



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“INTERVENCIONES GERONTOLÓGICAS QUE
MODIFICAN LA MEDICACIÓN Y SUS FACTORES
SOCIALES, COGNITIVOS Y ECONÓMICOS.”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN GERONTOLOGÍA

PRESENTAN:

**ESTHER JAIMES ANGELES
CONCEPCIÓN ROMERO SANCHEZ**

DIRECTORA DE TESIS
DRA. EN ENF. DANIELA GÓMEZ TORRES

DRA. EN C.S. MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GARDUÑO
REVISORA DE TESIS



TOLUCA, MÉX., MARZO DE 2014



VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	Concepción Romero Sánchez
N° de cuenta	0820363
Licenciatura	Gerontología
Opción	Tesis
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	Intervenciones gerontológicas que modifican la medicación y sus factores sociales, cognitivos y económicos.
Folio de confirmación del Sistema de Seguimiento de Egresados (SISE)	LGR0820363240320141039

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	Dra. en Enf. Danelia Gómez torres		26/02/2014

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M.S.S Juana Gloria Toxqui tlachino	 16/11/2013	 17/01/2014	 13/01/2014
REVISOR	Dra. En C.S. María Dolores Martínez Garduño.	 14/03/2014	 18/03/2014	 24/03/2014

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	M. EN ECOL. MICHAELA OLIVOS RUBIO		26/03/14



VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	Esther Jaimes Ángeles
N° de cuenta	0820291
Licenciatura	Gerontología
Opción	Tesis
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	Intervenciones gerontológicas que modifican la medicación y sus factores sociales, cognitivos y económicos.
Folio de confirmación del Sistema de Seguimiento de Egresados (SISE)	LGR0820291161020130852

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	Dra. en Enf. Danelia Gómez torres		26/02/2014

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M.S.S Juana Gloria Toxqui tlachino	16/12/2013	12/01/2014	13/01/2014
REVISOR	Dra. En C.S. María Dolores Martínez Garduño.	14/03/2014	18/03/2014	24/03/2014

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	M.EN.ECOL.MICAELA OLIVOS RUBIO		26/03/14



DEDICATORIAS

A DIOS

Por acompañarme y guiarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y felicidad.

AMIS PADRES

Que con su amor y enseñanza han sembrado las virtudes que se necesitan para vivir con anhelo y felicidad con todo mi cariño por su apoyo moral y amor que siempre recibí con el cual logré culminar mis esfuerzos y sueños, por motivarme a seguir en el camino por muy difícil que pareciera además de depositar su eterna confianza, por siempre mi agradecimiento.

ESTHER ÁNGELES JAIMES Y NAZARIO JAIMES JAIMES

A MI ESOSO

A mí amado esposo que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento gracias por ayudar a la realización de mi meta con todo mi cariño y amor

YEOVANI ESPINOZA REBOLLO.

A MIS HERMANOS

Por ser parte importante de mi vida y acompañarme en este sueño tan maravilloso, gracias por su apoyo incondicional

VERÓNICA, ELIZABETH, EDGAR, JULIO, ALFREDO, NOEL, OMAR, OSWALDO Y ABRIL.

GRACIAS

ESTHER JAIMES ÁNGELES

A DIOS

Dedico esta tesis a Dios todo poderoso y la virgen por haberme dado la oportunidad de vivir y darme esta maravillosa familia.

MIS PAPIS

Con todo mi cariño, admiración y amor para las personas que me dieron la vida e hicieron todo lo posible para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y guiarme con su sabiduría en mi camino y durante la carrera, a ustedes mi amor y agradecimiento eterno gracias por creer en mí dedico esta tesis a

CONCEPCIÓN SÁNCHEZ BOBADILLA Y MIGUEL ROMERO RODRÍGUEZ

A MI ESPOSO

Por la confianza, tu paciencia y comprensión, para que yo pudiera cumplir con mi sueño, por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis también te pertenece a ti gracias por estar a mi lado

MIGUEL FLORES AYALA

A MI HIJA

Por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida, aguantar mis ausencias, e impulsarme cada día gracias **JIMENITA**

A MIS HERMANOS

Gracias a esas personas importantes en mi vida que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que han otorgado, con todo mi cariño esta tesis se las dedico a

MIGUEL, SERGIO, OMAR E ISAÍAS

GRACIAS

CONCEPCIÓN ROMERO SÁNCHEZ

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	6
Planteamiento del problema	8
Justificación.....	11
Objetivos.....	13
Objetivos específicos.....	13
CAPÍTULO I	
Marco metodológico.....	14
Hipótesis.....	18
Conceptualización y operacionalización.....	19
CAPÍTULO II	
Marco referencial.....	22
Adulto mayor.....	22
Medicación.....	24
Factor social.....	25
Factor económico.....	28
Factor cognitivo.....	29
Intervenciones gerontológicas.....	31
Aspectos legales y normas salud en el adulto mayor.....	50
CAPÍTULO III	
Marco contextual.....	53
CAPÍTULO IV	
Resultados.....	59
Comprobación estadística de la hipótesis.....	68
Discusión de resultados.....	70
Consideraciones finales.....	76
Recomendaciones y sugerencia.....	78
Fuentes de información.....	79
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo muestra una panorámica de los cambios en los procesos fisiológicos de los ancianos y su afectación durante esta etapa de vida y con éste se pretendió conocer el principal factor que determina la medicación en este sector de población, los ejes centrales para el desarrollo de este tema fueron aspectos económicos, sociales y mentales, ya reconociendo los factores que más intervienen con la medicación y se aplicaron medidas preventivas para evitar la ingesta de medicamentos sin prescripción médica, buscando concientizar a la población adulta mayor acerca de los posibles riesgos, consecuencia y gastos innecesarios que ocasiona la medicación y hacerles saber que esto se pueden prevenir con la adecuada ingesta de medicamentos.

El tipo de estudio realizado fue cuantitativo y descriptivo-comparativo en el que se busca conocer y determinar esos factores que llevan a la medicación. Los participantes fueron personas del grupo de ayuda mutua del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) de la comunidad de Santa María Rayón estado de México.

Se llevó a cabo en tres etapas la primera de diagnóstico, la segunda de intervención y la última de evaluación durante seis meses, nueve horas al día, e intervenciones programadas y personalizadas de lunes a viernes, dentro de las intervenciones se dividieron en aspectos sociales, en esta área se empleó promoción para la salud, charlas informativas, dinámicas para mejorar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, reeducación de la marcha y equilibrio, actividad física, terapias de relación, aromaterapia, musicoterapia, terapia ocupacional y ludoterapias entre otras. En el factor cognitivo, se realizaron actividades para mejorar la concentración, memoria, fijación, lenguaje escrito y

verbal, construcción de palabras, psicoterapia, terapia de familia, autoestima. En el factor económico se utilizaron dinámicas para no efectuar gastos innecesarios y tener mejor control de gastos así como pláticas de prevención y control de enfermedades y por último los biológicos de acuerdo a las necesidades de cada adulto mayor.

Los resultados que se obtuvieron del instrumento aplicado que fue una cédula de captación de datos, que contiene factores sociales, cognitivos y económicos, previo consentimiento informado. Una vez identificado el principal factor que determina la medicación se emplea estrategias de intervención gerontológica incluida la promoción para la salud y geronto-profilaxis para la disminución de la medicación ante la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Con este estudio se puede afirmar que las intervenciones gerontológicas favorecieron la modificación de la medicación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores tienen tres características principales que lo diferencian de otros grupos etéreos: poli-patología, polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, que alteran la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos; estos tres factores hacen que la interacción medicamentosa pueda pasar desapercibida en un paciente joven, sin embargo, en el adulto mayor se manifiesta como una reacción adversa, cuando en el mejor de los casos es detectada (*Nicola, 1985*).

Si se habla de polifarmacia se debe considerar el uso innecesario y excesivo de fármacos; es decir que un paciente puede estar recibiendo varios medicamentos repetidos para un mismo problema: esto sucede frecuentemente con medicamentos idénticos, si un paciente está tomando 5 medicamentos, existe la probabilidad de que en un 50% presente una interacción clínicamente importante y cuando el consumo es de 7 fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%, de ese total, un 20% podría ser con manifestaciones de reacciones adversas severas (*Acosta, 2012*). Por lo que esto se considera un problema que afecta directamente al anciano, ya que las reacciones adversas de algunos medicamentos son muy dañinos y afecta la calidad de vida de los adultos mayores y por lo consecuente la vida diaria.

Según Fernández (2008) en su investigación que realizó en octubre, la cantidad de consumo de los adultos mayores de 65 años, con una muestra de 416 pacientes, arrojó que el 50% de la población consume 5-10 medicamentos, dada algunas enfermedades crónicas degenerativas. Otros estudios realizados refieren que en 214 historias clínicas de pacientes de 84 años donde 140 mujeres, 74 hombres tenían un consumo de 4-1 fármacos por persona, 189 de los pacientes toman de 1-6 medicamentos, y el sexo femenino es el más poli medicado con 75

mujeres esto deriva el aumento de fragilidad en adultos mayores por consumo inadecuado” (Domínguez, 2010).

Es sabido que la respuesta terapéutica depende de la concentración del fármaco, en la que participa la absorción, distribución, la biotransformación (metabolismo) y eliminación. Según lo señalado el organismo senil presenta cambios fisiológicos ya mencionados que pueden alterar la farmacología por uso indiscriminado de esto (Martínez, 2000).

En los ancianos la atrofia de la mucosa intestinal es producida por el envejecimiento, en consecuencia la disminución de la absorción medicamentosa por vía oral. Sin embargo, drogas que alteren el pH gástrico podrían modificar la absorción, el porcentaje de agua corporal disminuye y el de grasa aumenta, esto varía entre sujetos según sexo, estados de nutrición e hidratación. Otra alteración es el aclaramiento del hígado el cual puede estar disminuido o inmodificable, dependiendo la vía específica.

El aclaramiento renal disminuye en todos los ancianos debido al tamaño, el flujo renal, la filtración glomerular y la secreción tubular decrecen donde los cambios propios de envejecimiento no solo alteran la fármaco-cinética de los medicamentos sino también la farmacodinamia. A este nivel se producen alteraciones en la sensibilidad y el número de receptores (Rosallon, 2003).

Por otra parte con el envejecimiento se va deteriorado el aspecto cognitivo y más si no hay actividad cerebral, esto a su vez está directamente relacionado con la correcta toma de los fármacos, lo que conlleva a una gran dificultad para recordar cuanto y como debe tomarse la medicación o peor aún, llevar a duplicación de las dosis; sabemos que por el deterioro cognitivo y de memoria, los pacientes olvidan las indicaciones de los medicamentos por lo que aumenta la ingesta en las personas adultas mayores (Martínez, 2005).

Es común que el adulto mayor presente afecciones debido a ingesta de medicamentos simultáneos generando daños como deterioro de la función visual, auditiva y mental. En relación a estas alteraciones mentales se señala que estos pueden afectar directamente como en el caso de la memoria y la disminución de la capacidad intelectual, esto conduce a que el incumplimiento en la ingestión periódica sea frecuente, generando en los adultos mayores que no tome correctamente la medicación sea vea aumentada, ocasionando estados confusionales tras la administración, mostrando en general mayor susceptibilidad a los efectos adversos como sedación o hipertensión ortostática.

Otro factor importante es cuando la ingestión de medicamentos lo hacen personalmente en el hogar, estos sujetos, cometen errores de medicación de diferentes tipos siendo otra causa de riesgo, también la falta de precaución para almacenar los medicamentos que puede ocasionar errores de terapéuticos, generando otras enfermedades o interactuando con los medicamentos prescritos. Un elemento más de riesgo para la polifarmacia es que existen medicamentos de libre venta, lo que permite al adulto mayor auto medicarse, siendo la misma sociedad la que médica a las personas y no el personal capacitado, esto influye para ingerir medicación inadecuada, haciendo gastos innecesarios afectando su economía elevando el riesgo contrariamente al beneficio de este grupo de población.

Ante tal panorámica nos cuestionamos

¿LOS FACTORES SOCIALES, COGNITIVOS Y ECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN LA MEDICACIÓN SE VEN MODIFICADOS DESPUÉS DE LAS INTERVENCIONES GERONTOLÓGICAS?

JUSTIFICACIÓN

El uso excesivo de medicamentos en la población adulta mayor puede provocar consecuencias que agraven, enfermedades como la insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, demencias, incontinencia e incluso llevando al adulto mayor a ser un individuo frágil, y aún si le aumentamos a esto el no seguir las pautas recomendadas por el personal adecuado del área de la salud. Tiene como consecuencias la evolución del pronóstico de enfermedad, aumentando los costos sanitarios, ingresos hospitalarios, además de un riesgo económico e innecesario para los adultos y su familia. De allí surgen la necesidad de desarrollar esta investigación mediante educación para la salud con el fin de beneficiar al adulto mayor y su entorno familiar.

Con el uso de las intervenciones gerontológicas constantes se disminuyó la medicación y los afectos adversos mejorando la funcionalidad, autonomía, economía, y su estado de salud en general de los adultos mayores. Como estrategias se evaluaron los factores predisponentes para la medicación en área social, económica y cognitiva. Dentro de las intervenciones gerontológicas se incluyeron el acondicionamiento físico, promoción para la salud, favoreciendo la prevención de enfermedades crónicas degenerativas.

Si bien la Organización Mundial de Salud recomienda la prevención como una estrategia para evitar posibles enfermedades crónicas y sus consecuencias, con esta investigación se pretende encontrar las intervenciones gerontológicas que elimine o disminuya la medicación mejorando así los recursos económicos y la funcionalidad de los adultos, de esta manera se verán beneficiadas las instituciones de salud reduciendo la asistencia, costos sanitarios e ingresos hospitalarios a causa de alguna complicación de los efectos adversos causados por la automedicación.

Con esta investigación se expone la importancia de abrir espacios adecuados y exclusivos para el trabajo gerontológico, se pretende que el aporte teórico sea de suma importancia para las generaciones futuras, y que los hallazgos de esta investigación ofrezca elementos para la disciplina de gerontología y al conocimiento en general, de esta Institución, Facultad de Enfermería y Obstetricia y/o la Universidad Autónoma del Estado de México, y se espera que pueda servir de orientación para investigadores en el campo de la gerontología.

OBJETIVOS

Establecer la influencia de las intervenciones gerontológicas en la modificación de los factores sociales, cognitivos, económicos asociados a la medicación del adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar los factores predominantes que llevan a la medicación del adulto mayor del grupo de ayuda mutua.
- Describir el aspecto económico como factor determinante de la medicación del adulto mayor.
- Determinar el factor social como determinante para la medicación.
- Describir el factor cognitivo como determinante de la medicación en el adulto mayor.
- Establecer las diferencias de la medicación del antes y después de la intervención gerontológica en el adulto mayor.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo es un estudio cuantitativo ya que según Hernández, (2004) el fenómeno que se pretende estudiar es medible por lo tanto se utiliza estadísticas en el cual se está delimitando los sujetos a estudiar, se genera una hipótesis en el transcurso de la investigación.

Mientras que Neuman, (1994) mencionó otras características y actividades que se apegan a la investigación tales como: el investigador está directamente involucrado con las personas estudiadas y sus experiencias personales siempre y cuando tengan un perspectiva holística, los investigadores entienden a los participantes que son estudiados y desarrollan empatía hacia ellos, no solo registran hechos.

El nivel que tendrá la investigación será explicativo por intervención, ya que está dirigido a responder por las causas de un problema social e intervenir, es decir, se centra en explicar porque ocurre el problema y en qué condiciones se manifiesta (*Kerlinger y Lee, 2002*).

Según Hernández, (2010) es de corte cuasi experimental ya que de los sujetos de estudios no se asignan al azar a los grupos, ni se emparejan, si no que dichos grupos ya están formados antes del experimento son grupos intactos, manipula deliberadamente una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes.

Universo

El universo de la investigación fue de 13, 021 adultos mayores y una muestra conformada por 26 adultos mayores como participantes que asistieron al grupo de ayuda mutua CEAPS Rayón.

Los participantes fueron adultos mayores, los cuales asistieron al grupo de ayuda mutua del CEAPS Rayón, son personas a las que previamente se les aplicó la clinimetría, la cual identifica que consumo tiene de medicamento. Teniendo como criterios de inclusión el ser adulto mayor, presentar enfermedad crónica degenerativo, tener consumo de tres o más medicamentos, medicarse y no presentar problemas de deterioro cognitivo, en cuanto a los criterios de eliminación se eliminaron a los adultos que no asistieron con regularidad y por ultimo personas que no quisieron participar en el proyecto.

La investigación se llevó a cabo en un periodo de seis meses recolectando datos en dos tiempos el primero para mostrar una panorámica del problema, en función del resultado se aplicaran las intervenciones gerontológicas, (talleres de actividad física, terapias gerontológicas) según las necesidades de cada paciente, posterior a los seis meses se aplicó nuevamente el instrumento con el fin de comprobar si al aplicar la variable de intervención (terapias gerontológicas), y medir la disminución de la medicación, los participantes de estudio radican en una comunidad del Estado de México.

El instrumento a utilizar fue una cédula de captación de datos con un total de 21 preguntas y 60 opciones de respuesta abiertas, cerradas, de opción múltiple y dicotómicas de las cuales se consideraron, 9 preguntas del área social, 6 preguntas del área cognitiva y 5 preguntas del área social-económica, el instrumento se aplicó de manera administrada ya que las investigadoras guiaron a los adultos mayores por las condiciones físicas y de educación (analfabetismo) que presentan cada uno de los participantes, el procedimiento se aplicó en tres etapas la primera de diagnóstico, la segunda de intervención y la ultima de evaluación.

El tratamiento estadístico se hizo en base al programa SPS SS 20 de acuerdo a las medidas de tendencia central y de comparación de grupos similares con t

student no paramétrica. Una vez obteniendo los datos, se realizó el tratamiento, posteriormente se realizó el análisis de datos por último se presentaron los datos por medio de gráficas de cada aspecto obtenidas de la cedula de captación de datos.

El aspecto ético está regido por la declaración de Helsinki (1964) menciona la investigación biomédica debe ceñirse al rigor científico, basada en sólidos conocimientos; diferencia de la investigación puramente científica, se establece un criterio de riesgo/beneficio de la investigación; se debe tener claro que los riesgos son minúsculos con los beneficios que se obtendrán, de ahí que la investigación/intervención se considere de bajo riesgo; así mismo al ser incluidos los adultos mayores por cumplir con los criterios para participar firmarán el consentimiento informado, el cual será leído y explicado por las investigadoras para que posteriormente asentarán su firma o huella, según será el caso.

Considerando lo establecido en el reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud en el título primero, artículo cinco, se deberá organizar, operar, supervisar y evaluar las actividades de investigación para la salud; II. Formular y desarrollar sus programas de investigación; segundo de los aspectos éticos en la investigación en seres humanos, capítulo uno, artículo 13, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Mientras que en el artículo 16, establece que en las investigaciones en seres humanos, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Por lo cual con el fin de cumplir con este presente fue obligado a cumplir con el anonimato de los sujetos de estudio que participaron en la investigación, no mencionando los nombres de los participantes no afectando la integridad y

bienestar de cada uno de ellos, como lo menciona la ley general de salud en materia de investigación.

HIPÓTESIS

Ha: Si aplicamos intervenciones gerontológicas en adultos mayores luego entonces se verán modificados los factores de medicación sociales, cognitivos y económicos.

VARIABLES

Medicación (v. independiente)

Factores sociales (v. dependiente)

Factores mentales (v. dependiente)

Factores económicos (v. dependiente).

UNIDAD DE ANÁLISIS: Medicación en los adultos mayores.

RELACIONES LÓGICAS: Luego entonces

HIPÓTESIS NULA

Ho: Los factores sociales, cognitivos y económicos no aumentan ni disminuyen la medicación en el adulto mayor.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	CATEGORIA	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES
FACTOR SOCIAL: Se refiere a los parámetros que afectan los elementos los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del momento. (Goma R, 2005)	Nivel de escolaridad	Tiempo en el que una persona asiste a una escuela o centro de enseñanza.	Grado de escolaridad concluido.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
	Consumo	Acción de consumir o gastar ya sea un producto o bien un servicio.	Cantidad e consumo de medicamentos.	Toma de 1 a 2 medicamentos en 24 horas. Toma más de 3 medicamentos en 24 horas.
	Frecuencia	Repetición mayor de un suceso.	Establecimiento de la frecuencia en la medicación.	Una vez al día - 2 veces al día - Cada 2 días - Cada 8 días - Cada que se siente mal
	Dependencia	Dificultad de un individuo para realizar una actividad graduándose desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad y calidad.	Nivel de dependencia en los adultos mayores.	- Física - Mental - Afectiva o emocional
	Prescripción	Acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o tratamiento a un paciente.	Reconocer si la ingesta del medicamento es tal como fue prescrita.	1 medicamento diario 2 medicamentos diarios 3 o más medicamentos.
	Medios de comunicación.	Instrumentos utilizados en la sociedad para informar y	Tipos de influencia directa para la medicación.	- Televisión - Radio - Periódico - Revistas

		comunicar de manera masiva, los individuos y las comunidades acceden a material informativo que describe, explica y analiza datos y acontecimientos a nivel local y global.		
	familia	Célula nuclear de la sociedad, pautas socioculturales, creencias, códigos de vivencia, valores, por opuesto o similitud garantizando así la continuidad de la cultura.	Factores sociales que llevan a la medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Vive solo - Vive con algún familiar - Vive con alguna persona.
<p>FACTOR COGNITIVO:</p> <p>Analiza los procedimientos de la mente que tiene que ver con el conocimiento, su finalidad es el estudio de los mecanismos que están involucrados en la creación de conocimientos desde lo mas simple a lo mas complejo.</p>	Memoria	Facultad que le permite al ser humano retener y recordar hechos pasados.	Relación con problemas de memoria y olvido	<ul style="list-style-type: none"> - Olvidos ocasionales. - Olvidos frecuentes. - Aumento de olvidos. - No presenta olvidos
	De privación sensorial	Afección total o parcial de la función visual, gustativa u olfatoria que además de limitar uno o más sentidos genera disfunción en las esferas biológica, psicología y social repercutiendo en	Factores condicionales	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento -Desorientación temporo-espacial

		la independencia y calidad de vida.		
<p>FACTOR ECONÓMICO:</p> <p>Estado en el que se encuentra una persona particular en el aspecto financiero, y define como se efectuaran las futuras transacciones.</p>	Ingresos y gastos	Medios materiales que permite satisfacer ciertas necesidades dentro del proceso productivo o la actividad comercial.	Establecer si el nivel económico es un factor imponente en la medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con el dinero para la consulta y medicamentos - Los costos son elevados - Han surgido problemas económicos por la compra de medicamentos.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

ADULTO MAYOR

Los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento, y son los que mayor medicación y atención de salud requieren, llegando a tener del 12 hasta el 25% de las medicaciones; Los fármacos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los ancianos, atribuible a dosis muy elevadas y muchos productos (*Martínez, 2005*).

Los pacientes adultos mayores tienen tres características principales que los diferencian de otros grupos etarios: poli patología, polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que alteran la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos; Estos tres factores hacen que la interacción medicamentosa, puede pasar desapercibida en un paciente joven, en el adulto mayor se manifiesta como una reacción adversa, que en el mejor de los casos, si es detectada (*Ortiz, 2008*).

Debido a la atrofia de la mucosa intestinal, producida durante el envejecimiento, se presenta disminución de la absorción medicamentosa por vía oral, Sin embargo, drogas que alteren el pH gástrico podrían modificar la absorción, el porcentaje de agua corporal disminuye y el de grasa aumenta, esto varía entre los sujetos según sexo, estados de nutrición e hidratación (*Ortiz, 2008*).

El volumen de distribución de los medicamentos está determinado por la cantidad de agua y de grasa corporal, así como por la afinidad de la droga a cada uno de estos componentes. Debido a la variabilidad entre los ancianos, es difícil predecir el volumen del medicamento. Sin embargo, fármacos como las benzodiazepinas, tienen mayor distribución y mayores vidas medias, lo cual produce efectos

prolongados después de una dosis única o toxicidad de forma insidiosa debido a que se acumula. La fase de aclaramiento se define como la eliminación del medicamento a través del metabolismo (principalmente hepático), y de la excreción (principalmente renal), o una combinación de ambos (*Fernández, 2009*).

El aclaramiento a través del hígado puede estar disminuido o inmodificable, dependiendo la vía específica: la malnutrición y el hipotiroidismo, aún con pruebas hepáticas normales, alteran el proceso de eliminación de los fármacos. El aclaramiento renal disminuye en todos los ancianos debido a que el tamaño, del flujo renal, la filtración glomerular y la secreción tubular decrecen, los cambios propios del envejecimiento no sólo alteran el fármaco-cinética de los medicamentos sino también la farmacodinamia. A este nivel se producen alteraciones en la sensibilidad y el número de receptores (*Rollason, 2003*).

Muchos de los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento pueden llevar a niveles altos de concentración de la droga. Prescribir bajas dosis y aumentarlas progresivamente hasta lograr los efectos terapéuticos es lo acertado, pues logra disminuir la toxicidad. Es importante diferenciar la polifarmacia y la poli-medicina en el adulto mayor. La polifarmacia es el uso innecesario y excesivo de fármacos, mientras que la poli-medicina es la utilización justificada de medicamentos para el tratamiento de la poli-patología del anciano (*Machado, 2006*).

La presencia de múltiples co-morbilidades en los adultos mayores está asociada a la prescripción farmacológica efectiva y segura, sin embargo, hay un gran desconocimiento de las manifestaciones atípicas de la enfermedad en los ancianos, es frecuente la presentación de caídas, declinación funcional o delirium, o presentan afecciones dado a medicamentos simultáneos y daños como deterioro de la función visual, auditiva y mental por lo que pueden ser agravados por los mismos, ya que el organismo presenta cambios fisiológicos

que pueden alterar la farmacología por uso indiscriminado, así la pobre valoración del paciente conlleva al manejo de los síntomas y no de la etiología del problema de salud es también frecuente que los cambios por envejecimiento sean confundidos con enfermedad para lo cual generalmente se van agregando prescripción inadecuada de fármacos (*Peláez, 2010*).

MEDICACIÓN

“La OMS considera polifarmacia el consumo de más de 3 medicamentos, la cantidad de medicamentos usados por los ancianos es de 10-15 medicamentos con 50%, las enfermedades son: hipertensión, diabetes, osteoporosis, enfermedades respiratorias, gastritis, cáncer de próstata y de mama.”

También se define como la ingestión concomitante de 4 o más fármacos. Esta definición no toma en cuenta si la prescripción es o no adecuada, ya que la mayoría de los ancianos requieren varias drogas para tratar otras tantas enfermedades.

La situación se agrava pues para algunos pacientes los colirios, las cremas, vitaminas, ungüentos, supositorios y otros fármacos, que no se administran vía oral o que son inyectados, consideran que no son verdaderos medicamentos, por lo que no los mencionan a sus médicos cuando acuden a consulta y se puede caer en la duplicación terapéutica; un paciente puede estar recibiendo varios medicamentos repetidos para un mismo problema, pues el médico no ha recibido información apropiada. Esto sucede frecuentemente con sustancias que tienen nombres comerciales diferentes, porque en un caso se usa el nombre genérico y en otro el comercial (*Martínez, 2005*).

Por otra parte la polifarmacia, definida como la utilización de múltiples fármacos prescritos o no, donde se encuentran los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los ancianos, considerando polifarmacia si el paciente consumía 4 o

más fármacos diariamente, la pluri-patología es el rasgo distintivo de este grupo poblacional, llevándolos a la polifarmacia ya que la mayoría de los adultos mayores tienen varias patologías y también toman medicamentos prescritos o no.

En cuanto a otros términos aplicados está que “La polifarmacia es el uso innecesario y excesivo de fármacos; mientras que la poli-medicina es la utilización justificada de medicamentos para el tratamiento de la poli-patología del anciano. Un paciente puede estar recibiendo varios medicamentos repetidos para un mismo problema; Esto sucede frecuentemente con medicamentos idénticos, si un paciente está tomando 5 medicamentos, existe la probabilidad de 50% de una interacción importante clínicamente y cuando son 7 los fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%. De ese total, un 20% podría ser con manifestaciones de reacciones adversas severas (*Acosta, 2012*).

En cuanto a la presencia de reacciones adversas en teoría “De auto-cuidado” el individuo tanto joven o maduro, trata de forma deliberada de mantener su bienestar, un buen estado de salud y prolongar el desarrollo en este caso las personas tratan por sus propios medios de mantener su bienestar y estado de salud, pero al mismo tiempo se está deteriorando, y/o enmascarando una enfermedad y efectos adversos a través de la auto-medicación (*Rojas, 2001*).

FACTOR SOCIAL

La polifarmacia afecta a todas las personas desde temprana edad hasta la adultez, por lo que creemos conveniente tomar medidas preventivas para evitar que los adultos mayores se auto-prescriban, y evitar ésta, aunque existen varios factores por lo que el adulto mayor lo lleva a la polifarmacia y con esto a mayor posibilidad de ser un anciano frágil (*Machado, 2006*).

Factores que intervienen para la polifarmacia son los medios de comunicación así como la sociedad ya que en algunos artículos ya mencionados existen

medicamentos de libre venta, lo que le permite al adulto mayor auto-med icarse siendo así la misma sociedad la que médica no acudiendo al personal capacitado *(Rodríguez, 2007)*.

La calidad de vida, del anciano debe mejorar con el medicamento, no disminuir como en la mayoría de los casos, esto se debe porque al tomar de muchos medicamentos el paciente se ve afectado con el gran número de efectos secundarios; ya que éstos tienen de 2 a 3 más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, por la disminución de la aclaración renal y hepática, provocando lesión en órganos que están en buenas condiciones disminuyendo su capacidad o dejan de funcionar por el efecto adverso del medicamento. Dando lugar a que los médicos confundan los efectos adversos de un medicamento con los síntomas de una enfermedad, por lo que agregan un nuevo fármaco al tratamiento del paciente *(Sánchez, 2012)*.

El desconocimiento de patologías es un problema que se desencadena a partir de la percepción de amenaza sobre la propia salud del adulto mayor que se encuentra determinada por la vulnerabilidad ante la enfermedad, otro factor sería las creencias y desconocimientos de las patologías de los individuos y las posibilidades de reducirlas, determinada en la esperanza y en la eficacia de las medidas para reducir el temor. Pero existen determinantes que, son los estímulos internos y externos, éstos constituyen la clave para actuar, por ejemplo: un síntoma de una enfermedad sería un estímulo interno y para el segundo estímulo sería una campaña acerca de promoción en salud para conocimiento de la patología *(Arrivllaga, 2003)*.

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. Las políticas de salud diseñadas en la última década para responder a las necesidades de las personas de edad avanzada, buscan el mantenimiento de la

capacidad del mayor para llevar una vida independiente con un alojamiento y un soporte social adecuados. En las personas de edad el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios aumentando en la población de adultos mayores el consumo de fármacos, de forma desproporcionada al grado de dependencia (*Sánchez, 2005*).

Por lo tanto, las creencias que tengan las personas sobre la importancia o gravedad de un problema van a influir de gran manera en la percepción de salud, donde un síntoma de una enfermedad puede determinar si se va a sentir amenazado o no por esta situación, esto va a depender de los conocimientos que posea la persona acerca del síntoma o de la enfermedad o de sus propias experiencias previas, pudiendo sentirse vulnerable o no a esta situación. Es decir, las creencias que posean las personas van a determinar el actuar de éstas, para tratar de reducir o eliminar esta sensación de amenaza es aquí donde el acto de automedicación puede ser una medida de solución al problema, lo que va a depender de los conocimientos de ellas sobre el tema, con el fin de conservar o mejorar su salud, favoreciendo así el auto-cuidado.

La autonomía de los ancianos es importante en su vida diaria, ya que las personas que requieren mayores cuidados son quienes sufren de aislamiento social de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos a causa de la polifarmacia, existen actividades de promoción y prevención que promueven el consumo de diferentes medicamentos, aumentando la automedicación en personas vulnerables como lo son el grupo de personas mayores de 65 años, (*Jules, 2005*).

FACTOR ECONÓMICO

El primer paso en el control de este problema frecuente y que afecta a muchos ancianos del mundo, es llevar consigo, cuando se consulte al médico, una lista de todos los fármacos que toma, incluyendo los que no se consideran medicamentos reales o que les "recetó" el vecino o lo compraron porque lo vieron en un programa de televisión o medios de comunicación.

El segundo paso para atacar la "polifarmacia", es quitar de la mente que un síntoma es igual a medicina, porque está comprobado que entre más medicamentos tome una persona, especialmente los ancianos, mayores son las posibilidades de que aparezca un efecto secundario o una interacción, que el paciente podría interpretar como un nuevo síntoma (*Torres, 2010*).

Los Incrementos farmacológicos derivan de los problemas del incumplimiento de consumo de medicamentos, en los adultos mayores aumentan el riesgo de desarrollar, otros problemas que derivan en más consultas y costos asociados a los sistemas de salud, mayor consumo de medicamentos, mayores hospitalizaciones y en definitiva, mayor riesgo de afectar su autonomía por pérdidas en la funcionalidad (*Sánchez, 2012*).

La situación de escasez de recursos materiales y las deficiencias en el desempeño y competencia profesional médica conllevaron, a una insuficiente atención a las necesidades de los pacientes adultos mayores, los cuales optan por un tratamiento no recomendado con la creencia de una pronta recuperación (*Quintanilla, 2005*).

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad. La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el

estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso (*Quintanilla, 2005*).

FACTOR COGNITIVO

La revisión de los tratamientos farmacológicos recibidos por los adultos mayores, pone en evidencia que ellos habitualmente están expuestos a polifarmacia, considerada como una de las causas de fragilidad en estos pacientes, asociándose con un aumento en el riesgo de desarrollar síndromes geriátricos como caídas, delirium, pérdida de la funcionalidad y la autonomía, deterioro cognitivo, incontinencia y daños generales en el déficit sensorial, (*Martínez, 2005*).

Otros factores asociados de manera importante en la polifarmacia y en las reacciones adversas medicamentosas en diversos pacientes en el uso de algunos medicamentos como metoclopramida, dipirona, hipoglucemiantes, antiarrítmicos, antibióticos siendo así las complicaciones gastrointestinales son las causas más comunes, incluyendo sangrado intestinal, seguidas de alteraciones en la piel, sistema nervioso y cardiovascular (*Domínguez, 2010*). Y en la que influye medicación inadecuada cuando el riesgo sobrepasa el beneficio y el uso inadecuado expone a riesgos de mortalidad.

El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores, la enfermedad produce un deterioro físico y cognitivo que conduce a una limitación para realizar actividades o comportamientos

habituales, lo cual repercutirá en la percepción del propio estado de salud, (*Lacida, 2011*).

El conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de la persona y un deterioro en la percepción de su salud, por lo cual tienden a aumentar el consumo de medicamentos, sin tener alguna prescripción en la mayoría de los casos, empeorando su estado de salud y promoviendo el consumo de más fármacos los factores de dependencia en los adultos mayores producen un efecto modulador. Así, las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad, haciendo creer que su estado de salud está mejorando, enmascarando las enfermedades (*Rojas, 2001*).

Dentro de los factores mentales de riesgo que más inciden son: el hecho de vivir solos, edad igual o superior a los 80 años, inactividad mental, el desamparo y la pobreza. Directamente relacionado con la correcta toma de los fármacos. Se origina gran dificultad en recordar cuándo y cómo debe tomarse la medicación o peor aún, llevar a duplicación de las dosis; sabemos que por el deterioro cognitivo y de memoria los pacientes adultos olvidan las indicaciones de los medicamentos por lo que aumenta la ingesta en las personas adultas mayores (*Martínez, 2005*).

Considerando un verdadero problema que afecta directamente a los adultos mayores, ya que las reacciones adversas de algunos medicamentos que muestran son muy dañinas y afectan la calidad de vida de los adultos mayores y por lo consecuente la vida diaria.

Para iniciar bien con este proyecto encontramos en los artículos mencionados que se realizaron estudios a personas adultas mayores donde se les pregunta enfermedades crónicas con sus diferentes medicamentos además de mencionar

los ingeridos por lo que nos pudimos dar cuenta que cierta población, es decir el 50% aproximado de edades de 65 a 69 años de sexo femenino principalmente ingerían medicamentos de tipo hipertensión, analgésicos, vitaminas, laxantes, diuréticos, antibióticos, en donde las enfermedades predominantes son hipertensión arterial, osteoartritis, cardiopatías.

“A demás de que en otros estudios realizados se encontraron 214 historias clínicas de pacientes de 84 años, donde 140 mujeres, 74 hombres el consumo es de 4,1 fármaco por persona, 189 de los pacientes toman de 1-16 medicamentos, y el sexo femenino es el más poli-medicado con 75 mujeres y que con esto deriva al aumento de fragilidad en nuestros adultos mayores por consumo inadecuado” (Domínguez, 2010).

Siendo así común que los adultos mayores presenten afecciones debido a la ingesta de medicamentos simultáneos y daños como deterioro de la función visual, auditiva y mental. Por lo que pueden ser agravados por los mismos porque el organismo senil presenta cambios fisiológicos que por sí mismos pueden alterar la farmacología por uso indiscriminado de esto (Martínez, 2000).

INTERVENCIONES GERONTOLÓGICAS

Las pláticas informativas que se impartieron dentro del grupo de ayuda mutua fueron con el fin de prevenir enfermedades, de igual forma evitar la complicación de éstas en los pacientes que las padecen eliminando la auto-medicación y medicación.

REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

La alteración de la marcha son causas frecuentes de consulta neurológica o de reacción adversa a un medicamento, caracterizada por debilidad muscular, caídas frecuentes, inestabilidad, rigidez de piernas, dificultad para iniciar la marcha o detenerse.

La historia clínica debe recoger datos sobre el tiempo de aparición de las anomalías, el grado de incapacidad, los factores determinantes para ocasionar ésta. El examen físico exige una cuidadosa observación o aplicación de instrumentos que valore, cómo el paciente se levanta o arrastra los pies al caminar la distancia entre los pasos, la amplitud de la base de sustentación, el balance de los brazos, la estabilidad en los giros, si se mantiene con los pies juntos, si se levanta de una silla con apoyo, la fácil pérdida de equilibrio, y los movimientos acompañantes, o bien con el uso de instrumentos.

El tratamiento físico y la educación del paciente son aspectos importantes de la terapéutica de estos pacientes. El adiestramiento de la marcha, el fortalecimiento muscular, el uso de instrumentos auxiliares y los comportamientos adaptativos (levantarse despacio, usar barandales y muebles para equilibrarse) son útiles para prevenir la morbilidad subsecuente por la inestabilidad (Cerdeira, 2012).

Una técnica importante de la reeducación de la marcha para el adulto mayor, es, conocer como levantarse de una caída se aplica con el fin de disminuir las lesiones causadas en los intentos por levantarse del piso, ya que en la mayoría de los accidentes sufridos por los adultos mayores aumentan las lesiones al intentar reincorporarse además de aumentar la independencia para levantarse al sufrir alguna accidente.

Los factores de riesgos responsables de una caída relacionada con la ingesta de fármacos son:

1. Intrínsecos o relacionados con el propio anciano: El anciano tiene predisposición a caer, siendo múltiples las causas que pueden contribuir a ello:
 - Cambios del envejecimiento que afectan a la visión, el oído o el aparato locomotor.

- Enfermedades crónicas y agudas: las caídas pueden ser la primera manifestación, o en otros casos, una manifestación atípica de patología aguda.
2. Fármacos: Los fármacos juegan un papel muy importante en las caídas del anciano, de forma que existe una relación directa entre el número de medicamentos, y el mayor riesgo de sufrir una caída, considerándose una cifra claramente peligrosa la toma de 4 o más fármacos (*Sgaravatti, 2011*).

ACTIVIDAD FISICA

Es aquel, que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o a una parte del mismo, de manera armónica y ordenada, en beneficio del desarrollo y conservación de sus funciones. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades e ingesta de medicamentos, varios son los efectos positivos de la práctica de ejercicio, entre las cuales podemos nombrar (*D'Hyver, 2009*)

- Mejora la función pulmonar y cardíaco, que favorece la capacidad de respuesta de estos órganos tanto en actividad como es estado de reposo.
- Tonifica la masa muscular y aumenta el volumen de los músculos del cuerpo, esto hace que el cuerpo se estilice y sea ágil en los movimientos.
- Ayuda a eliminar los excesos de calorías que el cuerpo reserva, aumentando la oxidación de grasas y azúcares.

En la actualidad parece existir evidencia suficiente que prueba que aquellos que llevan una vida físicamente activa pueden obtener una larga lista de beneficios.

- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en general y en especial de mortalidad de cardiopatía isquémica en grado similar al de otros factores de riesgo como el tabaquismo.

- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.
- Mejora el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol (HDL).
- Mejora la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer diabetes no insulino dependiente.
- Mejora la digestión y la regularidad del ritmo intestinal.
- Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, como el de colon, uno de los más frecuentes y sobre el que al parecer existe mayor evidencia.
- Incrementa la utilización de la grasa corporal y mejora el control del peso.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada, como la recomendada con el fin de obtener beneficios para la salud, no produce daño articular y por el contrario puede ser benéfica para la artrosis.
- Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
- Mejora la imagen personal y permite compartir una actividad con la familia y amigos.
- Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.
- Ayuda a combatir y mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo. (*D´Hyver, 2009*).

En adultos de edad avanzada, disminuye el riesgo de caídas, ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y aquellas asociadas con el envejecimiento.

De esta forma mejora su calidad de vida y aumenta su capacidad para vivir de forma independiente. Ayuda a controlar y mejorar la sintomatología y el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas (cardiopatía isquémica,

hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, diabetes, osteoporosis, etc). Disminuye la mortalidad tanto en adultos jóvenes como en los de mayor edad, siendo incluso menor en aquellos que tan solo mantienen un nivel de actividad física moderada que en los menos activos o sedentarios.

Todos estos beneficios tienen una repercusión final en la reducción del gasto en salud. Este es un argumento de peso para que tanto las administraciones públicas y privadas apoyen la promoción de la actividad física en todos los estratos de la sociedad. Indudablemente el ejercicio físico regular permite desde el punto de vista psicológico afrontar la vida con mayor optimismo y mejor disposición, a la vez que socialmente es un medio de integración en distintos grupos humanos.

Entre los posibles problemas derivados de la práctica de actividad física, el más frecuente es el riesgo de lesiones musculoesqueléticas. Este es fácil de evitar si no se cometen excesos y el nivel de actividad aumenta de forma lenta y progresiva hasta alcanzar el deseado. Por otro lado, si bien es cierto que el ejercicio físico intenso aumenta considerablemente el riesgo de eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio o muerte súbita cardíaca), tanto en individuos previamente sedentarios como en aquellos que realizan actividad física de forma regular, el riesgo global sigue siendo claramente inferior en estos últimos (*Romero, 2013*).

MOVILIZACIÓN ARTICULAR

Tracción pasiva y/o movimientos de deslizamientos aplicados en las superficies articulares que mantienen o restauran el juego normal articular permitido por la cápsula, de manera que puede llevarse a cabo el mecanismo de rodar-deslizar mientras se mueva el individuo.

Movimiento pasivo, generalmente repetido, no sobrepasa el juego pasivo normal de una articulación o de un conjunto de articulaciones y no implica ningún movimiento brusco o forzado. Movilidad de una articulación: la movilidad de una articulación se refiere a la magnitud del arco de movimiento (*Walsh, 1998*).

TERAPIAS DE RELAJACIÓN

Existen varias clases de terapias de relajación y éstas utilizan una variedad de técnicas. Sin embargo, la mayoría de ellas comparten ciertas características relacionadas. En muchas técnicas de relajación, la persona comienza por recostarse o adoptar una postura sentada relajada en un lugar tranquilo y con los ojos cerrados.

Las técnicas de imágenes dirigidas emplean una visualización deliberada de escenarios o acciones, como caminar por una playa tranquila. Las técnicas de relajación progresiva implican una relajación gradual de los músculos. Finalmente, algunas escuelas de meditación incorporan la repetición de una frase o sonidos de manera silenciosa o en voz alta.

Todas estas técnicas se aprenden mejor con la ayuda de un profesional entrenado. El formato normal es una clase de grupo complementada con una práctica regular en casa. Si usted es lo suficientemente diligente, la experiencia sugiere que usted puede desarrollar la habilidad de entrar en un estado relajado a voluntad, incluso en medio de una situación muy estresante.

Las terapias de relajación son las que más comúnmente se intentan en circunstancias médicas en las cuales se cree que el estrés juega un papel particularmente grande, estas incluyen: insomnio, cirugía, dolor crónico y quimioterapia contra el cáncer. Una forma muy específica de visualización dirigida (descrita más adelante) también es usada como un intento para tratar realmente el cáncer.

Los posibles beneficios de terapias de relajación para el tratamiento del insomnio, las limitaciones en el sueño e intento paradójico (tratar de no dormir). El tipo de terapia de relajación utilizada en la mayoría de estas pruebas fue una relajación progresiva de los músculos (PMR por sus siglas en inglés). Muchas de estas pruebas utilizaron la forma más inteligente de tratamiento por placebo descrita anteriormente, otros simplemente compararon la terapia de relajación con un no tratamiento. Sobre todo, la evidencia indica que las terapias de relajación pueden ser un tanto útiles para el insomnio, aunque no tan drásticamente.

Otras enfermedades que tienen por lo menos una evidencia mínima de apoyo para responder a la terapia de relajación incluye lo siguiente:

- Estrés en general.
- Ansiedad de varios tipos.
- Dolor crónico en general.
- Hipertensión y otros factores de riesgo para las enfermedades cardíacas.
- Síndrome del intestino irritable.
- Menopausia.
- Insomnio
- Artritis reumatoide.
- Rehabilitación de apoplejía.
- Dolores de cabeza por tensión
- Colitis ulcerativa.

AROMATERAPIA

La aromaterapia es un antiguo arte que se incorpora a esta época de vida de cambios veloces y vida acelerada, esta disciplina aporta un uso terapéutico de los aromas puros para un tratamiento natural y un complemento importante para ayudar a restablecer nuestro equilibrio y armonía.

Los aceites esenciales poseen muchas propiedades que provocan estímulos en el ser humano y se convierten en un invaluable elemento de bienestar, el uso de esencias es de tiempos remotos y tiene referencias en todas las culturas y religiones.

En la antigüedad, los egipcios hace 40 siglos A.C hacían preparados con aceites esenciales que se utilizaban en medicina, cosmética, baños, y para armonizar los templos. Los egipcios iniciaron el arte de extraer las esencias de las plantas calentándolas en recipientes de arcilla, fueron los alquimistas griegos quienes conservando la fragancia y las propiedades curativas inventaron la destilación para obtener aceites esenciales, el uso de aceites esenciales se realizaba desde hace milenios en China India y Persia. Los vedas también utilizaban aceites para su medicina. Los vegetales medicinales-aromáticos producen esencias, las mismas son extraídas por destilación y presión, también hay otros métodos para algunas especies particulares.

Acción de los aceites esenciales

Un modo de actuar de los aceites esenciales es través del olfato armonizando los estados psíquicos emocionales y espirituales, el sentido del olfato está relacionado a nuestras emocionase por estar directamente conectado al cerebro donde se encuentra el centro de las emociones, también el espacio de muchas actividades vitales de nuestro organismo, el sueño, la sensualidad, la sed, la memoria, etc.

Cuando se huele algo se evoca la memoria emocional, se puede relacionar las emociones. El sistema límbico donde se encuentra el centro de las emociones está relacionado con el hipotálamo, la parte del cerebro que está comunicado con las glándulas sexuales. La memoria asociativa de aromas y situaciones generan el aprovechamiento de los aceites para uso terapéutico, dado que la conciencia registra el aroma con la ambientación.

La aromaterapia actúa sobre los planos sutiles, por ello puede ser utilizada como terapia, también ayuda a la meditación, visualizaciones, concentración, afirmaciones y a todas aquellas técnicas destinadas a buscar el equilibrio y armonía interior (*Villavicencio, 2010*).

Los aceites se usaron desde tiempos remotos para la meditación y rituales religiosos, también para muchas culturas los aromas se utilizaban como ofrendas a los dioses. Para meditar con aceites podemos lograr:

- Purificar y preparar el lugar para meditar.
- Ayudar a aquietar la mente de pensamientos cotidianos.
- Profundizar y serenar la respiración.
- Conseguir claridad mental.
- Balancear los chacras.
- Llevar la energía a tierra.
- Armonizar la energía de un grupo.

Principales aceites esenciales

Albahaca: se utiliza para el dolor de cabeza y migrañas, también para la fatiga mental.

Angélica: ayuda a contactarse con lo Divino.

Canela: es afrodisíaco y estimulante mental.

Cedro: efecto sedante indicado para el estrés.

Cedrón: sedante se combina con lavanda. Ciprés: se usa en duelos como en otras etapas de cambio.

Clavo de olor: agotamiento mental para dejar de fumar.

Eucalipto: actúa en el aparato respiratorio es descongestivo.

Geranio: antidepresivo, relajante y para restaurar y estabilizar emociones.

Jengibre: dolores reumáticos y musculares, agotamiento sexual y físico.

Lavanda: es un sedante muy efectivo, se utiliza en problemas de insomnio. Ayuda a balancear estados emocionales como histerias depresiones, calma, relaja.

Lima: se usa en la fatiga mental es un estimulante mental

Limón: estimulante mental, antiséptico, astringente, cicatrizante.

Mandarina: calmante y sedante, brinda alegría. Mejorana: actúa mejorando estados de soledad, ansiedad.

Menta: estimula el cerebro ayuda a despejar los pensamientos.

Naranja: es antidepresivo y restaura elevando el espíritu.

Pino: estimulante del sistema nervioso, brinda energía y bienestar.

Romero: estimula la memoria, la claridad mental, procesos creativos es un protector psíquico y un estimulante físico.

Salvia: relajante, armoniza la sexualidad por relajante y distiende la energía sexual.

Tomillo: antiséptico de vías respiratorias y antitóxico. Es tónico y energizante en el nivel físico, mental y emocional, mejora la memoria. Vetiver: es un relajante profundo, balancea energía de grupo puede ser afrodisíaco.

Uso de los aceites esenciales:

El método más indicado para el hogar, salas de meditación, consultorios, etc. es el hornillo, con el calor de una vela se calienta un pequeño cuenco de cerámica en donde se coloca agua y de 5 a 10 gotas de aceites esenciales.

Se puede utilizar colgantes de cerámica en el cuello o llevar un pañuelo con la esencia elegida, existen unos aros de cerámica que se colocan en los veladores y allí se ponen las gotas de los aceites preferidos con el calor de la lámpara se evapora el aroma y ambienta el lugar.

En caso del contacto con la piel el aceite penetra por los poros de la misma ingresando al sistema interno, allí debe diluirse en aceites neutros como el de

germen de trigo, sésamo, almendras o en cremas neutras y usarlo en masajes. Cuando los aromas se diluyen en aceites se pueden utilizar como perfumes. También se puede utilizar el aceite en baños de inmersión colocando de 10 a 15 gotas en el agua.

Cuando las combinaciones persiguen fines terapéuticos es importante tener en cuenta:

- No mezclar aceites esenciales con efectos opuestos.
- No usar más de 3 o 4 aceites.
- La mezcla debe ser agradable para la persona.

Los aceites utilizados correctamente para aromaterapia no producen ningún efecto desagradable ni contraindicaciones, de todos modos debemos tener en cuenta:

- No ingerirlos.
- No exceder la cantidad de gotas, ni el tiempo de uso.
- No poner en contacto directo con la piel: canela, clavo de olor, bergamota, enebro, jengibre, limón, menta, pino, tomillo.
- No usar en caso de epilepsia: romero salvia.
- No dejar ninguna esencia al alcance de los niños.
- No tomar sol después de usar sobre la piel: bergamota, pomelo, naranja, limón, cedrón, angélica

MUSICOTERAPIA

Este sonido utiliza ondas para estimular el funcionamiento del cerebro, produciendo la activación de los neurotransmisores y la segregación de hormonas para producir mayor felicidad y voluntad.

Aumenta:

- La serotonina.

- La noradrenalina
- La dopamina.

Cuando funcionamos correctamente las hormonas y los neurotransmisores inundan nuestro sistema en una cantidad justa y adecuada para sentirnos bien en las diferentes circunstancias de la vida. Cuando tenemos carencia de estas sustancias, aparecen los estados depresivos. Estos químicos faltantes pueden ser ingeridos en pastillas (psicofármacos) pero también es posible estimular a nuestro sistema a que los produzca de forma natural y este es el objetivo primario de este sonido.

Utilizando este sonido de forma regular durante el tiempo necesario podemos lograr que nuestro sistema comience a funcionar normalmente para que ya no sea necesario ningún tipo de medicamento ni ninguna ayuda externa. Usted debe inventarse su propio tratamiento, basándose en la observación de sí mismo y como se sienta en cada momento, puede empezar por tres secciones de sonido a la semana y aumentar o disminuir según lo que usted sienta, sonidos de una suave brisa de otoño con algunas aves para descansar la mente, reducir el estrés y aumentar la concentración al estudiar, leer o trabajar.

La serotonina, también es llamada la hormona de la felicidad, hormona del humor u hormona del placer. Tiene efectos importantísimos, como: disminución de la ansiedad, de la depresión, de las migrañas, mejoramiento del sueño, aumento del estado de felicidad y de las emociones positivas, aumento del estado de tranquilidad y aumento de la energía sexual, además hace que el organismo genere otras hormonas que tienen gran influencia en el anti-envejecimiento y el adelgazamiento.

Este sonido está preparado para estimular la segregación natural de serotonina, por lo cual es un gran afrodisíaco y antidepresivo, una dosis periódica de este sonido provoca estados de felicidad y muchos otros efectos positivos.

TERAPIA DE REMINICENCIA

Técnica que consiste en pensar, hablar o escribir sobre la propia vida, para compartir recuerdos y reflexionar sobre el pasado, y hacer consciente la vida personal.

Proviene de los primeros trabajos de Butler, acerca de la “Revisión de la vida”. Técnica usada específicamente en grupos de personas mayores (deterioro cognitivo leve o con problemas de memoria asociadas al envejecimiento).

“Proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se trae a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver”.

Objetivos:

- Facilitar la orientación estableciendo datos externos.
- Aumentar la autoestima y confianza.
- Generar el acto de recordar.
- Áreas estimuladas:
 - Memoria
 - Autobiográfica.
 - Recuerdo de hechos y acontecimientos.
 - Recuerdo de personajes.
 - Posibles temas.
 - La infancia.
 - Diversiones de adulto.
 - Construyendo el nido.
 - Buscando otros horizontes.
 - Las labores cotidianas.

- Fiestas anuales.
- Creencias, supersticiones y remedios

RESOCIALIZACIÓN

Proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas, luego de muchos años de desempeño de roles establecidos: esposo, padre, trabajador, y que obliga a aprender las obligaciones y derechos de los nuevos: abuelo, viudo, jubilado, proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas, luego de muchos años de desempeño de roles establecidos: esposo, padre, trabajador, y que obliga a aprender las obligaciones y derechos de los nuevos: abuelo, viudo, jubilado

Según Durkheim (1917). Los hechos sociales son exteriores al individuo. En el modo de actuar, pensar y sentir, exteriores al individuo, y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se lo imponen.

La educación cumple la función de integrar a los miembros de una sociedad por medio de pautas de comportamiento comunes, a las que no podría haber accedido de forma espontánea, la finalidad de la sociedad es crear miembros a su imagen, el individuo es un producto de la sociedad.

DEPRIVACIÓN SENSORIAL

Cuando uno envejece, cambia la forma en los sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído), esto se debe por una disminución de los mismos, Dichos sentidos se vuelven menos agudos lo que ocasiona problemas para distinguir los detalles.

Los cambios sensoriales pueden tener gran impacto sobre el estilo de vida y uno puede tener problemas con la comunicación, el disfrute de las actividades y las interacciones sociales lo que conlleva al aislamiento. Todos los sentidos reciben información de algún tipo del ambiente (luz, vibraciones sonoras, etc.). La

información se convierte en un impulso nervioso y es llevada al cerebro, donde se interpreta como una sensación significativa.

Los cambios visuales y auditivos son los más impresionantes, pero todos los sentidos pueden resultar afectados por la edad. Afortunadamente, muchos de los cambios en los sentidos por la edad se pueden compensar con aparatos como anteojos y audífonos o por medio de pequeños cambios en el estilo de vida (*Quintanilla, 2005*).

MANEJO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE

Cuando se habla de deterioro cognitivo leve se hace referencia a la disminución exclusiva de la memoria, y se hace denominación deterioro cognitivo amnésico, En este tipo de deterioro la memoria es la única función cognitiva que se ve afectada y a su vez a las actividades de la vida diaria; Aproximadamente el 15% de los sujetos con deterioro cognitivo sean diagnosticado posteriormente con enfermedad de Alzheimer (*Cabrera-Osorio, 2013*).

El diagnóstico para el deterioro cognitivo leve se debe identificar lo siguiente:

Si existe pérdida de la memoria, referida por el paciente o por un informador que conviva diariamente con el paciente

Que la evaluación de la memoria mediante test neuropsicológico que evalúa las funciones cognitivas, estén por debajo de la forma de ejecución de la mayoría de los sujetos a su edad

- Que no haya una alteración en el nivel de inteligencia.
- Que su actividad diaria no se vea afectada.
- Que no existan datos que permita diagnosticarla afectación como demencia.
- Disfunción de la memoria, anormalidades en el discurso de o lenguaje, alteraciones viso-espacial.
- Diferencias en el razonamiento abstracto y funciones ejecutivas.

- Cambios en el estado de ánimo y personalidad que alteran la vida diaria del paciente.

Debido al carácter dimensional de las funciones mentales en el caso de deterioro cognitivo leve no existen criterios operativos claros.

Intervención gerontológica

La evaluación neuropsicológica debe analizar: nivel de conciencia, atención para responder a estímulos sin distraerse, orientación en tiempo y espacio memoria de fijación y remota comprensión de lenguaje hablado y escrito, lectura nominación y repetición agnosias visuales, auditivas, tácticas habilidades constructivas pensamiento abstracto juicio y afrontar situaciones nuevas, programación de secuencias tomar en cuenta el nivel de inteligencia previo.

Observaciones de conducta

La cultura existencia de alteraciones sensoriales, que puedan interferir en la valoración de antecedentes clínicos patológicos y no patológicos, aplicación de clinimetría (instrumento de valoración cognitivo).

BENEFICIOS DE UNA RESPIRACIÓN PROFUNDA

Un aumento en la cantidad de sangre, debido a su mayor oxigenación en los pulmones. Esto favorece la eliminación de toxinas del sistema.

Una mejor capacidad del cuerpo para dirigir y asimilar los alimentos. Los órganos digestivos, como el estómago, reciben mayor cantidad de oxígeno y, por lo tanto, su funcionamiento es más eficaz. El hecho que los propios alimentos son también más oxigenados ayuda más todavía a una mejor digestión de los mismos

Una mejora en el estado del sistema nervioso, incluyendo el cerebro, la columna, los centros nerviosos y los nervios. Una vez más, esta mejora se debe a la mayor oxigenación y por lo tanto alimentación del sistema nervioso que sirve para

fomentar la salud de todo el cuerpo porque comunica con todas las partes del mismo

Un rejuvenecimiento de las glándulas, sobre todo las pituitarias y pineales. El cerebro se beneficia especialmente del oxígeno, y requiere tres veces más que el resto del cuerpo. Esto tiene un impacto fundamental sobre nuestro bienestar. Un rejuvenecimiento de la piel. La piel se vuelve más suave, y se reduce la aparición de arrugas faciales.

A través de los movimientos del diafragma durante los ejercicios de respiración profunda, los órganos abdominales: el estómago, intestino, hígado y páncreas reciben un masaje. Además, el movimiento de la parte superior del diafragma le proporciona otro masaje al corazón. Estos masajes estimulan la circulación sanguínea en estos órganos. Los pulmones logran ser sanos y fuertes, lo que supone un buen seguro contra futuros problemas respiratorios

La respiración yogui lenta y profunda reduce la carga de trabajo del corazón. Esto produce un corazón más eficiente y más fuerte, que funciona mejor y dura más tiempo. También se traduce en una tensión sanguínea reducida, y una probabilidad menor de sufrir una enfermedad cardíaca. Los ejercicios de respiración logran reducir el trabajo del corazón en dos maneras. Primero, una respiración profunda crea unos pulmones más eficientes, y más oxígeno entra en contacto con la sangre enviada por el corazón hacia los pulmones. Esto quiere decir que el corazón no tiene que esforzarse tanto para enviar oxígeno a los tejidos. Segundo, la respiración profunda causa una diferencial mayor en la presión pulmonar y esto, a su vez, produce un aumento en la circulación sanguínea lo que permite al corazón descansar un poco.

La respiración profunda y lenta le ayuda a controlar su peso. Si tiene exceso de peso, el suministro extra de oxígeno ayuda a quemar las grasas. Si por el

contrario, tiene insuficiente peso, el oxígeno alimenta a los tejidos y glándulas. En otras palabras, practicar yoga tiende a ayudarlo a encontrar su peso ideal.

La relajación mental y corporal. La respiración lenta, profunda y rítmica provoca un estímulo reflejo del sistema nervioso parasimpático. Esto produce una reducción en los latidos del corazón y una relajación de los músculos. Como el estado de la mente y el cuerpo están muy relacionados entre sí, estos dos factores producen a su vez un reflejo de relajación de la mente. Además, una mayor oxigenación del cerebro tiende a normalizar la función cerebral, reduciendo niveles excesivos de ansiedad.

Los ejercicios de respiración producen un aumento en la elasticidad de los pulmones y el tórax. Esto crea un aumento en la capacidad de respiración durante todo el día, no solo durante el ejercicio. Por lo tanto, todos los citados beneficios permanecen durante todo el día, (*García- Braun, 2012*).

LOS EJERCICIOS DE BUERGUER-ALLEN

Son ejercicios indicados en problemas circulatorios periféricos, como arterioesclerosis y trombosis venosa, fundamentalmente. Burger Allen, afirmó que la circulación colateral se da por el establecimiento del flujo sanguíneo entre un vaso obstruido y la continuación de dicho vaso más abajo del punto donde se encuentra dicha obstrucción.

Se basan en reacciones de hiperemia local, y los debe realizar el paciente en su cama entre 3 y 5 veces diarias. Estos ejercicios además de las reacciones inmediatas que tienen lugar en cada fase, consiguen aumentar el flujo sanguíneo en los miembros inferiores de manera general 5 minutos después de finalizados los mismos. Su objetivo es mejorar el estado del flujo sanguíneo colateral en los distintos trastornos de la circulación periférica (*López, 2011*).

BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

- Favorece la exploración del medio a través de los sentidos.
- Incentiva el desarrollo de mecanismos visuales.
- Modula el tono muscular.
- favoreciendo la evolución del lenguaje.
- Promueve un mejor desempeño en actividades de mesa.
- Mejora los niveles de atención y concentración.
- Favorece la ideación y ejecución de estrategias para solucionar problemas.

La jubilación es uno de los factores sociales que puede ocasionar una interrupción en el desempeño ocupacional del adulto mayor, por lo cual desde un enfoque preventivo la Terapia Ocupacional interviene en la exploración de intereses, tanto pasados como en la adquisición de nuevos, para promover la ejecución de actividades que sean significativas y que logren constituir un desempeño ocupacional equilibrado.

Por lo tanto en la vejez todo el tiempo que una persona dedicaba al área productiva se verá perdido y se convertirá en tiempo libre.

Por lo cual los adultos mayores deben prepararse para el incremento del tiempo libre cuando llegue el momento de su jubilación.

Si el adulto mayor no consigue este pasaje es posible que el sujeto caiga en una desorganización, la cual puede llevar a la pérdida de la continuidad, ya que todas las estructuras de la vida pierden sentido, caducan dejando al sujeto en un estado de desorientación, en una etapa en la cual se dificulta volver a empezar, el tiempo libre es una de las tres áreas que conforman nuestro desempeño ocupacional, las otras dos son la productividad y el auto- mantenimiento, ninguna se destaca más que la otra, ya que un equilibrio a nivel cualitativo y cuantitativo entre estas es lo que refleja el grado de la salud.

En la adultez y en la vejez el tiempo libre se basa en la recreación; es transformar las estructuras, permite prepararnos para las etapas siguientes, permite mantener o reconstruir la identidad, afrontar las diversas situaciones desde un lugar en el que se está permitido errar, porque así se continúa aprendiendo (*Durante, 2010*).

ASPECTOS LEGALES Y NORMAS SALUD EN EL ADULTO MAYOR.

Según la ley General de Salud Mexicana nos dice en el:

ARTÍCULO 1: la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el estado.

ARTÍCULO 2: es función esencial del estado velar por la salud de la población, corresponde al poder ejecutivo por medio del ministerio de salud se referirá abreviadamente la presente ley como ministerio, la definición de política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades físicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley, tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

ARTÍCULO 3: todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen, el deber de proveer a la conservación de su salud su concurrir al mantenimiento de su familia y la comunidad. Los mandatos de esta ley, de sus reglamentos u órdenes generales, particulares, ordinarias y de emergencia, que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias orgánicas tienen derecho a ser informado debidamente por el funcionario competente sobre las normas obligatoria vigente en materia de salud previas para evitar que los adultos mayores se prescriban y evitar estas, aunque existen varios factores por lo que el adulto mayor lo lleva a la polifarmacia, con esto a mayor posibilidad de ser un anciano frágil.

ARTÍCULO 12: derecho a la seguridad social los estados partes en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

ARTÍCULO 14: derecho a los beneficios de los servicios sociales.

ARTÍCULO 25. 1: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tienen así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

ARTÍCULO 39: el estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 43: se reconoce el derecho a protección de la salud; compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

NORMAS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN EL ANCIANO

- No utilizar medicación innecesaria para el tratamiento de una patología, evitando la medicación de complacencia.
- Revisar periódicamente el tratamiento y eliminar aquellos fármacos no necesarios.
- Recordar que todos los fármacos pueden producir efectos indeseables e interactuar con otros.

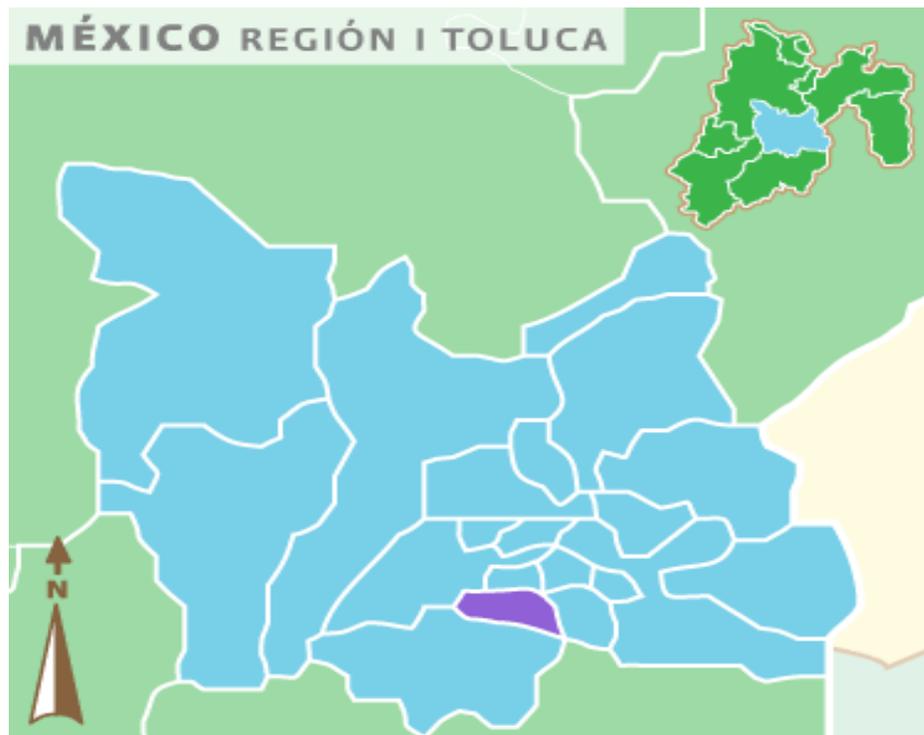
- Escoger aquellas presentaciones farmacéuticas que para el viejo sean más fáciles de administrar.
- Usar dosis pequeñas al comienzo del tratamiento e incrementar progresivamente.
- Evitar las dosis repartidas a lo largo del día. La dosis única diaria es lo ideal.
- La forma de tomar la medicación debe estar clara para el paciente.*(Arango V, 2010)*

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL

El Municipio de Rayón está situado en el Estado de México. Tiene 7,388 habitantes, de los cuales 585 son adultos mayores, la investigación se realizará con el grupo de ayuda mutua, en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, sin número ubicada en este municipio que cuenta con 25 participantes. Se encuentra situado el sureste del valle de Toluca,

LOCALIZACIÓN



Limita al norte con el municipio de San Antonio la Isla, al sur con Tenango del Valle, al este con Texcalyacac y al oeste con Calimaya.

Educación

El analfabetismo es una característica de la población que afecta a todas sus actividades y dificulta las acciones de promoción y educación para la salud. Existe en el municipio un total de 429 personas analfabetas, que corresponden al 3.3% del total de la población adulta. Según el censo del 2010 predomina el sexo femenino con 273 personas y 138 del sexo masculino, este porcentaje ha disminuido con el impulso educativo de la entidad, de la política educativa nacional y el Programa Oportunidades.

Esta característica como ya se mencionó afecta entre otras a las fuentes de ingresos, ya que las actividades a que tienen acceso son poco remuneradas y sus estilo de vida está relacionado con malos hábitos alimenticios e higiénicos, incrementándose los riesgos para la salud.

Cobertura de televisión, radio y periódicos

Actualmente existen en el estado radiodifusoras que transmiten mensajes, así como un canal local de televisión; en el municipio solo se captan señales de los siete canales de televisión abierta y se capta otro número mayor de radiodifusoras nacionales, circulan 10 periódicos nacionales y estatales así como servicio de teléfono el cual utiliza la clave lada (01,71713), no se cuenta con periódicos o revistas locales, por otra parte con el desarrollo actual de la tecnología se cuenta con servicios de telefonía móvil y de televisión satelital.

Circulan en el municipio ocho periódicos nacionales y estatales, no se cuenta con periódicos o revistas de circulación local

SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.

Las complicaciones derivadas de las patologías crónicas y sus consecuencias deben ser también una causa de atención prioritaria y de prevención por medio

de la educación para la salud, que es a través de su control mensual y medidas higiénico-dietéticas, fortaleciéndose con el ejercicio. Se observa que para el año 2004 la tasa de mortalidad por estas causas fue de 20.05 x 100,000 hab. Durante el año 2005 la tasa que se reportó fue de 29.59; en el año 2006 se registraron 2 defunciones con una tasa de 17.08; durante el año 2007 la tasa de mortalidad fue de 9.56 con una defunción; en el año 2008 la tasa que se presentó fue de 32.96; en el año 2010 la tasa es de 31.84 con cuatro casos. Como podemos ver, la tasa más alta se registró en el año 2008, siendo ésta menor a la estatal y jurisdiccional (*INEGI/seed, 2011*).

Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares.

La mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares ha sido importante como una complicación de las enfermedades crónico-degenerativos, a partir de 2004 se observa una tasa de 20.05 x 100,000 hab., debido al tipo de alimentación, estilos de vida, el alcoholismo, tabaquismo y la falta de atención oportuna nos lleva a este problema de salud; para el año 2005 la tasa es de 9.66; para el año 2006 la tasa fue de 0.0; para el año 2007 se observa un incremento importante en este año con una tasa de 28.69; baja en el 2008 a una tasa de 8.24 con un caso; en el año 2009 con un caso la tasa es de 7.96, por lo que se debe continuar con las estrategias establecidas por el sector salud (*INEGI/seed, 2011*).

Porcentaje de pacientes en control adecuado de hipertensión arterial.

El porcentaje que presenta el municipio de Rayón; para el año 2004 fue de 29.4 en el año 2005 de 40.9; para el año 2006 de 56.7; para el año 2007 fue de 64.3; baja para el año 2008 a 54.5 % de casos controlados; sube en el año 2009 a 82.8 y baja drásticamente en el año 2010 a 22.7 %. Como se puede observar en la gráfica en el año 2009 se tuvo el mayor control. En 2010 se tienen 145 pacientes en control de los cuales 33 están controlados, baja el número de controlados por el desabasto de medicamentos, por lo que sugerimos un mejor sistema de distribución de los mismos (*INEGI/seed, 2011*).

Casos nuevos observados en hipertensión arterial en Medicina Familiar.

En esta gráfica se puede observar el comportamiento de la hipertensión arterial, teniendo para el año 2004 una razón de de 2.5; para el 2005 baja a 0.1; en el 2006 sube ligeramente a 0.3; para el 2007 sube a 2.2 y en el año 2008 sube nuevamente a 2.8; en el año 2009 baja ostensiblemente a 0.6; en el 2010 se presenta el menor incremento con una tasa de 0.1. La morbilidad que presenta el municipio de Rayón ha ido en aumento y esto se debe a que se ha incrementado el número de detecciones y por lo tanto se han descubierto más casos de hipertensión. En 2010 se detectaron 21 nuevos casos (*INEGI/seed, 2011*).

Mortalidad por diabetes mellitus.

La mortalidad por este padecimiento, presenta un comportamiento irregular, el cual en este municipio muestra un decremento y como la mayoría fallece por las complicaciones como son las lesiones micro vasculares, derivado a un descontrol tanto en la toma de su medicamento como la alimentación inadecuada, podemos decir que las acciones tomadas muestran resultados, durante el año 2004 se presenta una tasa de 90.23; durante el 2005 se reportaron seis defunciones con una tasa de 59.19, en el año 2006 se registraron tres defunciones con una tasa de 25.61; en el 2007 sube nuevamente a 57.38 con un total de seis defunciones; en el año 2008 la tasa es de 8.24 con un caso; en el año 2009 se presentan tres casos con una tasa de 23.88. Como se puede ver en la gráfica, la tasa más alta se registró en el 2004 con nueve defunciones, en el último año la tasa jurisdiccional y estatal es mayor que la municipal. En el municipio se están tomando medidas como la formación de clubes de diabéticos para la prevención de dicha enfermedad, así como el control adecuado de los pacientes y por consiguiente evitar las complicaciones.

Casos nuevos observados de diabetes mellitus.

El comportamiento de esta gráfica es irregular, pero con tendencia a la baja en la gráfica se puede apreciar que durante el año 2004 se tiene una tasa de 1.9 casos

nuevos por 1000 habitantes; sube en el año 2005 a 3.5; baja en los años 2006 y 2007 a 1.6 y en el 2008 se registra una tasa de 1.5; en el año 2009 baja a 1.1; en el año 2010 sube a 3.8, en este año se registran 48 casos nuevos de diabetes mellitus, debido al incremento de detecciones, pero si observamos el comparativo con la gráfica de mortalidad, podemos apreciar la concordancia en la baja mortalidad.

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

El cáncer cérvico-uterino ocupa la primer causa de muerte en mujeres en edad fértil; se ha intensificado la detección a través de la toma de citologías encontrando un caso en el año 2006 con una tasa de 16.88, año en que se encuentra por arriba de la tasa estatal y jurisdiccional, en el año 2007 la tasa es de 0.0; en el año 2008 la tasa sube a 31.28; en el año 2010 la tasa es de 0.0, por lo que se debe intensificar la búsqueda intencionada de cáncer mediante las citologías vaginales en la población en edad reproductiva, continuando con su seguimiento hasta completar el proceso (*INEGI/seed, 2011*).

Mortalidad por cáncer mamario.

La tasa de mortalidad por defunción a causa de cáncer mamario tiene muchos factores como el genético, consumo de tabaco, de tipo hormonal, en donde es importante enseñarle a las mujeres la técnica de auto-exploración, observamos que en el año 2004 se registró una defunción con una tasa de 20.26 en el resto del periodo estudiado la tasa es de 0.0, por lo que esperamos que a través de la educación para la salud y el acudir oportunamente al centro de salud ayude a eliminar esta entidad nosológica (*INEGI/seed, 2011*).

INFRAESTRUCTURA

El Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se ha establecido como tal el primero de octubre del 2006 y concluyó el primero de noviembre del 2008, siendo antes Centro de Salud fundado el 19 de agosto de

1966, posterior de haberse concretado como CEAPS tuvo una segunda remodelación, el primero de marzo del 2013 concluyendo así en junio del 2013, está ubicado en el centro de la comunidad de santa María Rayón. Está construido de forma horizontal, público de atención primaria, descentralizado, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Las áreas con las que cuentas son: nutrición, psicología, estimulación temprana, ginecología, pediatría, hidratación, odontología, laboratorio, caja, archivo, farmacia, inmunizaciones, curaciones, 3 consultorios generales, quirófano, sala de recuperación, central de enfermeras, dirección, administración, residencia médica, sala de usos múltiples, cuenta con 9 sanitarios de los cuales ninguno cuenta con piso antiderrapante, barras de apoyo para adultos mayores, ni ventilación.

Existen 27,128 habitantes adultos mayores en dicha comunidad, 12,888 del género masculino y 14,240 del género femenino, donde 13,021 de la población es derechohabiente de alguna institución de salud IMSS, ISSSTE, e ISSEMYM, mientras que de los 31 adultos mayores que asisten al grupo de ayuda mutua cinco personas tienen seguridad social y los 26 restantes cuentan con seguro popular, sin embargo, el CEAPS atiende a los 31 adultos mayores que asisten al grupo de ayuda mutua.

Las calles de acceso están en buen estado, ya que cuentan con pavimentación, banquetas y rampas de acceso. Las vías de acceso al CEAPS cuentan con las medidas establecidas por la Norma Oficial Mexicana 167-ssa1-1977 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, facilitando la entrada a pacientes en silla de ruedas y camillas, los pisos están forrados con loseta no apta para el adulto mayor, hay una buena iluminación y ventilación, el edificio no cuenta con barras de apoyo para una buena deambulacion del adulto.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El desarrollo de esta investigación fue en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) Santa María Rayón, por un periodo de seis meses, la variable fue un programa de intervención gerontológica, aplicado a los adultos mayores que asistían al grupo de ayuda mutua, los cuales presentaban poli patologías y por ende polifarmacia, así como síndromes geriátricos y disminución de autonomía, con las intervenciones se identifican cambios en los participantes, en los aspectos sociales, económicos y cognitivos, para la recolección de datos se utilizó una cédula de captación, las preguntas estaban divididas en tres pre categorías, sociales, económicos y cognitivos, se aplicaron antes de las intervenciones gerontológicas y posterior a ellas, las respuestas captadas con los instrumentos, se procesan y analizan por medio del programa estadístico SPSS versión 20, resultando cuatro categorías como se muestra en seguida.

Factor socio-demográfico

Las características demográficas estudiadas en el grupo de participantes fueron el género y escolaridad como se describe en el cuadro siguiente:

CUADRO 1
Datos socio-demográficos de los adultos mayores del
Grupo de Ayuda Mutua de Santa María Rayón.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	95
Masculino	1	5
Grado de escolaridad		
Analfabeta	5	24
Primaria	8	38
Secundaria	7	33
Preparatoria	1	5

Fuente: cédula de captación de datos

Se realizó un estudio a 21 adultos mayores del CEAPS Rayón, a los cuales se les aplicó una cédula de captación de datos, para determinar si los factores sociales, mentales y económicos modificaban la medicación, donde el 95% fueron mujeres.

Otro aspecto considerado fue el grado de escolaridad, en donde los resultados muestran que, dos de cada tres; son analfabetas (24%) y con nivel de primaria (38%), uno de cada tres con escolaridad de secundaria y el resto preparatoria.

Factor Social

Otra categoría es el factor social que nos muestra la influencia de medios de comunicación así como los tipos de apoyo para la toma de medicamentos.

La dimensión social es la relación que hay en un conjunto de individuos que comparten una misma cultura, y que interactúan entre sí para conformar una comunidad. Las intervenciones gerontológicas que se realizaron para atender esta dimensión fueron, educación para la salud, pretendiendo que la persona, a través de materiales educativos ilustrados de diferentes padecimientos, adquieran oportunidad de comprender la enfermedad, su proceso y como se puede atender la salud y el bienestar a través de la ocupación.

Otras intervenciones gerontológicas utilizadas para atender esta área fueron: musicoterapia ambiental, aromaterapia, danza, coreografía, pintura, masoterapia, risoterapia, rehabilitación, actividad física, incluyendo el desarrollo de la fuerza, flexibilidad y resistencia, así como el aprendizaje de la biomecánica apropiada (rehabilitadora), así como terapia ocupacional.

El siguiente cuadro muestra el consumo diario de medicamentos que tenían los adultos mayores participantes.

CUADRO 2

Consumo diario de medicamentos de los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua Santa María Rayón.

Consumo de medicamentos	Frecuencia Porcentaje Antes		Frecuencia Porcentaje Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4-6 veces al día	18	86	0	0
1-3 veces al día	3	14	21	100
Total	21	100	21	100

Fuente: cédula de captación de datos

Antes de aplicar las intervenciones gerontológicas el 86% de los participantes tomaba de cuatro a seis veces al día medicamentos y el resto de una a tres veces, posterior a la intervención se ve modificada en el 100% de los participantes, el comportamiento en el consumo de medicamentos, antes de las intervenciones era 67% de los participantes consumían cuatro medicamentos, mientras que después solo el 19% consumía cuatro y el 24% solo consumía un medicamento.

Para estudiar la dimensión social como factor de polifarmacia se consideraron aspectos como; si los medicamentos fueron conocidos en algún medio de comunicación, o si se contaba con ayuda o consejo para tomar los medicamentos, así como el grado de apoyo, el resultado se muestra en el siguiente cuadro.

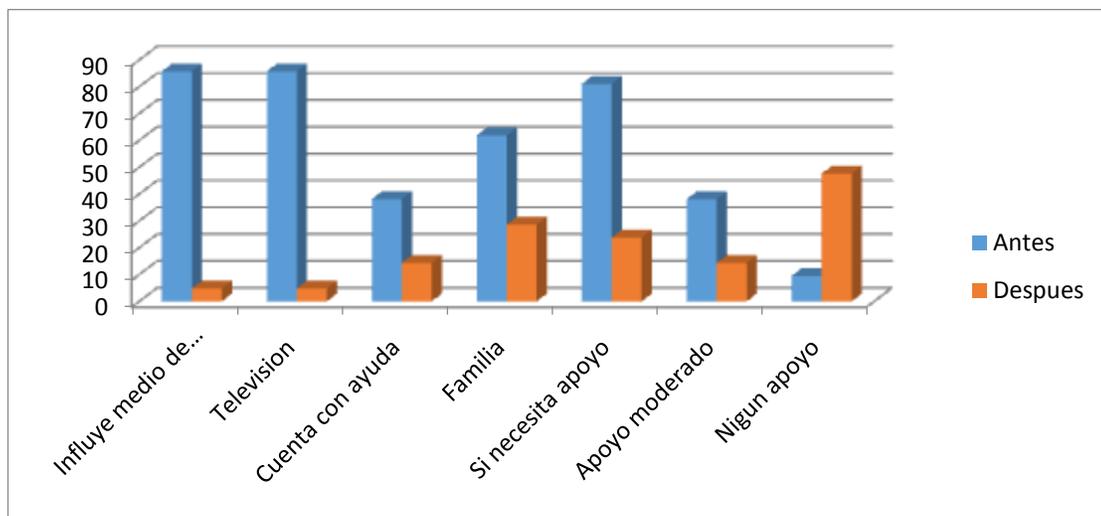
CUADRO 3

Tipos de apoyos e influencia de medios de comunicación o personas para la toma de medicamentos de los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua de Santa María Rayón.

Variables	Porcentaje	
	Antes	Después
Medicamentos conocidos por medio de comunicación	86	5
Tipo de medio de comunicación (televisión)	86	5
Necesita de ayuda familiar para tomar sus medicamentos	38	15
Es aconsejado por algún otra persona para consumir sus medicamentos	100	38
La familia lo aconseja	62	29
Requiere moderado grado de apoyo para tomar sus medicamentos	38	14
No requiere ningún tipo de apoyo para tomar sus medicamentos.	10	48

Fuente: cédula de captación de datos

Grafica representativa del cuadro 3.



Fuente: cuadro 3.

Al determinar que los medios de comunicación son un factor que contribuye al mayor número de ingesta de medicamentos en los adultos mayores, se observó un valor de chi cuadrada de .175 y un valor de $P = .857$ con lo cual no podemos determinar cuáles son los medios de comunicación que influyen, pero esto tenemos que tomarlo con reserva porque en tres celdas encontramos menos de 5 individuos debido a la muestra pequeña. Aunque en los porcentajes iniciales se determina que la televisión si influye, al disminuir hasta un 81 % la ingesta de automedicación.

Por otra parte los pacientes sin las intervenciones tienen 4 veces más la probabilidad de necesitar apoyo moderado debido a la dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como lo muestra la gráfica no. 4, en comparación con los que ya recibieron las intervenciones, obteniendo una chi cuadrada de 1.169 y una $P = 0.326$.

Sin embargo antes de la intervenciones el 95% los adultos mayores consideraban que las intervenciones gerontológicas no beneficiarían en nada; después el 100% considero que si obtuvo beneficios al practicarlas.

Otro resultado significativo es que después de las intervenciones gerontológicas los adultos mayores tienen un 13% más de probabilidad de reiniciar la actividad física con respecto a las intervenciones, la chi cuadrada es de 0.368 y $P = .729$

Factor Económico

El concepto de dimensión económica es el estado en el que se encuentra una persona particularmente en el aspecto financiero, las intervenciones gerontológicas desarrolladas en el área social reflejaron el aspecto monetario. En el siguiente cuadro muestra la influencia económica en el consumo de medicamentos en los pacientes de la investigación, así como la presencia de problemas económicos para adquirir los medicamentos.

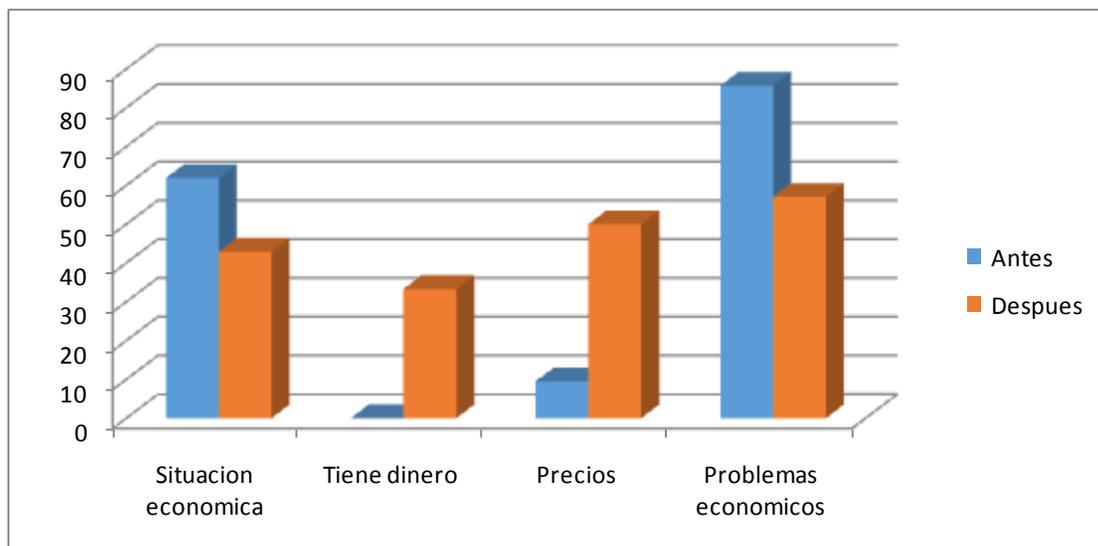
CUADRO 4.

Problemas económicos y accesibilidad para adquirir medicamentos y servicios de salud de los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua de Santa María Rayón.

Variables	Porcentaje	
	Antes	Después
La situación económica actual influye en la adquisición de medicamentos.	62	43
Si tiene dinero para consulta médica.	0	33
Los precios son accesibles a su economía.	10	50
Existen problemas para adquirir los medicamentos.	86	57

Fuente: cédula de captación de datos.

Gráfica representativa del cuadro 4



Fuente: cuadro 4

Un aspecto determinado fue la situación económica como influencia en la automedicación, los resultados apuntan a que se tiene una probabilidad del 43% de que los pacientes puedan disminuir la ingesta de los medicamentos después de las intervenciones gerontológicas, ya que los pacientes tuvieron un 23% menos de ingesta de medicamentos, esto debido a las intervenciones y control de manejo de dinero, siendo actividades instrumentales de la vida diaria y de educación para la salud.

En la pregunta se reflejan los problemas económicos para adquirir los medicamentos por los adultos mayores tienen 4 veces más de problemas económicos para adquirirlos antes de las intervenciones que posteriormente a ellas, sin embargo no se puede demostrar estadísticamente pues el valor de chi cuadrada es de 1.046 y un valor de $P= 0.344$.

Factor Cognitivo

Las intervenciones gerontológicas aplicadas para este factor fueron: orientación temporo-espacial, cálculo, concentración, fijación, lenguaje (oral, y escrito), coordinación, círculo solidario, hablar en segunda persona, vocación del problema, meditación, actividades agradables, actividades de dominio, tiempo de reflexión, tiempo de compartir, tipos de aprendizaje.

Los resultados obtenidos muestran la presencia de problemas de memoria y fijación en los participantes como se describe en el siguiente cuadro.

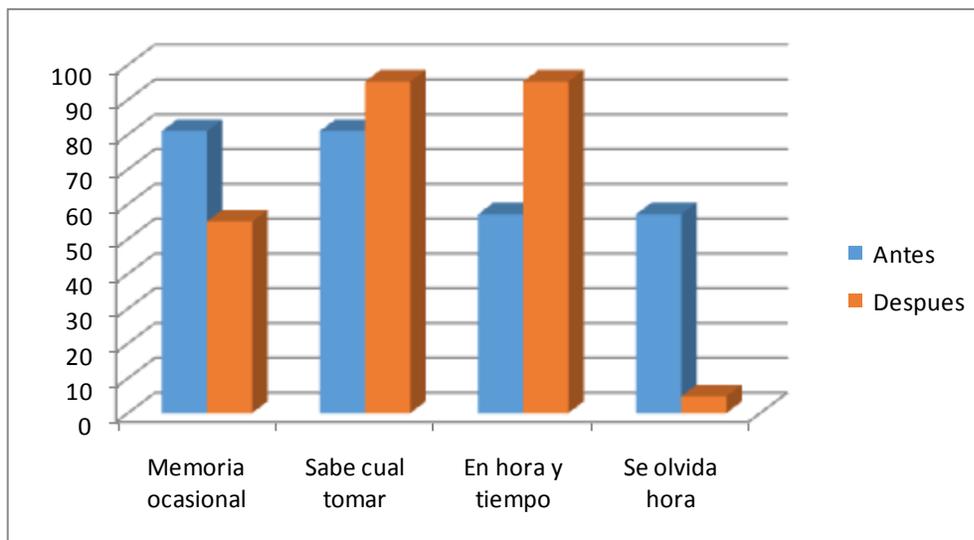
CUADRO 5

Presencia de problemas cognitivos en los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua Santa María Rayón.

Variables	Porcentaje	
	Antes	Después
Problemas de memoria ocasional	81	55
Recuerda que medicamentos debe tomar	81	95
Recuerda hora y tiempo de medicamentos	57	95
Olvido de la hora y día de toma de medicamentos	57	5

Fuente: cédula de captación de datos.

Gráfica representativa del cuadro 5.



Fuente: cuadro 5.

Cuatro de cada cinco participantes ocasionalmente tienen problemas de memoria y el 14% nunca, solo uno siempre presento estos problemas antes de las intervenciones gerontológicas y posterior a la intervención, El 52% refiere problema ocasional de memoria, se incrementa a 43% los que nunca tienen problema y el 95 % siempre recuerda el medicamento que debe tomar y su horario y tres de cada cuatro ya no requieren apoyo para la toma.

Más de la mitad (57%) se le olvida a qué hora y día debe tomar sus medicamentos y después de las intervenciones el 91% no se le olvida a qué hora y día debe tomarlos.

Otro aspecto estudiado fue la percepción que los adultos mayores tuvieron de los beneficios de la actividad física el cual se muestra el siguiente cuadro:

CUADRO 6

Percepción de los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua Santa María Rayón, relacionada con la disminución de medicación generada por la actividad física.

Variables	Frecuencia	Porcentaje después
Sí	19	91
No	2	9
Total	21	100

Fuente: cédula de captación de datos

Al cuestionar si la actividad física disminuye la medicación el 91% de adultos perciben que sí y solo el 9 % mencionan que no, este cuestionamiento fue al finalizar el programa.

COMPROBACIÓN ESTADÍSTICA DE LA HIPÓTESIS

Para aprobar o desaprobar la hipótesis de trabajo: Si aplicamos intervenciones gerontológicas en adultos mayores luego entonces se verán modificados los factores de medicación sociales, cognitivos y económicos. Se aplicó la Test de student obteniendo:

	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
	Media	Desviación estándar.	95%Confianza Intervalos de diferencia				
			bajo	Alto			
Cuantos medicamentos toma al día antes de las intervenciones gerontológicas	.762	.539	.517	1.007	6.478	20	.001
Cuantos medicamentos toma después de las interven ciones geron- tológicas.							

Así se determina si las actividades de intervención gerontológica influyen en el número de ingesta de medicamentos en los adultos mayores, se realizó contraste de hipótesis mediante la T de Student para muestras relacionadas, teniendo una media antes de 3.67 y después de 2.67, obteniendo un valor de $T = 4.019$ y $P =$

0.001, por lo tanto se aprueba la hipótesis de trabajo, demostrando que las actividades si influyeron en el número de ingesta de medicamentos, lográndose el objetivo general: Demostrar como los factores sociales, cognitivos y económicos influyen en la medicación, ya que la prueba demuestra que la polifarmacia se modifican después de las intervenciones gerontológicas, tal como es mostrado en esta investigación.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Factor Social

El envejecimiento no debe verse como una etapa catastrófica de la vida, al contrario, se deben encaminar los esfuerzos para convertir la mal llamada “tercera edad” en una experiencia positiva para que el adulto mayor, y éste sea independiente, autónomo y tenga una buena calidad de vida. Para lograr todo esto, es necesario que el adulto mayor adopte decisiones, acciones y estrategias con ayuda del personal profesional en este caso un gerontólogo, para mantener una buena salud al adquirir “hábitos saludables”, incluso en la etapa final de la vida, para ayudar a prevenir complicaciones de las enfermedades ya existentes, así como impedir la aparición de nuevos padecimiento.

En relación con el cuidado de la salud de los adultos mayores los hallazgos obtenidos en la investigación, muestran que el 95% de los participantes fueron del género femenino por lo cual podemos deducir que las mujeres tienen mayor inquietud por el cuidado de su salud, ya que fueron las que asistieron con mayor frecuencia y solo el 5% fue de hombres, o bien por la expectativa de vida.

Se hace alusión que las mujeres usan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres a lo largo de su vida debido, a las necesidades de atención derivadas por la reproducción y el cuidado de los hijos, esta característica puede colocarlas en una posición ventajosa, ya que a edad avanzada cuando su salud requiere mayor atención, las mujeres pueden estar más familiarizadas con el manejo de su propia enfermedad. El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) muestra que en las personas de 60 años o más, son las mujeres quienes usan servicios preventivos, de hospitalización y visitas al médico con mayor frecuencia en relación con los hombres (*ENASEM, 2013; 1-2*).

Por lo que creemos que la utilización temprana de servicios se reflejara en un mejor estado de salud durante la vejez y podrá garantizar un mejor y mayor uso de servicios de salud para enfrentar las enfermedades geriátricas. Además es necesario desarrollar medidas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud con un enfoque diferencial por género, pues los riesgos que enfrentan hombres y mujeres son diferentes y reflejan valores socioculturales que contextualizan sus estilos de vida de manera distinta.

Otro resultado importante para este grupo de edad fueron los medios de comunicación, al diseñar comunicaciones persuasivas y transmitirlos por cualquier medio; la publicidad juega un papel muy importante, ya que en las últimas décadas se ha convertido en la herramienta más eficaz para poder ofrecer productos, concibiéndose como cualquier forma remunerada de presentaciones no personales y de promoción de ideas, productos o servicios por parte de un patrocinador, en este sentido.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que el 86% de los adultos participantes consumían medicamentos conocidos a través de algún medio de comunicación preponderadamente la televisión, pues es el medio de mayor cobertura geográficamente. En esta vertiente Ortega menciona que la difusión indiscriminada de medicamentos, los cuales se venden sin receta médica, ha traído como consecuencia el aumento de la medicación. Esta situación tiende a empeorar el cuadro de salud de las personas que padecen alguna enfermedad y consumen estos medicamentos sin obtener los resultados esperados, con lo que retrasan el diagnóstico y la atención médica adecuada (*Ortega, 2011: 105*).

Lo que nos lleva a pensar que la televisión comercial difunde sin ética ni control, la publicidad de productos que pueden incidir en el deterioro de la salud de diversos sectores sociales o sectores en vulnerabilidad como los adultos

mayores, debido a que ésta es una de las principales fuentes de información y que los adultos mayores son personas que depositan su confianza en los medios de comunicación, seguras de que obtendrán información veraz y valiosa para la toma de decisiones en esa y otras materias, a esto le aunamos el bajo nivel de alfabetización en salud que tiene este grupo etario y la influencia de manera negativa en su estado de salud en general.

En relación con la dependencia de los adultos mayores, ésta se define como el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tiene necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria, también puede ser la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividades en la forma o dentro del margen de lo que se considera normal (*Gámez Mier, 2011: 70*). Lo anterior al ser relacionado con los resultados de la investigación, se muestra que el 38% de los adultos participantes requieren de apoyo moderado por que tienen limitaciones físicas y emocionales para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El estudio “Condiciones de Salud y estado Funcional de los Adultos Mayores en México”, mostró que 1 de cada 4 AM (26.9%) exhibe algún grado de limitación para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Estos datos muestran que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los AM, ya que dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña del deterioro cognitivo (*Manrique-Espinoza, 2013:325*).

De ahí que consideremos la importancia de diseñar estrategias de intervenciones diversas e integrales que mantengan y generen calidad de vida a las personas mayores, a sus familias, y la relevancia de que el gerontólogo trabaje en el primer nivel de salud, donde no solo se priorice en el concepto del arte del cuidado, sino

también el enfoque preventivo y educativo, para fortalecer la afectividad y bienestar de cada individuo y su entorno.

Factor Económico

Domínguez, (2010) define la situación económica como la ciencia económica que analiza cómo los seres humanos satisfacen sus necesidades mediante el intercambio, distribución y consumo de bienes y productos, en este sentido, la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son los mecanismos que generan seguridad económica para las personas mayores. En la vejez, el apoyo familiar cobra una mayor importancia, sobre todo en el de los grupos de bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional, debido a que a esta edad los recursos de los ancianos no son seguros en comparación con las restantes generaciones, esta situación empeora la economía de los adultos mayores debido a la compra innecesaria de productos y medicamentos.

Los resultados obtenidos de la investigación arrojan que el 62% de los participantes su situación económica débil influía en la adquisición de medicamentos, pues en su totalidad no contaban con dinero para la consulta médica y el 86% presentaba problemas para adquirir sus medicamentos, dado por el bajo nivel de escolaridad de los participantes pues esto no les permite tener ingresos necesarios para cubrir sus necesidades además de producir gastos innecesarios en la compra de medicamentos libres, después de las intervenciones gerontológicas solo el 43% presenta problemas económicos, el 33% cuentan con dinero para su consulta médica y el 57% mejoró su situación económica para la adquisición de medicamentos esto debido a las intervenciones empleadas para el adecuado manejo de dinero y hacer uso frecuente de los servicios de salud.

Un hecho que vuelve más grave el fenómeno es el entorno de la industria farmacéutica se ha creado fuertes intereses económicos en los que también

están involucrados otros actores tales como: médicos, laboratorios, autoridades y sociedad. Esos intereses se anteponen a las políticas del sector salud y al interés social, poniendo en riesgo el bienestar y la salud de millones de mexicanos (*Domínguez, 2010: 106*).

A pesar de los esfuerzos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), órgano desconcentrado del sector salud, refleja incapacidad para regular el mercado de medicamentos y su publicidad, ya que han optado los dueños de esta industria disparando sus ventas, utilizando estrategias agresivas de publicidad para convencer al público sobre las bondades de los productos, sin que éstos estén debidamente autorizados por las autoridades sanitarias (*Ortega, 2011: 110*).

Por lo que consideramos que el problema se vuelve aún más grave por el hecho de que en torno a la industria farmacéutica se han creado fuertes intereses económicos, esos intereses se anteponen a las políticas del sector salud y al interés social, poniendo en riesgo el bienestar y la salud de los adultos mayores con posibilidades económicas, y de aquellos que no tienen acceso a los servicios de salud.

Factor Cognitivo

Si consideramos que la estimulación cognitiva es el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas. Éstas incluyen la percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación, de las personas mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “Programas de Estimulación”.

Un programa de esta naturaleza fue instrumentado en la investigación y los resultados obtenidos describen que el 95% de los adultos mayores mejoraron sus

funciones cognitivas como memoria y atención, dado la consistencia no solo durante las sesiones, sino también al desempeño que tenían después de las sesiones, aunada a esto las terapias que se aplicaron de superación personal, mejorando el estado de ánimo de los participantes, logrando mayor participación e integración.

Estos hallazgos son compatibles con lo que Posada menciona que, la salud mental considera tres ámbitos diferentes. El ámbito de las vivencias subjetivas de bienestar o malestar por múltiples causas, relacionarse consigo mismo desde sus deseos, habilidades, ideales, creencias, sentimientos, entre otros. El ámbito de las relaciones personales y sociales, relacionado con la forma y posibilidad de encuentro con otros. El ámbito de las condiciones físicas y socioeconómicas de existencia. Además de que no se puede desconocer que la salud mental es un proceso determinado por un contexto, que se determina no solo como un asunto individual si no como una posibilidad a partir de las condiciones de vida disponibles, en lo económico, político y cultural. En consecuencia la ausencia o desequilibrio de salud mental desestabiliza el funcionamiento psicológico, biológico y social de toda persona, alternando el pensamiento, emociones, percepción y comportamiento (*Posada, 2010: 60-1*).

Partiendo de esta visión integral de salud del ser humano, se pretende que las intervenciones gerontológicas, según su plan de salud mental, mejore la atención integral de todas las necesidades de los adultos mayores participantes, en este tipo de programas así como la familia reinsertándolos a la sociedad, mejorando su bienestar individual y colectivo, capacidad para afrontar la adversidad, establecimiento de relaciones satisfactorias, vivencia cotidiana, en condiciones para afrontar la vida, tomar riesgos y manejar pensamientos y sentimientos.

CONSIDERACIONES FINALES

Se pudo determinar que los factores sociales, económicos y cognitivos inciden en la ingesta indiscriminada de medicamentos, donde el factor social es determinante para la ingesta de medicamentos en los adultos mayores, influenciada por los medios de comunicación para la compra de medicamentos de venta libre y sin prescripción médica.

Implementar programas gerontológicos y con las diferentes disciplinas que apunten al bienestar integral de los usuarios institucionalizados, promoviendo una cultura de envejecimiento activo en la sociedad por medio de programas intergeneracionales.

Capacitar al personal administrativo para satisfacer las demandas y necesidades, a fin de dar una atención adecuada a las personas mayores

Es importante que los adultos mayores se involucren en los temas relacionados con su salud y que todo lo que aprendan puedan transmitirlo a otras personas, y en sus propios estilo de vida.

Después de haber realizado la investigación se puede decir que: Es de suma importancia implementar programas de intervención gerontológica para este grupo de edad, ya que existen pocos y algunos no se aplican en las instituciones, mencionando que el programa implementado en el CEAPS Rayón fue aceptado por los adultos mayores participantes y solicitado por la población abierta, ya que no solo se trabajó con el grupo.

Otro factor importante es contar con el personal capacitado para implementar dichos programas de atención a los adultos mayores, de ahí la necesidad de la participación gerontológica al equipo de trabajo en el primer nivel de atención,

para prevenir el deterioro de la salud no solo para los adultos mayores, también para adultos jóvenes, promoviendo un envejecimiento activo. El personal a cargo debe tener preparación específica para la atención de este grupo así como empatía con los adultos mayores, para lograr mejores resultados en la aplicación de intervenciones gerontológicas.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIA

Factor social

Existencia de un gerontólogo dentro de la institución para desarrollar actividades correspondientes a este grupo de edad, como educación para la salud y ejecutar o dar continuidad a los programas existentes que ayuden a mejorar su estado de salud.

Factor económico

Insertar a los gerontólogos al equipo de salud generando una mejora en los costos socio sanitario y personal para lograr una vejez saludable, es necesario tener buenos hábitos y costumbres durante toda la vida, incluso desde la niñez.

Factor cognitivo

Elaborar programas de mejora para el estado cognitivo del adulto mayor

Para el Usuario:

Incentivar al género masculino para que tenga mayor apego y colaboración en los programas de salud además de promover la participación intergeneracional.

Para la Facultad de Enfermería y Obstetricia:

Ampliar la cobertura de servicio social de la licenciatura en gerontología, efectuar cursos que permitan al gerontólogo estas en constante actualización.

Las investigaciones también permitieron visualizar aspectos a investigar en el futuro como:

Beneficios de las intervenciones gerontológicas en el área cognitiva.

Violencia económica en el adulto mayor.

Implementar estrategias que disminuyan carga física en los gerontólogos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Acosta Mendoza S.C (2012) “La Polifarmacia como un problema de salud en el Adulto mayor” novena Ed. Habana Cuba. Disponible en:
<http://www.revistahph.sld.cu/Revista%203-2012/hph04312.html>.

Arango L, V .E, (2000) Polifarmacia en el anciano, publicado en canales de facultad, medicina. Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia>

Arrivllaga M, Salazar I, Correa D. (2003) “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de automedicación.” Colombia. Disponible en:
www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm.

Cabrera Carolina. S, Osorno Chica. D, (2013), Envejecimiento cerebral y cognoscitivo en el adulto mayor, vol. 27, revista asociación colombiana de geriatría y gerontología, pp 1764-74, Bogotá Colombia. Consultado en:
<http://www.acgg.org.co/descargas/revista-27-1.pdf>.

Cerda L, (2012), Evaluación del paciente con trastorno de la marcha, edit. Marbel. Chile, pp. 8-336. Disponible en:

Córdoba V J (2010), Envejecimiento humano una transdisciplinar Instituto de Geriatría. México. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx,

Domínguez M I, (2010) impacto de la publicidad en el comportamiento del consumidor, 2ª ed, edit. Interamericana, España 127-138.

Durante M P. (2010) Terapia Ocupacional en geriatra, 3ª Ed. Edit. Elservir-masson, Madrid, 403-14.

D' Hyver (2009) "Geriatría" segunda Ed. México, pp 733-740 "Actividad física en ancianos".

ENASEM, (2013), estudio nacional sobre envejecimiento en México boletín de prensa 389/13, pp. 1-3, México. Consultado en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2013/septiembre/comunica14.pdf>

Fernández Castro G, Hernández Mora D, (2009), "Polifarmacia en el adulto mayor", Edit. Marbel, Chile.

García-Grau E, (2012) Manual de entrenamiento en respiración, Edit. Univesitas, Barcelona España, pp. 2-12 disponible en:
<http://www.ub.edu./larespiracion.dspase.com>

Gámez Mier (2012), en geriatría y gerontología para médico internista. Edit. la hoguera, Bolivia.

Hernández. S, (2010) metodología de la investigación, 4° Ed. Edit. Mc Graw Hill, México, pp. 800.

Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y catastral del estado de México (IGECEM) ESTADISTICA BASICA MUNICIPAL (2004).

Jules R M. (2005) Manual de especialista en rehabilitación 2ª Ed. Edit. Paidotribo, Filadelfia, 1147. Farmacología.

Kerlinger. F. N. y Lee, H. B (2012) investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. México. Mc Graw-Hill, Interamericana editores.

- López A.M, (2011), Rehabilitación en el adulto mayor. Edit. Sevilla, España, pp. 6-52.
Disponible en: <http://www.soreca.org/relacionats/geo>.
- Machado-Alba. E, Mancado- escobar. J, (2006), reacciones adversas medicamentosas en el paciente que consulto la institución prestadoras de servicio, vol. 8, revista de salud pública, pp. 200-208, Bogotá Colombia.
- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM, (2013), condiciones de salud y estado funcional en los adultos mayores en México, vol. 55, revista de salud pública en México, pp. 323-31, México. Consultado en:
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/30salud.pdf
- Martínez C F. (2000) salud en la tercera edad, 2ª Ed. Edit. Printed, Madrid, 223.
- Martínez I C (2005) fragilidad revista cubana de medicina general integral vol.21, Cuba disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33316&id_seccion=799&id_ejemplar=3437&id_revista=69
- Martínez Q, V, Pérez Martínez, (2005) “Revista cubana medicina general integral” vol. 21 Cuba. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100012
- Martínez Querol C (2005) “fragilidad” revista cubana de medicina general integral vol.21, primera Ed. Cuba. disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33316&id_seccion=799&id_ejemplar=3437&id_revista=69
- Millán C (2011) Gerontología y geriatría valoración e intervención, Edit. Médica-panamericana, México, 690.

- Neuman. W. L (1994) Social research methods: cualitative and cuantitative approaches, 2^a ed. Need-ham heights: ally and bacon.
- Nicola P. (1985) Geriatria Instituto di Gerontología E Geriatria, edit. Manual moderno, México, 39.
- Ortega. P, Mc Phai. E, Montiel A, (2011), productos milagrosos y medios de comunicación en México una reflexión crítica, vol. 3, revista científica de la asociación mexicana de derechos a la comunicación, pp. 106-107, México. Consultado en:
<http://www.derechoacomunicar.amedi.org.mx/pdf/num3/5-ortega.pdf>
- Ortiz G, G (3003) El envejecimiento aspectos básicos clínicos y sociales, edit. Cuellar Aguirre, México, 317.
- Ortiz J. M (2008) polifarmacia en el anciano vol. 66, 6^a Ed. México. Disponible en:http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1270/c.
- Oscansa. T, (2005), uso inadecuado de medicamentos en el adulto mayor, vol. 66, Redalyc, pp. 43-52, Lima Perú. Consultado en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1347>
- Peláez M, Brito P, (2010) Aspectos clínicos en la atención del envejecimiento, edit. Panamericana, Washington, pp. 34-43.
- Posada. P, (2010), programa de plan gerontológico corporación sendero de luz consultado en:
http://www.hogarsenderodeluz.com/articulos/Plan_Gerontologico_Institucional_-_Corporacion_Hogar_Sendero_de_Luz.pdf
- Quintanilla M, M. (2005) Enfermería Geriátrica Cuidados integrales en el anciano, 2^a ed. Edit. Monsa, Barcelona, 558.

Quintanilla Martínez M (2005) "Enfermería Geriátrica Cuidados integrales en el anciano", segunda Ed. Barcelona, pp. 157-190 "alteraciones sensoriales"

Quintanilla Martínez M (2005) "Enfermería Geriátrica Cuidados integrales en el anciano", segunda Ed. Barcelona, pp. 128- 131 fármacos y ancianos.

Rodríguez G, R. (2011) Práctica de la geriatría. Edit. Mc Graw Hill, México, 811-63

Rodríguez G, R. (2007) Práctica de geriatría 2ª Ed. Edit. Manual moderno, México, 280-93.

Rojas D F. (2001) Tópicos de geriatría, edit. UAEMEX, México, 2000.

Romero G.A, (2013) Actividad física beneficios para la salud, edit. Panamericana México, pp. 1-16. Disponible en:
<http://www.preveniresloquevale.gob.mx/activación.php>

Rosales A, (2011) unidad de aprendizaje Gerontología. Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Rosallon V. (2003), reducción en el adulto mayor en los ancianos, Ed .SIIC, España, pp. 817-32.

Ruiz C (2007) Revisión de métodos de evaluación del trastorno de insomnio. Edit. España, 109-117

Sánchez-Gutiérrez R (2012) Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores, 4ª ed. México. Disponible en:
<http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4>.

Schaefer E, C. (2010) Terapia de juego con adultos, 2a Ed. Edit. Manual moderno, México, 247.

Sgaravatti A, (2011) Factores de riesgo y valoración en las caídas del adulto mayor, edit. Panamericana, México, pp. 1-36. Disponible en:
<http://www.gramon.com.factorresderiesgoycaidas.uy/200>.

Stanley M, (2000) Enfermería geriátrica. 3ª Ed. edit. Interamericana, México, 388.

Torres Suarez I, (2010), farmacología geriátrica y gerontología, vol. 12, Ed. revista electrónica de portales médicos, Venezuela, pp. 1-12. Disponible en:
www.portalesmédicos.com/.../comportamientos.

Van K, A (2006) Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid. Disponible en:
<https://cv2.sim.ucm.es/moodle/mod/resource/view.php?id=665278>.

Villavicencio C.F, Gonzales. R, (2010) Efectividad de las terapias de relajación en la disminución del dolor crónico, publicado en investigación en salud, vol. 7, pp. 75-8, México. Disponible en:
<http://www.terapiasderelajacion-disminuciondeldolor.efc.com>

Walsh B, M. (1998) Enfermería y Gerontología, 2ª Ed. Edit. Mosby, Madrid, 650.
"Movilidad"

ANEXOS

"2014 Año de los Tratados de Teoloyucan"

TENANGO DEL VALLE MÉXICO
A 25 MARZO DE 2014
OFICIO N° 217B20021/ /14
0 1 1 6 8

A QUIEN CORRESPONDA

P R E S E N T E

A través del presente envió un cordial saludo y a la vez le informo que las Lic. en Gerontología: CONCEPCIÓN ROMERO SÁNCHEZ Y ESTHER JAIMES ÁNGELES, realizaron Servicio Social en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud ubicado en el municipio de Santa María Rayón durante el periodo del 1 de abril al 31 de septiembre del 2013; al concluir este, desarrollaron el trabajo de investigación que lleva por título **"Intervenciones Gerontológicas que modifican la medicación y sus factores sociales cognitivos y económicos "** con el grupo Grupo de Ayuda Mutua (GAM) , avalado y autorizado siguiendo los protocolos del instituto de salud y por el departamento de enseñanza e investigación.

Sin más por el momento le envió un cordial saludo y quedo de usted como su más atento y seguro servidor.




ATENTAMENTE

DR. ALBERTO MUCIÑO ESCALONA
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No.4
TENANGO DEL VALLE MÉXICO

c.p. Minutario/expediente

R.MRR/mgg ***

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

INDEPENDENCIA O.T.E. 1009, COLONIA REFORMA TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, C.P. 50070 TEL: (01722) 226 25 00

<http://salud.edomexico.gob.mx>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO

Usted está siendo invitada para participar en la investigación titulada "INTERVENCIONES GERONTOLOGICAS QUE MODIFICAN LA MEDICACION Y SUS FACTORES SOCIALES, COGNITIVOS Y ECONOMICOS. Que tiene como objetivo, Demostrar como los factores sociales, cognitivos y económicos que influyen en la medicación se modifican después de las intervenciones gerontológicas.

Sus respuestas serán tratadas con fidelidad, esto es de acuerdo con el método utilizado en la investigación.

Su participación es voluntaria, esto es que en cualquier momento usted puede negarse a responder cualquier pregunta o a desistir de participar y retirar su consentimiento. Su retiro no tendrá ningún prejuicio en su relación con el investigador o con la institución de enseñanza que represento.

Su participación en esta investigación consistirá en:

- 1.- contestar un cuestionario
- 2.- participar en las intervenciones gerontológicas durante los 6 meses.
- 3.- contestar nuevamente un cuestionario final.

Los riesgos que presentan con su participación son menores a los beneficios que obtendrá, la publicación de los datos se realizarán sin nombre, deseamos tener evidencia a través de una imagen fotográfica.

Los beneficios son se realizara un programa que ayude a la disminución de ingesta de medicamentos y realización de la actividad física evitando enfermedades crónicas degenerativas o síndromes geriátricos. Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono, e mail y dirección del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento.

Dra. en Enf. Danelia Gómez Torres

Nombre y firma
e-mail de la investigadora

Jesús Carranza esq. Paseo Tolloca s/n
Dirección y teléfono de la investigadora

Declaro estar consciente y enterada de este CONSENTIMIENTO y estoy de acuerdo con participar del estudio propuesto, sabiendo que de él podré desistir en cualquier momento, sin sufrir cualquier tipo de castigo.

Firma/ huella

ÁPENDICE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO

LICENCIATURA EN GERONTOLOGIA

CÉDULA DE CAPATACIÓN DE DATOS

NÚMERO _____	
¿Cuántos medicamentos toma al día?	<p>1 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Más de 3</p>
¿Cuántas veces al día toma el medicamento?	<p>5 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vez al día</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 4 a 6 veces al día</p> <p>7 <input type="checkbox"/> 7 a 9 veces al días</p> <p>8 <input type="checkbox"/> de 1 a 8 días</p> <p>9 <input type="checkbox"/> cada que se siente mal</p>
¿Considera que la actividad física disminuye la automedicación?	<p>10 <input type="checkbox"/> Si</p> <p>11 <input type="checkbox"/> No</p>
¿El medicamento que consume lo conoció atreves de algún medio de comunicación?	<p>13 <input type="checkbox"/> Si</p> <p>14 <input type="checkbox"/> No</p>
¿En cuál?	<p>15 <input type="checkbox"/> Televisión</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Radio</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Periódico</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Revistas</p>

<p>¿Su situación económica actual ha influido para que usted consuma estos medicamentos?</p>	<p>19 <input type="checkbox"/> Si 20 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Tiene dinero para la consulta médica?</p>	<p>21 <input type="checkbox"/> Si 22 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Los precios de los medicamentos son accesibles?</p>	<p>23 <input type="checkbox"/> Si 24 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Presenta problemas económicos por adquirirlos?</p>	<p>25 <input type="checkbox"/> Si 26 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Hasta que grado fue a la escuela?</p>	<p>27 <input type="checkbox"/> Analfabeta 28 <input type="checkbox"/> Primaria 29 <input type="checkbox"/> Secundaria 30 <input type="checkbox"/> Preparatoria 31 <input type="checkbox"/> Licenciatura</p>
<p>¿Algún miembro de su familia presta ayuda para la aplicación o toma de medicamentos?</p>	<p>32 <input type="checkbox"/> Si 33 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Algún miembro de su familia le aconseja la toma de este medicamento?</p>	<p>34 <input type="checkbox"/> Si 35 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Quién?</p>	<p>36 <input type="checkbox"/> Familia 37 <input type="checkbox"/> Vecina 38 <input type="checkbox"/> Desconocido 39 <input type="checkbox"/> Otro</p>

¿Presenta problemas de memoria?	40 <input type="checkbox"/> Siempre 41 <input type="checkbox"/> Ocasiones 42 <input type="checkbox"/> Nunca
¿Recuerda que medicamentos debe tomar?	43 <input type="checkbox"/> Si 44 <input type="checkbox"/> No
¿Recuerda a qué hora y tiempo debe tomar el medicamento?	45 <input type="checkbox"/> Si 46 <input type="checkbox"/> No
¿Necesita el apoyo de alguna persona para poder realizar la toma de sus medicamentos?	47 <input type="checkbox"/> Si 48 <input type="checkbox"/> No
¿El grado en el que necesita este apoyo es?	49 <input type="checkbox"/> Leve 50 <input type="checkbox"/> Moderado 51 <input type="checkbox"/> Severo
¿La necesidad de ayuda o apoyo es a causa de algún problema?	52 <input type="checkbox"/> Físico 53 <input type="checkbox"/> Emocional 54 <input type="checkbox"/> Mental 55 <input type="checkbox"/> Ninguno
¿Se olvida a qué hora y día debe tomar sus medicamentos?	56 <input type="checkbox"/> Si 57 <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue el cambio que percibió durante la aplicación del programa?	58 <input type="checkbox"/> Poco 59 <input type="checkbox"/> Mucho 60 <input type="checkbox"/> Nada