

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

“GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”

Tesis que presenta:

Dra. Iris Lorena Toscano Horta.

Para optar por el grado de:

Especialista en medicina familiar.

Nombre de Tutor de Tesis:

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos.

Aguascalientes Ags., Febrero 2011

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



IRIS LORENA TOSCANO HORTA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

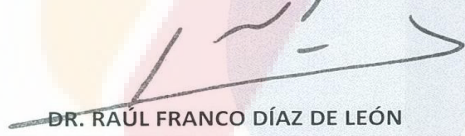
Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

“GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 03 de Marzo de 2011.



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes

Dra. Iris Lorena Toscano Horta

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado


“GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de registro: **R- 2011-101-7** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente Iris Lorena Toscano Horta asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.


ATENTAMENTE

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Aguascalientes, Ags. a de febrero de 2011

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dra. Iris Lorena Toscano Horta.

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:


“Grado de dependencia funcional en el adulto mayor en el primer nivel de atención del IMSS, delegación Aguascalientes”

Número de Registro: **R-2011-101-7** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Residente Iris Lorena Toscano Horta asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE


Dra. Martha Elena Trujillo Avalos.



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

“GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. IRIS LORENA TOSCANO HORTA.

DIRIGIDO POR:

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS.

SINODALES

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

VOCAL 3: _____

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme llevar a término mi especialidad, por su infinito amor y por estar presente con nosotros en todo momento.

A mi esposo e hija gracias por la paciencia y amor. Los amo mucho.

A mis padres los mejores, a los que les tengo un profundo amor.

A mis hermanos Oscar, Erick, Ilian, Carlos, Adriana por estar conmigo a pesar de la distancia.

A la Dra. Martha Trujillo por su paciencia hacia este proyecto, y sobre todo a la dedicación a esta especialidad.

A la Dra. Hortensia López por la preocupación y dedicación hacia sus alumnos.

A mis compañeros que siempre me apoyaron y ayudaron en todo momento, gracias por los momentos de alegría.

A mi familia política ya que sin su ayuda en los cuidados de Andrea gracias por no dejarnos solos.

A Mary Zambrano por ayudarme en todo el proceso y por contar siempre con su amistad que es invaluable.

DEDICATORIAS

A Omar un pilar muy importante en mi vida, el motivo de mi felicidad y agradecimiento infinito. Sin él no hubiera sido posible, gracias por estar aquí para mí y para nosotros.

Andrea Sofía el amor más grande que pueda existir, la persona que físicamente estuvo conmigo en guardias, postguardias, clases y que con su sonrisa y comprensión alegre y alentó mi día en todo el proceso, gracias Andrea por llegar el mejor momento de nuestras vidas y por estar con nosotros con tu amor y tu felicidad que se contagia.

A mi Papá todo mi amor y todo mi respeto, gracias por darme el ejemplo de la dedicación y la fuerza con lo que debo enfrentar todo. Por darme todo amor y orgullo de ser tu hija.

A mi mamá todo mi amor y agradecimiento por confiar en mi, por creer que soy capaz de todo y por tu consejo que en todo momento esta conmigo. Gracias mamá

Erick el buen hermano mayor que con el buen ejemplo motivo a los que le siguen.

A Ilian mi hermana y confidente que a pesar de la distancia podemos mantener el amor y el cariño que nos une y comparto el amor a su familia.

A Carlos mi hermano querido, no desesperes porque lo bueno está por venir y a ti te sobra inteligencia y virtud solo hay que saber invertirlos bien.

A Adriana mi amor y cariño, fuerza y empeño en todo.

A mi hermana Adriana la grande mi primera hermana doctora el mejor ejemplo que con dedicación y estudio todo se logra, te quiero y te admiro.

RESUMEN

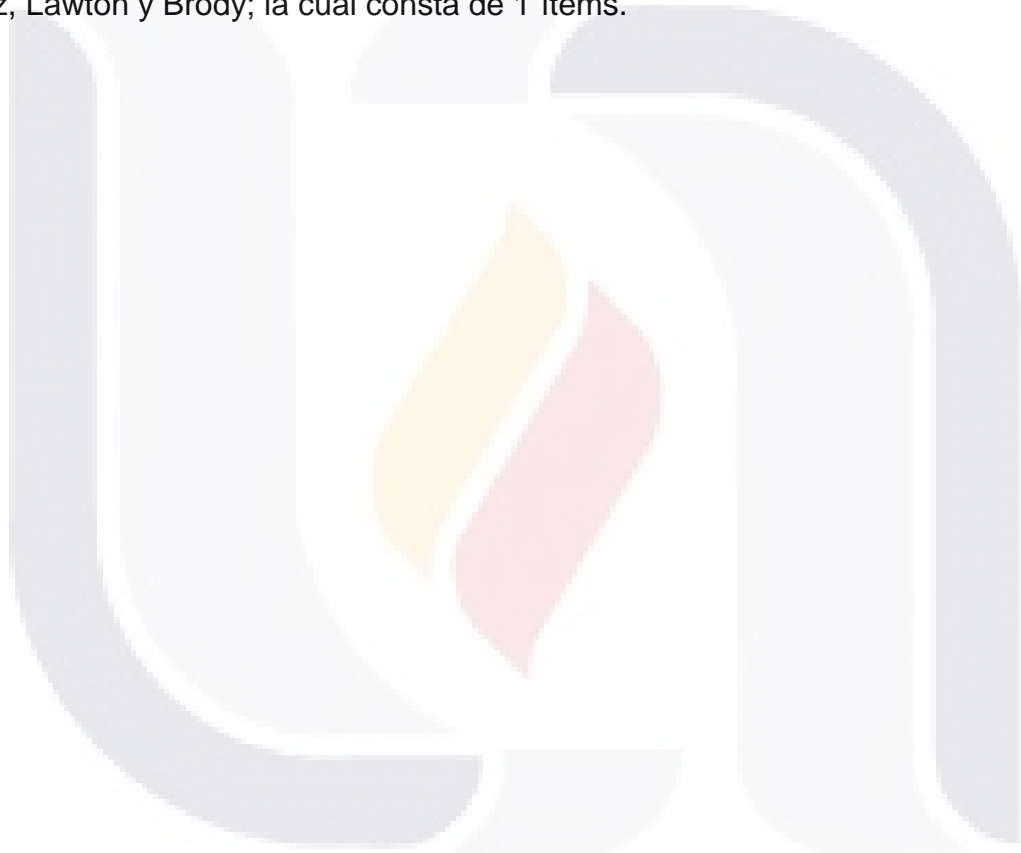
Titulo: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

La dependencia de las personas mayores es un fenómeno que involucra un declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria, es un proceso complejo, que admite muchas vías de intervención aunque los profesionales de salud tiene dificultad para reconocer la presencia de este proceso patológico, ya que lo asocian de forma natural a la edad, implicando que no se identifique el grado de dependencia y con esto avanza el deterioro hasta llegar a ser irreversible. Un problema que podría ser prevenido con una adecuada atención médica.

En México es un concepto poco aplicado en nuestro medio ya que las Guías de Atención Geriátrica Integral no se aplican de manera rutinaria o anual, sin hacer un diagnostico funcional de la población adulta mayor. La importancia de una pronta identificación propicia mejoras en la calidad de vida, la menor dependencia para las actividades básicas, y la mejoría no sólo en el bienestar del paciente, si no en la dinámica familiar, social y de vida. En países de Europa y América Latina se han establecido valoraciones periódicas de la Dependencia Funcional en donde se clasifica al adulto mayor y se logra de esta manera cambios en los indicadores sanitarios como la reducción de la estancia hospitalaria, así como de gastos de laboratorio, consumo de fármacos y de material de curaciones, todo esto acompañado de una disminución absoluta de la mortalidad. La utilidad y efectividad de la detección de ancianos frágiles queda fuera de toda duda.

Objetivo General: Identificación del grado de dependencia funcional en el adulto mayor en el primer nivel de atención en el IMSS delegación Aguascalientes.

Metodología: Es un Estudio observacional, descriptivo y transversal el cual se realizara en el adulto mayor que acude a la consulta externa de medicina familiar en las unidades 1, 7, 8, 9 y 10 Delegación Aguascalientes en una muestra de 184 adultos mayores, a los cuales se les aplicara las Escalas de Katz, Lawton y Brody; la cual consta de 1 ítems.



INDICE DE CONTENIDO

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	i
CARTA DE PRESENTACIÓN A SINODALES	iv
DEDICATORIA	Vi
AGRADECIMIENTOS	Vii
RESUMEN	Xiii
INDICE DE TABLAS	xii
INDICE DE FIGURAS	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1. Breve descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	4
2. Panorama del estado de salud.	4
3. Panorama del sistema de atención en salud.	6
4. Descripción de la naturaleza del problema.	8
5. Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema	9
6. Argumento convincente	10
7. Estudios Relacionados.	10
8. Información que se espera obtener	11
IV. JUSTIFICACIÓN	12
V. MARCO TEORICO	13
VI. OBJETIVOS	17
VII. METODOLOGÍA	18
1. Plan de recolección de información	20
2. Plan de análisis	20
3. Logística	21
4. Prueba piloto	21
5. Consideraciones éticas.	22
6. Plan presupuestal.	22
VIII. RESULTADOS	23
IX. DISCUSIÓN	31

X.	CONCLUSIÓN	32
XI.	SECCIÓN DE ANEXOS	33
	ANEXO 1 Cronograma de actividades	33
	ANEXO 2 Consentimiento informado	34
	ANEXO 3 Instrumentos	35
	ANEXO 4 Operalización de las variables	38
XIV.	GLOSARIO	40
XV	BIBLIOGRAFIA	41



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 Sexo del entrevistado 23

TABLA 2 Grado escolar 24

TABLA 3 Enfermedades crónicas. 25



ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO 1	Dependencia funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria	26
GRÁFICO 2	Cuenta de variables discretas: edad	26
GRÁFICO 3	Grado de dependencia funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria por sexo	27
GRÁFICO 4	Dependencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria por clínica	28
GRÁFICO 5	Grado de dependencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria por sexo	29
GRÁFICO 6	Grado de dependencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria por clínica	30

I. INTRODUCCIÓN

El Grado de dependencia funcional es poco conocido en nuestro medio ya que las publicaciones específicas sobre este son muy escasas. Dados los cambios poblacionales en nuestro país es de vital importancia el conocimiento y la identificación oportuna de este padecimiento ya que es el portal para la aparición de los restantes síndromes geriátricos, y con esto el aumento en el gasto de los servicios médicos, el número de consultas y con punto final de la evolución natural de este padecimiento la alta mortalidad. Por otro lado, paciente geriátrico requieren mayores cuidados, vigilancia por familiares o personal dedicado al cuidado de estos pacientes, lo que redundará en aumento de los gastos, disminución de la productividad de las personas responsables y cuidadoras del paciente, principalmente familiares.

La identificación oportuna propicia acciones para el combate, lo que mejora la calidad de vida, la menor dependencia para las actividades básicas, y la mejoría no sólo en el bienestar del paciente, si no en la dinámica familiar, social y de vida. En España el segundo país europeo con más Adultos mayores se han implementado un conjunto de medidas asistenciales en la práctica geriátrica cotidiana, como la valoración objetiva de la incapacidad, etc. Se han elaborado planes terapéuticos por objetivos en donde se evalúa cada 6 meses el grado de dependencia funcional del adulto mayor, con esto han logrado una disminución del avance de la dependencia funcional. En México se han desarrollado diversas estrategias e incluso se han desarrollado guías para la atención primaria pero no hay una evaluación rutinaria de los adultos mayores ya comprobándose con esto un aumento de la calidad de vida y la disminución de las complicaciones tanto económicas como sociales. Proporcionando en un futuro los servicios necesarios en cada momento para evitar que los usuarios enfermen y/o deterioren funcionalmente y necesiten servicios más caros en un futuro.

II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Ruiz LD (2008) Estudio observacional, descriptivo y transversal en una provincia de Perú, donde el 7.5% son mayores de 60 años. Se realizó la valoración funcional, realizándose con el índice de Katz incluido en una ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor. En donde se evalúa la dependencia o independencia de los adultos mayores, clasificándolos en dependiente parcial o total. Concluyendo el 10% son dependientes parciales y 10.5% son dependientes totales. No se encontró relación entre el sexo y la valoración funcional, sin embargo a mayor edad se encontró un aumento del nivel de dependencia.

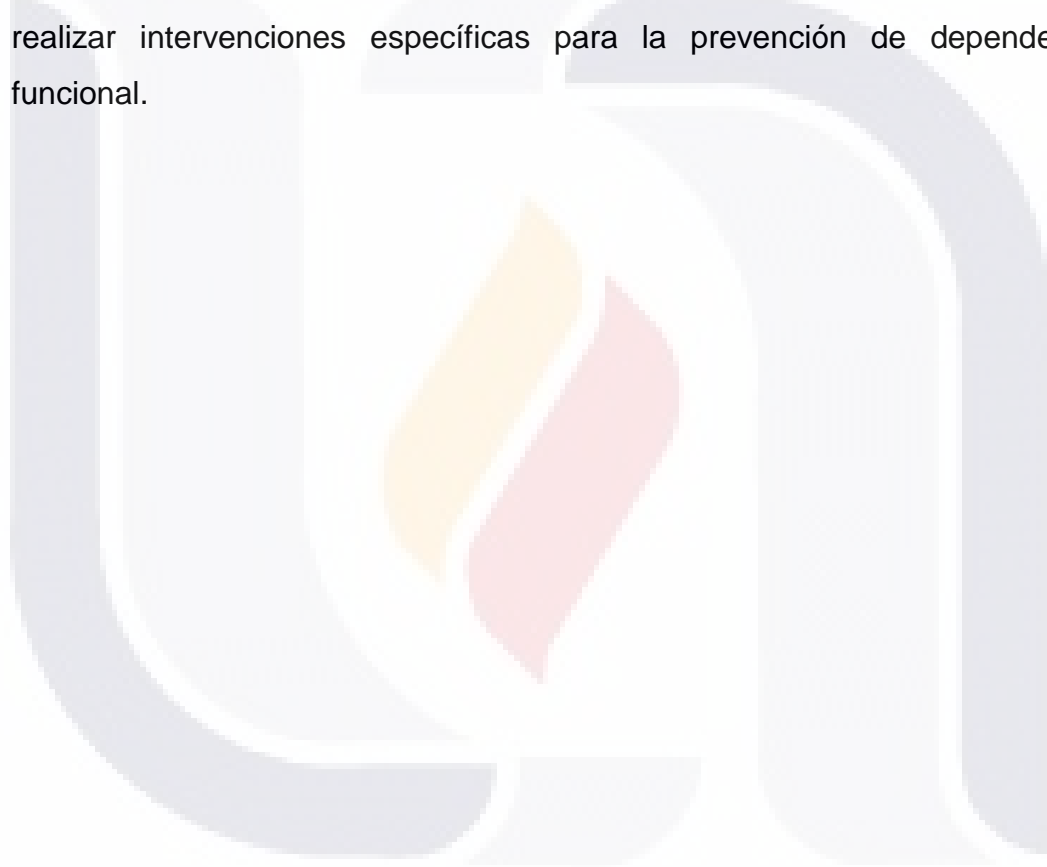
Goicochea RE. (2008) Estudio descriptivo transversal el cual se aplica a Hospital I. Albrechi en Argentina el cual tuvo como objetivo determinar el grado de dependencia funcional además de la determinación del estado de salud de esta población. Detectándose una dependencia funcional de 34.8%, con un grado Dependiente leve 26.1%, dependiente moderado del 27.2%.

Carmenaty (2002) Estudio de evaluación estratégica con el objetivo de realizar una evaluación funcional en un hogar de ancianos en Cuba. Encontrando que un 96.1% realizaron de forma independiente las actividades de la vida diaria. Utilizando las escalas de Katz y Lawton. Las actividades instrumentadas con mayor grado de dependencia son el uso de teléfono, las labores de artesanía, ir de compras y el manejo de la casa; se debe trabajar para crear un mayor nivel de independencia y autonomía en el adulto mayor.

Dorantes (2007) Realizan estudio transversal de la información obtenida en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México en el 2001 para determinar los factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores. Encontrando dependencia en un 13.8% de las mujeres de

60 años y más residentes de áreas urbanas, reportando tener al menos una dificultad en AVD, en los hombres la prevalencia fue 8.4%.

Manrique (2010) Determina la prevalencia de la dependencia funcional de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza en México. En donde el 30.9% de los adultos mayores lo presentaron. Destaca la necesidad de realizar intervenciones específicas para la prevención de dependencia funcional.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TÍTULO: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS. AGUASCALIENTES.

Objeto: Dependencia Funcional.

Sujeto: Adulto mayor

Contexto: Primer nivel de Atención Aguascalientes.

1. BREVE DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

En el Estado de Aguascalientes hay una población de 1.065,416 habitantes de estos 72,771 son Adultos Mayores (7% de la población Total) En el IMSS Delegación Aguascalientes existen 628,261 afiliados y el 46.7% son adultos mayores. Los cuales están distribuidos en las unidades de medicina familiar a estudiar: UMF 1, 7, 8, 9 y 10. (24)

2. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

Uno de los problemas más importantes en la etapa del adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios junto con las enfermedades crónicas limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. (4)

En 1998 fue definida la Dependencia por el Consejo de Europa como “El estado en el que se encuentran las personas que necesita la asistencia de otra para realizar determinadas actividades” De todas formas, cada país ha implementado su particular concepto de dependencia.(5) Afrontando el

problema del envejecimiento de la población y específicamente el problema de la atención de estas personas con dependencia funcional, se han implementando sistemas de servicios comunitarios que proveen actividades de cuidados personales, los llamados “cuidados de largo plazo” , financiado por el gobierno.(7)

En Alemania consideran que se produce una situación de dependencia cuando una persona con discapacidad física, psíquica o mental, requiere de apoyo para las tareas esenciales de la vida durante al menos 6 meses.

En Francia se requiere no sólo la pérdida de autonomía debido a una deficiencia física o mental, sino también ser mayor de 60 años. En Austria, una persona dependiente es aquella que recibe al menos 50 horas de cuidados semanales durante al menos 6 meses. En Portugal, se considera dependencia como el resultado de un conjunto de indicadores con los que se mide la capacidad de la persona para realizar autónomamente las tareas esenciales de la vida evaluándose con los índices de Katz.

En España la evolución de la dependencia tiene un efecto significativo sobre la demanda de cuidados de larga duración, en el 2006 se promulgo un artículo de ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia con valoraciones semestrales, estableciendo 3 grados de dependencia: Dependencia moderada cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria al menos una vez al día, dependencia severa cuando necesita ayuda dos o tres veces al día, y gran dependencia cuando necesita ayuda varias veces al día y debido a su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisando del apoyo continuo de otra persona. Aplicándose actualmente el cuestionario de valoración de la Dependencia, logrando una reducción de la dependencia moderada. (8)

El Ministerio de Salud chileno ha iniciado programas de capacitación que se encuentra en una etapa de sensibilización masiva de los niveles asistenciales y equipos de salud. Tratando de aumentar los niveles de funcionalidad de los ancianos y detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el adulto mayor que lo coloque en riesgo (19) En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 2003 viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, donde está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que desde el 2006 cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye la valoración funcional, mental, sociofamiliar y física, la cual debe de ser aplicada una vez al año a toda la Población adulta mayor que acude a la consulta externa en establecimientos de salud del primer nivel de atención. (23)

En México el adulto mayor es prioritario, existe un programa de atención al adulto mayor el cual se genero a partir del plan nacional de salud en el año 2000, con el cual se espero reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. (6) Existen las Guías de atención geriátrica integral la cuales no son aplicadas de una manera rutinaria al adulto mayor; en el 2007 se realiza un estudio en donde se concluye que la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento El conocimiento del grado de dependencia contribuye a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

3. PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro social existen 2 Hospitales Generales de Zona con 10 unidades de medicina familiar para atención de los Adultos Mayores. Dentro de esta infraestructura existen diferentes programas como:

Guía del cuidado de la salud del adulto mayor Educación para la salud (PREVENIMSS) que incluyen:

- a. Educación para la salud.
- b. Nutrición.
- c. Prevención y control de enfermedades
- d. Identificación oportuna de enfermedades.
- e. Esquema básico de vacunación.

Guías de la Práctica Clínica en:

- a. Evaluación y Control Nutricional Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención.
- b. Demencia en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención.
- c. Depresión en el Adulto Mayor.
- d. Maltrato Adultos Mayores.
- e. Utilización adecuada de los analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor.

Norma Oficial Mexicana NOM-167-Ssa1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Ley para la Protección Especial de los Adultos Mayores del estado de Aguascalientes

Promulgada y aprobada en el 2010 en donde el estado garantiza las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores, estableciendo programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro.

En el estado de Aguascalientes existen los siguientes programas dirigidos al Adulto Mayor:

- Consulta gratuita
- Consulta Psicológica en el CRIS.
- Estancia de Día (Casa del Abuelo).
- Orientación Alimentaria

Todos estos servicios conllevan un costo a la población adulta servicios a los que no toda la población puede acceder.

En México se deberían implementar la revisión rutinaria de manera anual como se realiza en otros países para detectar el grado de dependencia en los adultos mayores.. No hay registros del Grado de dependencia que existe en el Estado de Aguascalientes.

4. DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Aunque en diversos países han desarrollado sus propios criterios para su identificación en México es poco conocido por el médico es poco utilizado en la consulta externa y aún por los médicos de las especialidades troncales. Esto toma una mayor relevancia ya que con el aumento del número de ancianos habrá también un incremento de las necesidades de salud de este

sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez; la dependencia funcional. Aunque existen en Aguascalientes varias instituciones y programas relacionados y encargados del Adulto mayor no dan importancia a la identificación del grado de dependencia funcional, y a nivel Institucional, aunque se han desarrollado varias guías clínicas para la atención primaria del Adulto Mayor no se aplican con regularidad como sería lo correcto. Manifestándose las consecuencias entre las que destacan la disminución de la autoestima y el bienestar autopercebido, las de carácter familiar como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia) y como consecuencia la necesidad de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la hospitalización y, finalmente hay implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud. (9) La identificación de la dependencia funcional y su clasificación en grados, se ha tomado en algunos países como el punto inicial que conlleva a la aparición de los grandes síndromes geriátricos, por lo que la evaluación de rutinaria y oportuna en los ancianos puede dar pauta al descubrimiento y mejor calidad de vida para este grupo en estudio.

A) GRAVEDAD DEL PROBLEMA

En Latinoamérica se han reportado prevalencias de alrededor de 20% en Colombia (12) y 13% Chile (13) en adultos del mismo grupo de edad. En la ciudad de México señalan una prevalencia de dependencia funcional en las mujeres fue mayor que en los hombres (19.1 y 14.8%, respectivamente) (14) El estudio Nacional de Salud y envejecimiento en México encontró que el 13.8% de las mujeres de 60 años y más residentes de áreas urbanas reportaron tener al menos una dificultad en Actividades de la vida diaria, mientras que en los hombres la prevalencia fue de 8.4%(3) Aunque la prevalencia nos ubique a un mismo nivel no se ha identificado el grado de dependencia funcional en el que se encuentra actualmente, además no se han establecido pautas de intervención más profundas en los grados

considerados avanzados. Por lo que en México se continúa con el aumento del gasto en los servicios por parte de los adultos mayores sin existir alguna mejora de estas condiciones. (11)

5. ANALISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

Sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, grado escolar.

Médicos: Enfermedades crónicas, medicación.

Sociales: vive solo

Físicos: Movilidad, continencia.

Higiene: Bañarse, lavado de ropa, etc.

6. ARGUMENTO CONVICTENTE

La Dependencia Funcional se revela como un concepto útil para el clínico y para el epidemiólogo, pues la identificación precoz de los ancianos con dependencia permite seleccionar un grupo de ellos que se beneficiarán de una evaluación funcional adecuada, así como tomar a tiempo medidas que intenten evitar el declive progresivo del individuo y la muerte.

Las conductas positivas en salud en los ancianos no sólo prolongan la vida; también disminuyen el riesgo de inmovilidad y dependencia. Ya que el paciente dependiente requiere mayor cuidado, vigilancia por familiares o personal dedicado al cuidado de estos pacientes, lo que redundará en aumento de los gastos, disminución de la productividad de las personas responsables y cuidadoras del paciente, principalmente familiares.

La identificación oportuna propicia que se tengan en cuenta que la aparición de otros síndromes geriátricos es inminente o bien se encuentren ya presentes, lo que mejora la calidad de vida al poder tratar los síndromes

geriátricos y con esto la menor dependencia para las actividades básicas, y la mejoría no sólo en el bienestar del paciente, si no en la dinámica familiar, social y de vida. Así como la optimización del gasto y el uso de recursos sanitarios

7. ESTUDIOS O PROYECTOS RELACIONADOS.

- a) Carmenaty (2002) Estudio de evaluación estratégica con el objetivo de realizar una evaluación funcional en un hogar de ancianos en Cuba. Encontrando que un 96.1% realizaron de forma independiente las actividades de la vida diaria. Utilizando las escalas de Katz y Lawton. Las actividades instrumentadas con mayor grado de dependencia son el uso de teléfono, las labores de artesanía, ir de compras y el manejo de la casa; se debe trabajar para crear un mayor nivel de independencia y autonomía en el adulto mayor.
- b) Dorantes (2007) Realizan estudio transversal de la información obtenida en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México en el 2001 para determinar los factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores. Encontrando dependencia en un 13.8% de las mujeres de 60 años y más residentes de áreas urbanas, reportando tener al menos una dificultad en AVD, en los hombres la prevalencia fue 8.4%.
- c) Manrique (2010) Determina la prevalencia de la dependencia funcional de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza en México. En donde el 30.9% de los adultos mayores lo presentaron. Destaca la necesidad de realizar intervenciones específicas para la prevención de dependencia funcional.

8. INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER

Identificación del grado de dependencia funcional características demográficas, distribución entre ambos sexos, comorbilidad, todo esto para obtener conocimiento descriptivo de este padecimiento y facilitar por parte del personal de salud que permita tenerlo en mente y prever las implicaciones asociadas a su presencia.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de Investigación:

¿CUÁL ES EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES?

IV. JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad en el estado de Aguascalientes 77 mil personas son identificadas con 60 años y más, representando el 7% de su población total.

(10) En la primera mitad del presente siglo Aguascalientes experimentará un acelerado proceso de envejecimiento de su población. Conforme a las proyecciones demográficas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2030 los adultos mayores representarán el 16.4% de los residentes en la entidad. (10) El reto social que el proceso de transición demográfica representa para el país, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. (9) En el IMSS se detectó que del presupuesto hospitalario un 42.6% se ocupó en los mayores de 60 años. (11)

De ese universo se desconoce el porcentaje y el grado de dependencia funcional. Disponer de esta información resultaría de gran utilidad porque orientaría a la sociedad y en particular al Instituto Nacional del Seguro Social hacia qué objetivos dirigir su trabajo con los mayores de 60 años racionalizando así su accionar en el proceso de identificación, atención y prevención de dependencia funcional ya que es considerado como un problema de salud. Y con esto permitiría realizar comparaciones puntuales y estimar luego en qué medida esta condición está presente y es vulnerable en correspondencia con las prioridades actuales del sistema. Este conocimiento es crucial en la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del IMSS, el Gobierno y las propias comunidades.

V. MARCO TEORICO

Dependencia funcional es definida por la OMS como el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria. La cual puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, afectando una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar las Actividades de la vida diaria.

Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional, sin embargo la edad no mantiene una relación causal pues el estado de salud de los adultos mayores es el reflejo de todo un periodo de vida, en el que se aculan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden los hábitos, estilos de vida y en general, conductas de salud.

Los cambios naturales y problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales, las que alcanzan su mayor expresión el adulto joven, y en la etapa de envejecimiento disminuyen notoriamente (20) La habilidad para continuar viviendo de manera autónoma es crítica para todo adulto mayor. La pérdida de esta habilidad es una enfermedad seria, la cual muchas veces lleva al internamiento en casas de reposo (16) En algunos casos, la pérdida de independencia es una manifestación de disfunción orgánica.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requerida en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad esta indemne (18) Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del anciano,

se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el adulto mayor que lo coloquen en riesgo con la ayuda de los instrumentos

creados específicamente para este fin. (21) Estas medidas deben ser llevadas a cabo por los equipos del nivel primario de atención, es por esta razón que la autoridad de salud debe preocuparse de sensibilizar y mantener programas de actualización destinados a quienes trabajan en este nivel, que es el lugar más indicado para tratar tempranamente las dificultades que aquejan a este grupo etáreo.(22)

Los cambios que se producen en la vejez, no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento que afecta a distintos órganos y sistemas corporales, sino que, a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la desnutrición, la pobreza y otros. (7)

La dependencia es un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que afrontan nuevas necesidades y demandas sociales.

Los Adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, tomar parte en el medio ambiente externo y en actividades que son por lo tanto enriquecedoras. Por lo que es muy importante diferenciar entre los tipos de actividades de la vida diaria (AVD) en los adultos mayores (26): Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que se refieren a mantenimiento personal en término de supervivencia física; Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que alude al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural y trabajo. Las cuales se encuentran incluidas la Escala de Katz para

Actividades básicas de la vida diaria y los 8 ítems de la escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody las cuales cuentan con un Alpha de Cronbach de .95 y fiabilidad de $r_{xy}=.98$.

La escala de Katz (17), es una de las escalas más conocidas y estudiadas en la evaluación de las habilidades adaptativas de la vida diaria. Fue construida para su uso específico en poblaciones mayores de 65 años. Consta de 6 elementos que cubren las actividades de la vida diaria (AVD) siguientes: Bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, movilidad mínima, controlar esfínteres y comer. Estas se valoran de acuerdo con definiciones específicas y claras de la independencia y dependencia funcional, asignándose un punto por cada actividad que se considera realizada de forma dependiente por el sujeto evaluado. Además tiene una subclasificación en que: a) leve: cuando necesitaba ayuda en una actividad de la vida diaria; b) moderada, cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria. c) severa cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria.

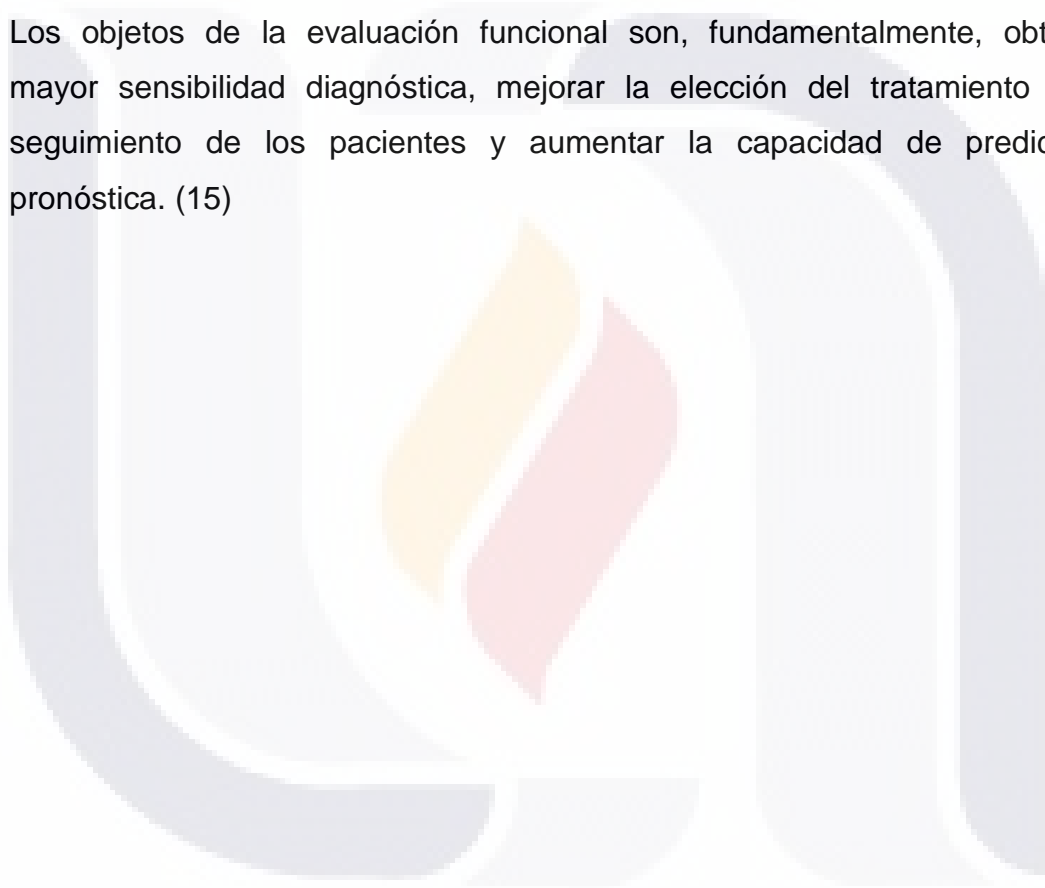
La importancia de esta medición es que provee información acerca de las dimensiones de la salud y morbilidad diferentes a mortalidad para planificación de una política de salud, que busque mejor prevención y cuidados (17)

También se valoran las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales pueden definirse como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los Adultos mayores en el hogar y en la comunidad. (2). Un ejemplo clásico de la evaluación de las AIVD es la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, diseñada por Lawton y Brody en 1969. Que Incluye la capacidad de los adultos mayores para usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar los medios de transporte y asumir la responsabilidad respecto de la medicación y el manejo de asuntos económicos. La cual también tiene una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

subclasificación en leve cuando necesita ayuda en una actividad instrumental y severa cuando necesitaba ayuda en dos o más. Se ha demostrado la utilidad de esta escala como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Detectando las primeras señales del deterioro del anciano.(24)

Los objetos de la evaluación funcional son, fundamentalmente, obtener mayor sensibilidad diagnóstica, mejorar la elección del tratamiento y el seguimiento de los pacientes y aumentar la capacidad de predicción pronóstica. (15)



VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar el grado de dependencia funcional que existe en el Adulto mayor que acude al primer nivel de atención del IMSS delegación Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales.
2. Características demográficas del anciano dependiente.
3. Grado de dependencia funcional por Unidades de Medicina Familiar.

VII. METODOLOGÍA

Diseño de estudio:

Es un estudio del tipo observacional, descriptivo y transversal simple

Universo de Trabajo:

Está constituido por el adulto mayor que acuden a las unidades de medicina familiar 1, 7, 8, 9 y 10 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Población de estudio:

Pacientes de 60 años y más que acuden a la consulta externa en el primer nivel de atención del IMSS, delegación Aguascalientes.

Unidad de observación:

Adulto mayor que acuden a la consulta externa de las unidades de medicina familiar 1,7, 8, 9 y 10 del IMSS delegación Aguascalientes.

Tipo de muestreo:

No probabilístico

Tamaño de la muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra de una población infinita o suficientemente grande para ignorar la corrección por población finita se utilizó la fórmula para estimar una proporción de los adultos mayores con un prevalencia de dependencia funcional del 40% según Acosta (24)

$$N= \frac{(Z \alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

$$\delta^2$$

N: Tamaño de la muestra	Z α= Distancia de la media del valor de significancia propuesto, si la confianza es del 95% (α=95% y Z α= 1.96)
δ²= Magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.	p= proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio, prevalencia.
q = 1-p complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio	

Desarrollándola de la siguiente manera:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.40)(0.3)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(3.8416)(0.12)}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.460992}{0.0025} = 184$$

Criterios de Inclusión:

Sexo Indistinto.

Adultos mayores de 65 años y mas que estén dispuestos a participar en el estudio.

Que acuden a la Consulta Externa de primer nivel de atención

Que hayan firmado consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Edad menor a 65 años.

No derechohabientes del IMSS.

Criterios de Eliminación:

Abandono de la encuesta quedando esta inconclusa.

1. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Técnica: Entrevista

Cuestionarios: Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz modificado. Para evaluar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor.

Previa autorización de los Directores de las unidades de medicina familiar se acudió a las unidades de medicina familiar urbanas de la delegación Aguascalientes, donde se seleccionó de manera aleatoria a los pacientes que acudían a la consulta externa, se otorgó una explicación detallada del protocolo y el objetivo del estudio a cada paciente seleccionado, una vez aceptando la entrevista se firmó previa a esta el consentimiento informado, garantizando el anonimato y confidencialidad; se aplican los cuestionarios los cuales constan de 15 ítems el cual tiene la opción para responder ya sea el paciente o el informante, en caso del que paciente tuviera limitaciones físicas que no le permitiera contestar la entrevista en este caso no hubo respuestas por informantes, se explican de forma clara los mecanismos de respuesta, además de una ficha de identificación con datos demográficos.

Captura de datos: Una vez concluida la recolección de información se procedió a separar aquellos cuestionarios que hayan sido contestados de manera incompleta, cumplido lo anterior se procedió a capturar la información y validarla, para su análisis estadístico.

2. PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizaron los programas computacionales EPI INFO 6 así como el programa SPSS 17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

Los datos obtenidos en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron en una base de datos en EXCEL y se almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura para validar la confiabilidad del proceso.

En el nivel descriptivo para todas las variables se obtuvo distribución de valores absolutos y relativos (porcentajes) Para las variables de tipo cuantitativo se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética)

según la distribución de las variables y de dispersión; frecuencias y porcentajes para las variables de tipo cualitativo. Se representaron en cuadros y gráficos.

La dependencia funcional se midió de la siguiente manera; independiente, requiere asistencia y dependiente dependiendo de las respuestas las cuales estaban ya clasificadas, las actividades básicas de la vida diaria tienen un grado de dependencia según las necesidades de ayuda en una de las actividades básicas de la vida diaria clasificándose como grado leve, considerándose grado moderado cuando necesitaban ayuda en dos de las actividades básicas de la vida diaria, grave cuando ameritaba la ayuda en tres o más de las actividades de básicas de la vida diaria

Además de la aplicación de los cuestionarios se recabaron datos demográficos que se caracterizaron en grupos con valores absolutos y porcentajes en el caso de las variables cualitativas: sexo, nivel de escolaridad, estado civil. Para las variables de tipo cuantitativo: edad se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética o mediana según la distribución de las variables).

3. LOGÍSTICA

Se realizó una revisión bibliográfica para determinar el instrumento más adecuado para evaluar la dependencia funcional, por lo que se seleccionaron los instrumentos para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria, como la Escala de Lawton y Brody y el índice de Katz modificado, estos instrumentos se encuentran incluidos en la encuesta nacional de salud y envejecimiento en México 2001 y 2003 por lo que tienen una gran validez en México

4. PRUEBA PILOTO.

Se realizó una prueba piloto la cual tuvo una duración de dos días, aplicándose el instrumento a diez adultos mayores que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de las Unidades de Medicina Familiar 1, 7, 8, 9 y 10. Se dejó un espacio disponible para que los participantes de esta prueba piloto emitieran sus comentarios sobre el instrumento aplicado, ya sean preguntas con grado de confusión, poca claridad en el lenguaje utilizado, incomodidad, tiempo prolongado u otros; con esto se valoró el tiempo para el llenado del instrumento.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Documento se ajusta a las normas éticas para la investigación en seres humanos, de acuerdo a la declaración de Helsinki de 1964, de la asociación médica mundial, en Tokio en 1975, así como su última modificación de Edimburgo del 2002.

El estudio cumple con parámetros establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en el apartado de investigación (artículos 1 al 27).

En este estudio, las consideraciones éticas serán llegar a identificar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor, por lo que el manejo de la información será de forma confidencial y anónima para los participantes en el proceso. Se realizó con una carta de consentimiento Informado con previa autorización del paciente participante en el estudio.

6. PLAN PRESUPUESTAL

El material necesario serán copias impresas del cuestionario, copias impresas de la carta de consentimiento informado, laptop, lápices y plumas.

Se realizaron visitas diarias a unidades de medicina familiar 1,7, 8, 9 y 10 de la Delegación Aguascalientes, entregando y recolectando los cuestionarios a los adultos mayores que acudían a la consulta externa de medicina familiar.

VIII. RESULTADOS

De un universo de 628,261 afiliados al IMSS el 46.7% se trata de adultos mayores por lo que tratándose de un universo infinito se utilizó una fórmula para poder determinar el tamaño de la muestra de 184 adultos mayores a los que de manera aleatoria dividieron en las unidades de medicina familiar, se aplicaron los cuestionarios donde se valora el grado de dependencia funcional en el adulto mayor con un promedio de entrevista de 5 minutos por persona, descartando un cuestionario por abandono de la entrevista.

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes se encontró que el 51.9% eran mujeres y el 48.1% hombres. El rango de edad fue de 60 a 92 años con predominio de edades de 63 y 68 años. (Tabla 1)

TABLA 1. Sexo del entrevistado

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	95	51.91
Masculino	88	48.09

La escolaridad predominante en un 26.2 % de los entrevistados fue primaria completa, el 50% de los entrevistados tenían actividad laboral, 80% con estado civil casado. La enfermedad crónica predominante es la hipertensión

arterial con un 33.8% y 11.8% relacionada la hipertensión con diabetes mellitus, 10.9% eran sanos. (Ver Tabla 2 y 3)

TABLA 2. Grado escolar.

ESCOLARIDAD	FREC.	PORCENTAJE
Analfabeta	16	8.7
Sabe leer y escribir	13	7.1 %
Primaria incompleta	45	24.5 %
Primaria completa	48	26.2 %
Secundaria completa	18	9.8 %
Bachillerato	8	4.3 %
Carrera comercial	15	8.1 %
Licenciatura	15	8.1 %
Postgrado	5	2.7 %

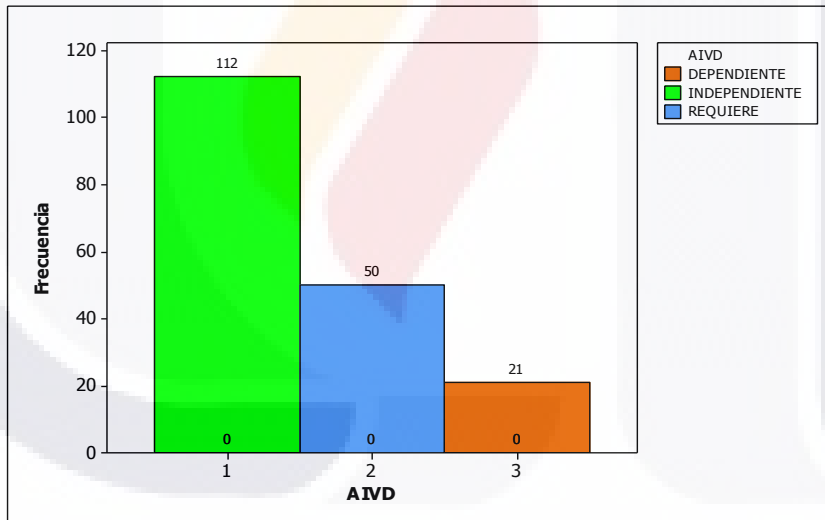
TABLA. 3 Enfermedades crónicas.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	FREC.	PORCENTAJE
Artropatía	8	4.37
Artropatía, Cardiopatía	2	1.09
Artropatía, Cardiopatía, Hipertension	5	2.73
Artropatía, Dm2	1	0.55
Artropatía, EPOC	2	1.09
Artropatía, EPOC, Hipertension	3	1.64
Artropatía, EVC, Hipertension	1	0.55
Artropatía, Hipertension	13	7.10
Ca Mama	1	0.55
Cardiopatía	4	2.19
Cardiopatía, Hipertension	2	1.09
Depresión	1	0.55
Dislipidemia	1	0.55
Dm2	11	6.01
Dm2, Cardiopatía	1	0.55
Dm2, Depresión, EPOC, Hipertension	2	1.09
Dm2, Depresión, Hipertension	3	1.64
Dm2, EPOC Hipertension	1	0.55
Dm2, EPOC, Hipertension	1	0.55
Dm2, Hipertension	21	11.48
Dm2, Hipertension, Hipotiroidismo	1	0.55
Dm2, Hipertension	1	0.55
EPOC	2	1.09
EPOC, Hipertension	1	0.55
Hernia Cervical	1	0.55
Hiperplasia Prostática	2	1.09
Hipertension	62	33.88
Hipertension, Cardiopatía	1	0.55
Hipertension, Hipertrofia Prostática	1	0.55
Hipertension, Hipotiroidismo	1	0.55
Hipertension, Parkinson	1	0.55
Hipertensión, Secuelas EVC	2	1.09

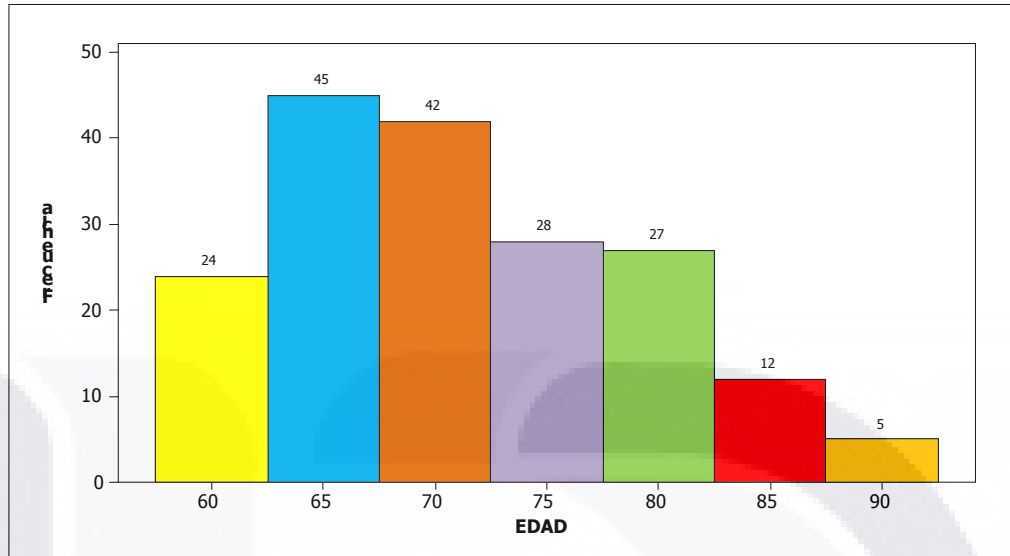
Insuficiencia Venosa	3	1.64
Sano	20	10.93

n relación con estado funcional de los entrevistados dentro de las actividades instrumentales de la vida diaria de los entrevistados el 61.2% son independientes y el 11.4% son dependientes con un predominio de edad en los 65 - 70 años. (Ver Grafica 1 y 2)

GRAFICA.1 Dependencia funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria.

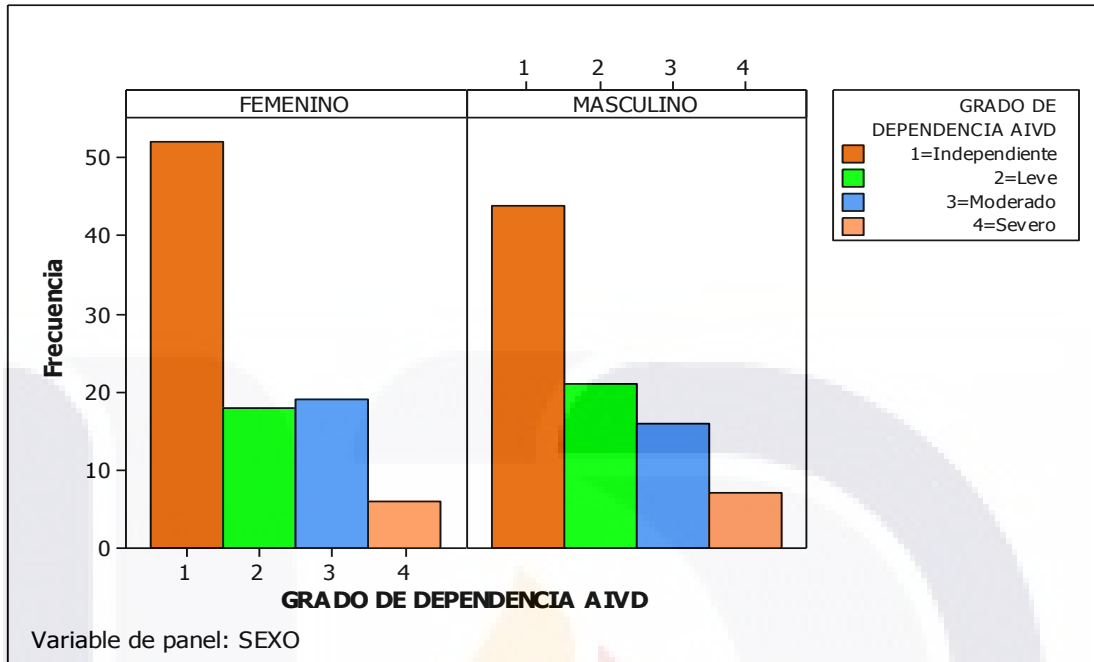


GRAFICA 2. Cuenta de variables discretas: Edad.



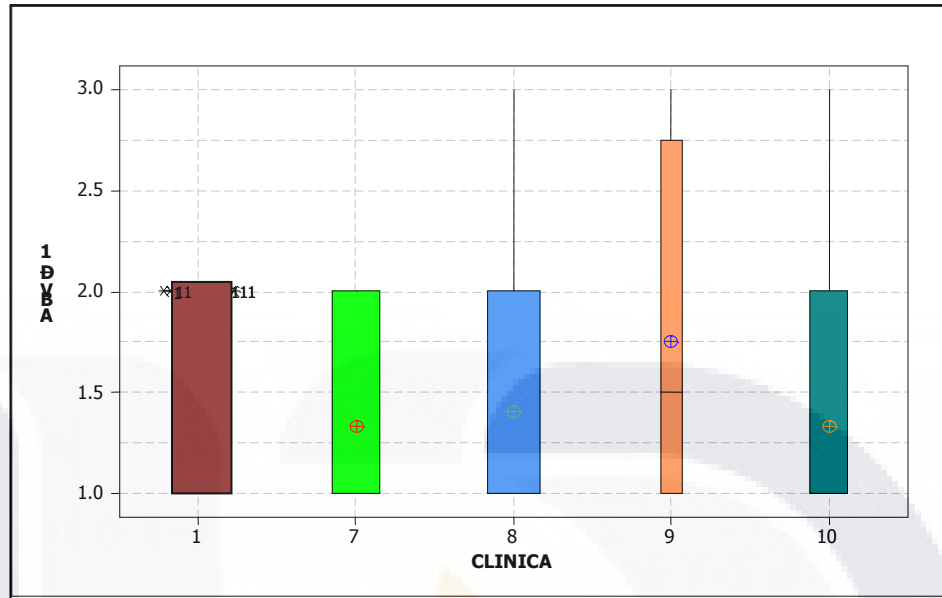
Por sexo en las actividades instrumentales de la vida diaria el 27.3 % de las mujeres fueron independientes y los hombres solo el 24.5%, detectándose además un grado de dependencia funcional en las AIVD moderada en las mujeres del 10.9% y en los hombres grado leve en el 13.6% (Ver Grafico 3)

GRAFICA 3. Grado de dependencia funcional de las Actividades Instrumentales de vida diaria por sexo.



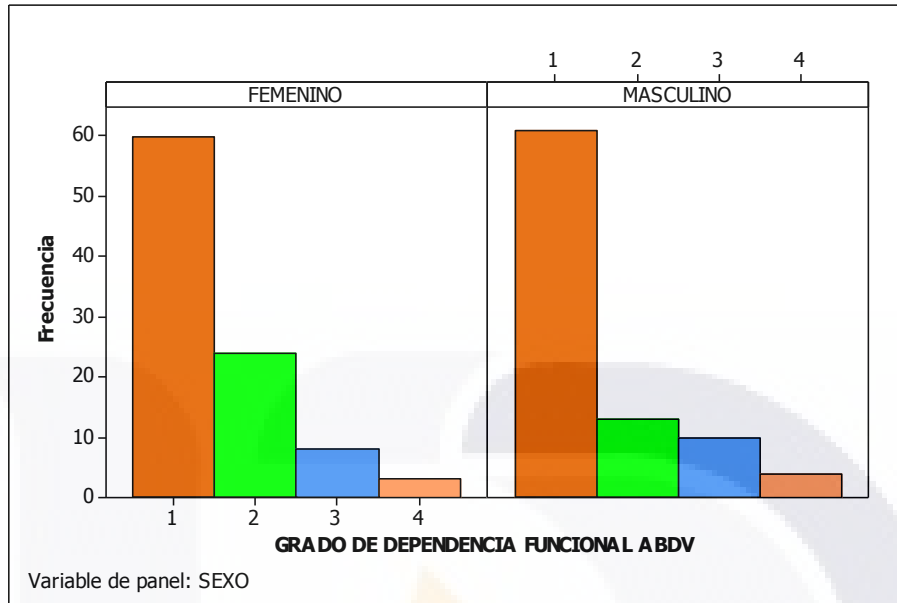
La Grafica 4 muestra las clínicas donde se observó diferencia estadísticamente significativa, encontrándose que en la clínica 9 es donde se encuentra una mayor población con dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo es importante resaltar que el muestreo en esta clínica fue de 8 personas, lo que difiere del resto de las clínicas, debido a la limitada asistencia esta unidad de adultos mayores.

GRAFICA 4. Dependencia de las Actividades básicas de la vida diaria por clínica.



La gráfica de cajas representa el grado de dependencia ABVD con respecto a la clínica y el ancho de las cajas representa la proporción de muestreos realizados, a menor ancho menos personas fueron encuestadas por clínica. No hay diferencia significativa en el grado de dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria por sexo. (Grafica 5)

GRAFICA 5. Grado de dependencia funcional de las Actividades básicas de la vida diaria por sexo.

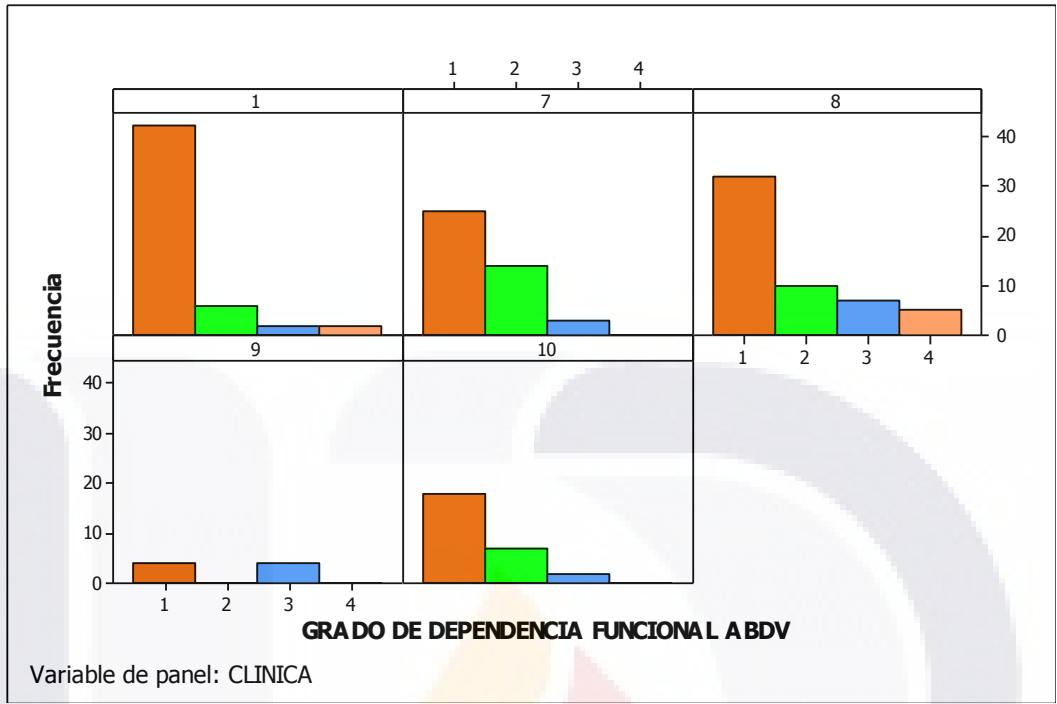


Donde existe un grado de dependencia funcional leve en el 19.7%, moderada 10.3% y severo en el 2% y los independientes fueron el 65%

La mayoría de las unidades de medicina familiar tienen una población independiente

Dividiéndose de la siguiente manera (ver grafica 6)

GRAFICA 6. Grado de dependencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria por clínicas.



IX. DISCUSIÓN

Hasta el momento no existían estudios específicos sobre el grado de dependencia funcional en Aguascalientes, a pesar del importante impacto que tiene este padecimiento en nuestra sociedad.

Sin embargo y considerando los supuestos y limitaciones metodológicas que pueden presentarse malinterpretar los resultados de las encuestas tratamos de aproximarnos a una cifra del grado de dependencia funcional en el adulto mayor.

En el proceso de identificación del grado de dependencia funcional en el adulto mayor se demostró que un número considerable de pacientes se mantienen independientes y activo para realizar las actividades de la vida diaria y las instrumentales.

En comparación con el estudio realizado en Cuba por Carmenaty (2002) en donde se detecta que un 96.1 realizan de forma independiente las actividades de la vida diaria, en Aguascalientes no existe una diferencia significativa

No existe evidencia estadísticamente significativa en relación al grado de dependencia funcional y el sexo de los entrevistados como se reporta en estudios realizados en España y Latinoamérica en donde se reporta una prevalencia de dependencia funcional de predominio femenino. La dependencia funcional de los adultos mayores es un fenómeno complejo que admite muchas vías de intervención. Otro aspecto a considerar es que el presente estudio la dependencia funcional se subclasificó en grados según la encuesta nacional de salud y envejecimiento.

La mayoría de las muestras se situaron entre la edad de 65 y 70 años, y de entre las actividad instrumentales se notó apenas un discreto incremento de la dependencia entre los hombres (13.6%) en comparación con la dependencia de las mujeres de (10.9%)

Por otro lado, la clasificación del grado de dependencia por Unidad de Medicina Familiar se toma con cautela, al variar el número de muestras obtenidas entre una y otra, lo que ocasiona aumento en la variabilidad de los datos alrededor de la media. Aumentando considerablemente en la Unidad de Medicina Familiar No.1 al obtenerse un mayor número de muestras de mencionada unidad.

A su vez, notamos que el grado de dependencia es menor es bajo en las diferentes muestras de las Unidades de Medicina Familiar, en nuestro estudio de 11.4% de los entrevistados se clasificaron como dependientes.

X. CONCLUSIÓN

En el proceso de investigación que se ha realizado para detectar el grado de dependencia funcional se ha detectado que el mayor número de adultos mayores se mantienen independientes y realizar sus actividades de la vida diaria. Aún así existe un importante sector de la población que no debe de ser olvidada los adultos mayores a los que se les han detectado los grados de dependencia funcional leve, moderado y severo.

Existe una gran diferencia entre los resultados obtenidos a comparación con los estudios previos. El grado de dependencia funcional en Aguascalientes es leve ya que la mayoría de los entrevistados necesitan ayuda para realizar una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Sin embargo una limitación de este estudio, la cantidad de los entrevistados no fue comparativo debido a la limitada asistencia de la población en estudio.

El perfil de las actividades más afectadas, tanto básicas como instrumentales, se encuentra relacionado con problemas de movilidad, esta última considerada como un marcador de capacidad funcional general. (27)

XI. RECOMENDACIONES.

La continuidad en la valoración del paciente geriátrico a través de identificación temprana de potenciales complicaciones en relación con su salud con el uso de herramientas validadas con la capacidad de aplicarse en el primer nivel de atención, de realización rápida. Esto con diferentes estudios bien en relación con la dependencia y bien en la valoración de otros síndromes geriátricos en relación con la dependencia.

A través de esta identificación del grado de dependencia se hace referencia a las complicaciones asociadas al adulto mayor y se propone como una manera de identificar los ancianos con riesgo de presentar otros síndromes geriátricos, y aunque no considerada una valoración geriátrica integral, sí como una valoración inicial en el primer nivel de atención.

XI. SECCIÓN DE ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño de protocolo.	X												
Revisión de Protocolo.	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro del protocolo ante el comité de investigación local													X
Prueba piloto.													X
Trabajo de campo.													X
Acopio de datos.													X
Captura de Datos.													X
Tabulación de datos.													X
Análisis De Resultados.													X
Interpretación de resultados.													X
Elaboración de tesis.													X
Formulación de Informe Final.													X

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número:
R- 2011-101-7 _____

El objetivo del estudio es:
Conocer las características sociodemográficas de la población a estudiar, Identificar los Grados de dependencia funcional que existen en cada unidad de medicina familiar.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Aplicación de cuestionario.
Declaro que se me ha informado ampliamente que este cuestionario no tiene riesgos, inconvenientes y molestias que deriven de mi participación en el estudio.
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del sujeto _____ Dra. Iris Lorena Toscano Horta 99012169
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable
Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigo _____ Testigo _____
Nombre y firma _____ Nombre y firma _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
Clave: 2810-009-013

ANEXO 3. INSTRUMENTOS

Nombre: _____ Afiliación: _____

Edad: ___ Sexo: ___ Edo. Civil ___ Grado Escolar: _____ UMF: _____

Enfermedades Concomitantes: HIPERTESIÓN () CARDIOPATIA () DIABETES MELLITUS ()
) ARTROPATIA () DEPRESIÓN () EVC () EPOC ()

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)			
INDICE DE KATZ MODIFICADO			
INFORMACIÓN OBTENIDA DEL:		ACTIVIDAD	GUÍA PARA EVALUACIÓN I=2 A=1 D= 0
PACIENTE IAD Puntuación: _____	INFORMANTE IAD Puntuación: _____	BAÑARSE	I= Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A= Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D= Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	VESTIRSE	I= Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A= Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D= Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por si mismo.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	APARIENCIA PERSONAL	I= Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A= Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D= Completamente incapaz de cuidar su apariencia.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	USAR EL INODORO	I= Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A= Recibe ayuda para acceder al y usar el baño; usa orinal regularmente D=Completamente incapaz de usar el baño.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	CONTINENCIA	I= Micción/defecación autocontrolados A= Incontinencia fecal/urinaria parcial o total o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D= usa catéter o colostomía.

IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	TRASLADARSE	I= Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A=Necesita ayuda humana o mecánica D=Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	CAMINAR	I= Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A= Necesita asistencia humana/andador, muletas. D= Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	ALIMENTARSE	I= Capaz de alimentarse completamente a si mismo A= Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D=Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ESCALA DE LAWTON Y BRODY			
INFORMACIÓN OBTENIDA DEL:		ACTIVIDAD	GUÍA PARA EVALUACIÓN I=2 A=1 D= 0
PACIENTE IAD Puntuación: _____	INFORMANTE IAD Puntuación: _____	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A=Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D=Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I=Viaja con independencia en trasportes públicos o conduce su propio auto. A= solo viaja si lo acompaña alguien. D= No puede viajar en absoluto.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra. D= Totalmente incapaz de ir de compras.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	PREPARACION DE LA COMIDA	I=Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D= Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS	I=Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A= Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D=Incapaz de administrarse su medicación.
IAD Puntuación: _____	IAD Puntuación: _____	MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	I=Maneja los asuntos económicos con independencia. A=Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etc. D=Incapaz de manejar su dinero.

CODIGOS: i= Independiente A= REQUIERE ASISTENCIA D= DEPENDIENTE.

ANEXO 4. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

DEFINICION	DOMINIOS	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEM	CODIGOS	GRADOS
<p>DEPENDENCIA FUNCIONAL:</p> <p>Declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Actividades de la vida diaria: elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores , en las cuales se evalúan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA:</p> <p>Mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultura y trabajo</p>	<p>Capacidad para usar el teléfono: Conjunto de recursos y actitudes que tiene un individuo para desempeñar una tarea.</p>	<p>I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D= totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo</p>	<p>I= INDEPENDIENTE A= REQUIERE ASITNECIA D= DEPENDIENTE</p>	<p>A) leve cuando necesita ayuda en una actividad instrumental B) severa cuando necesitaba ayuda en dos o más.</p>
			<p>Hacer compras: La capacidad de adquisición u obtención de algo a cambio de un precio.</p>	<p>I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra. D= Totalmente incapaz de ir de compras.</p>		
			<p>Preparación de la comida: Capacidad para la elaboración del alimento</p>	<p>I=Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D= Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>		
			<p>Uso de medios de transporte: Capacidad para traslado de personas o bienes de un lugar a otro.</p>	<p>I=Viaja con independencia en trasportes públicos o conduce su propio auto. A= solo viaja si lo acompaña alguien. D= No puede viajar en absoluto.</p>		
			<p>Responsabilidad respecto a su medicación: Procedimiento donde se administra un medicamento garantizando la seguridad del paciente.</p>	<p>I=Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A= Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D=Incapaz de administrarse su medicación.</p>		
			<p>Manejo de sus asuntos económicos: Capacidad para realizar transacciones monetarias.</p>	<p>I=Maneja los asuntos económicos con independencia. A=Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etc. D=Incapaz de manejar su dinero.</p>		

Definición	DOMINIOS	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEMS	CODIGOS	GRADOS
<p>Dependencia funcional: Declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria.</p>	<p>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores, en las cuales se evalúan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: Mantenimiento personal en términos de supervivencia física</p>	<p>BAÑARSE: Meter el cuerpo o parte de él en agua u otro liquido, con la finalidad de asearse</p>	<p>I= Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A= Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D= Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.</p>	<p>I= INDEPENDIENTE A= REQUIERE ASITNECIA D= DEPENDIENTE</p>	<p>a) Leve: cuando necesitaba ayuda en una actividad de la vida diaria b)moderada: cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria. c) severa cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria.</p>
			<p>VESTIRSE: Cubrir el cuerpo de una persona con ropa</p>	<p>I= Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A= Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D= Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por si mismo.</p>		
			<p>USAR EL RETRETE: Capacidad para separar la defecación u orina para su desecho adecuado.</p>	<p>I= Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A= Recibe ayuda para acceder al y usar el baño; usa orinal regularmente D=Completamente incapaz de usar el baño.</p>		
			<p>CAMINAR: Capacidad para poder moverse</p>	<p>I= Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A= Necesita asistencia humana/andador, muletas. D= Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado</p>		
			<p>CONTINENCIA: Facultad para retener las heces y la orina.</p>	<p>I= Micción/defecación auto controlados A= Incontinencia fecal/urinaria parcial o total o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D= usa catéter o colostomía</p>		
			<p>ALIMENTACIÓN: Obtención , preparación e ingestión de alimentos.</p>	<p>I= Capaz de alimentarse completamente a si mismo A= Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D=Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.</p>		
			<p>TRASLADARSE: capacidad para moverse de un lado a otro</p>	<p>I= Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A=Necesita ayuda humana o mecánica D=Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.</p>		
			<p>APARIENCIA PERSONAL Cuidados personales:</p>	<p>I= Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A= Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D= Completamente incapaz de cuidar su apariencia.</p>		

XIV. GLOSARIO

DEPENDENCIA: Declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria..

ADULTO MAYOR:

La OMS la define como las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Los ancianos son frecuentemente definidos como personas en las edades de 65 años o más (41,42). Para propósitos de atención de salud y de investigación estos ancianos se subdividen en personas de edad avanzada de 65 a 74 años, ancianos los de 75 a 84 años y muy ancianos los de más de 85 años. (42).

XV. BIBLIOGRAFIA

1. Ruiz LD, Campos ML, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalente del adulto mayor que acude a establecimientos del Primer nivel de Atención, Callao 2006. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4): 374-79.
2. Tong A y Man D. The validation of teh Hong Kong Chinese versión of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for instutionalized elderly persons. OTJR. 22(4), 132-142. 2002.
3. Wong R. Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Pública Mex 2007; 49(suppl 4): s436-s447.
4. Fried L, Guralnik J. Disabiliy in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. J. Am Geriatr Soc. 1997; 45: 92-100.
5. Walter A. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Madrid; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1999.
6. Villagordoa M.J. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 15, N. 1 Enero-Marzo 2007 pp 27-3. Artículo de revisión.
7. Olivares P, Ibañez C, Miranda V, Gillmore M. Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarroolo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud-MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN. Marzo 2008.
8. Vilaplana PC, Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública, 194 – (3/2010): 125-175.
9. Montorio I, Lozada A. Perfiles y tendencias. Boletín sobre el Envejecimiento (España). 2004; 13: 2-15.

10. Gutiérrez-Robledo LM. Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y necesidades asistenciales de la población envejecida en México. En: Hernandez-Bringas H, Menkes C, eds. La población de México al final del siglo XX, Mexico DF. : UNAM-CRIM; 1998. Pp. 431-48.
11. Zambrana M, Ramírez T; Coria I; Zurita B. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008; 46(1): 43-50.
12. Cardona D, Estrada A. Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica 2006; 26(2): 206-215.
13. Diaz V, Diaz I, Rojas G, Novogrodsky D. Geriatric assessment in the primary care. Rev Med Chil 2003; 13(8): 895-901.
14. Wong R, Pelaez M, Palloni A, Self-reported general Health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(5-6): 323-332.
15. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft. En: Geriatria 1991. Ed. Uriach Barcelona, p 7-14.
16. Williams ME, Williams TF: Assessment of the elderly for long-term care. JAGS 1982; 30: 71.
17. Katz S, Branch L, Branson M. Active life expectancy. N. Engl J Med 1963; 309: 1218-24.
18. Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Geriatria. Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile. 2003.
19. Marín P. La situación del adulto mayor en Chile. Rev. Méd Chile; 125: 1207-12. 1998.
20. Forciea M, Lavizzo - Mourey R. Secretos de la geriatría. Mexico: Ed. McGraw-Hill Interamericana.1996.
21. Pedraza M, Germán C. Autonomía Funcional en ancianos. Rev. Rol de Enfermería España.15 (172): 15-9. 1992.

22. Sanhueza P.M, Castro SM, Merino EJ. Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería XI* (2): 17-21. 2005.
23. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima; DGSP/MINSA; 2006.
24. Acosta QC, González CR. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*. Vol. 19, Núm. 2: 289-293, julio-diciembre del 2009.
25. Goicochea RE, Chiari GA. Estado de salud de los Adultos mayores en el servicio 15 de la cantera de Atención primaria del Hospital I. Albrecht – ESSALUD. Argentina. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2 (1). 2008.
26. Horgas A, Wilms H y Baltes M. Daily life in very old age. Everiday activities as expresssion of successful aging. *The Gerontologist*, 38 (5): 556-567. 1998.
27. Bootsma-van AW, Gussekloo J. Craen A, Common chronic disesses and general impairments as determinants of walking disability in the oldest-old population. *J. Am Geriar Soc.* 2002; 50: 1405-1410.