



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7

MONCLOVA, COAHUILA.

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL
ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA DE JESUS ESPINOZA VILLANUEVA

MONCLOVA, COAH.

2019



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



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.

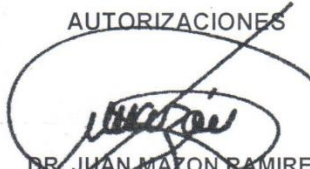
**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL
ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA.**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA MARIA DE JESUS ESPINOZA VILLANUEVA

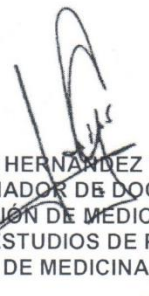
AUTORIZACIONES



DR. JUAN MAZON RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL
ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

Dra. María de Jesús Espinoza Villanueva

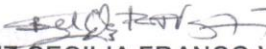
AUTORIZACIONES



DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS FAMILIARES

HGZ/UMF No 7 MONCLOVA; COAHUILA.



DRA. BEATRIZ CECILIA FRANCO VERGARA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ASESOR DE TESIS:

DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO



MONCLOVA; COAH.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS Y POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

2019

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dra. María de Jesús Espinoza Villanueva

Área de adscripción: H G Z / C. M. F No. 7.

Matrícula 99059605

Domicilio: Boulevard Harold R. Pape S/N Monclova; Coahuila Teléfono:

Domicilio Particular: Privada Chales # 2163 Col. Bellavista, Saltillo Coahuila.

Teléfono Particular 01 844 4892390

Teléfono Celular 01 844 1766499

ASESOR DE TESIS

Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo

Área de adscripción: HGZ con MF. No. 7.

Matrícula 8944393

Domicilio: Boulevard Harold R. Pape S/N Monclova; Coahuila.

INDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| I. RESUMEN | 6 |
| II. MARCO TEORICO | 8 |
| III. JUSTIFICACION:..... | 22 |
| IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA | 24 |
| V. OBJETIVOS..... | 25 |
| VI. HIPOTESIS..... | 25 |
| VII. METODOLOGÍA..... | 26 |
| VIII. ASPECTOS ETICOS..... | 30 |
| IX. RECURSOS..... | 31 |
| X. RESULTADOS | 31 |
| XI. GRAFICAS..... | 35 |
| XII. DISCUSIÓN..... | 39 |
| XIII. CONCLUSIONES | 41 |
| XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 43 |
| XV. ANEXOS..... | 46 |

NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA

I. RESUMEN

Introducción: En 1975 había en el mundo 350 millones de ancianos, cifra que aumentó a 600 millones en 2000 y que casi se volverá a duplicar en 2025 cuando ascienda a 1100 millones. Se ha definido la salud del anciano por su capacidad funcional, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente por lo que es primordial diferenciar entre el llamado envejecimiento normal y los cambios patológicos en el cuidado de los ancianos. La funcionalidad definida como las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo.

Definiéndose la capacidad funcional como la habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. La medición de las capacidades funcionales es un componente fundamental en la evaluación del adulto mayor.

Objetivo: Determinar el nivel de funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor en Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No 32 San José del Aura, Progreso, Coahuila.

Metodología: Estudio transversal, prospectivo, descriptivo, que se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 32 de San José del Aura, Coahuila. Se obtuvieron los datos de las encuestas aplicadas a adultos mayores derechohabientes que acudían a consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión, durante el periodo de enero a junio 2018. Los resultados fueron representados por medio de gráficas y tablas de frecuencia o histograma. Para las variables cualitativas se utilizaron proporciones, mientras que para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y sus medidas correspondientes de dispersión, Chi cuadrada para las variables cualitativas y t de student para las variables cuantitativas para demostrar asociación; con un nivel de confianza del 95%, tomando como significancia una $p < 0.05$.

RESULTADOS:

En el presente estudio se valoraron un total de 88 adultos mayores, 56 (63.6%) sexo femenino y 32 (36.3%) del masculino, edad media 69.3 años. Respecto a los datos obtenidos de los adultos mayores evaluados en actividades básicas de la vida diaria el 60.22% presenta un nivel de funcionalidad normal, lo cual quiere decir adulto mayor completamente autónomo, del resto casi el 34.83% de ellos, requiere de algún tipo de apoyo de su entorno (familiar, institucional, entre otros) para realizar ciertas actividades de su vida cotidiana y únicamente el 3.40% (3 adultos mayores) son severamente incapacitado; en relación con la funcionalidad para actividades instrumentales de la vida diaria el 80.4% de ellos presenta un alto nivel de funcionalidad que corresponde la mayoría a mujeres, lo que refleja que poseen un gran nivel de independencia para realizar actividades de su vida diaria no requiriendo de ningún tipo de apoyo, mientras que el 19.6% tienen un nivel de funcionalidad con dependencia. Evaluando el índice geriátrico de comorbilidad la enfermedad prevaleciente fue la hipertensión sin embargo la mayoría de los pacientes resultaron asintomáticos controlados con un total de 71.2% de adultos mayores encuestados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La disminución de la funcionalidad puede llevar hasta el grado de la discapacidad, lo cual trae consigo dependencia en familiares o cuidadores, lo que genera un impacto social y económico, importante en la calidad de vida de la persona.

La mayor edad de la persona está asociada con la dependencia funcional tanto para realizar actividades básicas de la vida diaria como actividades instrumentales de la vida diaria.

Una de las limitaciones es que la presente investigación solo es aplicable a la población estudiada, por ende, no se puede generalizar.

El estilo y la calidad de vida en el ambiente rural, aunado a una mayor esperanza de vida, conlleva a establecer una menor dependencia de los adultos mayores, esto es menor grado de discapacidad para llevar a cabo las diversas actividades de la vida diaria, sean consideradas básicas o instrumentales.

El conocimiento de la prevalencia de discapacidad en este grupo de edad, estimada a través de su funcionalidad y de los factores de riesgo asociados, favorecerá la aplicación de medidas de promoción para la salud a través de la educación y de integración del paciente a programas específicos de rehabilitación.

Palabras claves: funcionalidad, adulto mayor.

NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA

II. MARCO TEORICO

Introducción

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud. Esta afirmación es importante dado que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional. El número de adultos mayores que vive en América Latina y el Caribe pasara de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16% en el 2025 ⁽¹⁾

Definición

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”. Esfuerzos constantes del individuo por alcanzar un nivel adecuado de adaptación y equilibrio, entre sus propios cambios y aquellos otros que ocurren en los medios ambientes, socioeconómicos y culturales (OPS) Ambos definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente ⁽²⁾

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en vías de desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. ⁽³⁾ **Funcionalidad**

La funcionalidad definida como las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo. ⁽⁴⁾

Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años.

El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. ⁽⁵⁾ La idea de función debemos conceptualizarla como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad. Para esto se requiere de capacidades físicas, cognitivas, emocionales que se deben expresar en un entorno dado y con recursos sociales que permitan su manifestación. La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne. ⁽⁶⁾

Se ha definido la salud del anciano por su capacidad funcional, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente por lo que es primordial diferenciar entre el llamado envejecimiento normal y los cambios patológicos en el cuidado de los ancianos. ⁽⁷⁾

Marco Epidemiológico

En 1975 había en el mundo 350 millones de ancianos, cifra que aumentó a 600 millones en 2000 y que casi se volverá a duplicar en 2025 cuando ascienda a 1100 millones. ⁽⁸⁾ La esperanza de vida ha aumentado considerablemente con el tiempo; en Europa es de 80 años y se espera que entre el 2010 y 2030 el número de personas en edades de 65 a 80 años aumente en un 40 %. A mediados del siglo pasado, la esperanza de vida promedio en los países de América Latina era apenas 51.8 años; a finales del siglo había alcanzado los 70 años. ⁽⁹⁾

El incremento de la esperanza de vida ha venido acompañado de un aumento de la población mayor de 65 años, que en España representa casi el 20% del total, y doblará su tamaño en las próximas décadas. La esperanza de vida está estrechamente relacionada con la posición socioeconómica. En España a 1 de enero 2016 el 18.4% de la población es de adultos mayores. El sexo predominante en la vejez es el femenino. El envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es mucho más acentuado en el mundo

rural. La esperanza de vida al nacer de 85.4 años para las mujeres y los hombres de 79.9 años, encontrándose entre las más altas de la Unión Europea. Bayo reporto que 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes una o más actividades básicas de la vida diaria. La esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud fueron mayores en las mujeres. En la población mayor de 65 años, tener un menor nivel de estudios supuso vivir menos años, menos años con buena salud y un mayor número de años con mal estado de salud. Por sexo, los hombres mostraron una menor esperanza de vida, pero las mujeres esperaron vivir más años con mala salud. Existen importantes desigualdades según el nivel de estudios en la cantidad y la calidad de años que se espera vivir. Las mujeres esperan vivir más años, pero con peor salud. Entre las personas de 65 y más años, tener menor nivel de estudios supuso vivir menos años totales y con buena salud, y un mayor número de años con mala salud. ^(10, 1)

El envejecimiento de la población va a afectar a todas las sociedades que han alcanzado una fase final de la transición demográfica y el Uruguay está en este caso Uno de los indicadores más utilizados en demografía para medir el nivel de envejecimiento de las poblaciones es la proporción de personas de 60 ó 65 y más años de edad en el total de la población. Se considera que una sociedad tiene una estructura de edad envejecida cuando la proporción de personas de 60 o más años alcanza el 7%. Uruguay ya superaba ese umbral en la década de 1960. Durante la mayor parte del último medio siglo, la reducción de la fecundidad fue la variable que más contribuyó al envejecimiento de la población, en la medida en que determinó la reducción progresiva del peso demográfico de los niños y jóvenes. El proceso de envejecimiento es visto como una de las conquistas sociales más importantes del siglo XX, siendo el resultado positivo de la evolución histórica de dos variables claves de la dinámica demográfica: la mortalidad y la fecundidad. El aumento de la proporción de personas viejas en las poblaciones significa que la sociedad ha sido capaz de regular los nacimientos y que los progresos en los cuidados de salud han contribuido a alargar la vida de los integrantes de la población. ⁽¹¹⁾

Alemania es el país más poblado de Europa, con 80.5 millones de habitantes. ⁽¹²⁾ La esperanza de vida en Alemania es de 80.7 años en el rango medio-alto respecto al resto de los países. Ahora hay alrededor de dos millones que se duplicaran hasta los 4.5 millones en 2060. ⁽¹³⁾

Italia Con un promedio de 157.7 ancianos por cada 100 jóvenes, sin embargo, por primera vez en una década la esperanza de vida disminuyo, con un promedio de 80.1 años para los

hombres (frente a los 80.3 precedentes) y de 84.7 para las mujeres (frente a los 85.0 anteriores).⁽¹⁴⁾

En Reino Unido la esperanza de vida al nacer es de 81 años, para las mujeres se sitúa en los 83 años en comparación con 79 años para los hombres. Además, indica que las personas con menos preparación académica tienden a envejecer más rápido.

El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en el 2025. Hay en la actualidad 91 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano, este número crece a una tasa de 3% a 5% anual, surge la necesidad de estar preparados para recibir esta población que se proyecta como de 144 millones para dentro de 20 años.⁽¹⁾

En Colombia en los últimos 5 años la esperanza de vida ha aumentado por lo cual se han realizado estudios previos para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor, dichos estudios han revelado que una de las escalas más eficaces para valorar la funcionalidad es por medio del índice de Barthel, el cual lo refiere como un buen predictor de mortalidad, mejoría funcional y del riesgo de caídas evidencio que el mayor porcentaje de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria se encuentra relacionado con el sexo femenino y el principal grado de capacidad funcional encontrado se relacionó con dependencia leve, con respecto al sector rural se precisó menor grado de dependencia comparado con el urbano y la proporción de personas que presentaron mayor grado de dependencia tienen un rango de 65 a 79 años influenciado positivamente el sector rural que no presento ningún grado de dependencia grave o total.⁽¹⁵⁾

En Costa Rica su esperanza de vida es la más alta de América Latina de 78.5 años. Para el año 2000 había 301,000 personas mayores de 60 años según proyecciones para el 2060 habría aproximadamente 2 millones. En personas adultas mayores el CRELES (Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica) las dificultades de movilidad funcional e instrumental son más frecuentes en las mujeres se incrementan con la edad. Entre el 4 y 10% de las personas tienen dificultad para realizar actividades básicas y entre un 14 y 23% tienen dificultades instrumentales del diario vivir.⁽¹⁶⁾

Nos enfrentamos a un cambio demográfico acelerado, con bajo crecimiento poblacional y mayor sobrevivencia de los adultos mayores. Menores tasas de fecundidad y mortalidad, aunque con un notable incremento de la esperanza de vida y longevidad. Las personas tienen mayor proyección de sobrevivencia y mejores condiciones físicas, lo que sucede

tanto, en Europa, Estados Unidos como en toda la región de América Latina y el Caribe. Las estimaciones indican que para el año 2050, 22 por ciento de la población mundial corresponderá a adultos mayores. En Chile se aprecia que la población de 60 años o más ha aumentado de manera importante; así entre los años 1990 y 2013 pasa de 1.31 a 2.89 millones de personas, representando al inicio del periodo 10.8 por ciento de la población chilena, y veintitrés años más tarde 16.7 por ciento. ⁽¹⁷⁾

En Cuba, para el año 2002 el 13% de las personas tenían más de 65 años esperanza de vida de 76 años. Se realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria personas mayores demandantes de atención primaria en un centro de salud de Chillan. Su importancia radica en considerarse la capacidad funcional el principal parámetro de evaluación del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor. Los resultados demostraron mayor proporción de mujeres entre 70 a 79 años, funcionalmente prevaleció la independencia (61%) y dependencia leve (39%). Las principales ABVD alteradas fueron deambular (44%), subir y bajar escalones (86%), trasladarse entre silla y cama (33%) y continencia urinaria (24%).

⁽¹⁸⁾

En México la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores registrada en los últimos años es de 3.5% al año. Además, este grupo tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 20 años. Si se continúa con esta dinámica poblacional se estima que se alcanzará un ritmo promedio de 4.2% al año durante la tercera década del presente siglo. Entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores se incrementará en alrededor de 26 millones de personas, pero más de 75 por ciento de este incremento ocurrirá a partir del año 2020. Debido a esta acelerada dinámica de crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, que en la actualidad representa casi 1 de cada 13 mexicanos (7.6%), en 2030 representará 1 de cada 6 (17.1%), y en 2050 más de 1 de cada 4 (27.7%). Mientras que la edad media de la población aumentará de 28 años a 37 y 43 años en 2030 y 2050, respectivamente. ⁽²⁰⁾

Se realizó un estudio transversal y descriptivo en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) ubicada en la ciudad de México en el año 2008, se aplicaron cuestionarios para índice de Katz y escala de Lawton, en cuanto a actividades básicas 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez; para actividades instrumentales 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional. Hubo asociación estadística significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida. Uno de cada tres

pacientes tuvo algún grado de disfunción, se identificaron factores propios que sugieren a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida. ⁽²¹⁾

La propia edad termina por generar una situación que produce en el adulto mayor una limitación para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas e instrumentales. ⁽²²⁾

Importancia de la Capacidad Funcional:

Son un parámetro de salud, y como tal, descriptor de resultados evolutivos relevantes:

- Mortalidad: el riesgo de mortalidad se eleva conforme vamos avanzando en el grado de discapacidad. A mayor dependencia menor expectativa de vida.
- Consumo de recursos: la frecuentación hospitalaria, bien en número de ingresos o bien en estancia media y número de reingresos, las visitas al médico o la utilización de fármacos, se pueden poner en relación con el grado de discapacidad
- Institucionalización: el riesgo de utilizar una residencia se ve notablemente incrementado al ir ascendiendo en el deterioro funcional.
- Utilización de recursos sociales: los costos del cuidado personal y de ayuda doméstica para adultos mayores de 75 años aumentan conforme aumenta el nivel de dependencia
- Futura discapacidad: la discapacidad es un estado dinámico que permite todas las variables. Puede mejorar y resolverse, mantenerse estable en el tiempo o empeorar. Las posibilidades de mejora disminuyen en función de la edad, aunque nunca desaparecen por completo, incluso en edades muy avanzadas. ⁽²³⁾

El manejo integral de los adultos mayores requiere cambiar de un abordaje basado en las enfermedades a uno basado en la funcionalidad.

La funcionalidad se divide en tres categorías:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria ABVD
Son actividades primarias para el autocuidado y la movilidad, son específicas y universales. Permiten que la persona pueda vivir de forma autónoma sin ayuda de otros siendo independientes.

Ejemplos: comer, arreglarse, bañarse, pasar de la cama a una silla, usar el sanitario, control del intestino y de la vejiga, deambular, subir y bajar escaleras etc.

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD

Permiten una vida independiente en la comunidad. Actividades más complejas que permiten adaptarse a su entorno y seguir manteniendo su independencia. Depende de varios factores en especial del estado de salud. El aprendizaje está influenciado según el género, edad, estilo de vida entorno, etc. Son actividades de mayor rango y su nombre se debe a que requieren del uso de herramientas o instrumentos para poderlas llevar a cabo.

Ejemplos: preparar la comida, realizar las tareas domésticas, controlar el consumo de sus medicamentos, hacer recados, administrar el dinero, transportarse en vehículos automotores a lugares distantes, realizar compras, etc.

- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria AAVD

Permiten desarrollar un rol social dentro de la comunidad. ⁽²⁴⁾

La evaluación funcional es un componente esencial de la valoración geriátrica integral, la cual se define como un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado -para generar mejoría en los ancianos frágiles- mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y disminuir la posibilidad de recurrir a la denominada hospitalización innecesaria. ⁽²⁵⁾

La evaluación de los componentes básicos de la funcionalidad requiere de escalas o herramientas que evalúan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la movilidad, la marcha y el equilibrio, las cuales son de tipo transversal, solo evalúan al adulto mayor en un momento específico.

- Índice de Katz

Publicado por Sydney y Katz en el año de 1976.

Se trata de un cuestionario con 6 ítems, sirve para evaluar actividades básicas, de una forma sencilla. Desde la dependencia a la independencia.

- Baño
- Vestido

- Uso del WC
- movilidad
- Continencia
- Alimentación

Forma de aplicación:

Puede ser aplicado a los adultos mayores en comunidad requiriendo de la participación de algún familiar o cuidador en caso de pacientes con deterioro funcional grave o alteraciones en la cognición. Mediante el interrogatorio del adulto mayor, sus familiares y cuidadores, se evalúa si el adulto mayor es capaz de realizar sin asistencia cada una de las actividades, existiendo para cada una de ellas distintos escenarios que permiten identificar si el paciente es o no independiente.

Interpretación

Existen dos formas en las que se puede evaluar, la forma original cualitativa y la forma numérica. La forma original propuesta por los desarrolladores de la herramienta asignaba una letra de la A hasta la H de acuerdo con las actividades que se encontraban afectadas en el adulto mayor.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete y otra cualquiera
- F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones
- H. Dependiente en las menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.

Esta forma de evaluación es confusa, sobre todo en el personal de salud que o está familiarizado con la herramienta, además de dificultar la interpretación de los cambios en las evaluaciones subsecuentes.

La forma numérica asigna un punto como máximo a cada de las actividades en la que el adulto mayor es independiente, mientras que, si requiere asistencia para alguna de ellas, de acuerdo con los posibles escenarios, no se le asignaran puntos.

Resultados:

Se puede obtener una puntuación máxima de 6 puntos considerando independiente al paciente con 6 puntos y totalmente dependiente o con pérdida de autonomía al paciente

con 0 puntos. Entre menor sea la puntuación que se obtenga, mayor será la gravedad de la dependencia funcional.

Grados A -B – 1 punto: ausencia de incapacidad o incapacidad leve

Grados C-D o 2- 3 puntos: incapacidad moderada

Grados E-G o 4- 6 puntos: incapacidad severa

Méritos y limitaciones:

Es útil ya que permite unificar el lenguaje para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en el personal de salud, sin embargo, evalúa las actividades que solo se afectan en pacientes con compromiso grave de su reserva funcional y tiene poca sensibilidad para medir pequeños cambios en cada una de las actividades. ⁽²⁶⁾

□ Índice de Barthel

Publicado por Mahoney y Bartel en 1965

Es una herramienta cuyo objetivo es evaluar una serie de actividades básicas para la función del ser humano.

A diferencia de la anterior evalúa por separado la continencia del esfínter urinario y anal además de evaluar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar sin asistencia una distancia mayor de 50 mts

Suele ser preferida por personal de salud dedicado a la rehabilitación

- Forma de aplicación

Puede ser aplicado a adultos mayores en comunidad, sobre todo en aquellos con enfermedades neuromusculares y musculoesqueléticas.

Se requiere la participación del adulto mayor, sus cuidadores y familiares. Se interroga al paciente y sus acompañantes sobre la capacidad para realizar sin asistencia cada una las actividades a evaluar. - Interpretación

Para cada de las actividades a evaluar se cuenta con distintos escenarios que evalúan si el adulto mayor es independiente para realizarla, requiere algo de asistencia o es incapaz de realizarla

- Resultados

A cada uno de los escenarios se le asigna una puntuación que puede ir de 0 a 15 puntos. Al finalizar la evaluación de cada una de las actividades, se sumarán los puntos obtenidos en cada uno hasta obtener un máximo de 100 puntos. Se considera independiente al paciente con 100 puntos y dependiente al paciente con 0 puntos. Entre menor sea la puntuación obtenida mayor será la dependencia funcional.

Leve: más menos 60 puntos

Moderada: 40 a 55 puntos

Grave: 20 a 35 puntos

Severo o total: menos de 20 puntos

- Méritos y limitaciones

Es una herramienta fácil de utilizar e interpretar por personal de salud no capacitado.

Permite evaluar con mayor facilidad cada una de las actividades incluidas.

Permite identificar los cambios en la intensidad de la dependencia funcional en las evaluaciones subsecuentes.

Ayuda a predecir la mortalidad y a ubicar al paciente en el lugar más apto después del alta hospitalaria, ya sea en su hogar o en alguna institución. ⁽²⁶⁾

□ Escala de Lawton

Publicada en 1969 por Lawton y Brody

Es la herramienta más utilizada para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria.

Es aplicada en una comunidad de tipo urbano

Necesario contar con integridad el adulto mayor en sus esferas biológicas y sociales primordialmente.

Detecta el deterioro del anciano desde el primer momento.

- Forma de aplicación

Aunque fue diseñada para aplicarse en comunidades urbanas, en la actualidad también se utiliza en comunidades rurales.

Se requiere la participación activa del adulto mayor, sus familiares y cuidadores. Cuando los varones evaluados requieren asistencia para la preparación de alimentos la limpieza de la su domicilio o el lavado de la ropa, se deberá interrogar si en etapas previas de su vida fue responsable de realizar dichas actividades o jamás las realizo por el contexto cultural donde vivió.

- Interpretación

Se asignará un punto a cada de las actividades en que el paciente no requiera de asistencia.

Se puede obtener una puntuación máxima de 8 puntos, siendo independiente el adulto mayor con 8 puntos y dependiente el paciente con 0 puntos.

Se requiere especificar en el expediente del paciente que rubros se encontraron afectados con la finalidad de poder comparar los resultados de las evaluaciones subsecuentes.

- Méritos y limitaciones:

La principal limitación de la escala es que algunas de las actividades pueden estar afectadas por el nivel socioeconómico y escolaridad del adulto mayor

Es una herramienta muy útil para evaluar como las alteraciones en las esferas biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores pueden afectar las actividades cotidianas.

Algunas otras herramientas que determinan la movilidad, la marcha y el equilibrio son; sin embargo para la evaluación de la funcionalidad básica emplearemos el índice de Katz e índice de Barthel mientras que para la funcionalidad instrumental se utilizara el índice de Lawton y Brody.

- Escala de Rosow – Breslaw

Publicada en 1966, pretende detectar la capacidad de recorrer 500 mts sin asistencia y sin detenerse, la capacidad de subir y bajar escaleras y capacidad para realizar trabajo en casa como lavar las paredes o realizar actividades de jardinería. ⁽²⁷⁾

Pruebas para evaluación de la funcionalidad

- POMA (Evaluación de la Movilidad Orientada en el Desempeño)

Útil en el proceso de aprendizaje de la evaluación de la marcha y el equilibrio, con una buena sensibilidad y especificidad para identificar el riesgo de caídas. ⁽²⁸⁾

- Levántate y anda convencional (Up and Go)

Prueba publicada en 1986 por Mathias cuyo objetivo es evaluar de forma rápida si hay alteraciones en la marcha y el equilibrio y su correlación con el riesgo de caídas. ⁽²⁹⁾

- Prueba de Romberg modificada

Es utilizada en casos de vértigo y trastornos del equilibrio, sirve para identificar entre causas cerebelosas y vestibulares. ⁽³⁰⁾

- Prueba de alcance

Utilizada para detectar adultos mayores en riesgo de presentar una caída asociado a problemas en el equilibrio. ⁽³¹⁾

El deterioro funcional definido como la pérdida de la capacidad para realizar una o más de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria es un importante indicador de la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores.

Puede ser clasificado de acuerdo con su tiempo de evolución

- Agudo cuando tiene un inicio súbito con evolución de días o semanas
- Subagudo con inicio insidioso con una evolución de meses
- Crónico aquellos individuos con enfermedades neurodegenerativas o compromiso importante en la reserva funcional orgánica

El deterioro de la “capacidad funcional”, es frecuentemente motivo de estudio. ⁽²⁶⁾

Se conocen cinco categorías de capacidad o dependencia funcional:

- Totalmente independiente: sin problemas para realizar ABVD y AIVD
- Dependencia Leve: problemas solo en AIVD sin importar en cuantas
- Dependencia Moderada: problemas en alguna ABVD y en ninguna o una AIVD
- Dependencia Grave: problema en una o más ABVD y en más de una AIVD sin que sean todas
- Dependencia Total: incapacidad para realizar todas las ABVD y todas las AIVD ⁽³²⁾

Un adulto mayor sano según la OMS sería aquel que fuera Autónomo, considerándose la autonomía como el principal parámetro de salud, en este grupo, en este concepto está comprendida la idea de funcionalidad, debiendo definir el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional,

1.- Adulto Mayor Autónoma o Autobalances:

Sin enfermedad crónica o con enfermedad crónica compensada por lo general viven en sus viviendas con familiares, solos o allegados, los menos vive en hogares o casas de reposo. Muchos de ellos están integrados a diferentes organizaciones de la tercera edad, como clubes, talleres o parroquias, donde se reúnen con cierta frecuencia en busca de compañía y un sano esparcimiento. Aprende y comparten experiencias y por sobre todo expresan sus deseos de vivir la vida.

2.- Adultos Mayores Frágiles:

Sufren ciertas limitaciones que a pesar de tratamientos no mejoran su descompensación, por lo que requieren ayuda profesional para mantener su estado de salud, necesitan ayuda de terceros para realizar actividades de la vida diaria, generalmente la obtienen de sus familiares, o centros de atención, o de otros grupos de apoyo

3.- Adultos Mayores Dependientes:

Corresponde a personas que requieren ayuda para todas sus actividades de la vida diaria, su condición de invalidez los mantiene postrados, con un deterioro ostensible de su calidad de vida y el de su grupo familiar, quienes ven agravarse los problemas médicos, sociales y a veces legales. Ellos dependen de servicios especializados que incluyan cuidados continuos y de larga estancia, paliativos o curativos para poder subsistir. La mayoría de esta persona se encuentran en sus casas.⁽³³⁾

Por consiguiente, la mejor definición de la “edad avanzada” es este regreso a un estado de dependencia o de semi dependencia.

Se confirma que, en la vejez avanzada, con dependencia física y necesidades de cuidado, la familia sigue funcionando como la principal fuente de apoyo a los ancianos sin embargo se identifica que las condiciones que marcaron la diferencia para otorgar una mejor atención fue la disposición de recursos económicos de la familia. o del propio adulto mayor, y el apoyo de la seguridad social.⁽³⁴⁾

Por esto, es importante que los profesionales de la salud enseñen a la familiar del adulto mayor a mantener la independencia del mismo y prevenir en la medida de lo posible su discapacidad progresiva, a pesar del deterioro evidente que produce el paso de los años.

Los cuidados básicos específicos para conservar la independencia del adulto mayor son:

- Cuidados de promoción a la salud: favorecer la integración del adulto mayor con la familia y la comunidad, estimular y apoyar al anciano para realizar si aseo corporal, cuidado de la piel dientes y pies y favorecer un sueño reparador
- Cuidados de prevención: ayudar a mantener su independencia física, evitando caídas y proporcionar una alimentación balanceada.
- Cuidados de la atención a la enfermedad; ayudarlo en el cumplimiento de las indicaciones médicas, apoyarlo cuando aparezcan cambios en su estado de ánimo y ayudarlo a afrontar las incontinencias.
- Cuidados de recuperación: ayudar al adulto mayor a no perder su funcionalidad o a recuperarla⁽³⁵⁾.

La tendencia a favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida. ⁽³⁶⁾

Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono del adulto mayor tales como enfermedades crónico degenerativas los cuales pueden provocar desgaste del "cuidador" o de toda la familia con el consecuente abandono del anciano. ⁽³⁷⁾

Ya en 1981 la OPS instaba a promover el autocuidado como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo de forma deliberada y continúa a través del tiempo con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar, prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez. ⁽³⁸⁾

III. JUSTIFICACION:

En 1975 había en el mundo 350 millones de ancianos, cifra que aumentó a 600 millones en 2000 y que casi se volverá a duplicar en 2025 cuando ascienda a 1100 millones. La esperanza de vida ha aumentado considerablemente con el tiempo; en Europa es de 80 años y se espera que entre el 2010 y 2030 el número de personas en edades de 65 a 80 años aumente en un 40 %. Según la OMS en América Latina la esperanza de vida varía de 60 a 79 años.

De acuerdo con los resultados del Censo 2010, actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representa 9% del total de la población, su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en el 2018 habrá 14 millones (magnitud). México en el año 2008 en la clínica hospital del ISSSTE, se aplicaron cuestionarios para índice de Katz y escala de Lawton, en cuanto a actividades básicas 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez; para actividades instrumentales 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional. La propia edad termina por generar situación que produce en el adulto mayor una limitación para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas e instrumentales.

Dentro de estudio efectuado en el estado de Tabasco por Gutiérrez Robledo obtuvo 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años y 77% en el grupo de más de 90 años; Martínez Mendoza en adultos mayores de 70 años obtuvo 62% de dependencia para las ABVD y 75% de dependencia para las AIVD.

Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional.

Para solventar esta condición se requiere apoyo de un equipo interdisciplinario que realice la tipificación de los adultos mayores permitirá implementar programas de prevención primaria que eviten una disminución seria en la reserva funcional, además de identificar a los adultos mayores con deterioro funcional grave que requieran de una evaluación geriátrica integral. (trascendencia)

Se conformarán planes individuales de prevención secundaria que busquen limitar el deterioro y evitar el desarrollo de fragilidad.

Por esto, es importante que los profesionales de la salud enseñen a la familiar del adulto mayor a mantener la independencia del mismo y prevenir en la medida de lo posible su discapacidad progresiva, a pesar del deterioro evidente que produce el paso de los años, Siendo indispensable establecer seguimientos de control que permitan revalorar cada uno de los factores agravantes identificados y asegurar el cumplimiento del plan de prevención. (vulnerabilidad).

Se requiere detectar los niveles de funcionalidad de nuestros ancianos con la finalidad de establecer de forma anticipada aquellas situaciones presentes que coloquen en riesgo la manutención de ella.

Debiendo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada además que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Liberando al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social a redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo.

Los cambios naturales y los problemas que experimenta el adulto mayor se manifiestan en la declinación de sus capacidades funcionales. Una educación deficiente, la pobreza y condiciones de vida y de trabajo nocivas hacen más probable la reducción de la capacidad funcional en fases posteriores de la vida. Las discapacidades más comunes son la baja audición y visión, la incontinencia, la inmovilidad, los problemas con las actividades de la vida diaria que incluyen vestirse y bañarse y los desórdenes alimenticios todos estos acompañados de baja pobreza, bajas pensiones y sedentarismo. Las condiciones del presente estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones sin embargo es probable que se encuentren resultados similares en poblaciones de características semejantes.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El proceso del envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas modificaciones en el organismo proporcionan una reducción de la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.

Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en actualidad, la realidad no coincide con esa opinión. Con la edad la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad contribuyendo a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias.

Se requiere detectar los niveles de funcionalidad de nuestros ancianos con la finalidad de establecer de forma anticipada aquellas situaciones presentes que coloquen en riesgo la manutención de ella.

La integración dentro de la familia y de la comunidad, la interdependencia y la participación son beneficiosas para la salud y ayudan a reforzar la dignidad de las personas.

Hay que cambiar la idea tradicional de que aprender es el trabajo de los niños, trabajar es responsabilidad de los adultos y el retiro es el destino de los mayores.

¿Cuál es el nivel de funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor, en Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No 32 de San José del Aura?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar el nivel de funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar el grado de funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor

Evaluar el grado de funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria del adulto mayor.

Determinar la dependencia funcional del adulto mayor.

Determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor con comorbilidad.

VI. HIPOTESIS

No amerita por ser un estudio transversal, prospectivo y descriptivo.

VII. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo, descriptivo

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Pacientes mayores de 60 años que acudían a la consulta de la UMF No. 32 de San José del Aura de enero a junio 2018.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Muestreo no probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Inclusión: Pacientes mayores de 60 años de edad adscrito que acudían a la consulta de la UMF No 32 del IMSS Ambos sexos.

Adulto mayor.

Exclusión: Pacientes menores de 60 años.

Paciente que al inicio del estudio presento una dependencia total para realizar todas las ABVD y todas las AIVD.

Pacientes que padecían de deterioro cognitivo.

Eliminación: Pacientes que durante el estudio realizaron cambio de Unidad de Medicina

Familiar.

Pacientes que durante el estudio fallecieron.

INFORMACION RECOLECTADA (VARIABLES).

Variables dependientes

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Indicador |
|--|---|---|----------------------------|--|
| Funcionalidad | Es la capacidad de la persona para realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar | Las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por si mismo aquellas actividades indispensables de la vida diaria Para la evaluación de la funcionalidad emplearemos los resultados obtenidos de el índice de Katz e de Barthel y la escala de Lawton y Brody. | Cualitativa Nominal | 1.-Adulto mayor autónoma 2.-Adulto mayor frágil 3.-Adulto mayor dependiente. |
| Dependencia Funcional | Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia para las actividades de la vida diaria. | Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que considera normal. Para su evaluación utilizaremos los resultados obtenidos de la aplicación del índice de Katz, el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody | Cualitativa Nominal | 1.-Totalmente independiente: sin problemas para realizar ABVD y AIVD 2.-Dependencia Leve: problemas solo en AIVD sin importar en cuantas 3.Dependencia Moderada: problemas en alguna ABVD y en ninguna o una AIVD 4.-Dependencia Grave: problema en una o más ABVD y en más de una AIVD sin que sean todas 5.-Dependencia Total: incapacidad para realizar todas las ABVD y todas las AIVD |
| Funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria | Son actividades primarias para el autocuidado y la movilidad, son específicas y universales. Permiten que la persona pueda vivir de forma autónoma sin ayuda de otros siendo independientes. | Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias que el ser humano realiza de forma cotidiana. Para la evaluación de la funcionalidad básica emplearemos el índice de Katz e índice de Barthel. | Cualitativa Nominal | 1.- Baño 2.- Vestido 3.- Uso del WC 4.- Movilidad 5.- Continencia 6.-Alimentación |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------|---|
| Funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria | Son actividades de mayor rango y su nombre se debe a que requieren del uso de herramientas o instrumentos para poderlas llevar a cabo. | Actividades que conllevan un mayor sesgo cultural, ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar otra acción. para la funcionalidad instrumental se utilizará la escala de Lawton y Brody | Cualitativa Nominal | 1.-Uso teléfono 2.-Hacer compras 3.-Preparar comida 4.-Cuidado de casa 5.-Lavado de ropa 6.-Uso del transporte 7.- Responsabilidad en la medicación 8.Manejo del dinero |
| Comorbilidad | Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de persona que la padece en un sitio y tiempo determinado. | Enfermedad del paciente. Se evaluara en base al Índice geriátrico de comorbilidad. | Cualitativa Nominal | 0.- Ausencia de enfermedad 1.- Enfermedad asintomática 2.- Enfermedad asintomática que requiere medicación pero que está bajo control 3.- Enfermedad sintomática no controlada por la terapia 4.- Enfermedad que compromete la vida o de gran severidad |

Variables independientes

| | | | | |
|--------|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Edad | Tiempo de vida de la persona. Cantidad de años que un ser ha vivido desde el nacimiento. Etapas de la vida de las personas | Edad registrada en cartilla de salud mediante el número de afiliación. | Cuantitativa Discontinua | Años |
| Genero | Se refiere a la especialización de organismos en variedad femenino y masculino | Presencia fenotípica de hombre y mujer | Cualitativa Dicotómica | 1.-Femenino 2.-Masculino |

METODO O PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION

No se efectuó muestreo, se incluyeron las encuestas realizadas a los adultos mayores que acudieron al Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No 32 San José del Aura y que cumplían con los criterios de selección.

PROCEDIMIENTO Previa autorización de las autoridades responsables de Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No 32 San José del Aura el investigador principal Dra. María de Jesús Espinoza Villanueva procedió a obtener los datos de las encuestas efectuadas a los pacientes que acudieron a consulta externa en el periodo Enero - Junio 2018 por personal médico de aquellos pacientes que cumplían con los criterios de selección llenando la hoja de recolección de datos (ver anexo 1) se recabaron los datos como nombre edad sexo comorbilidad.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de los resultados obtenidos se integró en una base de datos y se calculó en porcentajes a las variables cualitativas, además se analizaron las variables cuantitativas por estadística descriptiva y medidas de dispersión según sea fue el caso. Para las variables cualitativas se utilizaron proporciones, mientras que para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y sus medidas correspondientes de dispersión, Chi cuadrada para las variables cualitativas y t de student para las variables cuantitativas para demostrar asociación; con un nivel de confianza del 95%, tomando como significancia una $p < 0.05$.

VIII. ASPECTOS ETICOS

Para realizar el presente estudio se respetaron los procedimientos propuestos de acuerdo a las normas éticas PROY-NOM-012-SSA3-2007, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Salud (artículo 17, fracción 1, título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación de salud) y con la Declaración de Helsinki 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas vigentes en las buenas prácticas de la investigación clínica.

Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, a la enmienda de Tokio, el informe de Belmont.

En la autorización mediante el consentimiento informado se comentó el procedimiento realizado en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofreció la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación, así como la declaración de que su participación era voluntaria sin obligación.

IX. RECURSOS

1. Residente de Medicina Familiar (investigador)

2. Materiales:

1) Material de oficina:

- Laptop
- 500 hojas
- 5 plumas
- Unidad extraíble (USB)
- Internet
- Tintas para impresión (2 cartuchos)

X. RESULTADOS

Se registraron 87 pacientes con base en la selección de las variables señaladas de los cuales 32 (36.78%) fueron hombres y 55 (63.21%) mujeres. El promedio de edad fue de 76.3 con desviación estándar de 7.36 y rango de 60 a 89. La enfermedad más frecuente fue la hipertensión arterial (64.9%) (Grafico 1, 2)

| Características de la población de estudio | | |
|--|----------|------------|
| Variable_ | | |
| Genero | Cantidad | Porcentaje |
| Masculino | 32 | 36.78 |
| Femenino | 55 | 63.21 |

| Características de la población de estudio | | |
|--|--------------|-------------|
| Variable | | |
| Edad | Frecuencia % | % Acumulado |
| 60 - 64 años | 25.28 | 25.28 |
| 65 - 69 años | 21.83 | 47.11 |
| 70 – 74 años | 24.13 | 71.24 |
| 75 - 79 años | 20.38 | 91.62 |
| 80 años o mas | 8.33 | 99.95 |

Para la evaluación de la funcionalidad básica se empleó la escala de Katz, la cual se eligió por ser un instrumento con validez de contenido y aplicabilidad universal obteniendo un 70.25% de adultos mayores independientes para todas las funcionales básicas de la vida diaria y un 28.78% de adultos con incapacidad leve moderada y severa para realizar las actividades (cabe mencionar que únicamente 1 paciente masculino de 62 años presentó incapacidad severa). (Grafica 3)

| Índice de Katz | | |
|----------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Independiente | 24.13 % | 47.12 % |
| Incapacidad leve | 4.59 % | 8.04 % |
| Incapacidad moderada | 6.89 % | 8.04 % |
| Incapacidad severa | 1.14 % | |

Mientras que para la evaluación de la funcionalidad instrumental se utilizó el índice de Lawton y Brody, elegido por poseer buenas garantías psicométricas. Dado que esta escala comprende un gran número de tareas asociadas con el rol femenino, en la aplicación de este instrumento a los hombres se excluyeron los reactivos relativos a preparación de la comida, cuidado de la casa y lavado de la ropa. Resultados: 80.60% del total de adultos mayores encuestados (la mayoría mujeres) fueron totalmente independientes y un 18.38% presentaron una dependencia a alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria.

(Grafica 4)

| Índice de Lawton y Brody | | |
|--------------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Independiente | 29.88 % | 51.72 % |
| Dependiente | 6.89 % | 11.49 % |

Otra escala valorar dichas actividades es el índice de Barthel, cuyo objetivo es evaluar una serie de actividades básicas para la función del ser humano. A diferencia de la anterior evalúa por separado la continencia del esfínter urinario y anal además de valorar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar, suele ser preferida por personal de salud dedicado a la rehabilitación, obteniendo un puntaje de 53 personas completamente independientes, 40.22% mujeres y 21.83% hombres respectivamente, mientras que 34

casos obtuvieron un resultado de dependencia leve y moderada, siendo el mayor problema el uso de escaleras además de apoyo para caminar una distancia de 50 metros.

En ambas condiciones (actividades básicas e instrumentales) se observa que las prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad y es mayor en las mujeres.

(Grafica 5)

| Índice de Barthel | | |
|----------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Independiente | 21.83 % | 40.22 % |
| Dependencia leve | 9.19 % | 17.24 % |
| Dependencia moderada | 5.74 % | 5.74 % |

Con referencia al grado de funcionalidad (definida como las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio), el 60.91% del total de los adultos mayores estudiados se considera totalmente autónoma para efectuar mayoría de las actividad, los adultos dependientes resultaron ser el 3.44% mientras que 35.6% fueron clasificados como adultos mayores frágiles, aquellos que requieren ayuda profesional para mantener su estado de salud, necesitan ayuda de terceros para realizar actividades de la vida diaria, generalmente la obtienen de sus familiares. (Grafica 6)

Los resultados obtenidos indicados como comorbilidad, la prevalencia de enfermedad se relaciona con presencia de hipertensión arterial mostro 71.26% (62 pacientes) tiene control de su padecimiento con medicación administrada mientras que 22.98% (19 pacientes) se consideran no controlado a pesar de apego al tratamiento y seguimiento de cada caso. El resto de la población estudiada son personas con ausencia de enfermedad.

(Grafica 7)

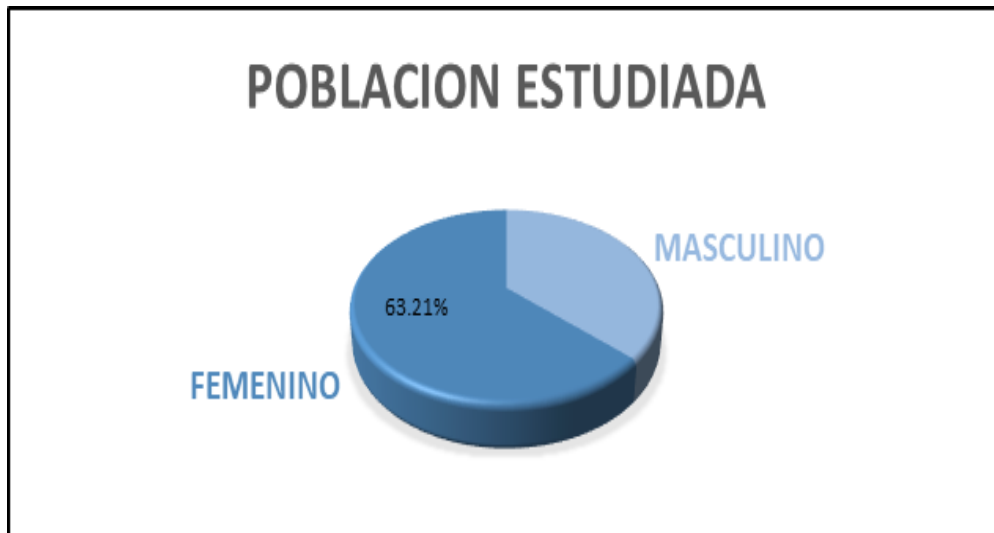
Se han encontrado asociación significativa con: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral y edad mayor de 80 años.

En adultos mayores de entorno rural de la localidad de San José de Aura hemos observado una prevalencia de 28.73 % de dependencia para ABVD y de 18.39 % de dependencia para AIVD, ambas en grado variable, predominando los niveles leve y moderado en ambos casos. (Grafica 8)

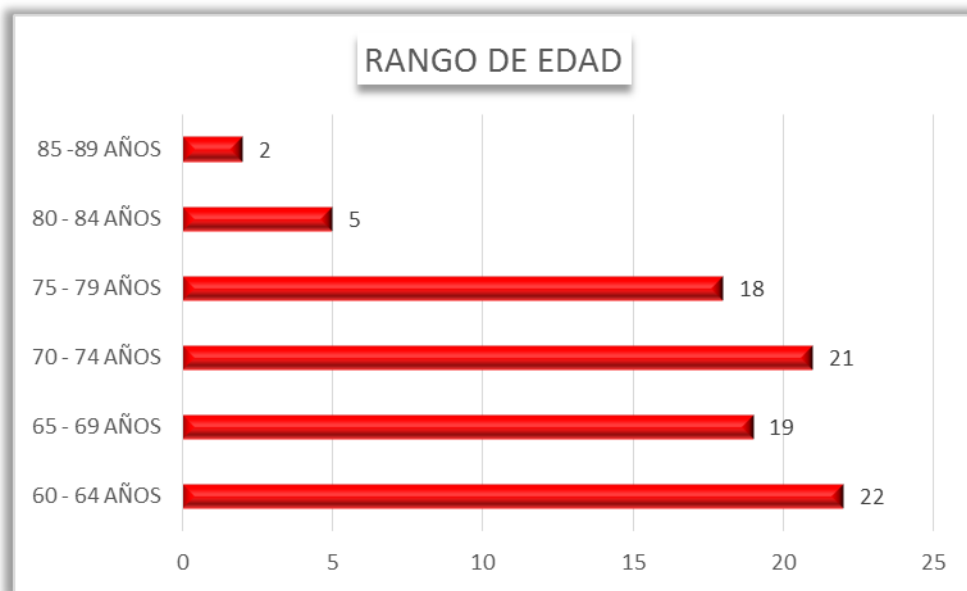
Cabe mencionar que fueron excluidos adultos mayores que presentaban enfermedades cognitivas, miembros amputados, invalidez, ceguera y sordera. Sujetos que integran un

grupo especial en quienes las escalas de Katz y de Lawton Brody no han demostrado validez – al menos en nuestro medio- para la evaluación de su capacidad funcional. Para la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares hubo asociación entre la calidad de vida y funcionalidad prácticamente por igual entre los pacientes con y sin alteración para todas las variables.

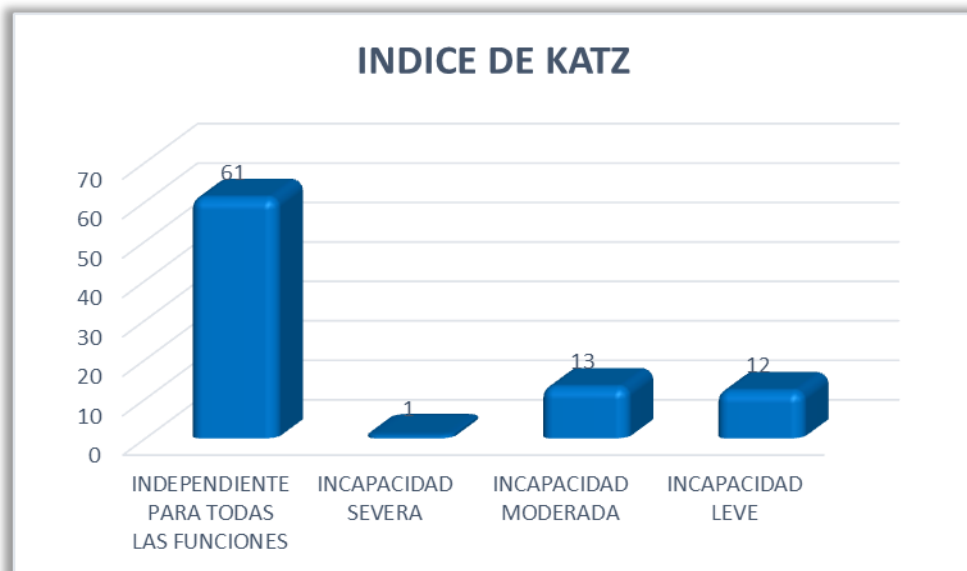
XI. GRAFICAS



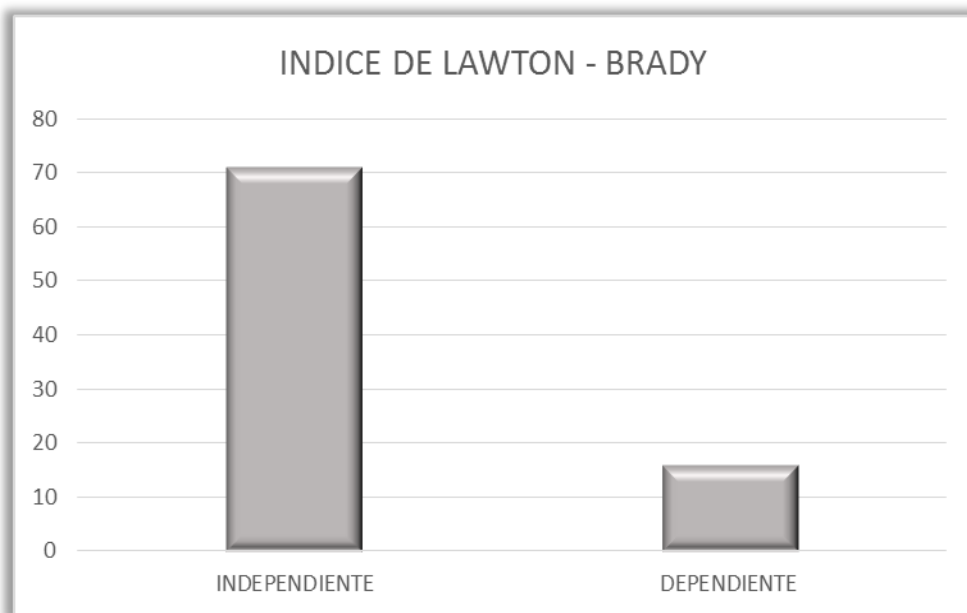
GRAFICA 1. Pacientes incluidos en el estudio. Total 87 pacientes. De los cuales 32 pacientes corresponden al sexo masculino (32.78%), el resto 55 personas del sexo femenino (un 63.21%).



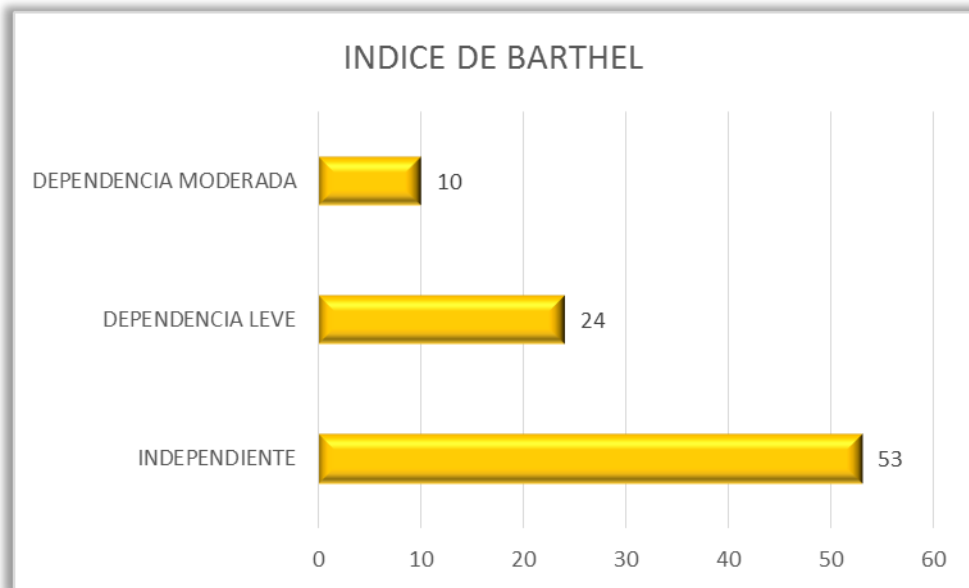
GRAFICA 2. Las pacientes incluidas en los grupos de edades de 60 a 64 años: 22 (25.28%), entre 65 a 69 años 19 (21.83%), entre 70 a 74 años 21 (24.13%), entre 75 a 79 años 18 (20.83%), entre 80 a 84 años 5 (5.74%) y entre 85 a 89 años 2 (2.29%).



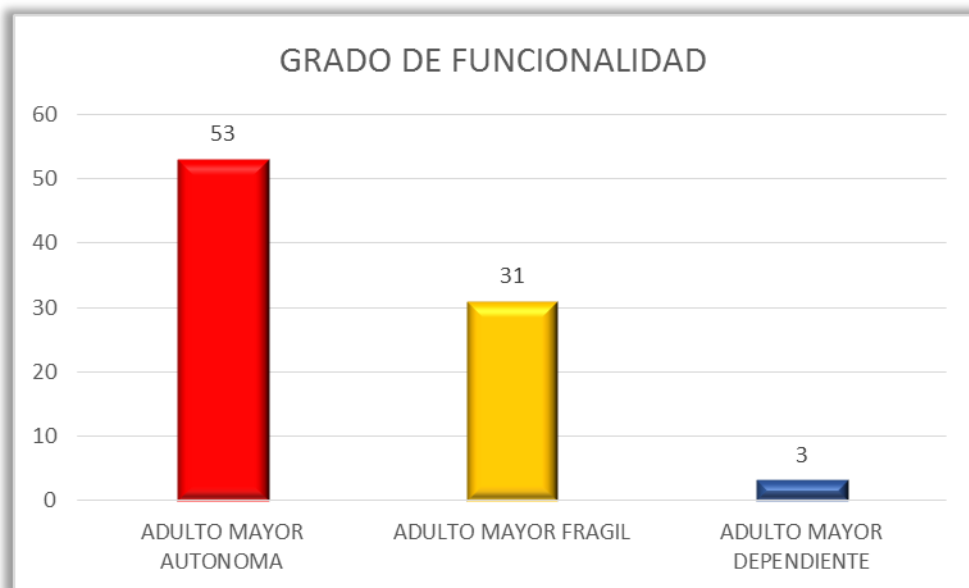
GRAFICA 3. Al valorar el grado de funcionalidad utilizando la escala de Katz se obtuvieron un total de 61 pacientes independientes para todas las funciones (70.25%), mientras que 13 pacientes resultaron con incapacidad moderada (14.94%), 12 personas con incapacidad leve (13.79%) y únicamente 1 adulto mayor masculino con incapacidad severa (1.14%).



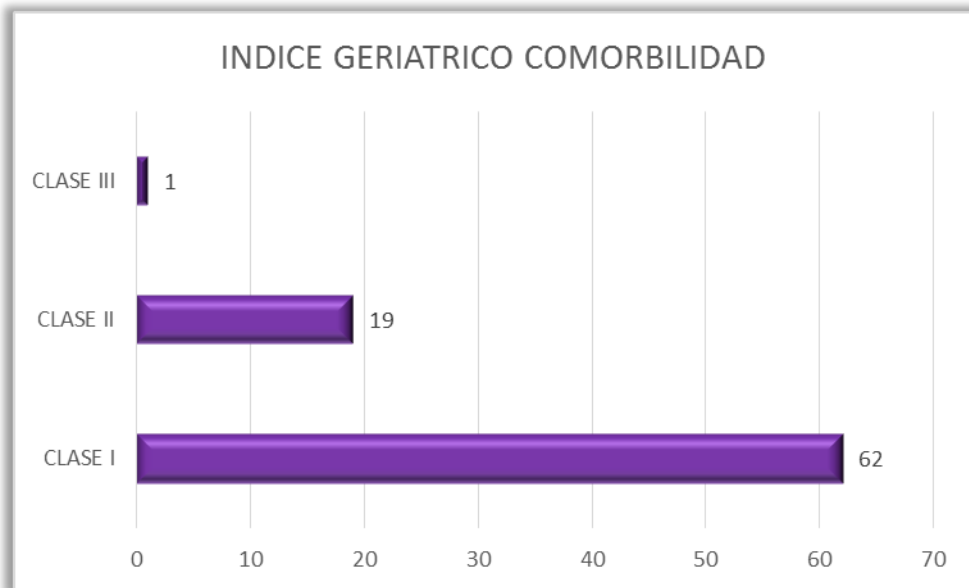
GRAFICA 4. Para la evaluación de la funcionalidad instrumental se utilizó el índice de Lawton y Brody, Resultados: 71 pacientes, 80.60% del total de adultos mayores encuestados (la mayoría mujeres) fueron totalmente independientes y 16 personas, un 18.38% presentaron una dependencia a alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria.



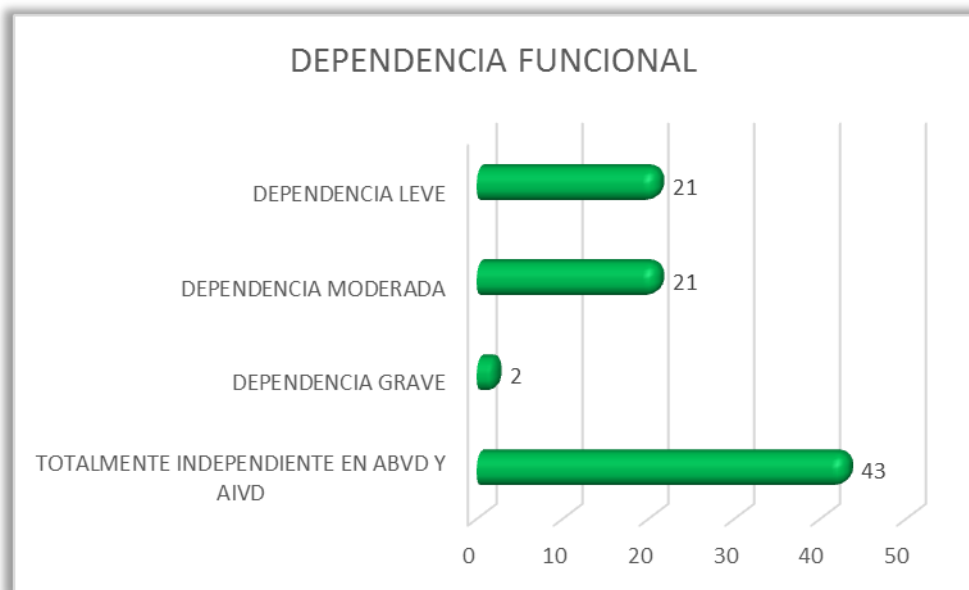
GRAFICA 5. Otra escala valorar dichas actividades es el índice de Barthel, cuyo objetivo es evaluar una serie de actividades básicas para la función del ser humano. Obteniendo un puntaje de 53 personas completamente independientes, 40.22% mujeres y 21.83% hombres respectivamente, mientras que 34 casos obtuvieron un resultado de dependencia leve y moderada



GRAFICA 6. Con referencia al grado de funcionalidad 53 del total de los adultos mayores estudiados se considera totalmente autónoma para efectuar mayoría de las actividades, los adultos dependientes resultaron ser 3 mientras que 31 fueron clasificados como adultos mayores frágiles.



GRAFICA 7. La prevalencia de enfermedad se relaciona con presencia de hipertensión arterial mostro 71.26% (62 pacientes) tiene control de su padecimiento con medicación administrada mientras que 22.98% (19 pacientes) se consideran no controlado a pesar de apego al tratamiento y seguimiento de cada caso. El resto de la población estudiada son personas con ausencia de enfermedad.



GRAFICA 8. Respecto a la dependencia funcional se observó una prevalencia de 21 casos con grado leve al igual que 21 con dependencia moderada, 2 con resultado grave y finalmente 43 personas totalmente independientes tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

XII. DISCUSIÓN

Los hallazgos aquí presentados dan evidencia de las condiciones de salud y del estado funcional de los adultos mayores en la zona rural, información que permitirá diseñar adecuar o fortalecer programas de salud pública a favor de este grupo etario de la población mexicana.

En relación con la pérdida de la autonomía se mostró que 3 de cada 10 adultos mayores exhibe algún grado de limitación para las actividades básicas de la vida diaria, estos datos muestran que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los adultos mayores.

El deterioro del estado de salud de los adultos mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud.

Bayo en España reporto que 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes de una o más actividades básicas de la vida diaria, Cáceres en Costa Rica informa que 15.8% de los adultos mayores de 60 años tienen una baja capacidad funcional, en México se obtuvo un 10% de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria en adultos de 60-64 años (comparado con 4.59% del presente estudio), en adultos mayores de 70 años obtuvo 62% de dependencia para las actividades básicas y 75% de dependencia para las instrumentales (comparado con 18.3% y 35.8% respectivamente en nuestro estudio). Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados a dependencia funcional, se ha encontrado asociación significativa obesidad, hipertensión arterial, artropatías, enfermedad pulmonar cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas, insomnio, entre otras. Tales estadísticas no son equiparables dada la divergencia entre los perfiles de las poblaciones de los estudios consultados y la de nuestra población usuaria. Además, los estilos de vida de las comunidades rurales y urbanas son muy diferente, destacando los hábitos insalubres de la población urbana (mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo y hábitos nocivos), los cuales tienen repercusión directa sobre el proceso del envejecimiento. La presente información tiene la finalidad de incentivar la investigación sobre la funcionalidad del adulto mayor para las actividades de la vida diaria dentro del primer de atención a nivel local. Siendo necesario categorizar a los adultos mayores en al menos tres grupos funcionales: autónomos frágiles y dependientes, así como focalizar en cada grupo las acciones pertinentes, con la finalidad de preservar o aumentar la autonomía en cada uno de ellos.

Identificando oportunamente las necesidades de cuidado y plan de cuidado – adultos frágiles- mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y disminuir la posibilidad de complicaciones.

Por tal motivo los programas de promoción y prevención a la salud deben tener por objetivo la detección oportuna de las enfermedades para lograr que los años adicionales de vida en la vejez se cursen con un buen estado de salud con calidad de vida y sin discapacidad.

XIII. CONCLUSIONES

La disminución de la funcionalidad puede llevar hasta el grado de la discapacidad, lo cual trae consigo dependencia en familiares o cuidadores, lo que genera un impacto social y económico, importante en la calidad de vida de la persona.

Es necesaria la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en la vejez, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ellas

La edad avanzada, que supera la expectativa de vida, coloca al adulto mayor en riesgo de dependencia básica. Al analizar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad, tomando en cuenta las variables de estudio se sugiere lo siguiente: tener una edad mayor, ser mujer, tener baja escolaridad, no trabajar, tener ingreso económico bajo y padecer diabetes mellitus son factores que condicionan de manera importante esta asociación. En relación con el género, un factor asociado con mala calidad de vida en la mayor parte de los estudios es que la ganancia de vida de las mujeres (mayor esperanza de vida) sucede a expensas de años vividos de incapacidad, es decir, con procesos que restringen la actividad habitual o suponen discapacidad, deficiencias o minusvalías, lo cual se traduce en menor calidad de vida. El hecho de que las mujeres tengan mayor deterioro subjetivo hace pensar en factores intrínsecos o extrínsecos que empeoran su percepción. En relación con esto existen diversas teorías; mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejorar su calidad de vida, mejor aceptación social al expresar sus quejas, entre otras.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto y priorizando la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria ya sean básicas o instrumentales, algunas características demográficas evaluadas en el estudio muestran una fuerte asociación con el estado funcional del adulto mayor. La mayor edad de la persona está asociada con la dependencia funcional tanto para realizar ABVD como AIVD.

Una de las limitaciones es que la presente investigación solo es aplicable a la población estudiada, por ende, no se puede generalizar. Entre las recomendaciones se sugiere hacer más estudios de tipo descriptivo sobre el tema para una mejor comparación de los casos en las distintas realidades y/o sectores del país.

El conocimiento de la prevalencia de discapacidad en este grupo de edad, estimada a través de su funcionalidad y de los factores de riesgo asociados, favorecerá la aplicación de medidas de promoción para la salud a través de la educación y de integración del paciente

a programas específicos además de utilizar los servicios de soporte funcional con los equipos básicos de rehabilitación en las diferentes clínicas. Asimismo, se deben efectuar investigaciones cualitativas que permitan profundizar en los diferentes aspectos que competen a la funcionalidad del adulto mayor y a su vez diseñar programas de intervención que abarque actividades recreativas, sociales y de salud, dirigidos a adultos mayores, involucrando a la familia y con carácter multidisciplinario

Lo anterior con la finalidad de mejorar o preservar la funcionalidad de los adultos mayores y con ello el indicador más importante: la calidad de vida. La valoración de la calidad de vida debe convertirse en un instrumento habitual en la consulta del primer nivel de atención.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Zavala González, M. Domínguez Sosa, G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores, Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011;49 (6): 585-590
- 2.- Alvarado García, A. Salazar Maya, A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014; 25 (2): 57-62.
- 3.- INAPAM Por una cultura del envejecimiento, Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores 2010; Primera edición p 9
- 4.- González Martínez, F., Pichardo Fuster, A. y García, L Geriatria. 2009 México, D.F. McGrawHill Interamericana.
- 5.- De la Fuente-Bacellis T. Quevedo-Tejero E. Jiménez-Sastre A. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales Archivos en Medicina Familiar 2010; 12 (1): 1-4.
- 6.- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M. Merino Escobar, J. Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería 2005; 11(2).
- 7.- Kane, R, Rengo, F., Ouslander, J,GGeriatria Clínica. 2000 Milano: McGraw Hill libri Italia.
- 8.- Álvarez González, K. Delgado Cruz, A, Naranjo Ferregut, J. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad, Rev. de Ciencias Médicas del Pinar del Rio 2012; 16 (2)
- 9.- Solís, P. and García-Guerrero, V.¿Caminos divergentes a la baja mortalidad? El incremento en la esperanza de vida y la desigualdad de años vividos en América Latina y Europa. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2019; 34(2): 365.
- 10.- Martín, U., Domínguez-Rodríguez, A. and Bacigalupe, A.. Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria* 2019; 33(1): 82-84.
- 11.- El envejecimiento de la población uruguaya. *Cuadernos del CLAEH*. 2017.
- 12.- Alemania-índice global 10/09/2013
www.datosmacro.com/indiceglobaldeenvejecimiento
- 13.- La bomba de reloj del envejecimiento alemán
Cincodias.com/economía 2013
- 14.- Aumenta tasa de envejecimiento en Italia pese a migración
Sipse.com/mundo/aumento-tasasenvejecimiento
- 15.- Villarreal Amaris, G. Month Arrieta, E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo(Colombia) Rev. Salud Uninorte 2012; 28 (1): 75-87.

- 16.- CONAPAM Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica
- 17.- Ferrada-Bórquez, L. and Ferrada-Bórquez, M. Calidad del empleo de los adultos mayores en Chile, un factor de envejecimiento activo. *Papeles de Población* 2018; 24(95):43-67.
- 18.-. Lara Jaque, R. Mardones Hernández, M. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillan. *Rev Theoria* 2009; 18 (2): 8189.
- 19.- Manrique Espinoza, B. Salinas Rodríguez, A. Moreno Tamayo, K. Acosta Cedillo, I. Sosa Ortiz, A. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Rev. Salud Publica Mex* 2013; 55, supl 2: 5323-5331
- 20.- Ruiz Guerrero, J. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México. *Encrucijada, Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública* 2017; (8).
- 21.-.Soberanes Fernández, S. González Pedraza, A. Moreno Catillo, Y. Funcionalidad en Adultos Mayores y su Calidad de Vida *Rev. de Especialidades Medico Quirúrgicas* 2009; 14 (4): 161-172.
- 22.- Chumpitaz Chávez, Y. Moreno Arteaga, C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor *Rev. enferm Herediana*. 2016; 9(1): 30-36.
- 23.- D`Hyver de las Deses, C. Gutiérrez Robledo, L. *Geriatría*. 2006 México. Manual Moderno.
- 24.-.Segovia Diaz de León, M. Torres Hernández, E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero *Rev Gerokomos* 2011; 22 (4): 162-166.
- 25.- Imss.gob.mx. (2019). *Guías de Práctica Clínica*. [online] Available at: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>. Valoración Geriátrica Integral en el Adulto Mayor
- 26.- Miguel Robledo, L. García Peña, M. *Geriatría para el Medico Familiar*. 2012 México. Manual Moderno
- 27.-. Jean Gajardo J, José Miguel Aravena C. Una escala para la valoración del desempeño en uso del transporte público en el adulto mayor *Rev. Chilena de Terapia Ocupacional* 2015; 15 (2)
- 28.-. Evangelista Antunes, J. Oliveira Justo, F. Fernando Oliveira, A. Justo Influencia del control postural y equilibrio en la marcha de pacientes con secuelas de accidente vascular cerebral *Rev. fisioter5 fun. Fortaleza* 2016; 5: 30-41
- 29.- Imss.gob.mx. (2019). *Guías de Práctica Clínica*. [online] Available at: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>. Manejo medico integral de fractura de cadera en el adulto mayor

- 30.- García Pastor, C. Álvarez Solís, G. A. La prueba de Romberg y Moritz Heinrich Romberg. Rev. Mex Neuroci 2014; 15: 31 -35.
- 31.- Leyva Salermo, B. Movilidad, equilibrio y caídas de los adultos mayores. rev GEROINFO. RNPS 2008; 3 (2)
- 32.- Salmon Vélez, M.A. Álvarez Aguirre, A. Cuidados Informales y Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Rev digitociencia 2014
- 33.- Espinosa Almendro, J.M. Muñoz Cobos, F. Portillo Stempel, J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Rev Medicina de Familia 2005; 6, (3)
- 34.- Arroyo Rueda, M.C. Ribeiro Ferreira, M. El Apoyo Familiar en Adultos Mayores con dependencia: Tensiones y Ambivalencias. Ciencia UANL 2011; 14, (3): 297-305.
- 35.- Alvarez Aguirre, A. Zamora Mendoza, A. Cuidados informales y calidad de vida en los adultos mayores DigitalCIENCIA@UAQro 2014.
- 36.- Zavala G, M. Vidal G, M. Castro S, M. Quiroga y Gonzalo, P. Funcionamiento Social del Adulto Mayor Rev Ciencia y Enfermería XII. 2006; 12, (2): 53-62.
- 37.- Ruiz C, F. Hernández Orozco, M. El abandono del Adulto Mayor como Manifestación de Violencia Intrafamiliar Archivos en Medicina Familiar 2009; 11 (4)
- 38.- Sanhueza Parra, M. Castro Salas, M. Optimizando la Funcionalidad del Adulto Mayor a través de una Estrategia de Autocuidado Rev. Avances en Enfermería 2012; 30 (1).

XV. ANEXOS

NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA

FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS (Anexo 1)

| | |
|--|---|
| Número de Folio | |
| Nombre | |
| Numero de Seguridad Social | |
| Turno | |
| Genero | Femenino Masculino |
| Edad | |
| Comorbilidad | 0.- Ausencia de enfermedad 1.- Enfermedad asintomática 2.- Enfermedad asintomática que requiere medicación pero que está bajo control 3.- Enfermedad sintomática no controlada por terapia 4.- enfermedad que compromete la vida o de gran severidad |
| Funcionalidad | Adulto mayor autónoma Adulto mayor frágil Adulto mayor dependiente |
| Dependencia funcional | 1.-Totalmente independiente: sin problemas para realizar ABVD y AIVD 2.-Dependencia Leve: problemas solo en AIVD sin importar en cuantas 3.-Dependencia Moderada: problemas en alguna ABVD y en ninguna o una AIVD 4.-Dependencia Grave: problema en una o más ABVD y en más de una AIVD sin que sean todas 5.-Dependencia Total: incapacidad para realizar todas las ABVD y todas las AIVD |
| Funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria | 1.- Baño 2.- Vestido 3.- Uso del WC 4.- Movilidad 5.- Continencia 6.-Alimentación |
| Funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria | 1.-Uso teléfono 2.-Hacer compras 3.-Preparar comida 4.-Cuidado de casa 5.-Lavado de ropa 6.-Uso del transporte 7.- Responsabilidad en la medicación 8.-Manejo del dinero |

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

INTRUMENTO DE MEDICION (Anexo 2) INDICE DE KATZ

| |
|--|
| 1.- Baño |
| <p>INDEPENDIENTE Se baña enteramente solo o bien, requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (por ejemplo, espalda)</p> <p>DEPENDIENTE Necesita ayuda para lavarse más de una zona del cuerpo o bien, para entrar o salir de la bañera o ducha.</p> |
| 2.- Vestido |
| <p>INDEPENDIENTE Coge la ropa y se la pone solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias o calcetines)</p> <p>DEPENDIENTE No se viste por si mismo o permanece parcialmente vestido.</p> |
| 3.- Uso del WC |
| <p>INDEPENDIENTE Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia solo DEPENDIENTE Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse</p> |
| 4.- Movilidad |
| <p>INDEPENDIENTE Se levanta y se acuesta de la cama solo, se levanta y se sienta de una silla solo, se desplaza solo</p> <p>DEPENDIENTE Necesita ayuda para acostarse y/o levantarse de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.</p> |
| 5.- Continencia |
| <p>INDEPENDIENTE Control completo de la micción y defecación</p> <p>DEPENDIENTE Incontinencia parcial o total de la micción y defecación</p> |
| 6.- Alimentación |
| <p>INDEPENDIENTE Come solo, lleva alimentos solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos)</p> <p>DEPENDIENTE Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación entera</p> |

A.- Independiente para todas las funciones

B.- Independiente para todas menos una cualquiera

C.- Independiente para todas menos baño y otra cualquiera

D.- Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera

E.- Independiente para todas menos baño, vestido, uso de WC y otra cualquiera

F.- Independiente para todas menos baño, vestido, uso de WC, movilidad y otra cualquiera

G.- Dependiente en todas las funciones

Resultado de Índice de Katz: _____

Un punto como máximo a cada de las actividades en las que el adulto mayor es independiente. Puntuación máxima 6 puntos.

Grados A -B – 1 punto: ausencia de incapacidad o incapacidad leve

Grados C-D o 2- 3 puntos: incapacidad moderada

Grados E-G o 4- 6 puntos: incapacidad severa

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

**INSTRUMENTO DE MEDICION (Anexo 3) INDICE DE BARTHEL
(Actividades Básicas de la Vida Diaria)**

| Baño/Ducha | Puntos |
|--|--------|
| INDEPENDIENTE Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado | 5 |
| DEPENDIENTE Necesita ayuda o supervisión | 0 |
| Vestido | |
| INDEPENDIENTE Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse sin necesidad de ayuda. | 10 |
| AYUDA Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda. | 5 |
| DEPENDIENTE Necesita ayuda para la mayoría de las tareas | 0 |
| Aseo Personal | |
| INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos peinarse y lavarse los dientes DEPENDIENTE | 5 |
| Necesita ayuda para alguna de estas actividades | 0 |
| Uso del retrete (taza de baño) | |
| INDEPENDIENTE Usa el retrete o taza de baño. Se sienta se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. | 10 |
| AYUDA Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse ponerse o quitarse la ropa | 5 |
| DEPENDIENTE Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño | 0 |
| Uso de escaleras | |
| INDEPENDIENTE Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita. | 10 |
| AYUDA Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras | 5 |
| DEPENDIENTE Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere ascensor o ayuda completa | 0 |
| Traslado cama sillón | |
| INDEPENDIENTE No necesita ayuda, si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente | 15 |
| MINIMA AYUDA Incluye supervisión o una pequeña ayuda para traslado GRAN | 10 |
| AYUDA Requiere de una gran ayuda para el traslado, es capaz de permanecer sentado sin ayuda | 5 |
| DEPENDIENTE Requiere de dos personas o de una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado. | 0 |
| Desplazamiento | |
| INDEPENDIENTE Puede andar 50 mts o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza prótesis puede ponérsela o quitársela solo. | 15 |

| | |
|--|-----------------------------|
| <p>AYUDA Puede caminar al menos 50 mts pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal) o utiliza andador</p> <p>INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS Propulsa su silla de ruedas al menos 50 mts sin ayuda o supervisión.</p> <p>DEPENDIENTE No camina solo o no propulsa su silla solo.</p> | <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p> |
| <p>Control de Orina</p> <p>CONTINENTE No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender solo su cuidado.</p> <p>INCONTIINENCIA OCASIONAL Como máximo un episodio de incontinencia en 24 hrs. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o colector</p> <p>INCONTINENTE Episodios de incontinencia con frecuencia de más de 1 vez en 24 hrs. Incapaz de manejarse solo con sonda o colector</p> | <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p> |
| <p>Control de heces</p> <p>CONTINENTE No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios se los administra solo</p> <p>INCONTINENTE OCASIONAL Episodios ocasionales, una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios</p> <p>INCONTINENTE Mas de un episodio por semana</p> | <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p> |
| <p>Alimentación</p> <p>INDEPENDIENTE Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser usada o servida por otra persona</p> <p>AYUDA Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, pero es capaz de comer solo</p> <p>DEPENDIENTE Depende de otra persona para comer</p> | <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p> |
| <p>Puntuación Total</p> | <p>____/100</p> |
| <p>RESULTADOS:</p> <p>A cada uno de los escenarios se le asigna una puntuación que puede ir de 0 a 15 puntos. Al finalizar la evaluación de cada una de las actividades, se sumarán los puntos obtenidos en cada uno hasta obtener un máximo de 100 puntos. Se considera independiente al paciente con 100 puntos y dependiente al paciente con 0 puntos.</p> <p>Leve: mas menos 60 puntos</p> <p>Moderada: 40 a 55 puntos</p> <p>Grave: 20 a 35 puntos</p> <p>Severo o total: menos de 20 puntos</p> | |

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

**INTRUMENTO DE MEDICION (Anexo 4) ESCALA DE LAWTON –
BRADY**

| | MUJER | VARON |
|--|--------|--------|
| 1.- Capacidad para usar el teléfono | | |
| Utilizar el teléfono por iniciativa propia | 1 | 1 |
| Es capaz de marcar bien algunos números familiares | 1 | 1 |
| Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar No utiliza el teléfono | 1 0 | 1 0 |
| 2.- Hacer compras | | |
| Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 | 1 |
| Realiza independientemente pequeñas compras | 0 | 0 |
| Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra | 0 | 0 |
| Totalmente incapaz de comprar | 0 | 0 |
| 3.- Preparación de la comida | | |
| Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente | 1 | 1 |
| Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 0 | 0 0 |
| Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 | 0 |
| Necesita que le preparen y sirvan las comidas | | |
| 4.- Cuidado de la casa | | |
| Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 | 1 |
| Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas | 1 | 1 |
| Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 | 1 |
| Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 1 | 1 |
| No participa en ninguna labor de la casa | 0 | 0 |
| 5.- Lavado de la ropa | | |
| Lava por si solo toda su ropa | 1 | 1 |
| Lava por si solo pequeñas prendas | 1 | 1 |
| Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro | 0 | 0 |
| 6.- Uso de medios de transporte | | |

| | | |
|---|---|---|
| Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | 1 | 1 |
| Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 | 1 |
| Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona | 1 | 0 |
| Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros No viaja en absoluto | 0 | 0 |
| 7.- Responsabilidad respecto a su medicación | | |
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas | 1 | 1 |
| Toma su medicación si la dosis es preparada previamente No es capaz de administrarse su medicación | 0 | 0 |
| 8.- Manejo de sus asuntos económicos | | |
| Se encarga de sus asuntos económicos por si solo | 1 | 1 |
| Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos Incapaz de manejar dinero | 1 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Puntuación Total | | |
| RESULTADOS Se asignará un punto a cada de las actividades en que el paciente no requiera de asistencia. Se puede obtener una puntuación máxima de 8 puntos, siendo independiente el adulto mayor con 8 puntos y dependiente el paciente con 0 puntos. | | |

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

INDICE GERIATRICO DE COMORBILIDAD (Anexo 5)

| Condiciones del Índice de Greenfield (Índice de Severidad de la Enfermedad) |
|--|
| 1.- Enfermedad Cardíaca de origen isquémico u orgánico |
| 2.- Arritmias primarias |
| 3.- Enfermedad cardíaca de otra etiología que no sea orgánica o isquémica |
| 4.- Hipertensión |
| 5.- Enfermedad Vascul ar Cerebral |
| 6.- Enfermedad Vascul ar Periférica |
| 7.- Diabetes Mellitus |
| 8.- Anemia |
| 9.- Enfermedad gastrointestinal |
| 10.- Enfermedad Renal |
| 11.- Enfermedad Respiratoria |
| 12.- Enfermedad hepatobiliar |
| 13.- Parkinsonismo y enfermedades neurológicas no vasculares |
| 14.- Enfermedades muscul o esqueléticas |
| 15.- Cáncer |

| Graduación del índice geriátrico de comorbilidad |
|--|
| 0.- Ausencia de enfermedad |
| 1.- Enfermedad asintomática |
| 2.- Enfermedad asintomática que requiere medicación pero que está bajo control |
| 3.- Enfermedad sintomática no controlada por terapia |
| 4.- Enfermedad que compromete la vida o de gran severidad |

| Clasificación del Índice geriátrico de comorbilidad |
|---|
| Clase I Cuando los pacientes tienen una o más condiciones de enfermedad con un grado de severidad de Greenfield de uno o menor |



| | |
|-----------------|---|
| Clase II | Incluye a los pacientes con una o más condiciones de enfermedad con severidad Grado dos o menor |
|-----------------|---|

| | |
|------------------|--|
| Clase III | Incluye a los pacientes con una condición de enfermedad con severidad grado tres |
|------------------|--|

| | |
|-----------------|---|
| Clase IV | Incluye a los pacientes con dos o más condiciones de enfermedad con severidad Grado tres o una o más condiciones de enfermedad con severidad grado cuatro |
|-----------------|---|

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo 6)

| | | |
|---|---|---|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD) |  |
|---|---|---|

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

| | |
|--|---|
| Nombre del estudio | Nivel de funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor en la UMF 32 San José de Aura |
| Patrocinador externo | |
| Lugar y fecha | Localidad San José de Aura, Progreso Coahuila 7 julio 2017 |
| Número de registro | En tramite |
| Justificación y objetivo de estudio | JUSTIFICACION Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en actualidad, la realidad no coincide con esa opinión. Con la edad la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad contribuyendo a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias OBJETIVO Determinar el nivel de funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor |
| Procedimientos | Responder a encuesta |
| Posibles riesgos y molestias | Ninguna |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio | Detectar nivel de funcionalidad y establecer manejo de rehabilitación. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento | Me comprometo a proporcionar información actualizada sobre tratamientos alternativos actuales o que surjan durante la investigación que pudiera ser ventajoso para el paciente |
| Participación o retiro | Cuando así lo desee |
| Privacidad y confidencialidad | Si |
| En caso de colección de material biológico (si aplica) | No autorizo que se tome la muestra Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) | |
| Beneficios al término del estudio | Manejo de rehabilitación en caso de dependencia funcional |

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:

| | |
|--------------------------|---|
| Investigador responsable | Dra. Maria de Jesús Espinoza Villanueva. Correo electrónico dramariespinoza@outlook.com Teléfono 844 1766499 |
| Colaboradores | |

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS; Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México D.F CP 06720 Teléfono (55) 56276900 extensión 21230 e mail comisión ética

| | |
|--|---|
| Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal | Nombre y firma de quien el obtiene consentimiento |
| Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma |



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **502** con número de registro **17 CI 05 035 059** ante COFEPRIS

H. GRAL. ZONA -MF- NUM 16, COAHUILA

FECHA 24/08/2017

DRA. MARIA DE JESUS ESPINOZA VILLANUEVA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

NIVEL DE FUNCIONALIDAD PARA LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No 32 SAN JOSE DEL AURA.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2017-502-22 |

ATENTAMENTE

DR.(A). MANUEL CORDERA MARTINEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 502

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS