



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS PARA
REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL
HGZ/UMF # 8” DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

PRESENTA

TESIS

DRA. XINACHTLI TORRES GOMEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL
ASESORA CLINICA

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ /UMF# 8 IMSS DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

MÉXICO, D. F. 2014

No. REGISTRO 2013-3605-23



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL HGZ/UMF # 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Xinachtli Torres Gómez ¹ Dr. Gilberto Espinoza Anrubio ²,
Dr. Eduardo Vilchis Chaparro ³ Dra. Ana Gloria Toro Fontanell ⁴

¹. Residente segundo año Medicina Familiar, HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

²Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

³Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴ Médico Familiar adscrito a HGZ/ UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO

Evaluar en pacientes geriátricos el grado de dependencia para realizar actividades instrumentales en su vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: transversal, descriptivo. Criterios de exclusión. Pacientes de ambos sexos menores de 60 años. Pacientes con enfermedad vascular cerebral. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Tamaño de la muestra 230 pacientes, intervalo de confianza 95%, proporción 0.20, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Variables. actividades instrumentales teléfono, compras, preparación de comida, uso de medio de transporte, cuidado de la casa, lavado de ropa, medicación, asuntos económicos.

RESULTADOS

Se estudió población de 230 pacientes. En la cual se observó de acuerdo al grado de dependencia que 85 (37%) fueron totalmente independientes para realizar actividades instrumentales, 61 (26.5%) presentaron dependencia moderada, mientras que 58 (25.2%) tuvieron dependencia leve, 23(10%) mostró dependencia severa y solo el 3 (1.3%) permaneció con dependencia total.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluyó que 85 pacientes (37%) fueron totalmente independientes para realizar actividades instrumentales. Y el rango de edad que prevaleció fue de 60-70 años (60.7%) para realizar con independencia total las actividades instrumentales.

PALABRAS CLAVE: ESCALA DE LAWTON Y BRODY, GERIATRÍA, DEPENDENCIA, VALORACIÓN FUNCIONAL.

**“EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN
PACIENTES GERIÁTRICOS PARA REALIZAR
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA
DIARIA EN HGZ/UMF# 8” DR: GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

AUTORIZACIONES

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar # 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Médico Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
HGZ / UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
HGZ / UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Médico Familiar

Coordinador Clínico de Educación e Investigación

HGZ / UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar

HGZ / UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Asesor metodológico de tesis

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

Especialista en Medicina Familiar

Adscrito al HGZ / UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Asesora clínica de tesis

AGRADECIMIENTOS

“El éxito consiste en obtener lo que se desea. La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene “

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, que me ha brindado una vida llena de aprendizaje y permitiéndome llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres y hermana por su amor y apoyo incondicional recibido durante mi carrera, por la confianza brindada, en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi abuelita, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi esposo quien ha sido mi amigo, compañero y residente, compartiendo el día a día con amor, paciencia y cariño, la magnífica experiencia de la residencia médica, la cual hemos recorrido juntos con alegrías, tristezas, conocimientos, desveladas y guardias . Nuestro sueño por fin se realizó.

A mi hija Nadxieli por ser lo más valioso que Dios me ha regalado, eres mi fuente de alegría, fortaleza y motivación que tengo en la vida, una sonrisa tuya ilumina mi mundo. Te amo.

A mis profesores a quienes debo parte de mis conocimientos, que me enseñaron tanto de la profesión médica como de la vida, impulsándome siempre a seguir adelante. Son parte esencial de este logro.

A mi primo Pablo, un ángel que se encuentra en el cielo y que siempre recordaré con cariño.

Gracias.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	2
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	21
Justificación	22
Objetivos	23
Hipótesis	24
Materiales y métodos	25
Tipo de estudio	26
Diseño de la investigación	26
Población lugar y tiempo	27
Muestra	28
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	29
Variables	30
Diseño estadístico	34
Métodos de recolección de datos	35
Maniobras para evitar y controlar sesgos	37
Cronograma	38
Recursos materiales y humanos	38
Resultados	41
Discusión	55
Conclusiones	59
Bibliografía	62
Anexos	65
Consideraciones éticas aplicables al estudio	66
Consideraciones de las normas e instructivos institucionales	67

MARCO TEÓRICO

EL ADULTO MAYOR

La Geriátría y la Gerontología están íntimamente relacionadas ya que comprenden el estudio del adulto mayor, en los diferentes aspectos como son: psicológico, biológico y social. La Geriátría se centra en patologías asociadas a la vejez, su objetivo prioritario es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual. Mientras que la Gerontología se encarga de prolongar la vida y retardar la muerte por medio de la promoción y prevención de la salud. ⁽¹⁾

CAMBIOS BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA EDAD

La reducción en la capacidad y vitalidad es la resultante, en parte, de una disminución gradual de la capacidad máxima de los sistemas fisiológicos: cardiovascular, pulmonar, renal, musculoesquelético, neurológico, endocrino e inmunitario. ⁽²⁾

Los cambios en la estructura física y mental del adulto mayor, que se presentan a causa del envejecimiento y los problemas de salud que los acompañan, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud se constituye en condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores que de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual). ⁽³⁾

Por lo general aparecen limitaciones en esferas somáticas que incluyen los órganos sensoriales, por ejemplo. Disminución de la audición, en la cual hay menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. La agudeza visual, empieza a disminuir el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, por lo tanto disminuye la capacidad para discriminar colores. ⁽⁴⁾

Los déficit olfatorios constituyen una constante en el envejecimiento. Existen posibles causas como factores intrínsecos: cambios anatómicos y fisiológicos, tanto en el epitelio olfatorio como en el bulbo olfatorio de un envejecimiento fisiológico, que producen pérdida de la capacidad para discriminar los olores de los alimentos, calcificación alrededor de los orificios de la placa cribiforme. Factores extrínsecos como infecciones víricas (daños en el neuroepitelio) a lo largo de la vida, enfermedades neurodegenerativas. Los procesos degenerativos del sistema nervioso central (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer) y los traumatismos. ⁽⁵⁾

Con respecto a la función gustativa, disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas. En cuanto a la piel, se producen transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, hay aparición de arrugas, manchas, flaccidez y sequedad. Otras esferas somáticas que se ven afectadas es a nivel de sistemas orgánicos como la estructura muscular que incluyen los fenómenos degenerativos que se presentan en las articulaciones, las cuales se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos. Y la pérdida de la masa muscular y atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro contribuyen a intensificar el déficit en la locomoción y deterioro de la fuerza muscular; estos déficits determinan cambios en la conducta del individuo ya que se ve limitado para emprender una marcha rápida y duradera lo cual lleva a la lentitud e inseguridad en el anciano. Aparecen trastornos cardiovasculares en con compromiso de la irrigación y cerebral por la aterosclerosis en los grandes vasos arteriales que limitan actividad en todas las esferas. En cuanto al sistema respiratorio, su rendimiento queda mermado a diversos factores, entre los que se encuentra la atrofia y debilitamientos de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15% y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada. ⁽⁶⁾

El déficit metabólico se manifiesta en la tiroides, en el páncreas con la diabetes, problemas urinarios por la hiperplasia de la próstata en el hombre y la impotencia sexual asociada a disminución grave de la libido; en la mujer la menopausia y los trastornos secundarios que se le asocian. En el sistema excretor, el riñón la cantidad total de tejido renal se reduce, asimismo se reduce el número de unidades filtradoras (nefronas), las cuales tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. los vasos sanguíneos que

irrigan el riñón se pueden endurecer. Esto provoca que los riñones filtren la sangre más lentamente. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia. Con respecto a la vejiga, la pared cambia con la edad. El tejido elástico se vuelve duro y la vejiga se torna menos elástica, los músculos de la vejiga se debilitan. ⁽⁷⁾

En el sistema digestivo, en general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y en el intestino delgado. Hay pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación. Presenta disminución de los movimientos esofágicos (contracción/ relajación) cuya función es facilitar la deglución. ⁽⁸⁾

ASPECTOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS

Los cambios sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad. Cuando hablamos de roles sociales se refieren al conjunto de funciones, normas y comportamientos definidos social y culturalmente, que se espera que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social. Con el paso de los años esos roles van cambiando y al llegar al envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida. Esto conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo. ⁽⁹⁾

DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Asimismo se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado ese individuo. Características del envejecimiento: Universal. Propio de todos los seres vivos; irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse; heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona, deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función; intrínseco. No debido a factores ambientales modificables. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas. ⁽¹⁰⁾

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento y las han dividido en las siguientes categorías: las teorías biológicas. Grupo de teorías basadas en el envejecimiento de órganos y sistemas. La teoría autoinmune plantea que con el descenso de la inmunocompetencia, ocasionando como consecuencia del fenómeno del envejecimiento, se producirían respuesta contra sus propias células; siendo estas reacciones antígeno- anticuerpo el inicio en cadena conducentes a la muerte celular. La teoría neuroendocrina. Considera que la causa principal del envejecimiento se encuentra en la disminución de la capacidad funcional de uno de los sistemas iniciales para la supervivencia y la homeostasis como son el sistema nervioso y el sistema hormonal. El eje hipotalámico-hipofiso-suprarrenal se menciona como el principal reloj biológico del organismo y posible regulador del envejecimiento. Tanto el sistema endocrino como el neurológico hay una disminución en la capacidad funcional tendría consecuencias importantes en la demás función de los órganos. La teoría del colágeno Atribuye el envejecimiento al aumento de enlaces cruzados en las moléculas proteicas y de ácido nucleico alterando su actividad bioquímica, especialmente el colágeno y ADN. La teoría de los radicales libres. La teoría se basa en los procesos de oxidación- reducción (reacciones redox). Estas reacciones químicas presentes en todas las vías metabólicas celulares, las proteínas citoplasmáticas o incluso el mismo genoma, si los mecanismos celulares son insuficientes para inactivarlas o reparar sus defectos, condicionan cambios estructurales y funcionales relevantes. ⁽¹¹⁾

Las teorías genetistas. Estas se basan en que la duración de la vida es una característica de cada especie y el envejecimiento de los seres vivos está programado genéticamente. La teoría de la programación genética. Defiende que el envejecimiento está programado genéticamente, incluso la posibilidad de la existencia de genes específicos de envejecimiento o determinantes de la longevidad. Esta programación podrá estar afectada tanto por factores exógenos como por los endógenos que alterarían la evolución prevista. La teoría de la acumulación de errores. Durante el proceso de envejecimiento se produce una disminución de la fidelidad del mecanismo de síntesis de proteínas en la activación de los procesos de distintos aminoácidos, produciendo errores en la síntesis de ADN. Y originado una serie de proteínas errónea lo que llevaría a la muerte celular al afectarse el metabolismo y la viabilidad celulares. ⁽¹²⁾

Las teorías psicosociales. El abordaje psicológico se centra en las características de la sociedad y las condiciones de vida en el anciano y considera al individuo como una unidad de análisis y se enfoca a la manera en que el viejo enfrenta su propio envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona. La teoría de la desvinculación. Está basada en que las personas al llegar a un determinado momento de su vida y a medida que sus capacidades cambian paulatinamente deciden retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás. Al mismo tiempo la sociedad gradualmente se aparta de los mayores y entrega a los jóvenes los roles y responsabilidades. Cuando se le pide que se retire de su puesto de trabajo a medida que los hijos crecen y dejan el hogar, o el cónyuge muere, cesa la pertenencia a las organizaciones y los papeles de liderazgo son abandonados. La teoría de la actividad. La teoría no plantea la necesidad de que la persona mayor siga realizando su actividad laboral, si no que busque nuevos papeles si quieren conservar un sentido positivo de uno mismo y conservar un sentido positivo de uno mismo y un bienestar físico, lo cual indicará que se ha adaptado con éxito a la vejez. La teoría del vacío de roles Plantea que con la vejez el individuo pierde la mayor la mayor parte de sus roles más importantes y en consecuencia pierde también las normas asociadas a esos roles, las normas que le permitían saber qué es lo correcto y lo incorrecto de su actuación social.

(13)

ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

El paciente geriátrico es aquel que exhibe una gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos, sociales y morales. (14)

Gran parte de las patologías que sufre el anciano son debidas al amplio grupo de las enfermedades crónicas. Que pueden presentarse también en los adultos de todas las edades: circulatorias, articulares, nutritivas, metabólicas, sensoriales, psíquicas, etc. Los problemas en el paciente geriátrico pueden presentarse de forma distinta ya que suelen superponerse a signos y síntomas que se deban a varias patologías ya existentes; Algunos de los caracteres anómalos de la enfermedad en la vejez son: Anomalía sintomática. Mas que signos concretos de una enfermedad aparecen problemas inespecíficos como manifestaciones complejas de un deterioro funcional (neumonías, infarto) considerándose la disnea (dificultad respiratoria) un equivalente anginoso, etc.

Síndromes geriátricos. Son la causa más frecuente de la incapacidad, son reversibles y poco valorados, normalmente se atribuyen a efectos de la vejez en sí (incontinencia urinaria, inmovilidad, cuadros de confusión, caídas, deterioro cognitivo, deprivación sensorial en forma de ceguera, sordera, etc.). Esto provoca en el anciano dependencia, depresión, pérdida de la calidad de la vida. La fragilidad o alto riesgo. A partir de los 80 años se incrementa significativa la probabilidad de presentación de la enfermedad o accidente, lo vemos acrecentarse en sectores de la población desfavorecidos económica o socialmente. Estos factores provocan una mala calidad de vida durante la vejez. Poco se sabe de la magnitud de otras afecciones al parecer comunes en este grupo de edad, como los traumatismos, la desnutrición, la depresión y otros padecimientos que no son causa de muerte pero sí de discapacidad, debido a las deficiencias en el diagnóstico y la falta de un sistema de registro adecuado.⁽¹⁵⁾

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con los criterios de la Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años o si más del 10% tiene 60 años o más. La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la población mundial, incluyendo a los países de América Latina y el Caribe, está asociada con el envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan dependencia funcional e incremento en los costos directos e indirectos de la atención médica. En América latina y el Caribe, la población de adultos mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260.3 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290.2 mil en 2000. Sin embargo las estimaciones de Naciones Unidas indican que para 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años, de los cuales 18% tendrán más de 80 años.⁽¹⁶⁾

SITUACIÓN EN MÉXICO

La ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su artículo tercero define a las personas adultas mayores: aquellas que cuenten con 60 años o más. ⁽¹⁷⁾

Mientras que la Organización de las Naciones Unidas establece que en los países en vías de desarrollo, la edad para definir a una persona como adulta mayor es de 60 años, mientras que en un país desarrollado es de 65 años. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana para 2050. Las tasas de natalidad han disminuido progresivamente desde 1970 y como se espera que continúen descendiendo hasta 2050. El aumento de adultos mayores será consecuencia del incremento en la expectativa de vida, que se espera alcance los 80 años en los hombres y casi los 85 años en las mujeres. En México, en el Censo Nacional de Población 2005 los mayores de 60 años representaban el 7.7% de la población con cerca de 8.2 millones de personas; para el 2020 constituirán una octava parte de la población con poco más de 15 millones y para 2040 uno de cada cuatro mexicanos se ubicará en este grupo de edad. La transición epidemiológica obedece en una parte a los cambios en la estructura por edad de la población como resultado de la transición demográfica y por otra, al proceso de envejecimiento de la población que determina cambios en el perfil epidemiológico. Los rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativo. La Transición epidemiológica concepto creado en 1971 por Omran y ampliado por Lerner en 1973, sugiere que es un proceso continuo en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se va transformando en respuesta a cambios más amplios de carácter demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico. Este fenómeno demográfico, denominado envejecimiento poblacional, es un grave problema de salud pública, dado que implica por una parte una disminución de la proporción de población económicamente activa, y por otra parte un inminente incremento de la prevalencia de síndromes geriátricos. Incontinencia urinaria, delirio, demencia, depresión, incapacidad, caídas, pluripatología y polifarmacia. ⁽¹⁸⁾

LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Es la principal herramienta de la Geriátrica, ya que el éxito de su aplicación está relacionado, en gran medida, por su capacidad para detectar problemas. Es definida como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente. Constituye la forma más razonable de aproximarse al anciano desde cualquier nivel de atención y es esencial su aplicación para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se ha demostrado en estudios llevados a cabo en diferentes ámbitos: hospitales de agudos y de crónicos, interconsultas hospitalarias, centros de rehabilitación, asistencia domiciliaria, consultas de atención primaria, etc. que es capaz de optimizar los resultados de la evaluación tradicional porque: mejora el estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva. Disminuye el número de medicamentos prescritos. Perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente. Disminuye la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización de los ancianos, aumentando el uso de la atención domiciliaria. Aminorar los costos asistenciales. Mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia. La evaluación de las diversas áreas (clínica, funcional, mental y social) de la valoración geriátrica Integral hace necesario el empleo de distintos instrumentos de medida que permitan objetivar las valoraciones realizadas. ⁽¹⁹⁾

ÁREAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

La utilización de algunas escalas sencillas, fáciles de aplicar y bien validadas facilitará el proceso de evaluación, haciéndolo más objetivo y pudiéndolo manejar en los diversos niveles asistenciales: hospitales, domicilios, residencias. Con el paso de los años, la capacidad física se ve disminuida debido en parte a la reducción de las actividades que estimulan la participación del componente músculo-esquelético, ocasionando una pérdida considerable del equilibrio y la marcha, haciendo que éstos a su vez influyan sobre las actividades básicas cotidianas. Cuando debemos realizar su diagnóstico y en especial en estadios iniciales, nos vemos ante la gran dificultad de no encontrar criterios o instrumentos con buena capacidad operativa. Es así como trabajamos con variables blandas dadas por los diferentes grupos de expertos, coincidiendo todos ellos como condición fundamental en el deterioro de las actividades de la vida diaria. La alteración de las acciones de movilidad que corresponden a funcionalidad física es un buen predictor de limitaciones funcionales mayores en el adulto mayor, si bien no producen una limitación evidente de la autonomía, cuando las funciones afectadas son solo uno o dos. ⁽²⁰⁾

FUNCIONALIDAD

La funcionalidad, definida como la suma de 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. La evaluación funcional. La evaluación funcional geriátrica, es el estudio de la capacidad física del anciano, examinando su habilidad para su autocuidado y la independencia en su medio ambiente. La evaluación de los componentes físicos de la funcionalidad en los adultos mayores se pueden dividir en: actividades básicas de la vida diaria (ABVD). son aquellas actividades que requiere realizar un adulto mayor dentro de su domicilio para satisfacer sus necesidades básicas para el autocuidado como comer, vestirse, moverse, asearse, bañarse y continencia de esfínteres. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se definen como las actividades que requiere realizar dentro y fuera de su domicilio el adulto mayor, para obtener los recursos necesarios de su medio ambiente o comunidad para satisfacer sus necesidades básicas. Estas son más complejas que las ABVD, ya que se requiere del uso de herramientas o instrumentos para llevarlas a cabo. son estas son necesarias para adaptarse independientemente a su medio ambiente, como: escribir, leer, cocinar, limpiar, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar la medicación y el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de la casa, usar el transporte público y salir fuera de su entorno local. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). No son indispensables para una vida independiente. Su capacidad de ejecución revela un elevado nivel de función física. Entre estas actividades se incluyen la realización de viajes, participación en grupos sociales o religiosos, practicar algunos hobbies. (21)

Dentro de la esfera de la funcionalidad, las AIVD constituyen un punto intermedio entre las en el aspecto físico y el social o avanzado, y aunque no son estrictamente jerárquicas, se construyen sobre la base de la independencia. El nivel instrumental hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad, por lo cual implica un funcionamiento adecuado y acorde con la forma y condiciones de vida de la persona, que resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales, en una compleja organización neuropsicológica, que permite la independencia en el entorno inmediato, es decir la casa, el vecindario y el lugar de trabajo. Dentro de la valoración de las AIVD se incluyen habilidades perceptivo motrices, que se refieren a la interpretación de información sensorial para manejarse a sí mismo (salir de casa), y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves). (22)

También se evalúan habilidades de procesamiento o elaboración para llevar a cabo procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (hacer trabajo liviano y pesado en casa, manejar el dinero propio) y, por último, habilidades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el comportamiento propio con condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras). La escala de Lawton es la herramienta más utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades instrumentales de la vida diaria se han asociado con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que actividades como: usar teléfono, el transporte, tomar su propio medicamento y manejar su propio dinero, se asocian de forma independiente con la presencia de demencia. También se ha visto que la determinación de las AIVD permite realizar distinciones entre discapacidades situacionales, no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales, y discapacidades funcionales que sí dependen de las condiciones de salud del individuo. (23)

Hay una relación jerárquica entre las actividades de la vida diaria y, en general, se tiende a perder primero las más complejas y al final las básicas. Las actividades instrumentales de la vida diaria precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas y posibilitan que la persona pueda tener una vida social mínima. Son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Estas incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transporte, manejar la medicación, manejar el dinero. (24)

Las escalas para las actividades instrumentales de la vida diaria correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz del deterioro. Para evaluar correctamente estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente realiza habitualmente esa actividad, o si, por el contrario, no podría llevarla a cabo. Este índice sigue siendo una de las escalas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades, más complejas como el autocuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia. (25)

EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

Hay evidencias para considerar el deterioro cognoscitivo como un factor de riesgo importante para el desarrollo de discapacidad funcional y pérdida de la independencia tanto en el aspecto físico como en el instrumental. De hecho, actividades instrumentales tales como el manejo del dinero, ir de compras, son dependientes en gran parte de una adecuada función cognoscitiva, mientras que actividades orientadas hacia el auto-cuidado como: vestirse y bañarse, aunque necesitan de una adecuada función cognoscitiva, la requieren en menor grado. Se ha documentado la relación existente entre la función cognoscitiva y el deterioro en la funcionalidad de las actividades instrumentales. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia. Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son conjuntos cuantificables de actividades, de diferente nivel de complejidad, que miden las actividades de la vida diaria. ⁽²⁶⁾

DEPENDENCIA

La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La define como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales. La OMS definió “independencia física” como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva” y contrario sensus, la dependencia correspondería a la incapacidad para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva. ⁽²⁷⁾

GRADOS DE DEPENDENCIA

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo leve a lo severo, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización. Estas se clasifican en: Dependencia leve. La dependencia leve se ha definido como la incapacidad para efectuar 1 AIVD Y/o necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD. La dependencia moderada. Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada. La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones: incapacidad para bañarse; requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD. Y la dependencia severa, se incluyó dentro

de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ellos constituirán los sujetos con dependencia severa. De lo anteriormente expuesto se deduce que la medición y valoración de la dependencia dependerá principalmente de la evaluación de ciertas actividades de la vida diaria en las cuales se puede ver si las puede realizar por sí mismo o se necesita ayuda de otra persona, así como de la intensidad de esa ayuda, considerando su interacción con el contexto ambiental y personal. ⁽²⁸⁾

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Las actividades Instrumentadas de la vida diaria implican la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en la comunidad, como por ejemplo: realizar las tareas del hogar, las compras, manejar la medicación, manejar los asuntos económicos, el teléfono, utilizar el transporte público, etc. Historia Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e independencia. La escala de Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de las actividades instrumentadas más utilizados internacionalmente, sobre todo a nivel de consulta y hospitalización. Su traducción al español se publicó en el año 1993. ⁽²⁹⁾

NORMAS DE APLICACIÓN

Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 8 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero, responsable de los medicamentos y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4. La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador primario. El tiempo medio requerido para su realización es de 15 a 30 minutos. Esta adaptación sirve para ambos géneros ya que no incluye ciertas actividades efectuadas habitualmente solo por mujeres. ⁽³⁰⁾

UTILIDAD

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado utilidad como método de valoración. La escala está diseñada para población geriátrica. La pueden usar profesionales en contacto directo con el sujeto: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc. La validez y reproducibilidad. Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). En general es una escala sensible pero poco específica. ⁽³¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Evaluar el grado de dependencia en pacientes geriátricos para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el HGZ / UMF# 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo?”

JUSTIFICACIÓN

Debido a la transición epidemiológica, hay un número importante de pacientes geriátricos en la consulta externa de Medicina Familiar, para ello es importante evaluar la capacidad de nuestros pacientes geriátricos para desenvolverse satisfactoriamente en su entorno.

El cambio sociodemográfico con un acelerado envejecimiento de la población es un fenómeno mundial, que se acentúa en México.

El paciente anciano padece mas enfermedades, es mucho más vulnerable a las agresiones, en el es menor la reserva fisiológica, las patologías aumentan sobre otras en mayor medida que en otras edades.

El dato que nos orientara de manera más objetiva es la funcionalidad del paciente geriátrico y el motivo de la consulta. Cuando se establece el estado funcional en las diferentes edades como resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales se alcanza, probablemente el reflejo más fiel de la integración del individuo a lo largo del envejecimiento.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud a menudo se manifiesta con declinaciones en el estado funcional de las personas adultas. Lo cual lleva a problemas de salud. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y permite intervenir de forma apropiada.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la dependencia en pacientes geriátricos para realizar actividades instrumentales en su vida diaria en HGZ / UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

HIPÓTESIS

Se realiza con fines de enseñanza

HIPÓTESIS NULA (H_0)

Los pacientes geriátricos no son dependientes para realizar actividades instrumentales.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)

Los pacientes geriátricos son dependientes para realizar actividades instrumentales.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

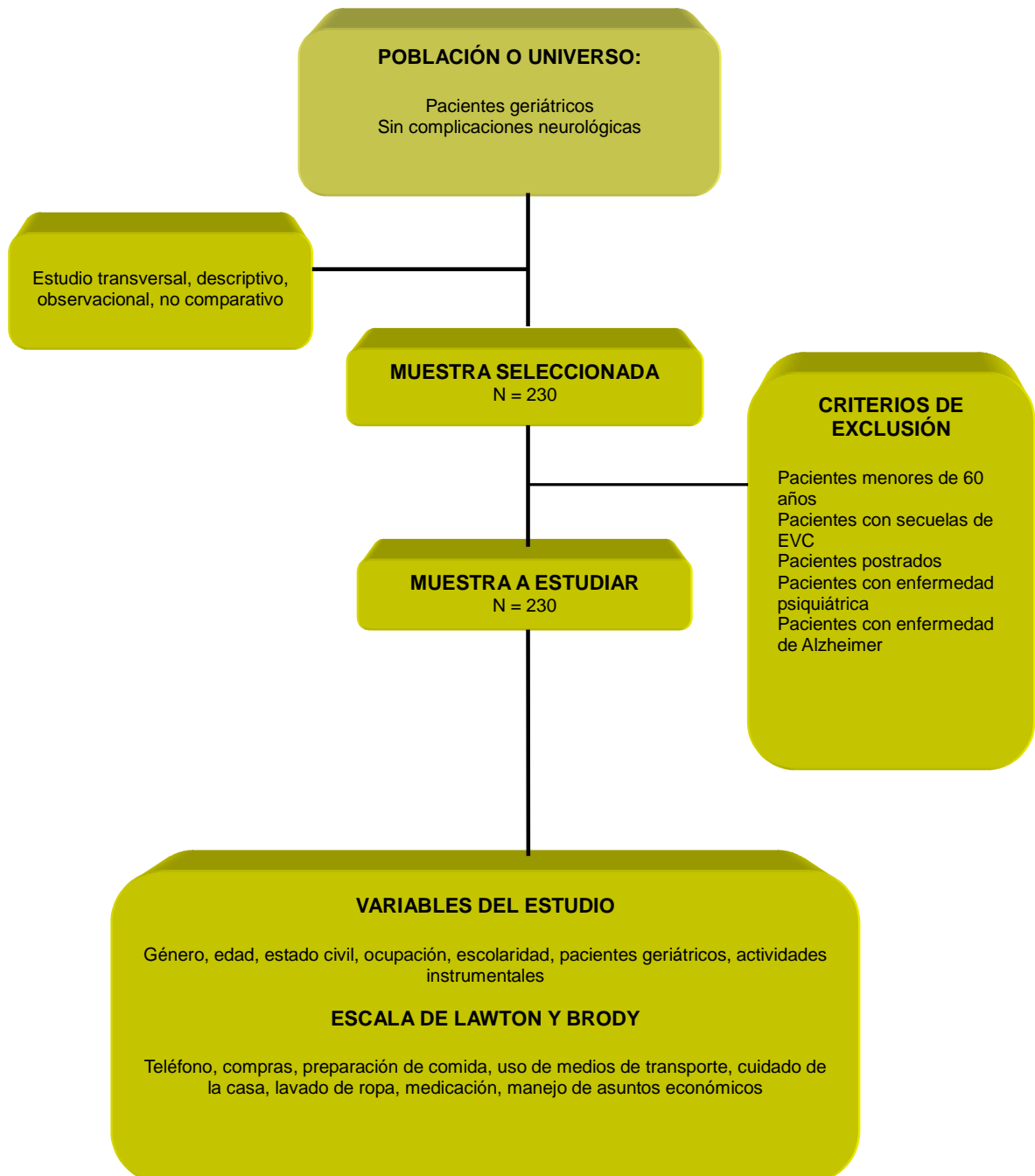
b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.

d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

e).- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Xinachtli Torres Gómez

POBLACIÓN O UNIVERSO

Pacientes geriátricos de 60 años en adelante, derechohabientes pertenecientes al Hospital General de Zona / UMF no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”; sin distinción de sexos, con patologías crónico-degenerativos sin complicaciones neurológicas.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

Se realizó la encuesta en la sala de espera del consultorio de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ / UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS, ubicado en la colonia Tizapán La Hormiga, Delegación Álvaro Obregón, Distrito Federal México. Es una población urbana. Se efectuó de Marzo 2011 a Febrero 2013.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, con una población en base a su prevalencia, requirió de 230 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.20 con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = Número total de individuos
n = Tamaño muestra

Z alfa = valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa = 0.05
y 2.58 para alfa = 0.01

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

Q= 1-p

i = error que se preveé cometer

$$N = Z^2 \frac{(N) (p) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (p) (q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes geriátricos con patologías crónico-degenerativas sin complicaciones neurológicas.
- Pacientes de ambos sexos con rango de edad de 60 años en adelante.
- Pacientes derechohabientes de la HGZ/ UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes geriátricos de ambos sexos menores de 60 años.
- Pacientes con enfermedad vascular cerebral.
- Pacientes postrados.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes con enfermedad de Alzheimer.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no terminaron de contestar el cuestionario, que sea contestado por familiares, fallecimiento del paciente, pacientes que no sean derechohabientes.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

- 1.- Género
- 2.- Edad
- 3.- Estado civil
- 4.- Ocupación
- 5.- Escolaridad

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

Grado de dependencia.

Según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización, la dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo leve, moderado y severo.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Pacientes geriátricos

Son aquellas personas que cuenten con 60 años o más.

VARIABLES DE LA ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY

La escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody maneja las siguientes cinco categorías:

- Independencia total: 8 puntos
- Dependencia leve: 7 y 6 puntos
- Dependencia moderada: 5 y 4 puntos
- Dependencia severa: 3 y 2 puntos
- Dependencia total: 0 y 1 puntos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

GÉNERO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
ESTADO CIVIL	Condición jurídica de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.
OCUPACIÓN	Es el tipo de trabajo o profesión específica que desempeña una persona.
ESCOLARIDAD	Espacio de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.
PACIENTES GERIÁTRICOS	Son aquellas personas que cuenten con 60 años o más..
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	Conjunto de actividades que realiza el individuo para garantizar el funcionamiento físico, mental y social que exige el quehacer cotidiano. Se subdividen en <i>básicas</i> , <i>instrumentales</i> (requiere del uso de herramientas o instrumentos para llevarlas a cabo) y <i>avanzadas</i> .
INDEPENDENCIA	Capacidad del sujeto de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
DEPENDENCIA	La disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.
GRADOS DE DEPENDENCIA	Según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización,, la dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo leve. moderado y severo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Numero de folio	Cuantitativa	Continua	Números consecutivos
Turno del paciente	Cualitativa	Nominal	1= turno matutino 2= turno vespertino
Nombre del paciente	Cualitativa	Textual	Nombre del paciente
Género	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2=Masculino
Edad	Cualitativa	Continua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre 4=Divorciado 5=Viudo(a)
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1=Hogar 2=Empleado 3=Jubilado 4=Pensionado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1= Analfabeta 2= Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE LA PATOLOGIA PRINCIPAL

Independencia	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Actividades instrumentales	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Pacientes geriátricos	Cualitativa	Nominal	1=femenino 2= masculino

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE LA ESCALA

NOMBRE DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Grado de independencia	Cualitativa	Ordinal	1= independencia total 8 puntos 2= dependencia leve 7 y 6 puntos 3= dependencia moderada 5 y 4 puntos 4= dependencia severa 3 y 2 puntos 5= dependencia total 0 y 1 punto

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SSPS 20. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimaciones de medias y proporciones con intervalos de confianza, frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 10 % por lo que la muestra a estudiar será de 230 pacientes con un intervalo de confianza del 95%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúan la relación con el entorno, Implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de alguna de ellas identifica a adultos mayores con deterioro cognitivo o depresión. La dependencia en algunas actividades de la vida diaria está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

La escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody fue creada con la finalidad de evaluar, lo anteriormente mencionado, lo que la convierte en un excelente indicador de competencia funcional e independencia. Se utiliza más en la investigación que las actividades básicas, ya que son más complejas que estas últimas y requieren una amplia interacción con el medio ambiente, Validez y Reproducibilidad. Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador (0.94). En general es una escala sensible pero poco específica.

Consta de 8 ítems que miden aquellos problemas relacionados para realizar diversas actividades instrumentales. Las dimensiones distintas a calificar son : capacidad para usar el teléfono, hacer compras, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. La puntuación de la escala da una puntuación global: Independencia total 8 puntos, dependencia leve 7 y 6 puntos, dependencia severa 5 y 4 puntos, dependencia severa 3 y 2 puntos y dependencia total 1 y 0 puntos. El tiempo medio requerido para su realización es de 15 a 30 minutos.

La dependencia leve incluye la incapacidad para efectuar 1 AIVD Y/o necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD; necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD. La dependencia moderada requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones: incapacidad para bañarse; Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD. Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD; incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD y la dependencia severa presencia de alguna de las siguientes situaciones: incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse) e Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

Las actividades instrumentales tales como la preparación de comida, quehaceres del hogar, lavar ropa, ir de compras, etcétera, se pueden categorizar como aquellas que se basan en la salud física o fuerza y, por lo tanto, se pueden conceptualizar como “actividades instrumentales físicas”. En contraste, tareas tales como usar el teléfono, tomar medicamentos, hacer una dieta balanceada, manejar dinero, etcétera, se pueden conceptualizar como aquellas actividades que requieren recursos cognitivos complejos y, por lo tanto, definirse como “actividades instrumentales cognitivas”. A las “actividades instrumentales cognitivas” también se les puede llamar “actividades instrumentales avanzadas”, mientras que a las “actividades instrumentales físicas” también se les denomina “actividades instrumentales del hogar”.

Por lo tanto, se espera que las limitaciones en las actividades instrumentales influyan en el bienestar subjetivo de los adultos mayores, definido éste como la percepción global de un individuo de su vida en un periodo de tiempo determinado; esta evaluación subjetiva incluye tanto aspectos cognitivos como emocionales.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó el cuestionario de escala instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody a pacientes geriátricos en la sala de espera del consulta externa de Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” principalmente en población urbana, que consta de 8 ítems basado en las actividades instrumentales que realizan en su vida diaria, la cual no deberá durar más de 30 minutos, con lenguaje claro y conciso, que no hable rápidamente, y en el cual firmara la carta de consentimiento informado a partir del mes de marzo a diciembre mes de diciembre del 2012.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se hizo una revisión sistemática basada en la evidencia donde se realizó la búsqueda en OVID, PUBMED. Se aplicará la escala de actividades instrumentales a los pacientes en forma individual, a pacientes geriátricos de 60 años en adelante, que sepan leer y escribir, sin problemas de tipo auditivo y que no requieran apoyo de sus familiares para contestar o que la contesten.

La prueba deberá realizarse en 20 a 30 minutos, los pacientes deberán de tener el consentimiento informado. Durante la aplicación del cuestionario, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: "Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta".

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

"EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN HGZ/UMF 8"

2011- 2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS	X											
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO			X									
CONSIDERACIONES ETICAS												
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA												
ASPECTOS GENERALES				X								
ACEPTACION				X								

2012- 2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS				X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSION DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Xinachtli Torres Gómez

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de este protocolo de investigación con recursos humanos a base de un investigador médico residente de Medicina Familiar Dentro de los recursos materiales se utilizarán cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contará con un equipo de cómputo que tenga el programa WINDOWS, con memoria USB de 2 GB para almacenar los datos y análisis de resultados. Como recursos físicos contaremos con EL HGZ/UMF No 8, sala de cómputo y biblioteca de la misma. Los gastos de la investigación corrieron por cuenta del médico residente de Medicina Familiar encargado del protocolo de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece a la Ley General de Salud, ni a la declaración de Helsinki en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Médica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos.

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

Se estudió una población de 230 pacientes geriátricos de los cuales predominó el sexo femenino 131 (57%) pacientes y del sexo masculino 99 (43%). Ver figura 1 y gráfica 1

Con respecto al estado civil 7 (3.0%) fueron solteros, 107 (46.5%) casados, unión libre 19 (8.3%), divorciados 32 (13.9%) y viudo(a) 65 (28.5%). ver figura 2 y grafica 2

En relación a la ocupación 81 pacientes (35.2%) se dedicaban al hogar, 64 (27.8%), eran empleados, 58 (25.2%) ya estaban jubilados y el 27 (11.7%) fueron pensionados. Ver figura 3 y gráfica 3

En el análisis de la escolaridad 3(1.3%) eran analfabetas, 116 (50.4%) habían cursado la primaria, 67 (29.1%) tenían secundaria, 30 (13.0%) bachillerato y 14 (6.1%) llegaron al nivel de licenciatura. Ver figura 4 y gráfica 4

En referencia a la edad de los pacientes 107(45.5%) prevaleció en el rango de 60-70 años, mientras que el 66 (28.7%) fue de los 71-80 años, 39 (17.0%) se observó de 81-90 años y solo 18 (7.8%) abarcó de 91 años y más. Ver figura 5 y gráfica 5

Con respecto al grado de dependencia se analizó que el 85 pacientes encuestados (37%) eran totalmente independientes para realizar actividades instrumentales, en cambio 61 (26.5%) presentaron dependencia moderada, mientras que 58 (25.2%) se observó con dependencia leve, 23(10%) mostró dependencia severa y solo el 3 (1.3%) tuvo dependencia total. Ver figura 6 y gráfica 6

En el apartado de género y grado de dependencia se encontró que del total de pacientes estudiados, las mujeres 51(38.9%) en comparación con los hombres 34 (34.3%) son totalmente independientes para actividades instrumentales. Mientras que con dependencia leve se observó en hombres 29 (29.3%) con respecto a las mujeres 29 (22.1%); la dependencia moderada prevaleció en mujeres en un 37 (28.2%) con respecto a los hombres 24 (24.2%); en relación a la dependencia severa predominó los hombres 11(11.1%) sobre las mujeres 12 (9.2%) encuestadas, y finalmente los que permanecieron con dependencia total fueron las mujeres 2 (1.5%) en relación a los hombres con solo 1(1.0%). Ver figura 7 y gráfica 7

En el componente de rango de edad y grado de dependencia se observó que de los 60-70 años (60.7%) fueron totalmente independientes para realizar actividades instrumentales, 30 pacientes (28%) presentaron dependencia leve, 11(10.3%) se observó dependencia moderada y solo 1 (0.9%) se encontró con dependencia severa.

En el grupo de 71 -80 años, el 18 (27.3%) de los pacientes mostraron tanto independencia total como dependencia leve para realizar actividades instrumentales; el 23 (34.8%) presentaron dependencia moderada y solo el 7 (10.6%) permaneció con dependencia severa.

En el grupo de 81 -90 años 2 (5.1%) predominó con independencia total para realizar actividades instrumentales, mientras que el 10 (25.6%) presentó dependencia leve, entretanto 20 pacientes (51.3%) mostró dependencia moderada, solo el 5 (12.8%) se mantuvo con dependencia severa y solo 2 (5.1%) se observó con dependencia total. Del grupo 91 años y más, 7 pacientes (38.9%) se observó con dependencia moderada, 10 (55.6%) dependencia severa y 1 (5.6%) con dependencia total. Ver cuadro 8 y gráfica 8

En referencia al estado civil y grado de dependencia se observó que el 5 (71.4%) pacientes fueron solteros y son totalmente independientes para realizar sus actividades instrumentales y los que presentaban grado de dependencia tanto leve como moderada solo fue el 1(14.3%); por otra parte el 41 (38.3%) pacientes casados son totalmente independientes, de los cuales 37 (34.6%) presentaron dependencia leve, 24 (22.4%) con dependencia moderada y solo 5 (4.7%) tuvo dependencia total. En el caso de las personas en unión libre, 13 (68.4%) realizaron actividades instrumentales totalmente independientes, mientras que 5(26.3%) prevaleció con dependencia leve sobre 1(5.3%) con dependencia severa. En relación a las personas divorciadas predominó que 21 pacientes (65.6%) continúan siendo independientes, mientras que 8 (25%) presentó dependencia leve, 2 (6.3%) se observó con dependencia moderada y solo 1 (3.1%) tuvo dependencia severa. Por último en relación a la viudez, predominó 32 pacientes (49.2 %) con dependencia moderada, seguido de 16 (24.6%) presentaron dependencia severa; asimismo, el 10(15.4%) pacientes se observó dependencia leve, mientras 4(6.3%) manifestaron ser totalmente independientes en comparación con el 3 (4.6%) que son totalmente dependientes. Ver cuadro 9 y gráfica 9

En cuanto a la ocupación y grado de dependencia, los empleados 41 (64.1%), predominaron en cuanto a ser totalmente independientes para realizar actividades instrumentales, mientras 16 (25%) presentaron dependencia leve, el 6 (9.4%) ostentaron dependencia moderada y solo 1 (1.6%) pacientes tuvieron dependencia total. Con respecto a las personas que se dedicaban al hogar se encontró 26 (32.1%) son totalmente independientes, de acuerdo al grado de dependencia, prevaleció el 24 (29.6%) con dependencia moderada, mientras el 18 (22.2%) con dependencia leve y solo el 11 (13.6%) con dependencia severa.

En el grupo de los jubilados predominó 20 (34.5%) con dependencia moderada, con respecto al 18 (31%) pacientes que presentaron dependencia leve, y solo el 10 (17.2%) pacientes se mostró con independencia total. En el rubro de los pensionados, el 9 (33.3%) pacientes prevaleció tanto la dependencia leve como dependencia moderada, y el 2 (3.9%) tuvo dependencia total; mientras solo el 7 (25.9%) pudieron realizar de manera independiente sus actividades. Ver cuadro 10 y gráfica 10

En el rubro de la escolaridad y grado de dependencia se observó que el 9(64.3%) pacientes con licenciatura realizaban con total independencia sus actividades. El 3(21.4%) y el 2 (14.3%) presentaron dependencia tanto leve como moderada.

Con respecto a la secundaria se observó 29 (42%) los pacientes son independientes y los que presentaron algún grado de dependencia destacó 10(33.3%) con dependencia leve, 7 (23.3%) con dependencia moderada y 2 (6.7%) dependencia severa.

En el grado de bachillerato se observó 11(36.7%) son independientes, mientras que 10 (33.3%) presentaron dependencia leve, 7 (23.3%) mostró dependencia moderada y solo 2 (6.7%) tuvo dependencia total. en relación a las personas que solo estudiaron primaria, se observó prevalencia de dependencia moderada en 40 (35.4%) en comparación con 34(30.1%) con independencia total, seguido de 24 (21%) con dependencia leve , 12 (10.6%) con dependencia severa y solo el 3 (2.7%) con dependencia total. Y por último se analizó que las personas analfabetas presentaron grados de dependencia 1 (25%) tanto en leve, moderada y severa. Ver cuadro 11 y gráfica 11

TABLA 1. FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO		
GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	99	43.0%
FEMENINO	131	57%
TOTAL	230	100%

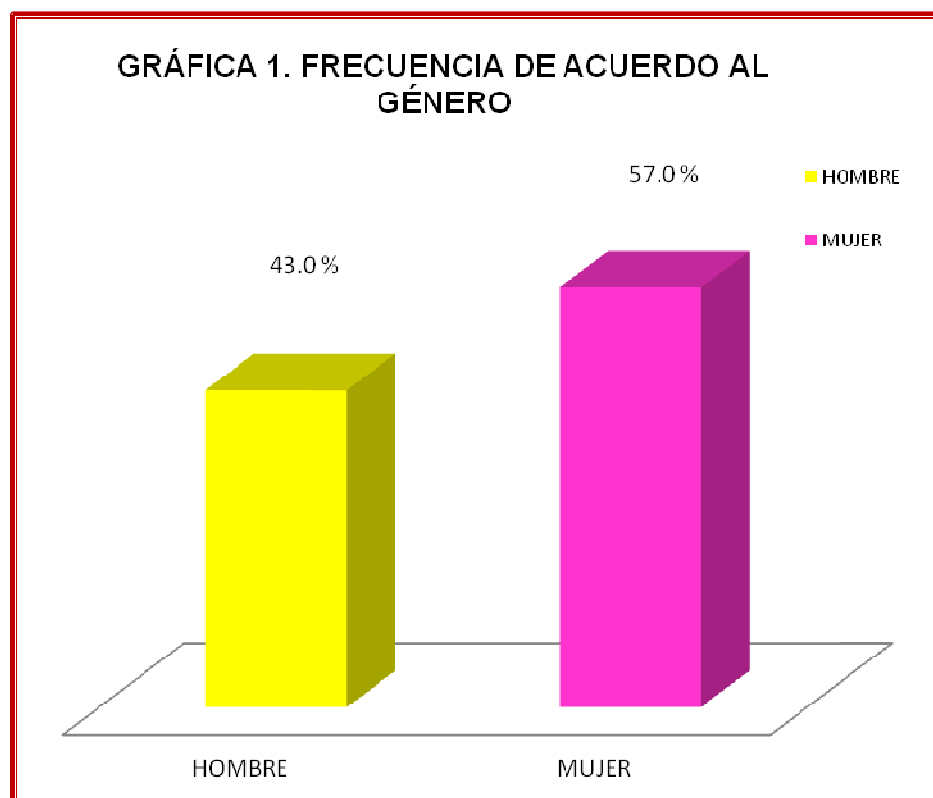


FIGURA 1. GÉNERO

TABLA 2. FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	7	3.0%
CASADO	107	46.5%
UNIÓN LIBRE	19	8.3%
DIVORCIADO	32	13.9%
VIUDO (A)	65	28.5%
TOTAL	230	100%

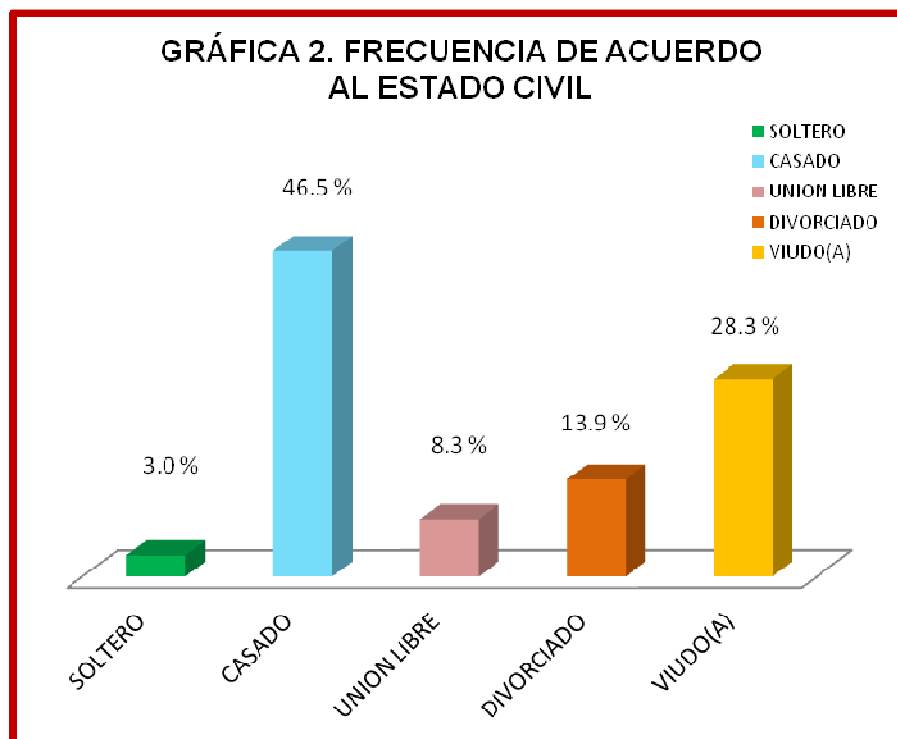


FIGURA 2. ESTADO CIVIL

TABLA 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	81	35.2%
EMPLEADO	64	27.8%
JUBILADO	58	25.2%
PENSIONADO	27	11.7%
TOTAL	230	100%

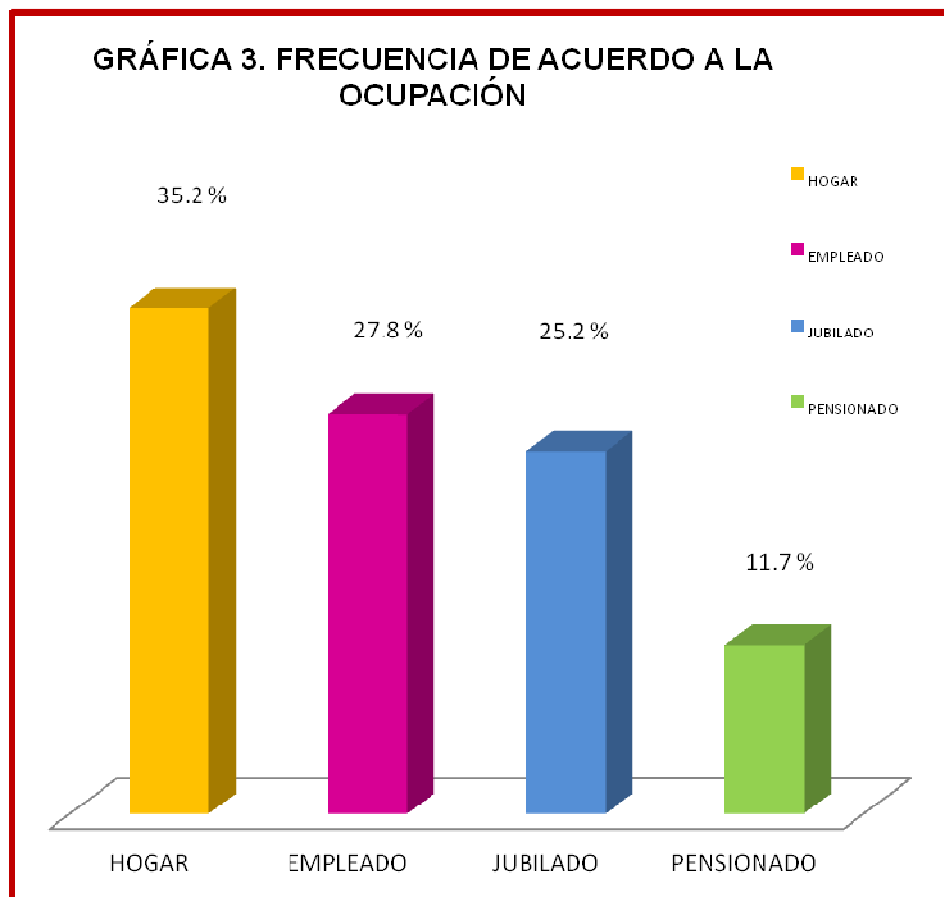


FIGURA 3. OCUPACIÓN

TABLA 4. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	3	1.3%
PRIMARIA	116	50.4%
SECUNDARIA	67	29.1%
BACHILLERATO	30	13.0%
LICENCIATURA	14	6.1%
TOTAL	230	100%

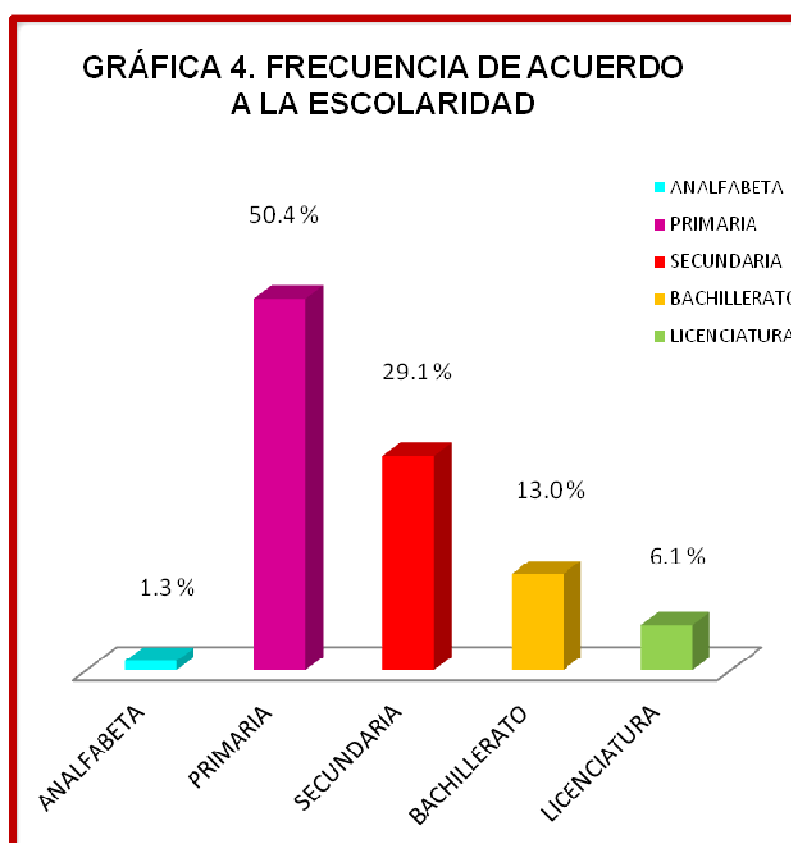


FIGURA 4. ESCOLARIDAD

TABLA 5. FRECUENCIA DE ACUERDO AL RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 – 70 AÑOS	107	46.5 %
71- 80 AÑOS	66	28.7%
81 AÑOS – 90 AÑOS	39	17.0%
91 AÑOS Y MAS	18	7.8%
TOTAL	230	100%

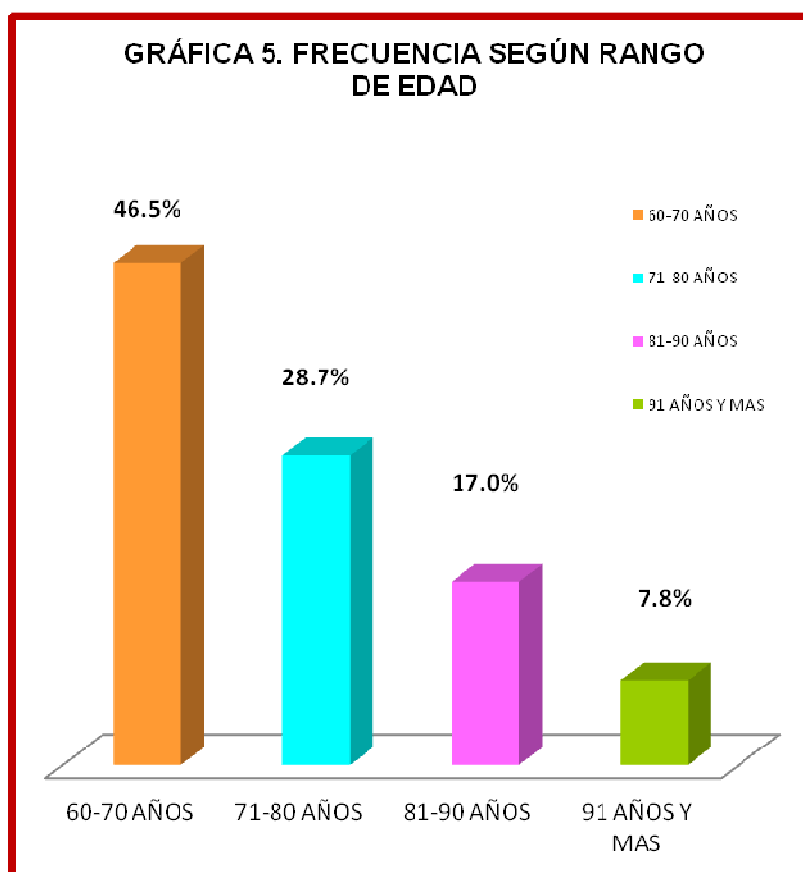


FIGURA 5. RANGO DE EDAD

TABLA 6. FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA

GRADO DE DEPENDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDEPENDENCIA TOTAL	85	37%
DEPENDENCIA LEVE	58	25.2%
DEPENDENCIA MODERADA	61	26.5%
DEPENDENCIA SEVERA	23	10.0%
DEPENDENCIA TOTAL	3	1.3%
TOTAL	230	100%

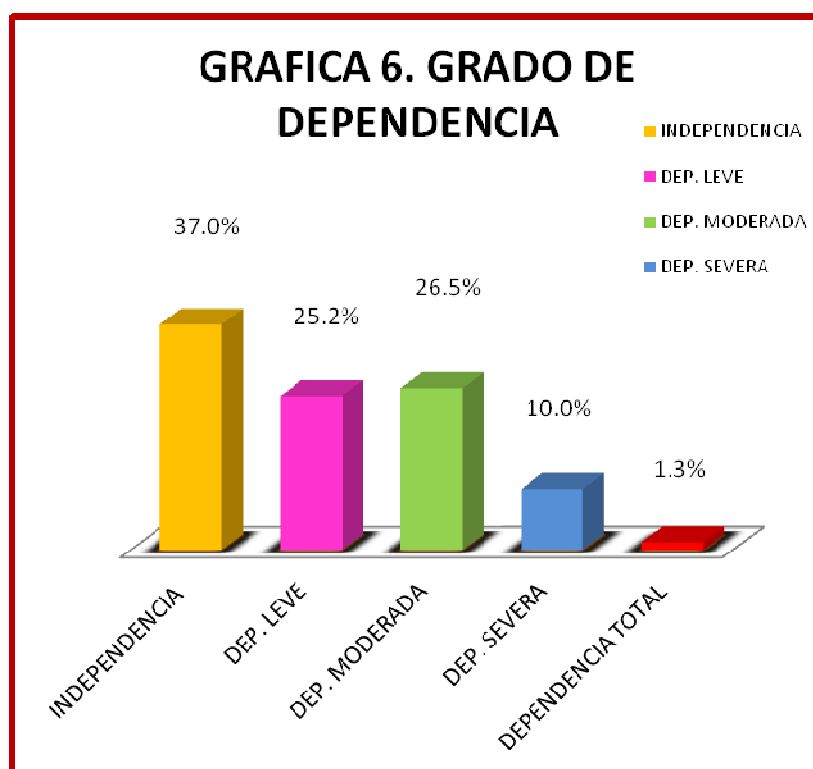


FIGURA 6. GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA 7. GÉNERO Y GRADO DE DEPENDENCIA

GÉNERO		INDEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL
HOMBRE	FRECUENCIA	34	29	24	11	1	99
	PORCENTAJE	34.3%	29.3%	24.2%	11.1%	1.0%	100%
MUJER	FRECUENCIA	51	29	37	12	2	131
	PORCENTAJE	38.9%	22.1%	28.2%	9.2%	1.5%	100%

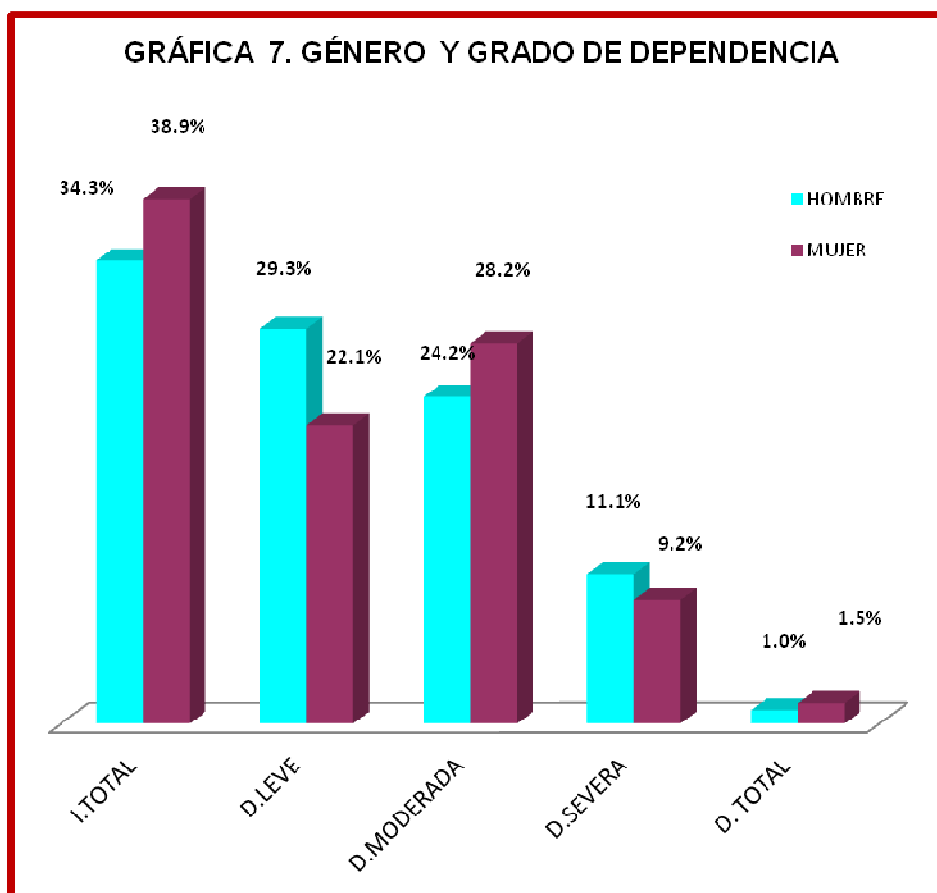


FIGURA 7. GÉNERO Y GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA 8. RANGO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA

RANGO DE EDAD		INDEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL
60-70 AÑOS	FRECUENCIA	65	30	11	1	0	107
	PORCENTAJE	60.7%	28%	10.3%	0.9%	0%	100%
71-80 AÑOS	FRECUENCIA	18	18	23	7	0	66
	PORCENTAJE	27.3%	27.3%	34.8%	10.6%	0%	100%
81-90 AÑOS	FRECUENCIA	2	10	20	5	2	39
	PORCENTAJE	5.1%	25.6%	51.3%	12.8%	5.1%	100%
91 AÑOS Y MÁS	FRECUENCIA	0	0	7	10	1	18
	PORCENTAJE	0%	0%	38.9%	55.6%	5.6%	100%

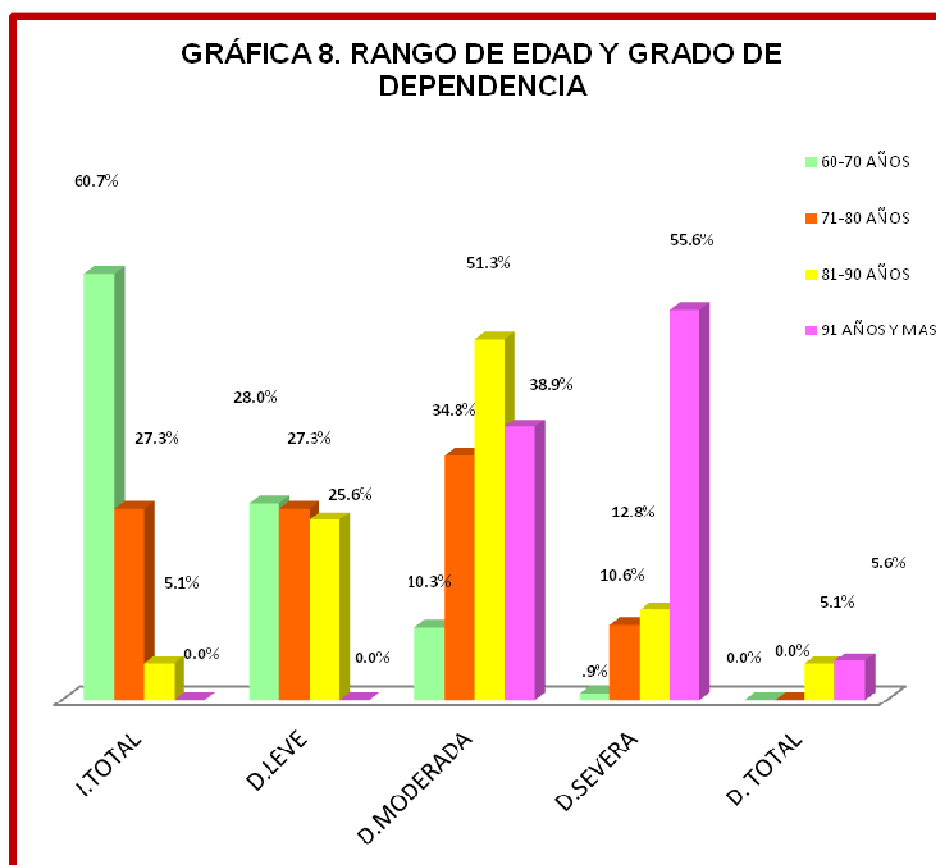


FIGURA 8. RANGO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA 9. ESTADO CIVIL Y GRADO DE DEPENDENCIA

ESTADO CIVIL		INDEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL
SOLTERO	FRECUENCIA	5	1	1	0	0	7
	PORCENTAJE	71.4%	14.3%	14.3%	0%	0%	110%
CASADO	FRECUENCIA	41	37	24	5	0	107
	PORCENTAJE	38.3%	34.6%	22.4%	4.7%	0%	100%
UNIÓN LIBRE	FRECUENCIA	13	5	0	1	0	19
	PORCENTAJE	68.4%	26.3%	0%	5.3%	0%	100%
DIVORCIADO	FRECUENCIA	21	8	2	1	0	32
	PORCENTAJE	65.6%	25%	6.3%	3.1%	0%	100%
VIUDO(A)	FRECUENCIA	4	10	32	16	3	65
	PORCENTAJE	6.2%	15.4%	49.2%	24.6%	4.6%	100%

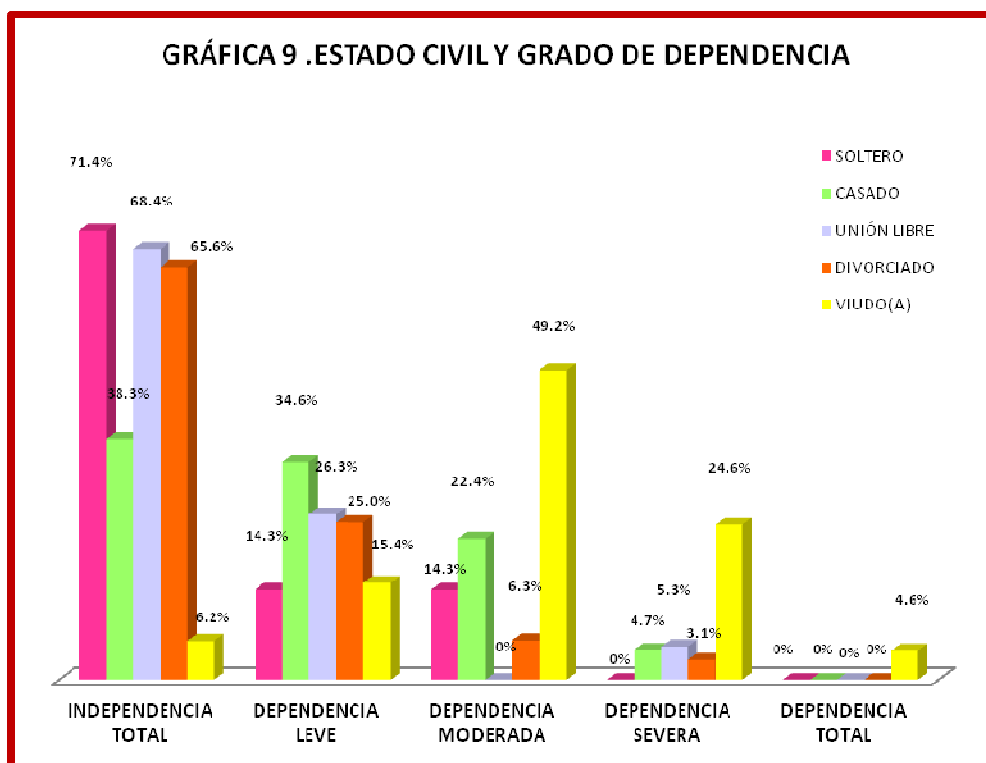


FIGURA 9. ESTADO CIVIL Y GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA 10. OCUPACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA

OCUPACIÓN		INDEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL
HOGAR	FRECUENCIA	26	18	24	11	2	81
	PORCENTAJE	32.1%	22.2%	29.6%	13.6%	2.5%	100%
EMPLEADO	FRECUENCIA	41	16	6	1	0	64
	PORCENTAJE	64.1%	25%	9.4%	1.6%	0%	100%
JUBILADO	FRECUENCIA	10	18	20	9	1	58
	PORCENTAJE	17.2%	31%	34.5%	15.5%	1.7%	100%
PENSIONADO	FRECUENCIA	7	9	9	2	0	27
	PORCENTAJE	25.9%	33.3%	33.3%	7.4%	0%	100%

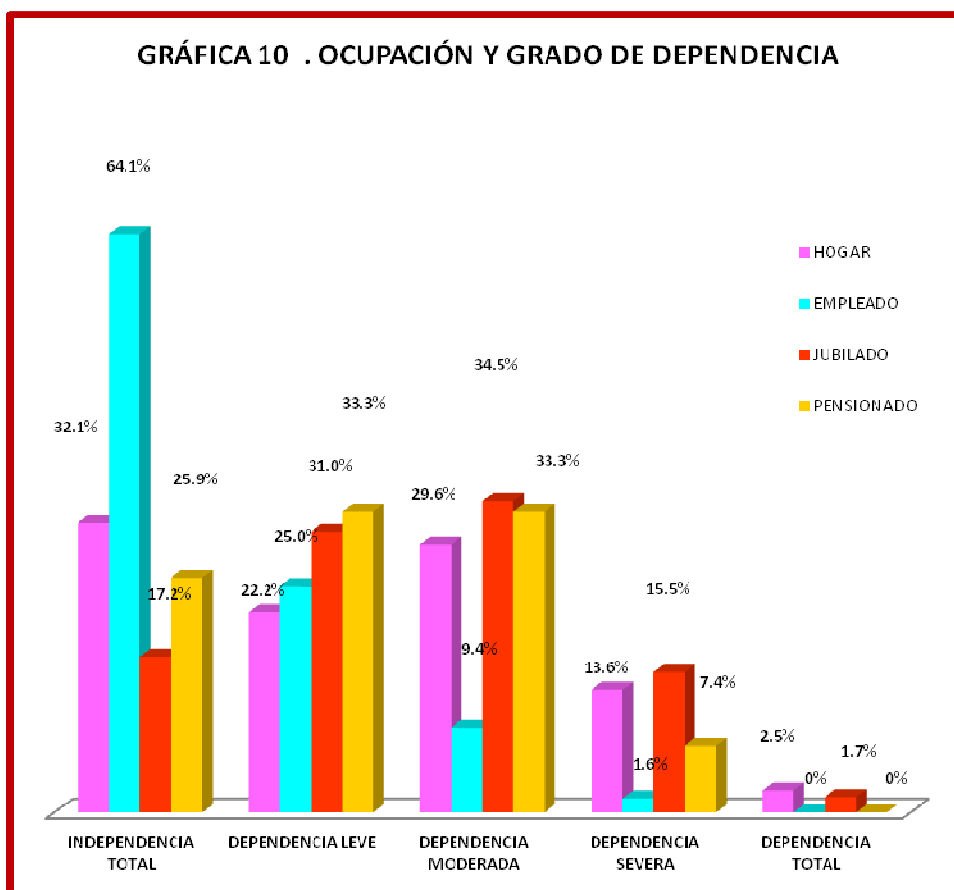


FIGURA 10. OCUPACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA 11. ESCOLARIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA

ESCOLARIDAD		INDEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL
ANALFABETA	FRECUENCIA	1	1	1	1	0	4
	PORCENTAJE	25%	25%	25%	25%	0%	100%
PRIMARIA	FRECUENCIA	34	24	40	12	3	113
	PORCENTAJE	30.1%	21.2%	35.4%	10.6%	2.7%	100%
SECUNDARIA	FRECUENCIA	29	23	11	6	0	69
	PORCENTAJE	42.0%	33.3%	15.9%	8.7%	0%	100%
BACHILLERATO	FRECUENCIA	11	10	7	2	0	30
	PORCENTAJE	36.7%	33.3%	23.3%	6.7%	0%	100%
LICENCIATURA	FRECUENCIA	9	3	0	2	0	14
	PORCENTAJE	64.3%	21.4%	0%	14.3%	0%	100%

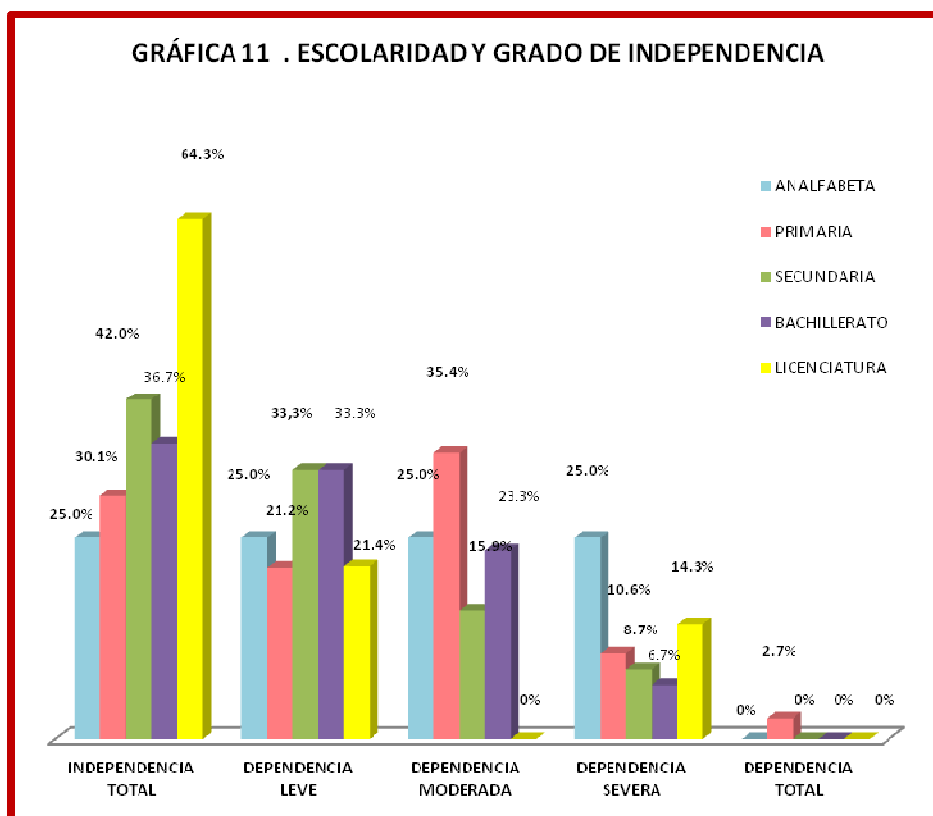


FIGURA 11. ESCOLARIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA

DISCUSIÓN

Con respecto al rango de edad, de acuerdo con la literatura Zavala-González MA, * y Posada-Arévalo SE, et al en su estudio “Dependencia Funcional y depresión en un grupo de ancianos en Villahermosa, México observaron en su estudio de La edad media fue de 70.8+ 6.8 años .Álvarez González et al. Reportó que en su estudio “Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad” Se encontró una población en envejecimiento demográfico predominando las edades de 60-69 años. Nicomedes de la Cruz Damas - Heberto R. Priego Álvarez * en su trabajo de “La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria.” Los grupos de edades que presentaron mayor predominancia fueron los grupos de 65 a 69 años con un 33% y el 70 a 74 años con un 30% siendo menos predominantes el grupo de 90 y más años con un 1.48%. González MF, Massad TD, et al. En el “Estudio Nacional de la Dependencia en los Adultos Mayores”, el promedio de edad de las personas mayores se sitúa en los 71 años y se distribuyen por quinquenios de edad se presenta a continuación. Como se observa, a medida que los quinquenios de edad crecen, disminuye la población mayor que los compone, comenzando en 23,7% de la población mayor en el quinquenio de 60 a 64 años. El 6,4% de la población mayor tiene más de 84 años. Si bien el envejecimiento de la vejez es un fenómeno creciente en nuestro país, se puede apreciar que el 88,8% de las personas mayores tiene menos de 80 años. Por último Nelly Sarmiento en su estudio sobre “La relación entre enfermedades crónicas y la limitación funcional de los adultos mayores “observó que el grupo de edad que más prevaleció fue el rango de edad de 60-70 años con un 43.1%, seguido de 71-75 años 40.6%, el grupo de 76- 80 años 38.4%, el grupo de 81 años- 85 años 34.1%, grupo de 86- 90 años fue 25.2% y mayores de 90 años fue del 12.8%.

Referente al sexo, Zavala “Dependencia Funcional y depresión en un grupo de ancianos en Villahermosa, México “mencionó que su muestra 52.3% fueron femeninos y 47.7% masculinos. Mientras que Priego Álvarez “situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria”. Observó que el sexo predominante en su población estudiada fue el femenino 52.3% fueron femeninos y el 47.7% masculinos. Massad TD, et al. en el “Estudio Nacional de la Dependencia en los Adultos Mayores”, mencionó que todos los estudios realizados, en las personas mayores en su gran mayoría son mujeres.63% y el 36,8% de la población mayor son hombres. El número de personas mayores de 60 años continúa incrementándose dramáticamente; en la actualidad un sexto de la población corresponde a este grupo etario y, según numerosas estadísticas, se

duplicaría en los próximos 30 años. Si a este dato le sumamos el aumento de la expectativa de vida (75 años para el varón y 82 para la mujer). Sarmiento Nelly en su estudio de “Relación entre las enfermedades crónicas y la limitación funcional y la limitación funcional de los adultos mayores” encontró que el porcentaje de mujeres 50% es muy superior al de los hombres 28.5% para el grupo de 71-75 años. En el rango de 81-85 años se muestra claramente un descenso marcado de las mujeres a un 0% mostrando mayor sobrevivencia por parte de los hombres con un 28.5% .para el grupo de edad mayores de 90 años muestra la sobrevivencia de los hombres en un 14.2% sobre 0% en las mujeres.

Con respecto a la escolaridad Zavala-González Ma.y cols. Encontraron un predominio en primaria 72.9%, seguido de secundaria 15.5% y menos frecuente licenciatura 4.5%. Priego Álvarez observó que el 7.2% de las personas mayores no posee ningún año de escolaridad. . A su vez, sólo 66.8% de las personas mayores que no han cursado ningún año de Enseñanza Media, sólo el 4,3% de las personas mayores ha estudiado más de 12 años, lo que se equipara con Educación Superior. Sarmiento Nelly en su estudio de “Relación entre las enfermedades crónicas y la limitación funcional y la limitación funcional de los adultos mayores” analizó que predominó los que estudiaron hasta el nivel de primaria 74.7%, seguido de secundaria 50.4%, nivel superior 13.6% y por último analfabetismo 0.85% .

De acuerdo con la ocupación Závala –González comentó que el 49.0% de los pacientes se dedicaban a las labores del hogar, seguido de jubilado/ pensionado solo ocupó 40.60% , comerciante 2.60% y profesionista 1.30% Del intervalo de edad que va desde los 60 a los 69 años, el 76,0% se encuentra ocupado, porcentaje que disminuye a 21,7%. En comparación con Los datos del Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores nos dicen que del total de las personas mayores del país, del intervalo de edad que va de los 60-69 años , el 76% se encuentra ocupado porcentaje que disminuye a 21.7% que va desde los 70 a los 79 años. Por último de las personas de 80 años y más, sólo el 2.3% se encuentra trabajando.

En el apartado del estado civil se observó en el estudio de García Pérez y, García Moreno “Distribución de la dependencia en los mayores de 65 años en relación con variables sociodemográficas según la escala de Lawton y Brody” que la mayor prevalencia prevaleció en los viudos 17.6% y casados 11.2%, otros (solteros, unión libre, separados) ocuparon el 16.0%, mientras que Gloria Villareal en su estudio de “ Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad en adultos mayores de 65 años” comentó que predominó los viudos 38.5%, seguido de unión libre 27%, casados 24.7% y por último los solteros 9.8%. González MF, Massad TD, et al. en el “Estudio Nacional de la

Dependencia en los Adultos Mayores”, encontró que las personas mayores según el estado civil que presentan, el 40.5% son viudos(as), el 38.4% se encuentra casado(a), el 11.1% se encuentra anulado(a) y el 9,9% está soltero(a).

Sarmiento Nelly en su estudio de “Relación entre las enfermedades crónicas y la limitación funcional y la limitación funcional de los adultos mayores” encontró que el estado civil que predominó fue el de casado en un 70.6%, viudez 66.67% con menor frecuencia divorciado 5.36% y unión libre 5.12%.

En el apartado del grado de dependencia según funcionalidad de la escala de Lawton y Brody Priego Álvarez H. en su estudio “La situación socioeconómica del adulto mayor como determinante de su funcionalidad para las actividades de la vida diaria.” Observó lo siguiente 50% de las personas son totalmente independientes para realizar sus actividades de la vida diaria, 50% tienen dependencia leve, 17% dependencia moderada, 10% dependencia severa y 9% dependencia total.

Cortés Alma en su estudio de” Evaluación geriátrica integral del adulto mayor” observó que el grado de dependencia física en el adulto mayor fue 61.7% fueron independientes totalmente, dependencia leve fue del 20.7%, dependencia moderada 15.4%, dependencia severa 1.5% y 0.6% de los adultos mayores fueron totalmente dependientes para realizar actividades instrumentales en su vida diaria.

En el apartado de género y grado de dependencia García Pérez y, García Moreno analizó en “Distribución de la dependencia en los mayores de 65 años en relación con variables sociodemográficas según la escala de Lawton y Brody” que el 44.8% de las mujeres y 21.6% de los hombres son independientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y el 26.8% de las mujeres y 12.8% de los hombres son dependientes para realizar actividades de la vida diaria. Gloria Villareal en su estudio de “Condición sociofamiliar, asistencial y de la funcionalidad del adulto mayor de 65 años” encontró que el 44.8% de las mujeres son independientes para realizar sus actividades y 21.6% de los hombres son independientes, mientras que el 26.8% de las mujeres son dependientes para realizar sus actividades y el 12.8% de los varones son dependientes para realizar sus actividades. González MF, Massad TD, et al. en el “Estudio Nacional de la Dependencia en los Adultos Mayores”.

En la sección de rango de edad y grado de dependencia ° Gloria Villareal en su estudio de “Condición sociofamiliar, asistencial y de la funcionalidad del adulto mayor de 65 años” analizó que el grupo de edad de 75-84 años el 45.7% , seguido de 65-74 años 43.3%, mayores de 85 años 10.8% fueron independientes para realizar sus actividades y el grupo de edad que prevaleció con respecto a la dependencia para realizar sus actividades más afectado fue de 75-84 años con un 11% , seguido de 85 años y más 9.9% y con menos frecuencia de 65-74 años con un 5%.

García Pérez y, García Moreno analizó en “Distribución de la dependencia en los mayores de 65 años en relación con variable sociodemográficas según la escala de Lawton y Brody que el grupo de edad que más prevaleció con respecto a realizar sus actividades fue de 75-84 años el 45.7% son independientes y el 33.8% son dependientes, el grupo de 65-74 años el 43.3% son independientes y el 23.8% son dependientes. Y finalmente el grupo de edad mayores de 85 años el 10.8% solo son independientes y el 42.8% son dependientes.

CONCLUSIONES

El uso de instrumentos de valoración de la función cognitiva en adultos mayores, en especial la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody (capacidad para usar el teléfono, realizar compras, preparar la comida, cuidados de la casa, lavado de ropa, usar los medios de transporte, responsabilidad con sus medicamentos y manejo de asuntos económicos) nos permitió evaluar el grado de dependencia de nuestros pacientes geriátricos y la detección de niveles de deterioro cognitivo para poderlo clasificar en (leve, moderado, severo).

En el presente estudio donde se evaluó el grado de dependencia para ejecutar actividades instrumentales, se observó que las mujeres 57% predominaron en las encuestas sobre los hombres con solo 43%.

De estos encuestados, el rango de edad que prevaleció fue 60-70 años con un 46.5%. Con los resultados obtenidos se pudo aceptar la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes geriátricos son independientes para ejecutar de manera independiente para realizar actividades instrumentales (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de asuntos económicos, etc.)

Con relación al estado civil se observó que la mayoría de adultos mayores en los grupos de edad estudiados estaban casados 46.5 % que representaron la mayoría del estudio pero esta situación se reduce conforme se incrementa la edad, prevaleciendo la viudez 28.5% debido posiblemente a la enfermedades crónico-degenerativos va afectando tanto a hombres como a mujeres por lo tanto producen el fallecimiento de éstos y se van quedando solos.

En lo referente a la ocupación predominó las labores dedicadas al hogar en 35.2%. La explicación se da en base a que los adultos mayores a medida que se incrementa la edad, la proporción de la población que es económicamente activa disminuyen.

En lo que respecta a la escolaridad de los adultos mayores encuestados vemos que destacó el nivel primario 50.4%, este patrón refleja el hecho de que el pasado, el acceso a la educación fue limitado, ya que los hombres se dedicaban al trabajo y las mujeres especialmente se dedicaban al cuidado de los hijos.

El grado de dependencia que se observó en los pacientes geriátricos fue la dependencia leve 37% para realizar actividades instrumentales.

El grado de dependencia más frecuente que se observó en relación al género fue la dependencia leve 29.3% en hombres y 22.1% en mujeres. Ya que 38.9% de mujeres y el 34.3% de hombres podían realizar independientemente sus actividades.

Se observó que conforme va pasando el tiempo los pacientes al tener deterioro cognitivo ya sea por diferentes circunstancias empieza a haber fallas al realizar por lo tanto actividades complejas como sucede en el estudio. Con respecto al rango de edad se observó que 60-70 años, el 60.7% puede realizar independientemente actividades instrumentales.

En el grupo de 71-80 años el 34.8% y 81-90 años 51.3% ya presentaban dependencia moderada. El grupo de 91 años y más el 55.6% ya tenían dependencia severa.

Al relacionar el rango de edad con el grado de dependencia se detectó pérdida de algunas funciones complejas que se preguntaron durante la escala de actividades instrumentales que ya no podían realizar o dependían totalmente de algún otro miembro de la familia en cuanto a dependencia funcional se encontró lo siguiente de acuerdo al rango de edad dependencia leve 71-80 años en un 27.3%, de 81-90 años.

El grupo más vulnerable en relación al rango de edad fue el de 91 años y más con 5.6% con un grado de dependencia total.

En cuanto al estado civil y grado de dependencia se observó que el 71.4% fueron solteros y son totalmente independientes para realizar sus actividades instrumentales, porque finalmente ellos están acostumbrados a tener autosuficiencia mientras que el 34.6% de los casados tenían dependencia leve, seguido de la dependencia moderada del 49.2 % que predominó en viudos(a), la dependencia severa se observó que el 24.6% también eran viudos (a) y finalmente la dependencia total se observó en 4.6% de personas con viudez, ya sea por el fallecimiento de pareja o son producto de una enfermedad crónica.

En cuanto a la ocupación y grado de dependencia se refiere los que son totalmente independientes para realizar sus actividades instrumentales fueron los empleados en un 64.1%, ya que todavía estas personas son activas en comparación con los que presentaron dependencia leve los cuales fueron los pensionados 33.3%, con dependencia moderada lo presentaron los jubilados en un 15.5% y con dependencia total solo el 25% de los pacientes se dedicaban al hogar que dejan de realizar aquellas actividades que realizan son mínimas y no requieren un gran esfuerzo.

El rubro de la escolaridad y grado de dependencia se observó que el 64.3% de los pacientes estudiaron hasta la licenciatura, ya que ellos al presentar un mayor grado de escolaridad ya que cuentan con recursos económicos y son derivados para una rehabilitación mientras que la dependencia leve prevaleció tanto a nivel de secundaria como los de bachillerato. Seguido de la dependencia moderada se observó en un 35.4% con grado de primaria y la dependencia severa el 25% fue analfabeta, al no tener una preparación adecuada no se informan y no acuden a centros especializados para recibir ayuda.

Nosotros como médicos familiares es de suma importancia esta información ya que al realizar una valoración geriátrica nos permitirá identificar la presencia de primeros grados de deterioro cognitivo que pueda afectar a la capacidad de autosuficiencia y autocuidado del adulto mayor, para establecer un diagnóstico más confiable de sus causas e implicaciones, manejarlo de manera multidisciplinaria y por último, establecer estrategias de intervención para preservar la funcionalidad y calidad de vida, más que en prolongar la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano CA. Introducción a la Geriatria. Méndez Editores, 2ª edición 2000. Pág. 1-6.
2. Ávila F.F.M. Definición y objetivos de la geriatría. Medigraphic 2010. Pág. 49-54.
3. Ortiz M. Gerontología, Geriatria y Medicina Interna .Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina 2006. Pág. 1-7.
4. Palmer MR. Diagnóstico y tratamiento en Geriatria. Manual Moderno 2005. .Pág. 25-30.
5. Pardo AG. Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. Rev. Cub Invest Biomed 2003. Pág. 58-67.
6. Dr. M. Allenato y Dr. Gaviria. Teoría del estrés oxidativo. Envejecimiento. Act. terap Dermatol 2008. Pág. 155-159.
7. A. Fusori. Envejecimiento fisiológico y enfermedades neurodegenerativas. Rev. Neurol. 2009. Pág. 363-369.
8. Organización Panamericana de la Salud. 2000.
9. Leal MD, Flores CM, Borboa, GC. La Geriatria en México. Medigraphics. Vol. VIII. Numero 3 ,2006; 185-90.
10. Bayarre VH, Pérez PJ. Publicación de Gerontología y Geriatria .Vol. 1 No.3 2006. Pág. 17-19.
11. Gutiérrez RLM, Peña MC. Geriatria para el médico familiar. Editorial Manual Moderno 2012 Pág. 2-20.
12. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Guías de práctica clínica Instituto Mexicano del Seguro Social.. 2009 .Disponible en:

www.imss.gob.mx/ guías de práctica clínica

13. .Abellán V. K., Abizanda S. P . et al. Tratado de Geriátría para residentes. Sociedad Española de Geriátría Gerontología. Editorial International Marketingand Communication 2006 Pág.782.
14. Gómez PJ. El anciano frágil. Detección prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. (2003) Instituto de salud Pública. Editorial Nueva Imprenta; 3-24.
15. Rendón O. M.C, Rodríguez Ledesma M.A. Valoración clínica geriátrica integral en Medicina Familiar.. Rev Med Inst Mex Seg Social 2011; 49 (2):171-177.
16. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriátría Gerontología, 1997; 32(5): 297-306.
17. Rendón O. M. C, Rodríguez Ledesma M .A. Valoración clínica geriátrica integral en Medicina Familiar.. Rev. Med Inst Mex Seg Social 2011; 49 (2):171-177.
18. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev. Esp Geriátría Gerontología, 1997; 32(5): 297-300.
19. Gallegos C. K . García P.C. et al Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. Rev. Salud Pública 2006, 40 (5) 792-801.
20. Zavala G. Ma. Posada A.SE. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos en Villahermosa, México. Archivos de Medicina familiar 2010. Pág. 1-11.
21. González K.A. Delgado C.A. et al. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev. Ciencias Médicas 2012 Pág. 124-137.

22. A. Fusori JA Molina. Envejecimiento fisiológico y enfermedades neurodegenerativas. Rev. Neurol 2009. Pág. 363-369.
23. Instituto Nacional de Geriátría. Memoria Institucional. Secretaría de Salud. Edición 2007-2009.
24. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Secretaría General, Secretaría de Gobierno Parlamentario Última Reforma 25 abril de 2012.
25. Programa de Acción: Atención al envejecimiento. Secretaría de Salud. Primera edición 2001.
26. F. González et al. estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores 2004.
27. Departamento de Estudios y Desarrollo. Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Marzo 2008. Pág. 1-54
28. Catalina Tapia et al. Valoración multidimensional del envejecimiento. Rev Med 2010. Pág.1-54 .
29. University de California. The Lawton instrumental living scale. San Francisco Center. 2008; 1-12 .
30. Trigas F. M. Ferreira G. L. Escalas de valoración funcional en el anciano. Sociedad Galega de Medicina Interna. Galicia Clin.2011 Pág. 124-137.
31. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb. 2007.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"EVALUACION DE LA DEPENDENCIA EN PACIENTES GERIATRICOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN HGZ/UMF 8" DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Marzo 2011 ^a febrero 2013.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Las actividades instrumentales de la vida diaria se han asociado con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que actividades como: usar teléfono, el transporte, tomar su propio medicamento y manejar su propio dinero, se asocian de forma independiente con la presencia de demencia. También permite realizar distinciones entre discapacidades situacionales, no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales, y discapacidades funcionales que sí dependen de las condiciones de salud del individuo.
Procedimientos:	Se realizará una entrevista individual a pacientes geriátricos de ambos sexos , que acudan a la consulta externa del HGZ / UMF8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo."
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la independencia y autonomía en actividades instrumentales de la vida diaria
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo no hay intervención de variables por lo tanto solo se informará en caso de información relevante.
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que se considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma incondicional.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza 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: _____

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

Investigador Responsable:

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Colaboradores:

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación.

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ / UMF # 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ESCALA DE LAWTON Y BRODY
PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

OCUPACIÓN: 1 () HOGAR 2 () EMPLEADO 3 () JUBILADO 4 ()
PENSIONADO

ESCOLARIDAD: 1 () ANALFABETA 2. () PRIMARIA 3. ()
SECUNDARIA 4. () BACHILLERATO 5. () LICENCIATURA

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () UNIÓN
LIBRE 4 () DIVORCIADO 5 () VIUDO

ENCUESTA APLICADA PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

PUNTUACIÓN:

INDEPENDENCIA TOTAL: 8 PUNTOS

DEPENDENCIA LEVE: 6 y 7 PUNTOS

DEPENDENCIA MODERADA: 4 Y 5 PUNTOS

DEPENDENCIA SEVERA: 3 y 2 PUNTOS

DEPENDENCIA TOTAL: 0 y 1 PUNTO