediante un plan de actividades secuenciales, de talleres educativos participativos ,ejercicio físico y actividades recreativas, presentaciones y dinámicas grupales. Los participantes podrán hacer sus propios aportes, desde sus experiencias, interrogantes y conocimientos o incertidumbres, incentivando el crecimiento personal y la inserción social para que puedan vivir una vida más plena.

Se incluirá la proyección de videos, material didáctico, técnicas de animación para el abordaje de las distintas temáticas.Las actividades ha realizarse incluirán talleres de terapia ocupacional, así como programas radiales y televisivos locales, y charlas educativos a nivel escolar.

6.5. PROCEDIMIENTO

- Invitación a las familias de los adultos mayores estudiados, para la difusión y socialización de los resultados obtenidos en el estudio.

- Ejecución de talleres Educativos ,Recreativos y de terapia ocupacional ,que incluirán temáticas como: envejecimiento saludable, estilos de vida, enfermedades crónico-degenerativas, actividades físicas y recreativas, nutrición y alimentación, desarrollo personal y autoestima, autocuidado y prevención de caídas, memoria y estimulación de la actividad cerebral, entre otros.(Ver Anexos)

- Conformación de grupos de adultos mayores con enfermedades crónicas, discapacidades y / o deterioro cognitivo y diseño de un plan de actividades especial.

- Establecimiento de acuerdos, compromisos y recomendaciones.

- Seguimiento y evaluación de la propuesta.

6.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Taller N.º 1 envejecimiento saludable	--											
Taller N.º 2 Estilos de vida saludables		-										
Taller N.º 3 Enfermedades crónico degenerativas			–									
Taller Nº 4 Actividades físicas y recreativas				–								
Taller Nº 5 Nutrición y Alimentación.					–							
Taller Nº 6 Desarrollo personal, asertividad y autoestima						–						
Taller Nº 7 Autocuidado y prevención de caídas							–					
Taller Nº 8 Memoria y estimulación de la actividad cerebral.								–				
Seguimiento y evaluación									–	–	–	–

6.7. RESULTADOS ESPERADOS

Que este Proyecto de Intervención sea tomando en cuenta como objetivo final en el accionar de la problemática de salud del adulto mayor y su entorno familiar, resaltando que no siempre es curar la enfermedad , sino preservar la función. Se pretende que los adultos mayores, familiares y cuidadores adquieran conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, realicen un cambio positivo en sus actitudes y prácticas, mejoren sus estilos de vida y se apoyen mutuamente para establecer un plan de cuidados junto con la familia o el cuidador, con el objeto de alcanzar un envejecimiento activo, saludable y digno.

6.8. MODELO DE TALLER

TALLER Nº 1

FECHA:

HORA:

LUGAR: Centro Municipal de Atención diurna del Adulto Mayor ((Extensión Universitaria)

RESPONSABLES: Maestrantes.

TEMA: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

OBJETIVOS:

- Identificar los cambios biológicos, psicológicos, sociales y familiares que se producen en el Adulto mayor.

- Proporcionar una educación integral al Adulto Mayor para lograr una mejor calidad de vida y mantener su autonomía el mayor tiempo posible.

METODOLOGÍA:

1. Saludo y bienvenida a los asistentes

2. Presentación del tema y objetivos.

3. Lluvia de ideas

4. Formación de grupos de trabajo.

5. Lectura y análisis de documentos de apoyo como: Significado y desafíos de envejecer, importancia de las relaciones humanas, familiares y sociales y Fisiología del envejecimiento.

6. Refrigerio.

7. Trabajo grupal: Experiencias de cambio físico, psicológico, social y al interior de la familia.

8. Plenaria

9. Establecimiento de acuerdos, compromisos y recomendaciones para envejecer en forma óptima.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

En esta investigación de la problemática del adulto mayor del Cantón Catamayo podemos concluir lo siguiente:

- Los conocimientos sobre la problemática de salud del adulto mayor se ven rezagados en la actualidad por las formas tradicionales de atención médica limitada a sus órganos, sistemas, aparatos, debido a la diversidad de la subespecialidad existentes, dejando a un lado el enfoque integral del adulto mayor que forma parte de la familia y la sociedad provocando con este tipo de atención un aumento de las enfermedades psicosomáticas

- De las 100 familias con adultos mayores participantes en el esta investigación se llega a la conclusión que al realizar un diagnostico integral del adulto mayor detallado sobre los problemas importantes para el paciente y su entorno familiar, identificamos factores de riesgo y deterioro y factores protectores para mejorar la calidad de vida

- Con el diseño de la propuesta de intervención de promoción, curación y rehabilitación del adulto mayor estamos coadyuvando al aprendizaje de

nuevas técnicas y modificación de conductas en las enfermedades crónicas más frecuentes y de esta manera conocer la personalidad de un adulto mayor, su historia de vida que les permita un mejor acercamiento a la familia para el mantenimiento de salud y las carencias económicas y afectivas en el adulto mayor.

7.2. RECOMENDACIONES

- Socializar el presente proyecto de investigación para concienciar una cultura de envejecimiento saludable aprendiendo a vivir con dignidad otra etapa más del ciclo vital

- Implementar desde las unidades operativas se promueva la atención integral diferenciada y multidisciplinaria; con la aplicación de la historia clínica geriátrica, con la finalidad de elaborar y ejecutar acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud fomentando estilos de vida saludables en los adultos mayores de la población investigada

- Con la propuesta de intervención realizada; se pretende sea considerada como un modelo de salud integral con el foque familiar, enmarcado con las políticas de salud nacional que de respuesta a la problemática local; mediante la participación social y la integración de

servicios, a fin de contribuir el mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores y sus familias.

VIII. RESUMEN

En la actualidad el envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad, siendo la salud del adulto mayor un elemento clave que incide en el desarrollo socioeconómico de los países. Siguiendo esta tendencia el presente estudio evalúa la situación integral del adulto mayor del cantón Catamayo.

Esta investigación es de carácter descriptivo transversal, cuya muestra es de cien familias con adultos mayores, partiendo con la elaboración de la Historia clínica geriátrica, caracterización familiar y aplicación de la prueba de percepción de funcionamiento familiar; entrevista a informantes clave y observación con parámetros que valoran el equilibrio biopsicosocial de la población adulta.

En el presente estudio se determinó que el 42% de los adultos mayores investigados corresponden al grupo etáreo de 70 a 79 años de edad, predomina el sexo femenino con el 56%, 41% corresponden al estado civil viudos, el nivel de escolaridad es del 68% educación primaria, el cuidado del adulto mayor recae en las hijas mujeres.

En lo que respecta a la morbilidad prevalecen las enfermedades crónico degenerativas. El 39% se registra como sedentario, el 50% con sobrepeso, en la evaluación de YESAVAGE el 28% atraviesa cuadros depresivos.

Referente a la familia el 84% corresponden a una familia extensa y nuclear, 82% con crisis de desmembramiento; y finalmente en lo que respecta a la funcionalidad familiar el 52% se determinó como moderadamente funcional, 27% disfuncional y el 5% severamente disfuncional.

La presente investigación permitió además construir una propuesta de intervención para mejorar la problemática del adulto mayor y la funcionalidad familiar, que promueve básicamente estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades crónico degenerativas.

SUMMARY

At the present time the population's aging is one of the biggest challenges that has the humanity, being the biggest adult's health a key element that impacts in the socioeconomic development of the countries. Following this tendency the present study evaluates the biggest adult's integral situation of the canton Catamayo.

This investigation is of traverse descriptive character whose sample is of a hundred families with bigger adults, leaving with the elaboration of the History clinical geriatric, family characterization and application of the test of perception of family operation; he/she interviews to informants key and observation with parameters that value the mature population's balance biopsicosocial.

Presently study was determined that 42% of the investigated bigger adults corresponds to the group etáreo from 70 to 79 years of age, the feminine sex prevails with 56%, 41% corresponds to the state civil widowers, the escolaridad level is of 68% primary education, the biggest adult's care relapses in the daughters women.

In what concerns to the morbilidad the degenerative chronic illnesses they prevail. 39% registers as sedentary, 50% with overweight, in the evaluation of YESAVAGE 28% crosses depressive squares.

With respect to the family 84% corresponds to an extensive and nuclear family, 82% with desmembramiento crisis; and finally in what concerns to the family functionality 52% it was determined I eat moderately functional, 27% dysfunctional and 5% severely dysfunctional.

The present investigation also allowed to build an intervention proposal to improve the biggest adult's problem and the family functionality that it promotes healthy lifestyles and the prevention of the degenerative chronic illnesses basically.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ MAS GUILLERMO. Una Alimentación Acorde a la Vida Diaria
2. ALVAREZ SINTES R. Temas de Medicina General Integral. Vol 1.Habana 2001. Editorial Ciencias Médicas. 2001.
3. ARIAS CASTILLO LILIANA. Folletos de Medicina Familiar. Editorial Maldonado. 1995
4. BERKOW ROBERT y Col, Manual Merck de Diagnóstico y Terapética octava Edición 1989
5. BOTARGUES MARCELA, Programa de Educación a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria
6. CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2002), Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores, Bolentín informativo en Envejecimiento y desarrollo.
7. ESCOBAR B; Jorge M. Intervención pedagógica y didáctica en adultos mayores. Revista digital EFDeportes Nº 63. 2003
8. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Programa de Actualización en Medicina de Familia y Comunitaria, Programa de Actualización en Medicina de Familia y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Volumen 6, Número 3, Marzo 1999.
9. GREGORY A. EWALD, M.D. Manual de terapéutica Médica

10. HARRISON, Principios de Medicina Interna 12va edición. Vol 1 y 2. 1991

11. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 14ava. Edición

12. INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos.VI Censo de Población y V de Vivienda. Población Cantón Catamayo.año 2001

13. LOURO BERNAL Isabel y colab. Manual para la Intervención en salud Familiar.Habana.2000.Editorial Ministerio de Salud pública.

14. Manual para la intervención en la Salud Familiar. Cuba año 2000

15. Manual y Protocolos Asistenciales, en residencias para personas mayores, fundación Sar, Barcelona, año 2000

16. MARBARA LONG. M.D Mnual de Evaluación y Orientación Médicas

17. MARCUS A KRUP Y AUTORES ASOCIADOS, Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial el Manual Interno SA de CV

18. MENA CALVOPIÑA HOMERO, Temas de Psicología para la Familia, 1998.

19. MERCHÁN RAÚL. Geriatría.Cuenca.2001

20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Programa de Especialización en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública, Cuba.1990

21. Módulo II de la Maestría en Medicina Familiar “La Familia”

22. Módulo VI de la Maestría en Medicina Familiar “ La Salud Integral del Adulto Mayor”

23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Tomo I 3ra Reimpresión.1995

24. RAMIREZ HENRY – HOFFMAN, MD cardíaca. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludables

25. Revista Gestión Nº 83, mayo del 2003

26. SOLÓRZANO MARÍA DE LOURDES, Estudio Integral del Ser Humano 2001.

27. TINTINALLI JUDTH. Medicina de Urgencias Tomo 1 y 2, año 1998

28. VERGELES BLANCA, J, et al.Valoración de la malnutrición en el anciano. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 5, 1 en 1998, p.27 – 37.

29. YSERN DE ARCE, José Luis. Adulto Mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento. Ponencia seminario de ancianidad Chile, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

MAPAS Y DATOS ESTADÍSTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA

ANEXO 3

CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

COMPOSICIÓN O ESTRUCTURA DE LA FAMILIA			
TAMAÑO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE
NUMERO GENERACIONAL	UNIGENERACIONAL	BIGENERACIONAL	MULTIGENERACIONAL
ONTOGÉNESIS DE LA FAMILIA	NUCLEAR	EXTENSA O EXTENDIDA	MIXTA O AMPLIADA

ETAPAS DEL CICLO VITAL			
FORMACIÓN	EXTENSIÓN	CONTRACCIÓN	DISOLUCIÓN

CRISIS FAMILIARES			
NORMATIVAS	INCREMENTO	DESMEMBRAMIENTO	
PARANORMATIVAS	DESMORALIZACIÓN	DESORGANIZACIÓN	MIXTAS

ANEXO 4

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

		1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces	4 Muchas veces	5 Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Conversamos diversos temas sin temor.					
12	Buscamos ayuda en otras personas, ante situaciones difíciles.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual, son respetadas. Por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems:

Casi siempre: 5,

Muchas veces: 4,

A veces: 3,

Pocas veces: 2,

Casi nunca: 1

Según esta puntuación el diagnóstico del funcionamiento familiar se lo hace de la siguiente manera:

Familia Funcional:	de 70 a 57 puntos.
Familia Moderadamente Funcional:	de 56 a 43 puntos.
Familia Disfuncional:	de 42 a 28 puntos.
Familia Severamente Disfuncional:	de 27 a 42 puntos.