



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33
"EL ROSARIO"



"DEPENDENCIA DURANTE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, DEL ADULTO MAYOR, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. EDGAR MARTÍNEZ GARÍN

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

A S E S O R A

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 "EL ROSARIO"



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO" Y ASESOR

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"

DR. EDGAR MARTÍNEZ GARÍN

MEDICO RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A dios por brindarme la oportunidad de vivir y realizar todos mis sueños, por ser la luz de mi camino

A mi madre Julia, por todo su apoyo y amor, por ser la luz de mi camino y por haberme ayudado a hacer posible mis sueños y metas

A mi padre Rubén, quien me ha apoyado en cada etapa de mi vida y me ha brindado las facilidades para salir adelante

A la Dra. Mónica Enríquez Neri por enseñarme a ser mejor día a día. Gracias por todos sus consejos, por su apoyo y paciencia

Y gracias a nuestros pacientes por siempre estar dispuestos a enseñarnos algo nuevo

ÍNDICE

➤ RESUMEN	5
➤ INTRODUCCIÓN	6
➤ ANTECEDENTES	7
➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
➤ OBJETIVOS	12
➤ MATERIAL Y MÉTODOS	13
➤ RESULTADOS	14
➤ TABLAS Y GRÁFICAS	16
➤ DISCUSIÓN	33
➤ CONCLUSIONES	34
➤ BIBLIOGRAFÍA	35
➤ ANEXOS	36

Martínez GE, Enríquez NM. Dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, en el primer nivel de atención.

Introducción: El proceso de envejecimiento presenta limitaciones funcionales, pérdida de independencia, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, las cuales plantean retos y preocupaciones de vital importancia. **Objetivo:** Evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la UMF Número 33 “El Rosario”. **Métodos.** Estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo, mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos, se calculó una muestra de 403 adultos de 60 o más años de edad, adscritos a la UMF Número 33, del turno matutino y vespertino. Se aplicó el Cuestionario Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria –Índice de Barthel- y un cuestionario diseñado ex profeso para variables sociodemográficas. Con los datos obtenidos se calcularon frecuencias. **Resultados:** El 80% presentó independencia, 12% presentó dependencia escasa, 7% presentó dependencia moderada, 1% presentó dependencia severa y 0% presentó dependencia total. Las actividades de la vida diaria más afectadas son: micción 55%, subir y bajar escaleras 35% y deambulacion 32%. **Conclusiones:** La mayoría de los adultos mayores se encuentran con independencia y un grado menor con dependencia leve/moderada, en cada consulta médica se debe realizar una evaluación gerontológica integral, con el fin de elaborar estrategias de intervención que mejoren la capacidad funcional y la calidad de vida de los adultos mayores, con una intervención multidisciplinaria por parte del equipo de salud.

Palabras clave: Adulto mayor, Actividades de la Vida Diaria (AVD), Dependencia.

INTRODUCCIÓN

La población mayor de 65 años en México aumenta su volumen a un ritmo muy acelerado. A los 4.1 millones existentes en 1996 se agregaron cerca de 800 mil en 2001. Su rápido crecimiento implica que entre 1996 y 2014 se duplicará su tamaño, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se habrá multiplicado hasta casi ocho veces para el año 2050, cuando su monto supere los 32 millones de habitantes. La proporción de la población anciana en México pasará de 4.8% en 2000 a 24.6% en 2050. Como consecuencia directa de ese envejecimiento, la edad media de la población aumentará de 26.7 años en 2000 a 45.1 años en 2050. La esperanza de vida en los próximos años habrá aumentado de 73.9 años en la mujer (1990) a 79.9 en 2010, mientras que en los hombres pasará de 67.7 años a 73.8. En el IMSS, la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó de 2.5 millones en 1990 a 3.8 millones en 2000, es decir de 6.4 a 12.4% del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción mayor a la notificada en el ámbito nacional. En 2003, los 4.2 millones de adultos mayores ya significaban 13% de la población adscrita a médico familiar. El fenómeno del envejecimiento representa un doble desafío para el IMSS, ya que la población bajo su responsabilidad aspira a una vida más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud. Las tendencias del envejecimiento en el IMSS se presentan de forma más precisa en este mismo volumen. Las características sociodemográficas de los adultos mayores en el IMSS difieren un poco del resto de la población nacional (no IMSS o no derechohabiente). De acuerdo con la información desprendida de la Encuesta Nacional de Salud 2000, podemos constatar que los adultos mayores derechohabientes del IMSS cuentan con menores índices de analfabetismo y tienen mejores niveles de escolaridad media e intermedia que los no derechohabientes. En cuanto a su educación superior, ambos grupos son muy parecidos. En lo relativo a su estado destaca que en ambos grupos hay más mujeres viudas y que los hombres están casados en mayor proporción que las mujeres, indistintamente de su condición de derechohabiencia. En cuanto a su actividad laboral, la población no derechohabiente permanece trabajando más tiempo que los adultos mayores del IMSS, por lo mismo existen más jubilados en el IMSS que en los no derechohabientes. En cuanto a la utilización de servicios de salud, los adultos mayores derechohabientes acuden con mayor frecuencia a los institucionales, aunque una proporción considerable de hombres (10%) y mujeres (13%) recibe atención en los servicios médicos privados. Esto contrasta con el resto de la población ya que pocos tienen acceso a otras instituciones de seguridad social y una proporción mayor acude a los servicios médicos privados, 36 y 39%, respectivamente. La percepción de su estado de salud apenas alcanza a distinguir ciertas diferencias ya que los derechohabientes refieren una mejor percepción de su estado de salud en contraste con la mala o muy mala percepción que refieren los no derechohabientes. En México, tradicionalmente se han propuesto las edades de 65 a 74 años y de 75 años y más, para establecer las diferencias entre los grupos de tercera y cuarta edad, respectivamente. El grupo de 65 a 74 años representa a las edades avanzadas pero aún con oportunidades para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. El límite de inicio a los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación. Dentro del grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, frecuentemente derivadas de problemas físicos serios y de enfermedades crónico-degenerativas. Esto ocasiona una creciente dependencia del resto de los integrantes de la familia para el sostén y el cuidado de sus necesidades más básicas. En la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en Viena, Austria en 1982, se decidió adoptar la edad de 60 años como inicio de la vejez, basándose en tres criterios: 1) La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial, 2) La edad promedio de jubilación mundial, 3) La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos.¹

ANTECEDENTES

En México los adultos mayores son considerados como aquellas personas de 60 años o más, caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento. Los adultos mayores frecuentemente se ven afectados por artritis, arteriosclerosis, problemas cardiovasculares, tumores malignos, eventos cerebrovasculares, demencia senil, hipertensión arterial y diabetes mellitus, condiciones que favorecen la pérdida de la capacidad física y la autonomía. El deterioro de la capacidad física (CF) es el efecto más desfavorable asociado al envejecimiento; éste se proyecta en la necesidad de atención y cuidado que precisan los adultos mayores para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); alimentación, higiene, vestido, eliminación y movimiento. En el año 2000 el número de adultos mayores con dependencia física en México fue de dos millones, se estima que para el 2030 esta población aumente a 7.3 millones.²

El incremento de los adultos mayores está ligado a la baja de la mortalidad y al aumento de la longevidad, gracias a la implementación de políticas en medicina preventiva y curativa.³

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano. La dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano. El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de familia y vecinos que ofrezcan ayuda son factores que abarcan la dependencia. El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria el imprescindible y vital apoyo. La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptaciones sociales y, de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones al nivel de la propia personalidad.⁴

El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida. Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.⁴

LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL ES NECESARIA EN VIRTUD DE QUE:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.⁵
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.⁵

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.⁶

En términos del Consejo de Europa, la dependencia se define con base a tres dimensiones: la limitación física, la psíquica y la intelectual que minoran las capacidades de la persona. De acuerdo con la definición, el análisis de la dependencia en la tercera edad ha adoptado como variable proxy de la dependencia funcional la incapacidad para el desarrollo de actividades de la vida diaria de forma independiente, con la consiguiente necesidad de asistencia o cuidados por parte de terceros.⁷

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación...). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono...) y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso. Conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales. Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son: I) Índice de actividades de la vida diaria (KATZ). Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamín Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera. Publicado en 1963. Consta de seis ítems: 1) Baño, 2) Vestirse/desvestirse, 3) Uso del retrete, 4) Movilidad, 5) Continencia, 6) Alimentación. II) Índice de Barthel, III) Escala de incapacidad física de la Cruz Roja. Creada por el equipo del Servicio de Geriatria de Cruz Roja de Madrid en 1972. Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Se evalúan: 1) AVD (actividades de la vida diaria), 2) Ayuda instrumental para la deambulación, 3) Nivel de restricción de movilidad, 4) Continencia de esfínteres. IV) Escala Plutchik. Diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970, para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales. Consta de siete ítems: 1) Alimentación, 2) Incontinencia, 3) Lavarse y vestirse, 4) Caerse de la cama o sillón sin protecciones, 5) Deambulación, 6) Visión, 7) Confusión. V) La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody. Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana. Recoge información sobre ocho ítems: 1) Usar el teléfono, 2) Ir de compras, 3) Preparar la comida, 4) Realizar tareas del hogar, 5) Lavar la ropa, 6) Utilizar transportes, 7) Controlar la medicación, 8) Manejar el dinero.⁸

La evaluación gerontológica integral se refiere a la medición de capacidades físicas, mentales y sociales, que se pueden ver afectadas por el deterioro anatómico y fisiológico vinculado con el envejecimiento o las enfermedades crónico-degenerativas, de mayor prevalencia en la vejez. Dicha evaluación se realiza principalmente a través de instrumentos de tamizaje clínico, los cuales tienen un fundamento y validez científica que permiten establecer diagnósticos presuncionales respecto a las repercusiones físicas, mentales y sociales inherentes al envejecimiento y a las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor prevalencia en la vejez. Como parte de una evaluación integral es importante realizar la medición de la capacidad funcional del adulto mayor durante las actividades de la vida diaria, es decir, su dependencia o independencia para realizar las tareas de

autocuidado, como vestirse, comer, deambular, bañarse y controlar esfínteres. El índice de Barthel es un instrumento práctico y con validez suficiente para evaluar la funcionalidad física e identificar áreas deficitarias.⁹

Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. La valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud.¹⁰

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”. El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. El IB se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD. El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/ desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. La fiabilidad (entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones) del IB no fue determinada cuando se desarrolló originalmente. Loewen y Anderson se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original. A la hora de considerar la validez del IB (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que

tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. Existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo o validez de concepto”. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. Se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad. Wade y Hewer realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con Accidente Vascular Cerebral mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniéndose correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77. Se ha observado que los pacientes de Accidente Vascular Cerebral que reciben tratamiento precoz presentan una mejora más rápida del IB que los que lo reciben más tardíamente. Uno de los motivos por los que se creó el IB fue para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia empírica ha probado que el IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional. El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuando más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB ha sido utilizado en diferentes poblaciones y con propósitos diversos. Originalmente el IB se aplicó en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente de pacientes con Accidente Vascular Cerebral. Se ha utilizado en el ámbito domiciliario, para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración geriátrica. El IB también se ha utilizado como criterio de eficacia de los tratamientos y actualizaciones de profesionales sanitarios en ensayos clínicos randomizados. El IB ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las AVD en las personas ancianas.¹⁰

A medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la dependencia, o sea, la capacidad percibida de no controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.¹¹

Verbrugge y cols plantean un modelo para explicar el proceso que conduce desde la enfermedad hasta la discapacidad o dificultad que una persona enferma tiene para desempeñar su rol social, siendo el grado de discapacidad uno de los factores que influyen sobre la calidad de vida de las personas y dependiendo éste de la interrelación entre la persona y su ambiente. La discapacidad para una determinada actividad ocurre cuando la capacidad personal para esa actividad no puede satisfacer la demanda del ambiente, de modo que la discapacidad puede disminuir tanto aumentando la capacidad como disminuyendo la demanda.¹²

En España, Lázaro Alquézar, et al; realizaron un estudio para determinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005, en donde reportan una prevalencia de 63.7% de independencia, 26.7% de dependencia leve/moderada y 9.6% de dependencia grave/absoluta, para las actividades de la vida diaria.⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el envejecimiento de la población representa un desafío mayúsculo para la esencia de su misión como institución de seguridad social y de atención médica. En cuanto a la demanda de servicios de salud, la institución hoy se ve saturada por el número creciente de consultas y los egresos de adultos mayores con diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y, en general, por padecimientos de carácter crónico degenerativo que inciden sobre las finanzas del Instituto por el elevado costo de las intervenciones y el continuo gasto otorgados para su atención. Por otro lado, la comorbilidad asociada con la vejez y la discapacidad derivada de un largo proceso de deterioro físico y mental, repercuten sobre las diferentes prestaciones otorgadas, así como sobre la demanda de un nuevo tipo de servicios de salud para apoyar a los adultos mayores. Este contexto nos obliga a reflexionar sobre las condiciones de salud de la población, ya que hoy absorben una enorme cantidad de recursos y, en un breve plazo, concentrarán la mayor carga de enfermedad y gasto en salud de la institución.¹

Con el paso de los años la capacidad física se ve deteriorada debido en parte a la reducción de las actividades que estimulan la participación del componente músculo esquelético, ocasionando la pérdida considerable del equilibrio y la marcha haciendo que estos a su vez influyan sobre las actividades de la vida diaria (AVD).

La valoración de la capacidad funcional se encuentra incluida dentro del concepto más genérico de Valoración Geriátrica Integral (VGI), entendiendo ésta como aquel proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales de un anciano, en orden a desarrollar un plan de tratamiento y de seguimiento.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó la tesis: Capacidad Cognoscitiva y funcional en el adulto mayor pensionado y no pensionado del IMSS (Pacheco BE, 2000); en donde se evaluó la capacidad cognoscitiva y funcional en el adulto mayor pensionado y no pensionado, aplicando el mini-examen del estado mental de Folsteins y la escala de las actividades de la vida diaria de Katz.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33, no se han realizado estudios referentes a evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, se cuenta con los siguientes estudios: 1) La familia: Obstáculo para el paciente geriátrico jubilado (Mendoza CM, 1984); 2) La práctica geriátrica en Medicina Familiar (Junco CD, 1986); 3) El paciente geriátrico y su atención por el Médico Familiar (Flores MG, 1987); 4) Frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor usuario de la unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario (Cuevas LS, 2001); 5) La sexualidad y sus formas de expresión en el adulto mayor (González GM, 2001); 6) Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el paciente adulto mayor (García FL, 2002); 7) Roles que desempeña el adulto mayor en su familia (Trujillo SM, 2002); 8) Calidad de vida del adulto mayor derechohabiente del IMSS, en un primer nivel de atención de salud (De la Palma GE, 2004); 9) Nivel de conocimiento del médico familiar sobre depresión en el adulto mayor (Enríquez NM, 2008); 10) Relación del estrato socioeconómico, las enfermedades crónico-degenerativas y la percepción de la funcionalidad familiar con la autoestima del adulto mayor (Rosas RO, 2008).

Las actividades de la vida diaria, son elementos clave para medir la capacidad funcional en el adulto mayor, en nuestro medio, no hemos encontrado estudios que evalúen el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, motivo por el cual se pretende investigar a las personas que se encuentren en este grupo de edad.

Por lo anterior, se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Número 33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de dependencia durante las actividades de comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”.
2. Identificar la frecuencia de independencia durante las actividades de comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”.
3. Identificar las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”.
4. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”. (ocupación, sexo, nivel socioeconómico).

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” de la Delegación Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”.

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo, por medio de muestreo no probabilístico de casos consecutivos, calculando un tamaño de muestra de 403 pacientes adultos mayores, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. En el estudio participaron adultos mayores que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: adultos de 60 o más años de edad, adscritos a la UMF No 33, del turno matutino y vespertino, que sepan leer y escribir.

Previo consentimiento informado se les aplicó el cuestionario: Dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-, el cuál esta validado. Las actividades de la vida diaria incluidas en el índice original son diez: comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Con el Índice de Barthel se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las actividades se valoraron de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). La escala de medición es la siguiente: a) De 0-20 Dependencia total, b) De 21-60 Dependencia severa, c) De 61-90 Dependencia moderada, d) De 91-99 Dependencia escasa, e) De 100 Independencia. Se aplico otro cuestionario diseñado ex profeso que cuenta con datos de identificación del paciente, variables sociodemograficas (sexo, edad, ocupación, estado civil).

Para realizar el análisis de datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realización del cálculo de datos estadísticos descriptivos, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De los 403 adultos mayores de 60 años o más adscritos a la UMF No. 33 que participaron en el estudio y sin excluir a ninguno, se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a las características sociodemográficas, en relación al género, se obtuvieron los siguientes datos: 240 (60%) participantes fueron del sexo femenino y 163 (40%) fueron del sexo masculino (Tabla 1 y gráfica 1).

Respecto a la edad por grupo etareo se encontraron 210 (52%) personas entre los 60 y 70 años, 154 (38%) personas entre los 71 a 80 años, 36 (9%) personas entre los 81 a 90 años y 3 (1%) personas de 90 años o más (Tabla 2 y gráfica 2).

Respecto a su ocupación, 29 (7%) participantes se encuentran empleados, 209 (52%) participantes son desempleados y 165 (41%) participantes son jubilados. (Tabla 3 y gráfica 3).

En cuanto al estado civil, 9 (2%) participantes son solteros, 274 (68%) participantes son casados, 4 (1%) participantes viven en unión libre, 106 (27%) participantes son viudos, 5 (1%) participantes son divorciados y 5 (1%) participantes son separados. (Tabla 4 y gráfica 4).

La distribución del grado de dependencia e independencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor que participaron en el estudio en base a la frecuencia con que se presentaron fue de la siguiente forma: 1 (0%) adultos mayores presentaban dependencia total, 4 (1%) adultos mayores presentaban dependencia severa, 27 (7%) adultos mayores presentaban dependencia moderada, 48 (12%) adultos mayores presentaban dependencia escasa, 323 (80%) adultos mayores presentaban independencia. (Tabla 5 y gráfica 5).

En el presente estudio se encontró que de un tamaño de la muestra de 403 pacientes adultos mayores encuestados, 80 pacientes que corresponde al 20% del total de la muestra, presentaban algún grado de dependencia, de estos 80 pacientes se evaluó el grado de dependencia durante cada una de las actividades de la vida diaria que evalúa el índice de Barthel; obteniéndose en esta investigación los siguientes resultados:

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para comer fue de 12 (15%). (Tabla 6 y gráfica 6).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para lavarse-bañarse fue de 15 (19%). (Tabla 7 y gráfica 7).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para vestirse fue de 14 (17%). (Tabla 8 y gráfica 8).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para arreglarse fue de 4 (5%). (Tabla 9 y gráfica 9).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la defecación fue de 13 (16%). (Tabla 10 y gráfica 10).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la micción fue de 44 (55%). (Tabla 11 y gráfica 11).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para ir al retrete fue de 10 (12%). (Tabla 12 y gráfica 12).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para trasladarse al sillón/cama fue de 18 (22%). (Tabla 13 y gráfica 13).

La distribución del grado de dependencia del adulto mayor para la deambulaci3n fue de 26 (32%). (Tabla 14 y gr1fica 14).

La distribuci3n del grado de dependencia del adulto mayor para subir y bajar escaleras fue de 28 (35%). (Tabla 15 y gr1fica 15).

En lo que se refiere a las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia del adulto mayor se encontro que la de mayor frecuencia fue la micci3n 44 (55%), posteriormente se encontro la siguiente distribuci3n en orden decreciente: para subir y bajar escaleras 28 (35%), para la deambulaci3n 26 (32%), para trasladarse al sill3n/cama 18 (22%), para lavarse-ba1arse 15 (19%), para vestirse 14 (17%), para la defecaci3n 13 (16%), para comer 12 (15%), para ir al retrete 10 (12%), y para arreglarse 4 (5%). (Tabla 16 y gr1fica 16).

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1.

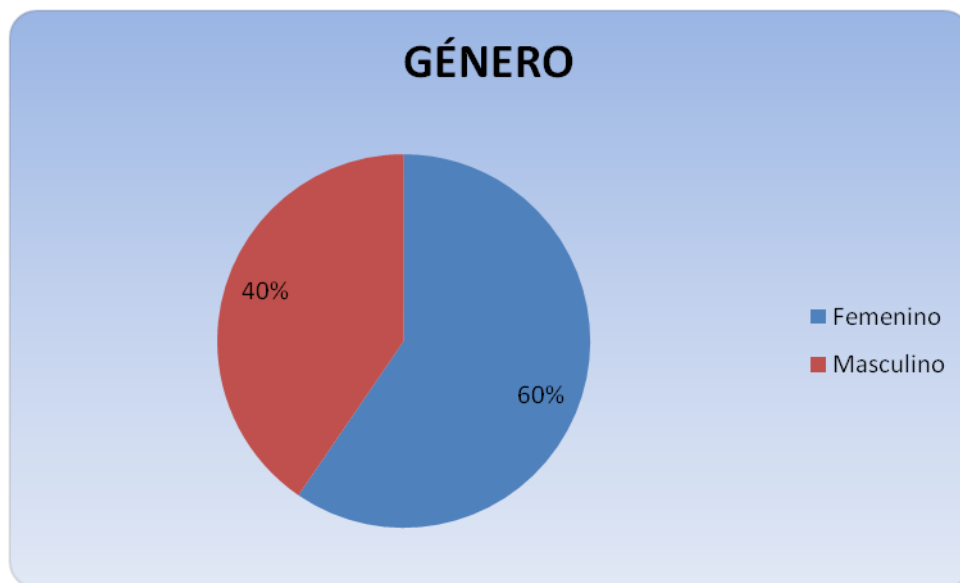
Distribución de género de adultos mayores que participaron en el estudio

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	240	60%
Masculino	163	40%
Total	403	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 1.

Distribución de género de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 2.

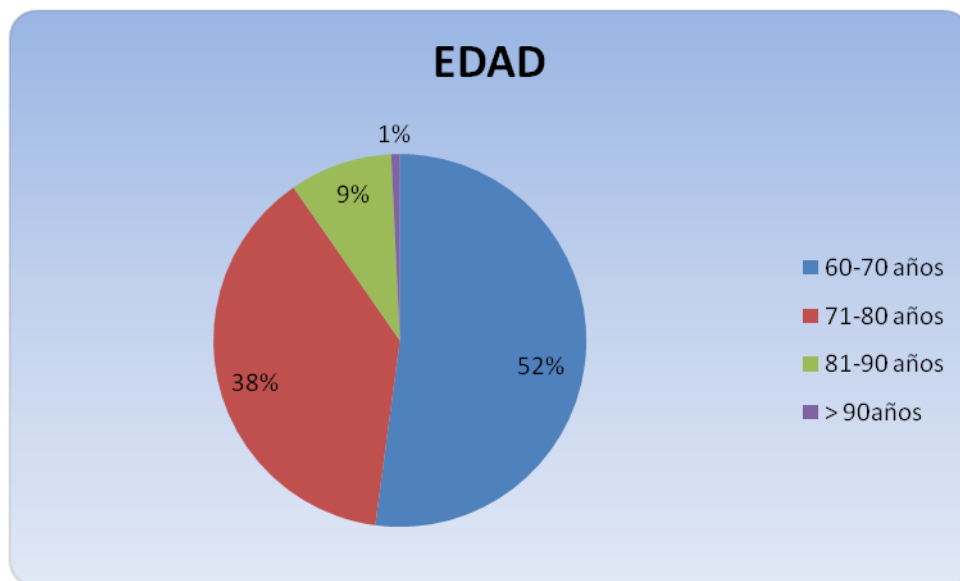
Distribución de edad de adultos mayores que participaron en el estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-70 años	210	52%
71-80 años	154	38%
81-90 años	36	9%
> 90años	3	1%
Total	403	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 2.

Distribución de edad de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 3.

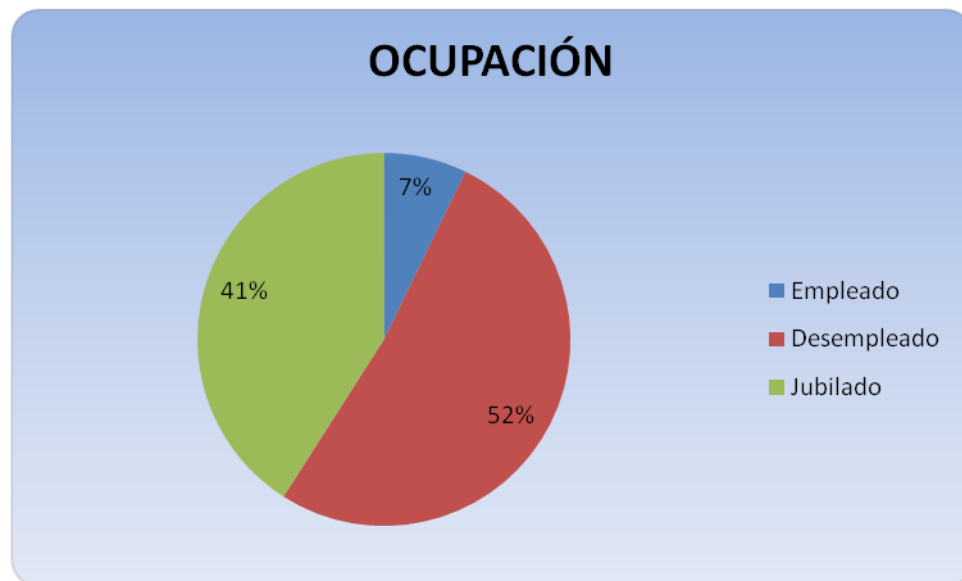
Distribución por ocupación del total de adultos mayores que participaron en el estudio

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	29	7%
Desempleado	209	52%
Jubilado	165	41%
Total	403	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 3.

Distribución por ocupación del total de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 4.

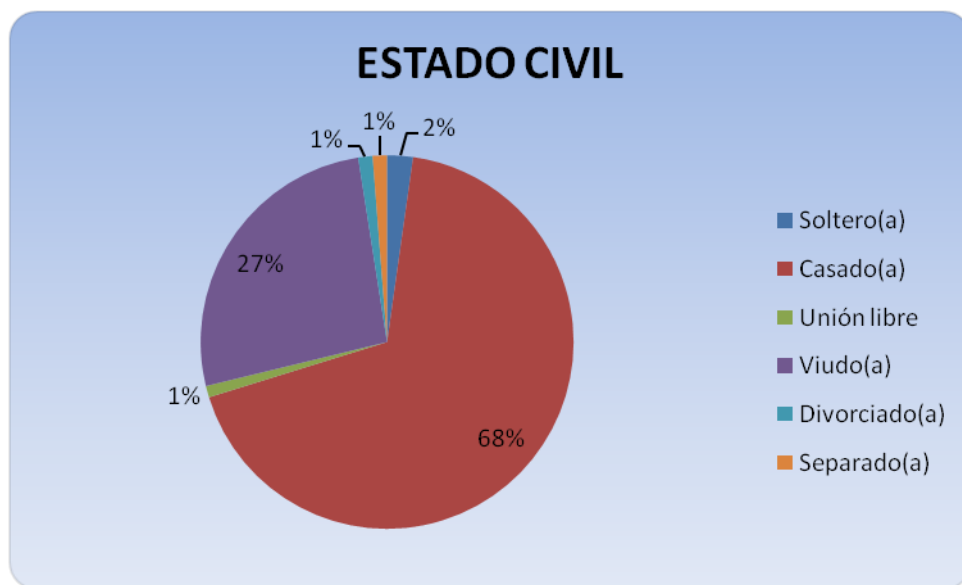
Distribución por estado civil del total de adultos mayores que participaron en el estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	9	2%
Casado(a)	274	68%
Unión libre	4	1%
Viudo	106	27%
Divorciado	5	1%
Separado	5	1%
Total	403	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 4.

Distribución por estado civil del total de adultos mayores que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 5.

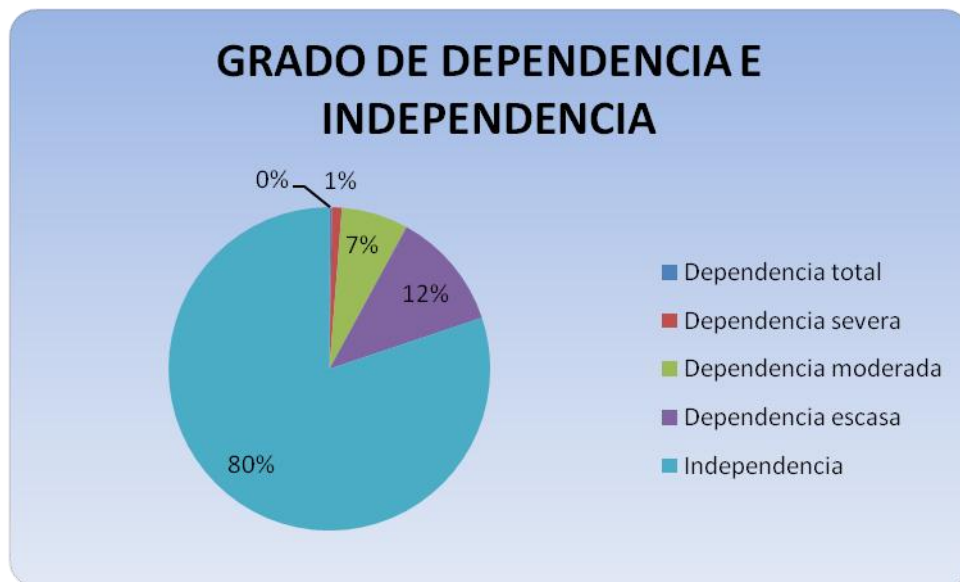
Grado de dependencia e independencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor que participaron en el estudio

Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia total	1	0%
Dependencia severa	4	1%
Dependencia moderada	27	7%
Dependencia escasa	48	12%
Independencia	323	80%
Total	403	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 5.

Grado de dependencia e independencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 6.

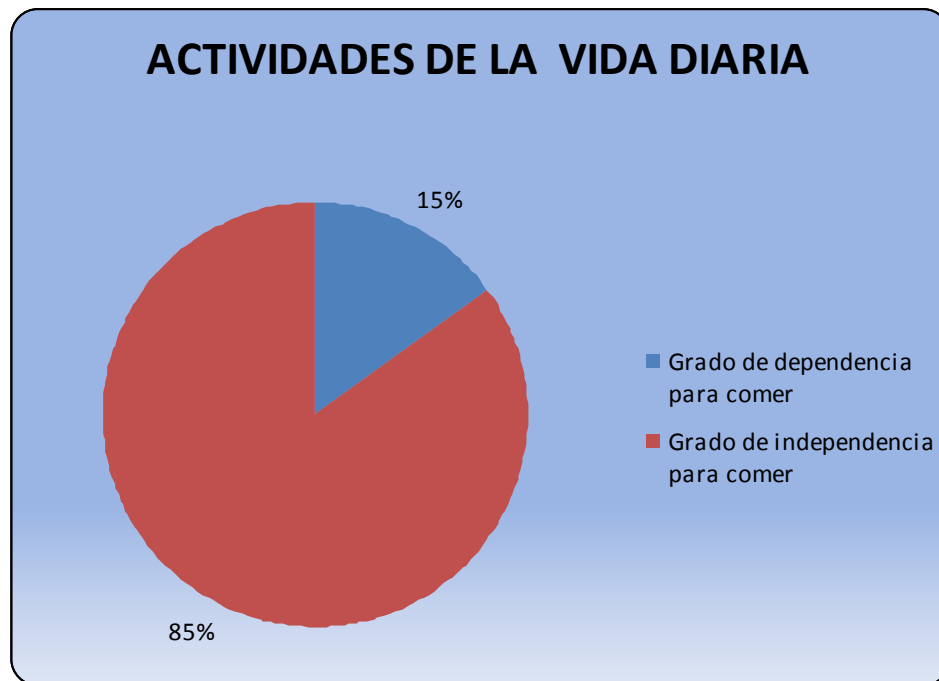
Grado de dependencia e independencia para comer, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para comer	12	15%
Grado de independencia para comer	68	85%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 6.

Grado de dependencia e independencia para comer, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 7.

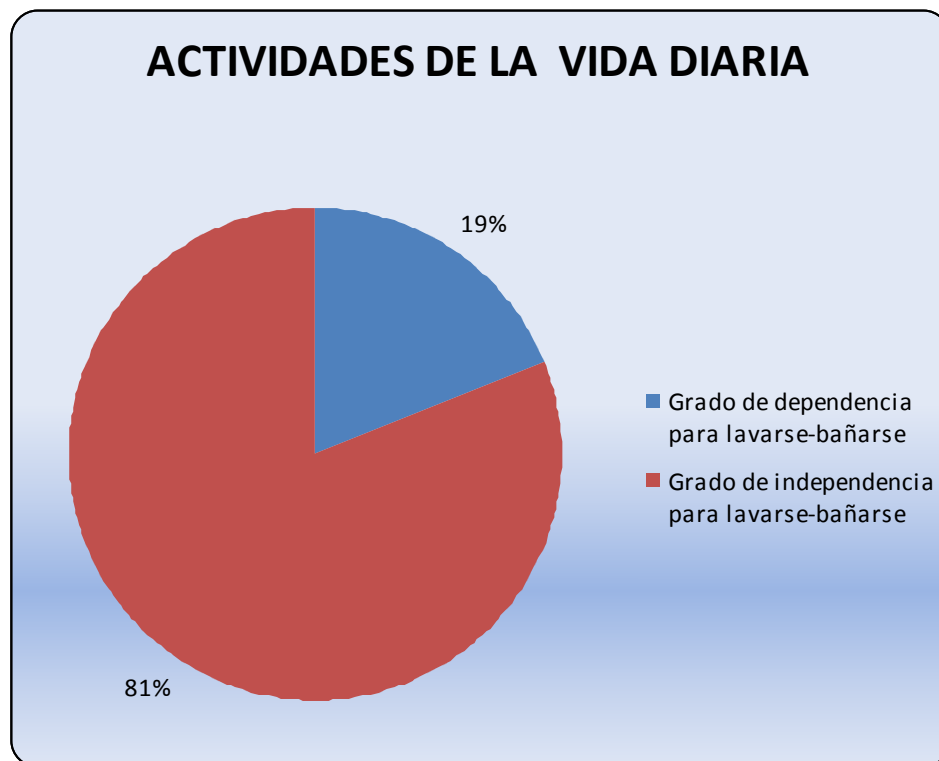
Grado de dependencia e independencia para lavarse-bañarse, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para lavarse-bañarse	15	19%
Grado de independencia para lavarse-bañarse	65	81%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 7.

Grado de dependencia e independencia para lavarse-bañarse, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 8.

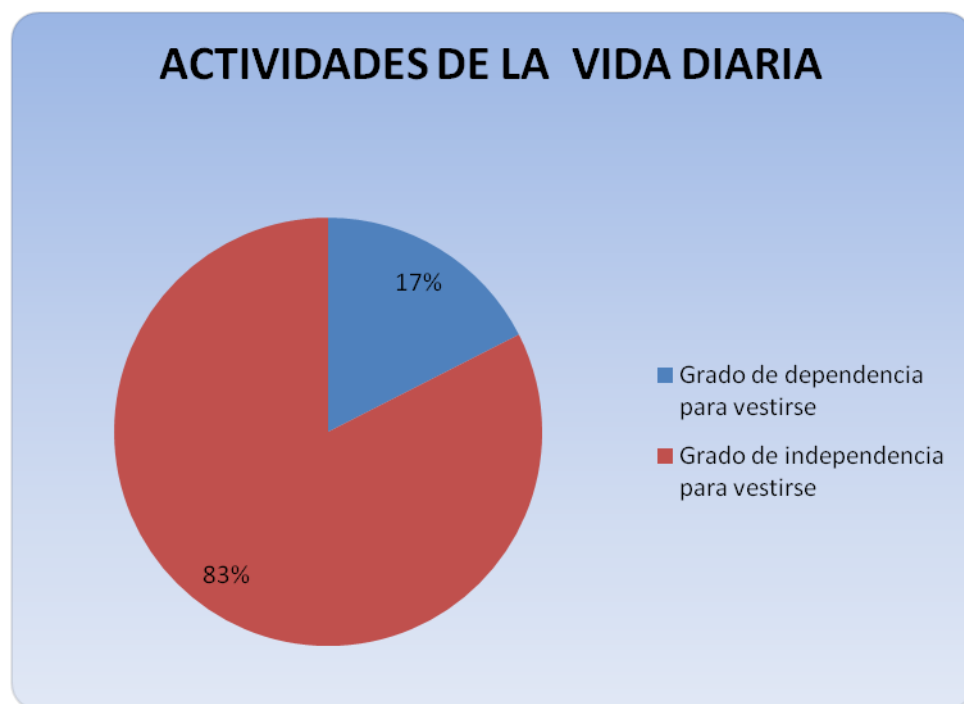
Grado de dependencia e independencia para vestirse, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para vestirse	14	17%
Grado de independencia para vestirse	66	83%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 8.

Grado de dependencia e independencia para vestirse, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 9.

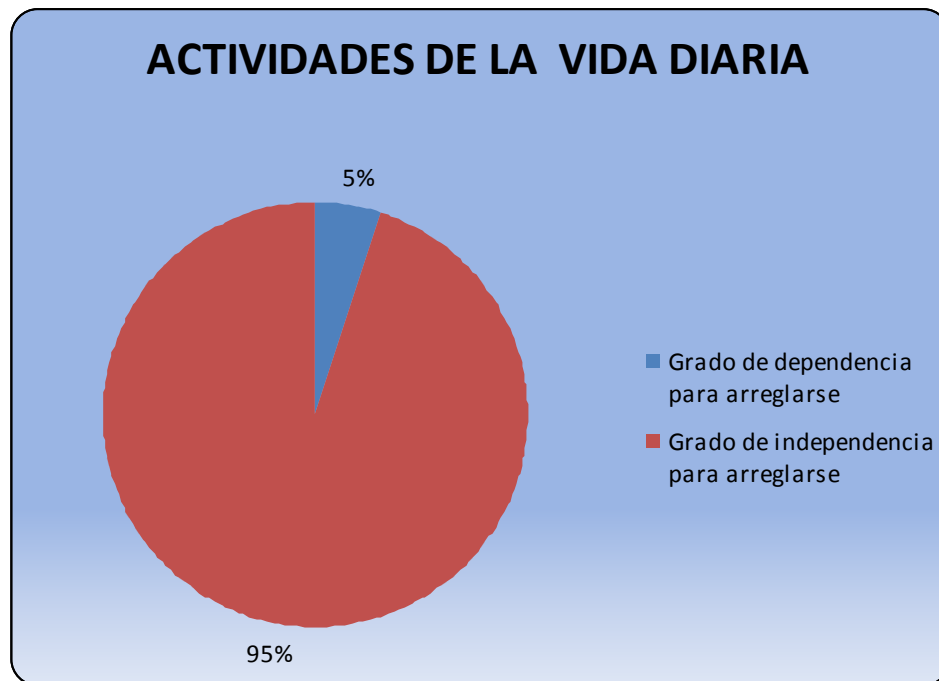
Grado de dependencia e independencia para arreglarse, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para arreglarse	4	5%
Grado de independencia para arreglarse	76	95%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 9.

Grado de dependencia e independencia para arreglarse, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 10.

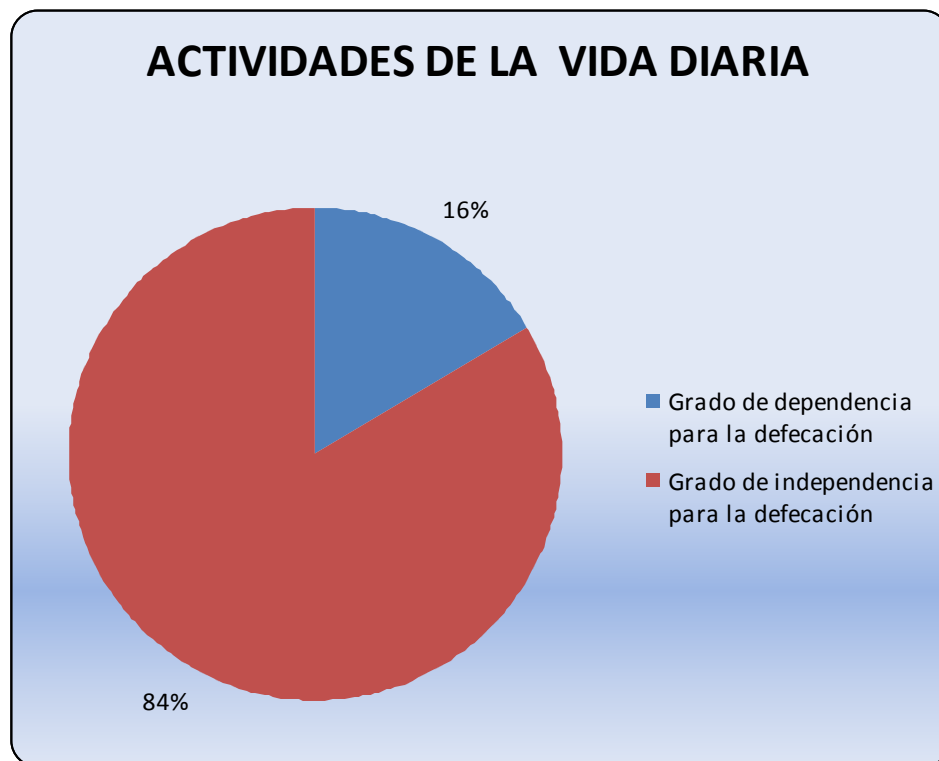
Grado de dependencia e independencia para la defecación, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para la defecación	13	16%
Grado de independencia para la defecación	67	84%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 10.

Grado de dependencia e independencia para la defecación, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 11.

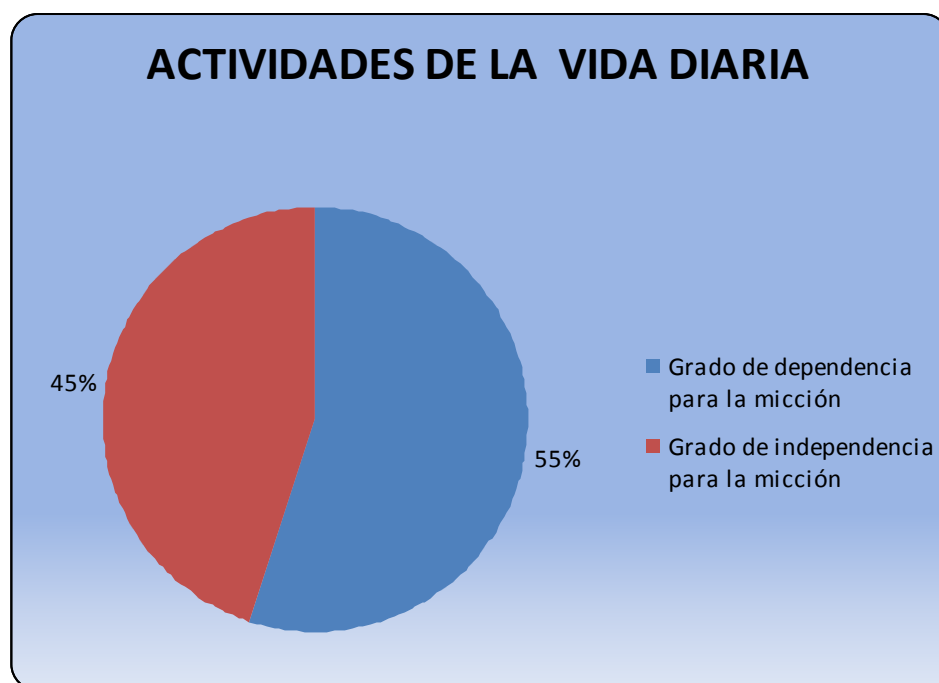
Grado de dependencia e independencia para la micción, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para la micción	44	55%
Grado de independencia para la micción	36	45%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 11.

Grado de dependencia e independencia para la micción, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 12.

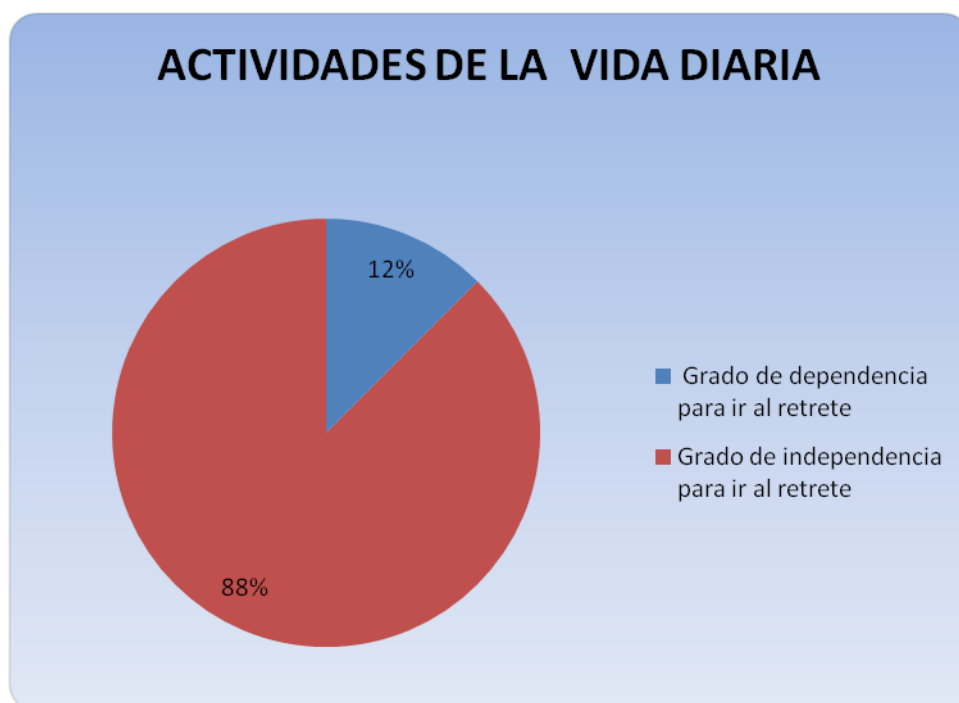
Grado de dependencia e independencia para ir al retrete, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para ir al retrete	10	12%
Grado de independencia para ir al retrete	70	88%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 12.

Grado de dependencia e independencia para ir al retrete, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 13.

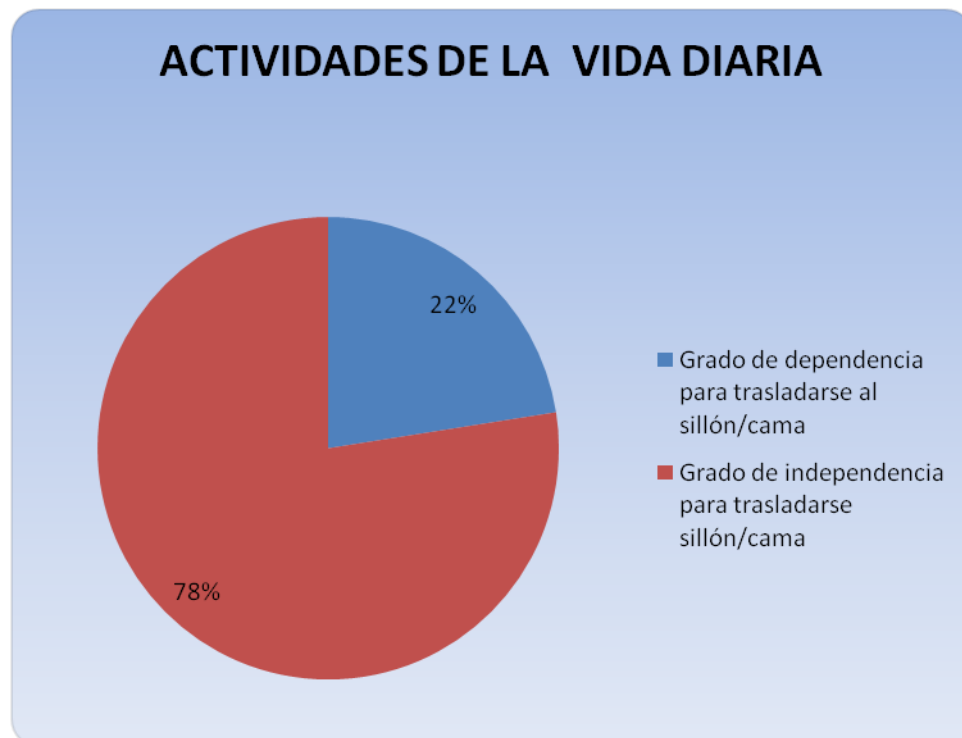
Grado de dependencia e independencia para trasladarse al sillón/cama, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para trasladarse al sillón/cama	18	22%
Grado de independencia para trasladarse sillón/cama	62	78%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 13.

Grado de dependencia e independencia para trasladarse al sillón/cama, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 14.

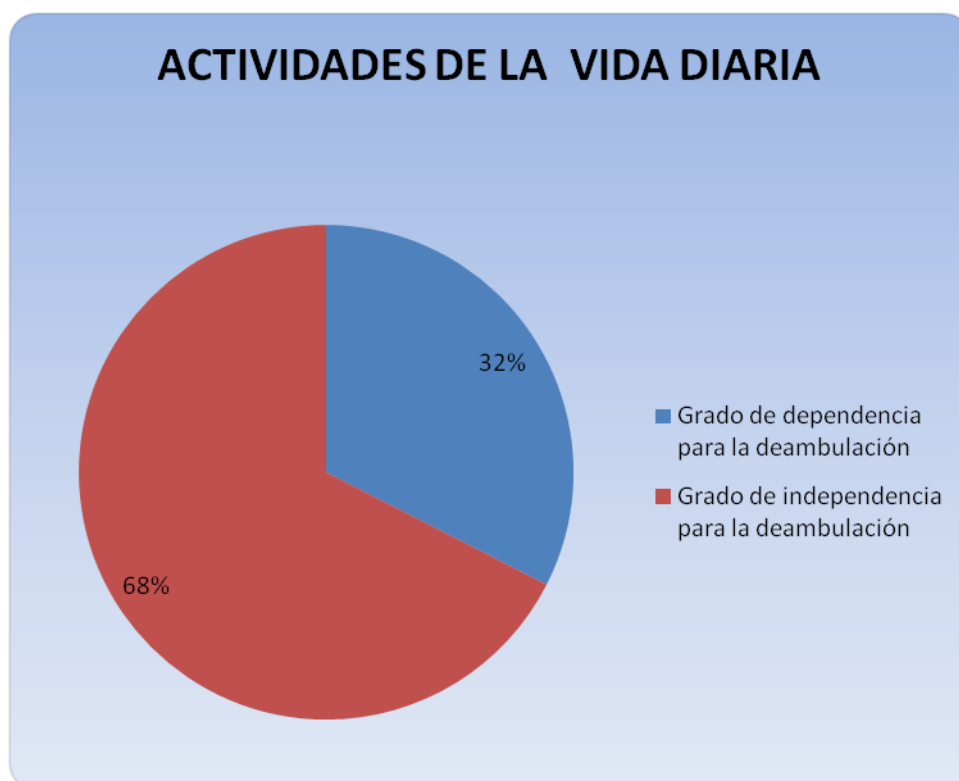
Grado de dependencia e independencia para la deambulaci3n, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para la deambulaci3n	26	32%
Grado de independencia para la deambulaci3n	54	68%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 14.

Grado de dependencia e independencia para la deambulaci3n, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 15.

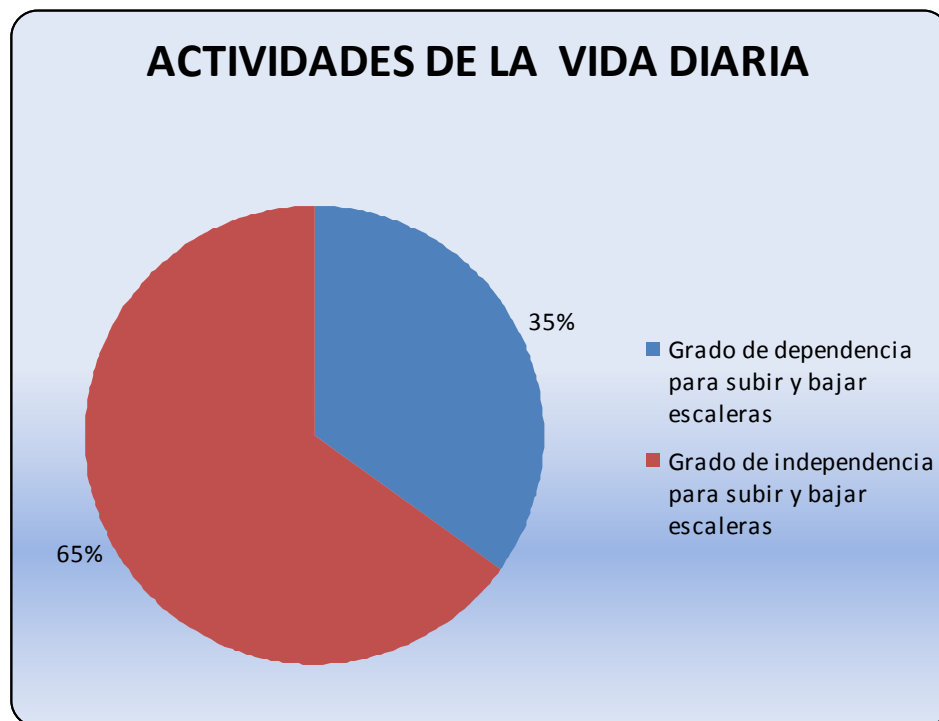
Grado de dependencia e independencia para subir y bajar escaleras, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para subir y bajar escaleras	28	35%
Grado de independencia para subir y bajar escaleras	52	65%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 15.

Grado de dependencia e independencia para subir y bajar escaleras, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

TABLA 16.

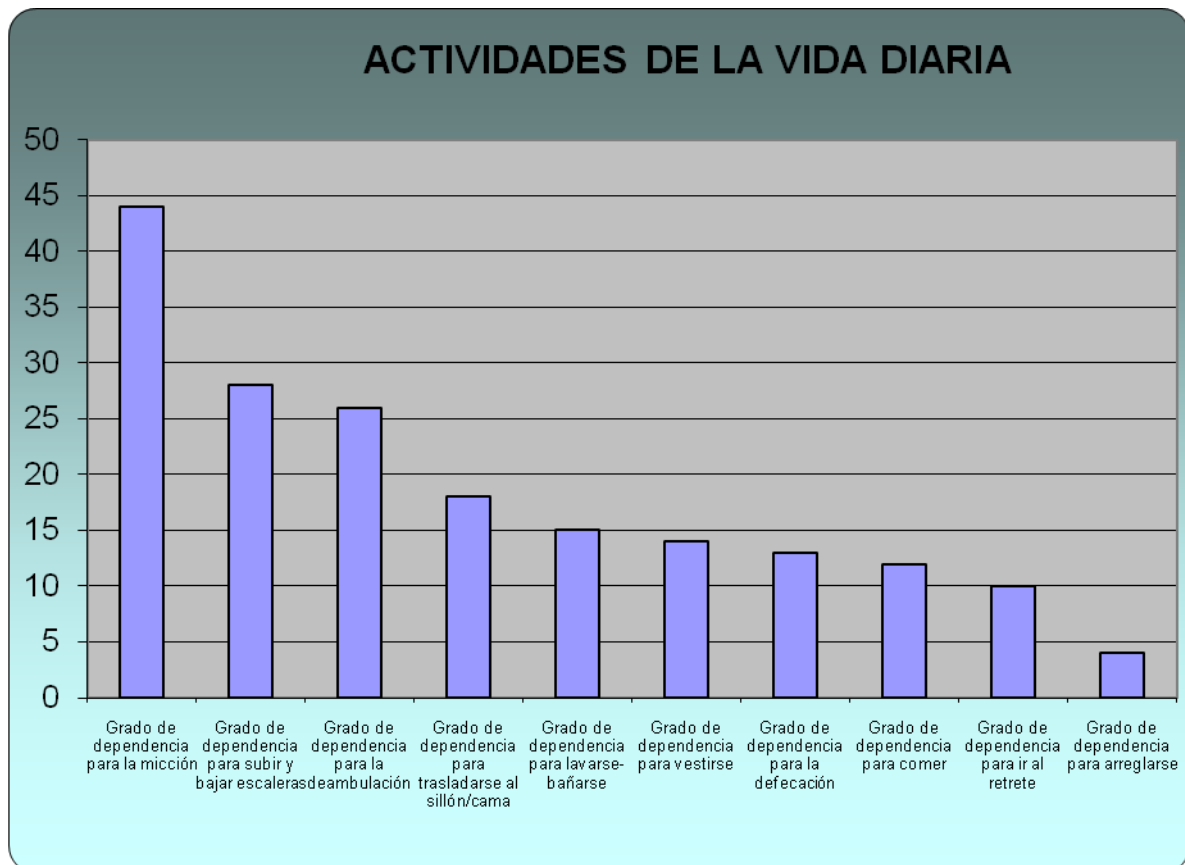
Distribución de las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia, del adulto mayor que participaron en el estudio

Actividades de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje
Grado de dependencia para la micción	44	55%
Grado de dependencia para subir y bajar escaleras	28	35%
Grado de dependencia para la deambulaci3n	26	32%
Grado de dependencia para trasladarse al sill3n/cama	18	22%
Grado de dependencia para lavarse-ba1arse	15	19%
Grado de dependencia para vestirse	14	17%
Grado de dependencia para la defecaci3n	13	16%
Grado de dependencia para comer	12	15%
Grado de dependencia para ir al retrete	10	12%
Grado de dependencia para arreglarse	4	5%

Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

GRAFICA 16.

Distribución de las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia, del adulto mayor que participaron en el estudio



Fuente: Cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”, utilizando el cuestionario dependencia para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-.

Respecto al grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria se encontró que de 403 adultos mayores encuestados, la prevalencia de dependencia leve/moderada fue de 19% y 1% de dependencia grave/absoluta; lo cual está por debajo de lo reportado en el estudio realizado en España por Lázaro Alquézar, et al; quienes realizaron un estudio para determinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005, en donde reportan una prevalencia de 26.7% de dependencia leve/moderada y 9.6% de dependencia grave/absoluta, para las actividades de la vida diaria.

En el presente estudio se identificó que las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia del adulto mayor en orden decreciente fueron las siguientes: para la micción 55%, para subir y bajar escaleras 35%, para la deambulación 32%, para trasladarse al sillón/cama 22%, para lavarse-bañarse 19%, para vestirse 17%, para la defecación 16%, para comer 15%, para ir al retrete 12%, y para arreglarse 5%. No existen estudios previos para comparar las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia del adulto mayor, por lo que los resultados obtenidos en este estudio pudiera servir de referente en estudios posteriores.

En lo que se refiere a la independencia durante las actividades de la vida diaria, se encontró que de 403 adultos mayores encuestados, la prevalencia de independencia fue de 80%; lo cual está por arriba de lo reportado en el estudio realizado en España por Lázaro Alquézar, et al; quienes realizaron un estudio para determinar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005, en donde reportan una prevalencia de 64% de independencia, para las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

En este estudio se evaluó el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”, se encontró que de 403 adultos mayores encuestados el 80% presentó independencia, 12% presentó dependencia escasa, 7% presentó dependencia moderada, 1% presentó dependencia severa y 0% presentó dependencia total. Encontrándose una prevalencia de dependencia leve/moderada del 19% Y 1% de dependencia grave/absoluta.

Se encontró que de los adultos mayores que presentan algún grado de dependencia, las actividades de la vida diaria más afectadas son: la micción en un 55%, subir y bajar escaleras en un 35% y la deambulaci3n en un 32%.

Podemos concluir que la mayoria de los adultos mayores se encuentran con independencia durante las actividades de la vida diaria en la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” y un grado menor de pacientes se encuentran con dependencia leve/moderada; por lo que sugiero que en cada consulta médica del adulto mayor se realice una evaluaci3n gerontol3gica integral utilizando el Índice de Barthel con el fin de identificar áreas deficitarias en este grupo de poblaci3n y adiestrar a los familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente.

Otro de los aspectos importantes que nos identificó el presente estudio fueron las actividades de la vida diaria en donde hay mayor dependencia del adulto mayor, ya que es posible elaborar estrategias de intervenci3n que mejoren la capacidad funcional y la calidad de vida de los adultos mayores, con una intervenci3n multidisciplinaria por parte del equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Muñoz O, García PC, Durán AL. La salud del adulto mayor. Temas y debates. 1 ed. México, D.F. IMSS; 2004. p. 45-61.
2. García MG, Landeros OE, Arriola MG, Pérez GA. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1): 21-26.
3. Díaz TV, Díaz TI, Rojas CG, Novogrodsky RD. Evaluación geriátrica en la atención primaria. Rev Med Chile 2003; 131: 895-901.
4. Megret CA, Naranjo AM, Fong GY. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(1):43-49.
5. Evaluación funcional del adulto mayor. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Parte I: Módulos de valoración clínica. Modulo 3. Evaluación funcional del adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
6. Dorantes MG, Ávila FJ, Mejía AS, Gutiérrez RL. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública 2007; 22(1):1-11.
7. Lázaro AA, Rubio AE, Sánchez SA, García HJ. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza Capital en 2005. Rev Esp Salud Pública 2007; 81:625-36.
8. Sanjoaquin RA, Fernández AE, Mesa LM, García-Arilla CE. Valoración geriátrica integral. Capítulo 4. Tratado de Geriatria para residentes.
9. Reyes MH, Vladislavovna DS, García GJ, Jiménez UR, Tapia GM, Espinoza AA, et al. Guía para la evaluación gerontológica integral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 291-306.
10. Cid RJ, Damián MJ. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 127-37.
11. Cardona D, Estrada A, Byron AH. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica 2006; 26:206-15.
12. Azpiazu GM, Cruz JA, Villagrasa FJ, Abanades HC, García MN, Alvear VF. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 683-99.
13. Montesano DJ. Manual del Protocolo de Investigación. Editorial Auroch, México DF; p: 31-39.
14. Diccionario de la real academia española Vigésima segunda edición 2001. Versión online en <http://www.rae.es/rae.html>.
15. Diccionario Encarta 2009. Versión online en <http://encarta.msn.com/encnet/features/dictionary/dictionaryhome.aspx>.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –INDICE DE BARTHEL-

FECHA:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

CUESTIONARIO

Le solicito atentamente su participación si no tiene inconveniente, el motivo es tener información acerca de la dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor en esta unidad, la información que se obtenga es CONFIDENCIAL y no se difundirán los resultados, agradezco la atención que le preste.

1. **Unidad de procedencia:** _____
2. **Numero de afiliación:** _____
3. **Fecha de nacimiento:** _____
4. **Persona que realizo la entrevista:** _____

Marque con una x alguna de las siguientes opciones que crea conveniente:

5. **Sexo**
 - a) Masculino
 - b) Femenino
6. **¿Cuál es su edad?** _____
 - a) 60-70 años
 - b) 71-80 años
 - c) 81-90 años
 - d) Mayores de 90 años
7. **¿Cuál es su ocupación?**
 - a) Empleado
 - b) Desempleado
 - c) Jubilado
8. **¿Cuál es su estado civil?**
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Unión libre
 - d) Viudo (a)
 - e) Divorciado (a)
 - f) Separado (a)

9. Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

10. Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

11. Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita ayuda por otra persona

12. Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

13. Defecación

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

14. Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Máximo uno en 24 horas
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

15. Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

16. Trasladarse sillón/cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

17. Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rsela y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente / silla de ruedas	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

18. Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Para ser contestado por el investigador:

Puntuaci3n Total

• 0-20 Dependencia total

• 91-99 Dependencia

escasa

• 21-60 Dependencia severa

• 100 Independencia

• 61-90 Dependencia moderada

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____

participe en el protocolo de investigación titulado

“Dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, en el primer nivel de atención”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es

Evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

permitir al investigador aplicarme un cuestionario

diseñado para recabar datos con la finalidad de evaluar el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer el grado de dependencia durante las actividades de la vida diaria, del adulto mayor, adscrito a esta unidad para partiendo de esta información brindar una atención más objetiva desde un punto de vista preventivo.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810 – 009 – 014