



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CAPACIDAD FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN  
DOMICILIO**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Licenciada en Enfermería**  
**SILVIA DÍAZ DE LEÓN PALOMINO**

**DIRECTORA DE TESIS:**  
**DRA. MARTHA GRACIELA SEGOVIA DÍAZ DE LEÓN**

**SEPTIEMBRE DE 2011**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Capacidad Funcional, Calidad de Vida del Adulto Mayor y  
Atención de Enfermería en Domicilio**

**T E S I S**

**Para obtener el GRADO de:  
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería**

**Presentada por:**

Licenciada en Enfermería  
**SILVIA DÍAZ DE LEÓN PALOMINO**

**Aprobada por el Comité de Tesis:**

**Directora**

**Dra. Martha Graciela Segovia Díaz de León**



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**

Av. Niño Artillero 130 Comutador: Tel. 826-23-24, 826-23-25; Fax: 826-23-26  
Posgrado e Investigación: Tel/fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47  
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx  
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:**

**“Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y  
atención de enfermería en domicilio”**

**ELABORADO POR:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
SILVIA DÍAZ DE LEÓN PALOMINO**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

  
M.A.E. MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA

**SECRETARIO**

  
DRA. MARTHA GRACIELA SEGOVIA DÍAZ DE LEÓN

**VOCAL**

  
DR. JAIME REYES HERNÁNDEZ

**08 DE SEPTIEMBRE DE 2011**

## **Agradecimientos**

**A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social por las facilidades otorgadas para llevar a cabo este proyecto.**

**A los integrantes de los tres equipos de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, por su paciencia y colaboración y de los cuales aprendí que el paciente es parte del equipo.**

**A los Adultos Mayores que participaron y me permitieron entrar en su hogar y que sin su cooperación no se hubiera podido llevar a cabo el presente estudio.**

**A la Doctora Martha Graciela Segovia Díaz de León por ser la guía en todo el proceso de investigación y dirigir la presente tesis.**

**A mi familia por esperar pacientemente a que terminara la maestría para irnos de vacaciones.**

**Muchas gracias...**

## Resumen

Una modalidad de atención al Adulto Mayor (AM) es la domiciliar, donde se visualiza incremento de pacientes, por lo que se plantea identificar algunas características del usuario y la atención de enfermería. **Objetivos:** Identificar la Capacidad Funcional(CF), Calidad de vida(CV) en los AM y la atención domiciliar de enfermería del programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Hospital General de Zona No. 1, 2 y 50 de San Luis Potosí. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, observacional, con un muestreo por cuota, de 59 AM (32 Mujeres y 27 Hombres). La CF medida con escala de Barthel, la atención domiciliar de enfermería medida por La guía de observación. Y la calidad de vida, medida por WHOQOL-Bref (WB). El análisis estadístico realizado por frecuencias, porcentajes, medias, promedios, rangos y desviaciones estándar. **Resultados:** La edad media de 79.7 años, mujeres 52.5%, y 36.6% entre 65 a 74 años; el 55.9% sin pareja; 32.2% con escolaridad primaria incompleta; 86% con enfermedades crónicas; pluriopatología el 79.7% ( $\geq$  de 3 diagnósticos) sobresale los diagnósticos cardio-circulatorias en 40.3% y 79.7% polifarmacia; los diagnósticos de enfermería más frecuentes: Riesgo de caídas y deterioro de la movilidad. En la CF de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) la mayor dependencia fue para bañarse en 77.2%; y el nivel principal fue Dependencia leve en 35.6%. La CV en los dominios fue con media cercana a 50 puntos. De las actividades de enfermería sobresalen Administrativas en 68.4% y de estas, la evaluación de la calidad del cuidado que otorga el cuidador es 83.1%. **Conclusiones:** Los AM son frágiles con enfermedades discapacitantes y las ABVD para bañarse, subir y bajar escaleras son las que presentan mayor dependencia del cuidador, actuación favorecida por la enseñanza de la enfermera, que aún es débil y área de oportunidad para mejorar el plan de cuidados. Actualmente la valoración es incidental sin concordancia con los diagnósticos de enfermería. En la percepción de la CV grupal el dominio con menor calidad es el físico, los más fortalecidos son el psicológico y el social, aun cuando en general es bastante satisfactoria.

## **Abstract**

A care for the Elderly (AM) is the home where patients displayed increased by what is presented to identify some characteristics of the user and nursing care.

**Objectives:** To determine functional capacity (FC), Quality of life (QOL) in the AM and nursing home care Homecare program to chronically ill (ADEC) of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona No. 1, 2 and 50 in San Luis Potosí.

**Material and Methods:** Descriptive, transversal, observational, with a quota sampling, 59 AM (32 women and 27 men). The CF measured with the Barthel scale, nursing home care as measured by the observation guide. And the quality of life measured by WHOQOL-Bref (WB). The statistical analysis of frequency, percentages, means, averages, ranges and standard deviations.

**Results:** The mean age of 79.7 years, females 52.5% and 36.6% from 65 to 74 years 55.9% without a partner, 32.2% with incomplete primary schooling, 86% with chronic diseases, multiple diseases 79.7% ( $\geq 3$ -diagnostics ) stands cardio-circulatory diagnoses in 40.3% and 79.7% polypharmacy, the most frequent nursing diagnosis: Risk of falls and impaired mobility. CF In the Basic Activities of Daily Living (ADL) increased reliance was to bathe in 77.2% and the main level was mild in 35.6% Unit. The CV in the half-domain was close to 50 points. Nursing activities stand at 68.4% Administrative and of these, the evaluation of the quality of care gives the caregiver is 83.1%.

**Conclusions:** AM is fragile and disabling diseases ABVD for bathing, climbing stairs are those with greater dependence on the caregiver, favored by the teaching performance of the nurse, who is still weak and area of opportunity to improve the plan care. Currently the assessment is not consistent with incidental nursing diagnoses. In the perception of the VC domain group with lower quality is the physical, the more empowered are the psychological and social, although in general is quite satisfactory.

## TABLA DE CONTENIDO

PÁG.

CAPÍTULO I .....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO II .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	3
CAPÍTULO III .....	8
OBJETIVOS .....	8
CAPITULO IV .....	9
MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL .....	9
CAPÍTULO V .....	40
MATERIAL Y MÉTODOS .....	40
CAPÍTULO VI .....	50
RESULTADOS .....	50
CAPITULO VII .....	62
DISCUSIÓN .....	62
CAPÍTULO VIII .....	67
CONCLUSIONES .....	67
CAPITULO IX .....	68
LIMITANTES .....	68
CAPITULO X .....	68
RECOMENDACIONES .....	68
CAPITULO XI .....	70
BIBLIOGRAFÍA .....	70
CAPITULO XII .....	77
ANEXOS .....	77
PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO .....	84

## INDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Características Socio demográficas y de Salud de los Adultos Mayores del Programa Atención Domiciliaria al enfermo crónico	51
Tabla 2	Principales Diagnósticos de ingreso de Adultos Mayores al Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	52
Tabla 3	Diagnósticos Enfermeros de Adultos Mayores del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	54
Tabla 4	Calificación media de Calidad de Vida global y por Dominio de los Adultos Mayores del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	58
Tabla 5	Actividades por función realizadas por enfermería con Adultos Mayores en Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	59



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1	Proporción de Adultos Mayores con pluripatología por grupos de edad en el Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	53
Gráfica 2	Dependencia para las ABVD de los Adultos Mayores de Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	55
Gráfica 3	Proporción de Adultos Mayores por nivel de capacidad funcional en ABVD del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	56
Gráfica 4	Nivel de dependencia por grupos de edad en Adultos Mayores de Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	56
Gráfica 5	Percepción del Adulto Mayor en la Satisfacción con su Salud del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	57
Gráfica 6	Percepción del Adulto Mayor en la Calificación de la Calidad de Vida del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	58
Gráfica 7	Actividades realizadas por enfermería con Adultos Mayores en Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	60
Gráfica 8	Actividades realizadas por el cuidador al Adulto Mayor del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico	61

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El mundo se está enfrentando al envejecimiento de la población, las organizaciones internacionales preocupadas ante este, hecho ha implementado programas de envejecimiento activo, pero eso será para las próximas generaciones que envejecerán en el futuro, ahora en su mayoría se encuentra el fenómeno de ancianos enfermos, con funcionalidad disminuida y con calidad de vida mermada por estos motivos.<sup>1</sup>

México ante esta situación y ante la demanda de atención de ancianos enfermos, con discapacidades que se encuentran requiriendo atención hospitalaria de manera prolongada, ha implementado programas a nivel nacional que brinden apoyo domiciliario. Siguiendo como Modelo los programas europeos como los españoles, francés, alemán y los más recientes de Estados Unidos, han tratado de dar solución parcial al problema.

Por otra parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha planteado para los pacientes con estancias prolongadas, que si bien no necesitan cuidados hospitalarios como tal, si necesitan cuidados prolongados que se pueden dar en su domicilio, reduciendo en gran medida los gastos para las instituciones, contribuyendo de esta manera a que el paciente se encuentre en su entorno, en la comunidad donde no existe la posibilidad de adquirir infecciones que complique aún más su estado de salud.<sup>2,3,4</sup>

Con las ventajas de los programas de atención domiciliaria, como son la educación para el cuidador responsable del Adulto Mayor (AM) y al mismo AM para el autocuidado cuando es posible, a través de brindar el cuidado en forma demostrativa, adicionalmente la Enfermera supervisa y evalúa los cuidados en

casa para lograr que el cuidado sea de calidad. Consecuentemente la repercusión en la capacidad funcional y calidad de vida del AM se verá evidenciada.<sup>5,6</sup>

En el presente documento se detalla desde la introducción, se justifica la presente investigación, adicional a los objetivos, metodología, los resultados que responden principalmente a los objetivos, con la respectiva discusión de los mismos, conclusiones, limitantes y recomendaciones.

El propósito de este trabajo es tener mayor conocimiento sobre la capacidad funcional en que se encuentran los AM adheridos al programa ADEC así como la percepción que tienen de su calidad de vida en las circunstancias de atención domiciliaria, además de conocer la participación de enfermería en el programa; con ello el IMSS contará con la información necesaria para la búsqueda de estrategias con el fin de fortalecer el programa.

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento demográfico es un fenómeno actual, universal e inevitable, lo que constituye un desafío para los representantes políticos de cada país, puesto que involucra aspectos no solo en el ámbito sanitario, sino social, político y económico; debido a la disminución de la capacidad funcional conforme aumenta la edad y las consecuencias que conlleva.

Así se deben coordinar todas las instancias que entre sus competencias contemplen la atención del AM, y con enfoque de prevención lograr en la medida de lo posible mantener la capacidad física y con ello una mejor calidad de vida.<sup>7</sup>

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad.<sup>1</sup>

Adulto Mayor es considerado toda aquella persona de más de 60 años (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). Sin embargo el IMSS considera al AM de 65 años y más, por lo que esta clasificación se tomará para el presente estudio.<sup>8</sup>

En México para el año 2000 la población de adultos mayores fue alrededor de 7% y para el 2012 se incrementará a 12.5%. En San Luis Potosí se estima que en el año 2010 la población de AM fue 9.7% y para el 2030 se incrementará a 18.5%. México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo.<sup>1,2,3,9</sup>

Los habitantes del México pasarán de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050, la población incrementará en 14.1 millones en quienes tienen 65 a 75 años de edad. Los AM presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi siete veces, al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad.<sup>9</sup> Otro fenómeno vivido por el país es la transición epidemiológica que se refiere a la prolongación de la vida por disminución de patologías infecciosas y desnutrición lo que ha sido sustituido por enfermedades crónico degenerativas.<sup>8</sup>

En México hay 1.8 millones de personas con discapacidad de las cuales 47.4% son mujeres y a medida que aumenta la edad es mayor la prevalencia de personas con discapacidad, así es que los AM alcanzan un 41.5% de la población total discapacitada. En San Luis Potosí el 2.1 % de la población total se encuentra con alguna discapacidad de la cual los AM comprenden el 38.2%, concentrando el 42.4% en discapacidad motriz, el 29.4% visual, 25.1% mental, auditiva el 17.8%, de lenguaje 5.4% y otras no especificadas.<sup>1,2,3</sup>

Un factor que ayuda a enfrentar positivamente la situación de discapacidad, es la de contar con la afiliación a las instituciones de seguridad social, lo cual en cierta medida garantiza el acceso a una serie de prestaciones, entre las que se encuentran los servicios médicos. Un dato importante es que 45 de cada 100 personas con discapacidad se encuentran protegidas por la seguridad social y de estos el 81.4% son derechohabientes del IMSS, el 14.7% del ISSSTE.<sup>2,3,4</sup>

Es decir, tenemos AM enfermos que han sido el fruto de una vida más larga, no han llegado sanos y activos, algunos han llegado con limitaciones en la movilidad, con necesidad de apoyos para la deambulacion en el menor de los casos, otros postrados por secuelas de enfermedades que antes no se veían, ya que no se llegaba a edades tan avanzadas, en los cuales se ve disminuida su capacidad funcional, lo que repercute en la dependencia para realizar sus ABVD

(Actividades Básicas de la Vida Diaria) como lo son aquellas actividades orientadas hacia el cuidado propio del cuerpo, también llamadas actividades personales.

Las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) se ven también afectadas entre las cuales se encuentran las orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales por naturaleza, estas pueden ser: cuidado de otros, uso de dispositivos de comunicación, movilidad en la comunidad, entre otras. Esto puede llevar a los adultos mayores a presentar periodos de depresión y sentimientos de inutilidad, lo que ve disminuida la calidad de vida que percibe el paciente.<sup>10</sup>

Como consecuencia de lo anterior, la atención hospitalaria de estos enfermos se ha incrementado, requieren cuidados asistenciales de enfermería a largo plazo, de esta manera se incrementa la estancia hospitalaria implicando ocupación elevada día-cama y los consecuentes gastos que generan estos pacientes.

Para contribuir a solucionar una parte del problema, el IMSS implementó varias estrategias, entre ellas el programa de Atención Domiciliaria al Paciente Crónico en Domicilio (ADEC). Este programa ha resuelto parte del problema para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Atención Domiciliaria es definida por Quintanilla como: La asistencia y los cuidados sanitarios y sociales prestados en el propio domicilio del individuo cuando éste, por padecer un proceso agudo o crónico, no tiene la capacidad o independencia suficientes para acudir al centro de salud, o clínica que le corresponde.<sup>11</sup>

La edad de los pacientes no es un impedimento para la inclusión al programa, se contempla a los pacientes con mayor vulnerabilidad en la población derechohabiente en situación de necesidad de cuidados después de una alta

hospitalaria como son los niños, adolescentes, adultos jóvenes, maduros y AM, todos tienen en común la necesidad de cuidados asistenciales de manera temporal por algún proceso agudo o crónico agudizado.

Debido a que el periodo inmediato posterior al alta hospitalaria es considerado por la OMS, desde 1974, como un factor de riesgo para el AM, entendiéndose este como la probabilidad que tienen los ancianos de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales.<sup>6</sup>

La población que se beneficia con la atención que proporciona este programa es todo aquel que presenta alguna situación aguda, con procesos crónicos agudizados como la EPOC, cardiopatías, procesos seniles degenerativos y oxígeno-dependientes.<sup>5</sup>

La población que con mayor frecuencia es admitida en el programa, son AM que comprende el 80% del total de la población atendida hasta septiembre del 2010; mismos que son atendidos a su egreso hospitalario, reduciendo de esta manera los costos de hospitalización, y gastos por complicaciones intrahospitalarias como las neumonías y las úlceras por presión entre otras.

Suriano en 2003 en un hospital del IMSS del estado de Chiapas demostró que el programa ADEC tiene un impacto importante en el aspecto económico, en disminución en la readmisión hospitalaria, y en los gastos de complicaciones además de contribuir con la enseñanza del cuidador primario que atiende al paciente adherido al programa que en su mayoría son AM.<sup>12</sup>

Aún cuando existen estudios que prueban el impacto del programa, son mínimos los orientados al área clínica o estado del paciente en el programa con relación a la intervención de enfermería y menos con los AM, que es la mayoría de la población de dicho programa; por ello se plantea el presente estudio exploratorio, con el fin de identificar funcionalidad física en las ABVD y calidad de vida en AM

del programa ADEC del IMSS en San Luis Potosí ya que en los programas a domicilio en México, se carece de estudios.

El sustento de la factibilidad práctica del presente proyecto estriba en que uno de los investigadores tiene el acceso al programa por ser trabajador del IMSS y los resultados de la investigación serán difundidos en el mismo instituto, adicional a la difusión científica en diversos medios, socializando el tema que no ha sido explorado en México en atención a domicilio, en los AM, que cada vez más está en crecimiento exponencial, por ello se requiere acercarse a dicho fenómeno, para identificarlo.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la capacidad funcional y calidad de vida en el AM y la atención de enfermería en domicilio del programa ADEC del IMSS?



## **CAPÍTULO III**

### **OBJETIVOS**

#### **General**

Identificar la Capacidad Funcional y Calidad de vida en los Adultos Mayores y la atención domiciliaria de enfermería, del programa ADEC en los Hospitales: General de Zona No. 1, 2 y 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la capital de San Luis Potosí.

#### **Específicos**

- Conocer la capacidad funcional de los Adultos Mayores.
- Identificar la calidad de vida de los Adultos Mayores.
- Describir la participación de enfermería dentro del Programa ADEC.

## CAPITULO IV

### MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL

El Marco teórico fue desarrollado en base a las variables de investigación de capacidad funcional, calidad de vida y la participación de enfermería en la atención domiciliar de los AM que reciben atención a través del programa de ADEC del IMSS.

#### 3.1. Capacidad Funcional

Saliba, et al, coinciden con Peláez y define la capacidad funcional como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las Actividades instrumentales de la vida diaria. (AIVD)<sup>13,14</sup>

La función es el resultado del ajuste entre los componentes físicos, psíquicos y sociales; es la capacidad de la persona para adaptarse al entorno que le rodea de forma satisfactoria y responder a las demandas; y dirigido al AM se puede afirmar que la capacidad funcional es el conjunto de actividades que este realiza para responder a las demandas del entorno en el que se desenvuelve; por lo que el desempeño de las AIVD define el nivel de la capacidad funcional física en parte del AM.

La función es uno de los pilares de la evaluación geriátrica según nos menciona Rosalía Rodríguez pues permite medir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación.<sup>15</sup> “La función se define como la capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana y utilizar los instrumentos necesarios para ello.”<sup>9</sup>

## **Tipos de Funcionalidad**

Existen varios tipos de funcionalidad y para su estudio se divide en funcionalidad mental, física y social, esta última incluye la familiar y la económica.

### **Funcionalidad Mental**

La competencia cognitiva se relaciona con el funcionamiento intelectual adecuado y con la ausencia de la sintomatología demencial, las pruebas detectan deterioro de memoria e inteligencia. En los últimos años se han elaborado instrumentos y uno de los que están validados para la población mexicana es el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer y Pfeiffer. Los aspectos a valorar más importantes en el adulto mayor son la memoria remota, memoria reciente, cálculo y orientación.

Noriega y Torres describen que uno de los cambios psicológicos que determinan la pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios durante el envejecimiento. A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Los factores que se interrelacionan son los cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, hasta la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencia de duelo etcétera. Las personas ancianas refieren dificultades para retener, organizar y sintetizar información, sobre todo si tienen su foco de atención en alguna otra actividad.<sup>16</sup>

La memoria es una función del cerebro que permite al organismo codificar, almacenar y recuperar información. Surge como resultado de las conexiones sinápticas, repetitivas entre las neuronas, lo que crea redes neuronales.

La memoria permite retener experiencias pasadas y, según el alcance temporal se clasifica convencionalmente en:

**Memoria de corto plazo o memoria operativa:** es el sistema donde el individuo maneja la información a partir de la cual está interactuando con el ambiente. Está limitada a  $7 \pm 2$  elementos durante 10 segundos si no se repasa. Consecuencia de la simple excitación de la sinapsis para reforzarla o sensibilizarla transitoriamente.

**Cálculo y orientación:** en este aspecto intervienen la memoria visual, semántica y procedimental.

La memoria a largo plazo o memoria remota, parece que se conserva adecuadamente, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos nuevos almacenados en su memoria remota. La memoria visual se conserva intacta durante más tiempo que la memoria auditiva o que las relaciones temporo-espaciales.<sup>16</sup>

### **Funcionalidad Física**

La actividad física principalmente la marcha suele disminuir a partir de los 30 años debido a los cambios en el control muscular y a las alteraciones articulares. En los ancianos mayores de 80 años y sanos suele deberse a deficiencias cardiovasculares, musculo-esqueléticas y sensoriales.

Con el tiempo, la marcha se caracteriza por mínima elevación del pie y lentificación de los movimientos. Asimismo, la disminución de potencia muscular en pelvis y cadera, y la disminución de elasticidad en los músculos, tendones y articulaciones.

Un tercio de los ancianos de más de 65 años tiene elevado riesgo de caídas y las causas más frecuentes son fallas del sistema neuromuscular, biomecánicas o déficit de los mecanismos informadores del movimiento. El reposo prolongado en cama constituye un alto riesgo para sufrir deterioro de estos sistemas; y por consecuencia ocasionando una serie de trastornos como son la incontinencia vesical e intestinal, ulceraciones y demencia.<sup>17</sup>

Capacidad Física es un concepto el cual engloba una serie de dimensiones que requiere instrumentos validados para su medición exacta, encontramos una gran cantidad en la literatura que trata de especificar cada una de las dimensiones de esta definición, los hay también con un gran trabajo académico y uno de ellos es el Índice de Barthel (IB).

El IB valora las actividades básicas de la vida diaria a través de una escala que contempla la alimentación, lavado (baño), vestirse, arreglarse, uso de excusado, micción, traslado silla- cama, deambulación y escalones.<sup>17</sup>

### **Salud física**

La historia clínica tradicional con interrogatorio orientado y examen físico, permite distinguir los cambios normales del envejecimiento ya que los pacientes geriátricos presentan patologías múltiples y con trastornos de forma atípica, los cuales se acentúan conforme el AM avanza en edad, debido a esto se encuentran diferentes clasificaciones entre ellas la clasificación de la vejez que mencionan varios autores como D'Hyver : Viejo-Joven(60-74 años) Viejo (75-84 años) y viejo-Viejo (85 años y más)<sup>18</sup>.

Para realizar la valoración completa de la capacidad física o funcionalidad física se debe tomar en cuenta la salud global de la persona, en cuanto a trastornos de alimentación, nutrición, sueño (somnolencia, insomnio, apnea del sueño, sonambulismo, pesadillas); riesgos cardiovasculares, neurológicos, trastornos

esqueléticos (osteoporosis, artritis), incontinencia urinaria y fecal, riesgo de úlceras de decúbito, de pies, polifarmacia, así iatrogenia medicamentosa.

### **Actividades de la Vida Diaria**

Moruno las clasifica de la siguiente manera a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son aquellas actividades en las que se implica el ser humano en el desempeño ocupacional. Con sus vertientes, el significado, la finalidad y a falta de esta menciona el objetivo (utilidad y propósito); y estas son subdivididas en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

### **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

Aquellas actividades orientadas hacia el cuidado propio del cuerpo, también llamadas actividades personales, como son: Bañarse, control de esfínteres, arreglarse, masticar y tragar, comer, movilidad funcional, dispositivos para el cuidado personal, higiene personal y acicalado, actividad sexual, sueño y descanso, higiene en el inodoro.<sup>10</sup>

### **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)**

Actividades orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales, pueden ser: cuidado de otros (incluyendo la selección y supervisión de cuidadores), cuidado de animales domésticos y mascotas, criar niños, uso de dispositivos de comunicación, movilidad en la comunidad, gestiones financieras, control y mantenimiento de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de menús y limpieza, además de las compras.<sup>10</sup>

## **Funcionalidad Social**

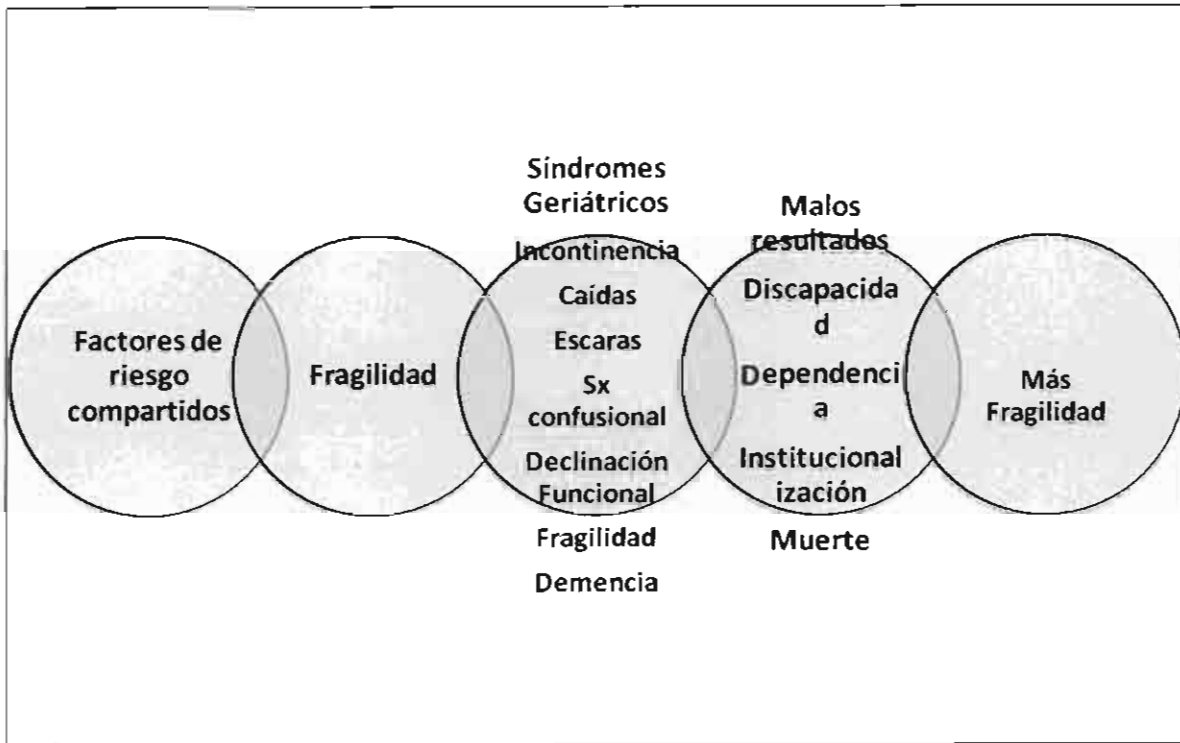
Y por último la tercera etapa de la funcionalidad es el área social: es dado por el apoyo recibido por la persona, entiéndase como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por comunidades, redes sociales (integración y reconocimiento) y personas de confianza (familia, amigos, vecinos), teniendo en cuenta que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (jubilación y retiro), constituye el eje sobre el cual gira la frágil salud del AM, también se evaluará la posible negligencia, abuso y maltrato al anciano.<sup>19</sup>

## **Fragilidad.**

El proceso de envejecimiento se caracteriza por declinación fisiológica de múltiples mecanismos de retroalimentación, por lo que ha sido propuesto que la fragilidad resulta de la declinación y de la severidad de la desregulación de múltiples sistemas.<sup>20, 21</sup>

Fragilidad es el declinar generalizado de múltiples sistemas osteo- muscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico cuya repercusión final lleva a un agotamiento de la reserva funcional del individuo y mayor vulnerabilidad de desarrollo de resultados adversos, que incluyen discapacidad y dependencia.

La fragilidad es uno de los Síndromes Geriátricos (SG) que puede ocasionar un fenómeno en cascada; estos caminos conducen alternadamente a los resultados finales de la discapacidad, de la dependencia y de la muerte. (Esquema 1)



Esquema tomado de: Kaplan R. Jauregui J.R., Rubin R. Los Grandes Síndromes Geriátricos. Argentina, Edimed, 2009

Anciano Frágil contempla al menos 5 tendencias diferentes: disminución de la reserva fisiológica, pérdida de autonomía funcional, deterioro cognitivo, presencia de enfermedades crónicas; así mismo, destaca la consideración de la fragilidad como un estado multifactorial en el que se otorga distinto peso a los factores biológicos, psicológicos y sociales.<sup>18,22</sup>

Por lo anterior es importante considerar los posibles factores de riesgo de la fragilidad que son fisiológicos, psicosociales y varias enfermedades. Se considera los factores fisiológicos a los mecanismos de inflamación, disfunción del sistema inmune, alteración del sistema endócrino, anemia, obesidad o bajo peso, edad; a los factores psicosociales a la depresión, el género femenino, bajo nivel socioeconómico y la raza. Y las condicionantes médicas, entre ellas las



enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidente cerebrovascular, artritis, EPOC, deterioro cognitivo.

### **3.2. Calidad de vida.**

Uno de los determinantes de nivel de salud es la calidad de vida, la que es definida por la OMS como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, perspectivas, valores y preocupaciones.<sup>23</sup>

El constructo calidad de vida incluye varios dominios, el físico, psicológico, social y ambiental, sin embargo sobresale el físico o de salud por ser el más básico en ellos. No obstante la calidad de vida en el AM se debe evaluar de forma global no solo tomando el aspecto de salud, sino el funcional, puesto que si este falla, le alteran los ámbitos social, emocional y en general su entorno.<sup>7</sup>

La calidad de vida es un concepto multidimensional, está relacionada con la independencia, la satisfacción adecuada de necesidades básicas como vestido, alimentación, vivienda, además de sentirse querido y respetado por los seres que lo rodean, y en este aspecto afectivo el convivir con su pareja de siempre y con sus seres queridos, sin dejar de lado la autonomía que se ve afectada por la falta de salud. La percepción de calidad de vida es diferente en cada individuo, con aspectos más importantes que otros, y su visión de la misma manera.<sup>24,25,26,27</sup>

En relación a la calidad de vida, está la idea del envejecimiento afortunado, asociado desde hace mucho tiempo a la vida comunitaria, se ha relacionado tradicionalmente con un buen estado de salud física, con la independencia, la capacidad funcional y la longevidad, la incorporación a la vida social, el autodominio, el optimismo, el significado personal de la vida y el logro de objetivos. Elementos del envejecimiento afortunado son: auto-reconocimiento, las relaciones positivas con los demás y el desarrollo personal.<sup>28</sup>

Como se ha explorado en los diferentes conceptos se divide en dos vertientes, la objetiva que se puede medir por el grupo WHOQOL, quien ha diseñado un instrumento para esto, y la subjetiva que por consecuencia no se mide e involucra la parte de la autorrealización, la satisfacción y el desarrollo personal.

Un concepto que sobresale es el de salud, es uno de los básicos, que surgió hace muchos años, pero también es importante el aspecto funcional, si cualquiera de los dos falla, se altera completamente la calidad de vida del anciano en los ámbitos social, emocional y el entorno.

Los puntos más importantes que se exploran en la calidad de vida del AM son evaluados por varios indicadores de vida satisfactoria pero es importante tomar en cuenta para poder llevar a cabo su medición:

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan la calidad de vida.
- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.
- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.
- La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.<sup>24</sup>

### **3.3 Atención Domiciliaria**

La Atención Domiciliaria es definida como asistencia y cuidados sanitarios y sociales prestados en el propio domicilio del individuo cuando este, por padecer un proceso agudo o crónico, no tiene capacidad o independencia suficientes para acudir al centro de salud.<sup>29</sup>

#### **Programas domiciliarios**

##### **Ámbito Internacional**

Los programas de atención domiciliaria a nivel mundial iniciaron hace más de 50 años en respuesta al crecimiento de la población de los adultos mayores, entre ellos Japón desde la segunda Guerra Mundial en 1954, con el objetivo de disminuir costos para el sistema de salud, el 1 de abril de 2000 entro en vigor el sistema de seguro de cuidados de Enfermería. Mauk menciona a Ikegami et al en el 2000 determinaron seis grado de asistencia en función del estado físico y mental; la disponibilidad del apoyo familiar no se tuvo en cuenta al definir el grado de asistencia necesaria.

Después de Japón, Alemania es quien es pionero en los seguros de cuidados prolongados, en este aspecto el Seguro Social Alemán es obligatorio, en el que trabajadores y empresarios contribuyen por igual, para recibir las prestaciones de cuidados prolongados, salud, pensión y desempleo, este seguro se basa en el "principio de solidaridad" que afirma que los miembros de la sociedad son responsables de proporcionar bienestar suficiente al resto de la sociedad, por medio de la acción colectiva.

En Estado Unidos se inicio la Seguridad Social desde 1935 pero no proporcionó beneficios considerables, en 1939 esta se fortalece con los beneficios a los supervivientes y personas dependientes (1939), hasta 2004-2005 Medicare,

Medicaid, los cuales son complementarios, como son los cuidados prolongados para AM estadounidenses e individuos con discapacidad.

Además de estos dos sistemas, muchos estados de la unión americana han elaborado programas que prestan ayuda a domicilio a las personas mayores con ingresos insuficientes, para evitar o retrasar su ingreso en residencias para ancianos ya que es un gasto que los seguros solo pagan de manera parcial y representa un desembolso gravoso a largo plazo para el asegurado.<sup>27</sup>

### **Seguro de cuidados prolongados**

Los cuidados prolongados se refieren a “servicios de Salud física, mental, social y residenciales, proporcionados a una persona discapacitada temporal o crónicamente, durante un periodo prolongado de tiempo, con el objetivo de capacitarle para funcionar de la forma más independiente posible. En su mayoría este tipo de asistencia se proporciona en un marco extra-hospitalario y en residencias para ancianos.<sup>27</sup>

### **Asistencia a Domicilio**

En Colombia es definida por el Ministerio de la Protección Social como aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo del personal médico y/o paramédico con la participación de su familia, lo que se hará de acuerdo a las guías de Atención Integral establecidas para tal fin.<sup>30</sup>

En Estados Unidos la asistencia a domicilio forma parte de la continuidad de los cuidados prolongados, comprende asistencia y tratamientos de enfermería especializada, servicios de cuidados personales, de mantenimiento doméstico, de equipos médicos permanentes, de servicios domésticos de alta tecnología y de cuidados terminales. Las agencias contratadas incluyen las asociaciones de

enfermeras visitantes, que son organizaciones de voluntarios sin ánimo de lucro, coordinadas por una junta directiva.<sup>27</sup>

Los modelos de atención gerontológica en diferentes países varían desde la hospitalización a la atención inmediata en el domicilio en esta última existen algo en común en las medidas preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación especialmente preparadas por el equipo de salud para un grupo de pacientes.<sup>27</sup>

### **Atención Domiciliaria en México**

En México han ido apareciendo programas tratando de solventar el problema del crecimiento poblacional del AM, entre ellos han surgido programas particulares e institucionales; el ISSSTE implemento un programa con visita al AM en su domicilio y proporción de medicamentos, por no poder acudir a su consulta.<sup>19</sup>

En el Distrito Federal existe por parte de la ENEO un programa que se lleva por las estudiantes de enfermería de posgrado como una vinculación con la sociedad a través del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria ubicada en San Luis Tlaxitemalco, Xochimilco. En el servicio de Enfermería universitario en el Hogar del total de 65 solicitudes que se recibieron en el 2009, se atendieron 33 de las cuales el 75% fueron AM.<sup>31</sup>

Otro programa específico es el que implementó el gobierno del Distrito Federal, dando inicio en Julio del 2001, como instrumento de apoyo social iniciando como Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. El 31 de Enero de 2007 es declarado Programa Social del Gobierno del Distrito Federal publicado en la gaceta oficial del Distrito Federal.

Con la cooperación de educadoras comunitarias y promotores de salud, de la Secretaria de Salud Pública del Distrito Federal, recorren las zonas de alta

marginación para detectar a los enfermos de diabetes e hipertensión; a los AM, discapacitados y mujeres embarazadas que requieren atención médica y medicinas pero que, por su estado de salud, no pueden acudir a un hospital o centro de salud. Posteriormente, médicos y enfermeras acuden hasta su domicilio para brindar la atención y entregar los medicamentos, previa receta entregada.<sup>32</sup>

### **Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico**

Uno de los primeros programas que surgen a nivel institucional en 1990 es el programa ADEC del IMSS, que actualmente se lleva en más de 80 Hospitales del país. Con algunas diferencias estructurales en comparación a los demás programas, cuenta con un equipo que se encarga de capacitar a los familiares que cuidan en casa a los pacientes del programa, requisitos para su aceptación en el .<sup>5</sup>

El objetivo del programa de la atención domiciliaria a personas ancianas es: "Proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio del paciente asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo".<sup>33</sup> No será evitar la mortalidad a toda costa, sino posponer la morbilidad y la aparición de la dependencia funcional, dando cada vez mayor importancia en nuestro quehacer a la calidad de vida y, como su principal condicionante: la situación funcional. Haciendo realidad el axioma de Robert Kane: la palabra operativa en el cuidado geriátrico es función.<sup>18</sup>

En México el programa ADEC es más optimista y sus objetivos prometen mejorar la calidad de vida del paciente crónico terminal y/o con tratamientos definidos, mediante la participación de la familia y promoción del autocuidado.<sup>5</sup> y en ello va implícito conocer los recursos con que cuenta el derechohabiente para que pueda permanecer dentro de su hogar, en recuperación de su capacidad funcional con sus medios y ventajas que aporta el programa ADEC.<sup>12, 5</sup>

## **Características de la Atención Domiciliaria**

Quintanilla comenta que las características están definidas por la capacidad de detectar qué prioridades tiene la población que cuidamos. Debido a la multidisciplinariedad del equipo que la va a realizar, a la integralidad de los cuidados, a la coordinación de los diferentes componentes del equipo implicado y a la participación de la comunidad en la que se desarrolla la atención domiciliaria a través de los recursos disponibles en ella.<sup>12</sup>

- **Multidisciplinaridad**

El programa ADEC es un programa manejado por un equipo interdisciplinario donde participan médico, enfermera y trabajo social, apoyado de manera programada por el profesional de Nutrición y rehabilitación, esta última no es a Domicilio; el paciente debe acudir previa cita a la unidad de rehabilitación a que se realice la respectiva terapia y educación para que el familiar sea parte del proceso de recuperación, utiliza los recursos con que cuenta la familia y la comunidad complementando el equipo necesario para la atención integral de sus pacientes, como es el suministro de oxígeno a domicilio y el traslado de ventiladores mecánicos, en caso de ser necesarios para la vida del derechohabiente.

La integración de los especialistas hospitalarios es a través del traslado del paciente al hospital cuando esté presente la necesidad de ser hospitalizado, es decir se ha presentado un evento de complicación del estado del paciente y ante esta situación interviene el especialista requerido.<sup>5, 12</sup>

- **Integralidad**

Significa que en la atención domiciliaria, tengamos en cuenta el estado biopsicosocial de la persona anciana a la que vamos a cuidar. Es decir, que se deben tener en cuenta tanto los aspectos sanitarios como los psicológicos y

sociales de esta persona. Para esto es necesario la valoración de la autonomía en las ABVD, conocer los factores sociales que pueden considerarse como de riesgo, tales como vivir solos o carecer del soporte familiar.<sup>12</sup>

Entre la población adscrita al programa ADEC los AM que ingresan lo hacen con uno o más diagnósticos, entre ellos se incluyen los clasificados como discapacitantes. Como consecuencia, la necesidad de cuidados continuados en estos pacientes es inminente, ya sea por profesionales de la salud o por el cuidador primario dentro de la familia.<sup>5</sup>

### **Participación de la enfermera en relación al modelo de enfermería del programa ADEC.**

Gala, Romero y Pérez hacen énfasis en la necesidad de un profesional con capacidad de respuesta ante esta situación. Las características del trabajo que realiza la enfermera en Atención Primaria amén de sus competencias, hacen que se ajuste a dicha necesidad. También menciona que para las personas en situación de dependencia existen varias limitantes, y en los cuidados prevalece el diagnóstico, y en los que la curación ya no es un objetivo viable.<sup>34</sup>

Esto implica una reordenación y priorización de los cuidados, una estrecha coordinación y cooperación entre la atención primaria y la especializada y una respuesta efectiva y coordinada. Además de que la persona que necesita de servicios sociales y sanitarios requiere un sistema de recursos en un contexto flexible, integrado y sin interrupciones en el tiempo, de manera que la atención que necesita se coordine de manera efectiva.<sup>34</sup>

### **Coordinación de la Atención Domiciliaria**

La coordinación es una de las actividades de la enfermera dentro del equipo de atención en el programa ADEC y debe establecer las condiciones idóneas para



que todos los profesionales que componen el equipo multidisciplinario se impliquen en la atención domiciliaria. Para esto es necesario que la información fluya de una manera ágil, utilizando los canales de comunicación adecuados, entre los diferentes profesionales implicados.<sup>12, 5</sup>

El equipo asistencial, para llevar a término la atención domiciliaria, debe potenciar los aspectos que favorezcan la participación de la familia. Para ello debe conocer todos los recursos de carácter sanitario, social y cívico que permite a las personas ancianas y a sus familias afrontar los problemas de salud de forma que se estimule la independencia o autonomía de las personas ancianas. Los recursos que la comunidad pueda ofertar serán imprescindibles para que el programa de Atención Domiciliaria se pueda llevar a término con éxito.<sup>12</sup>

La enfermera como administradora de la atención directa al paciente, con la influencia de la familia y comunidad, se responsabiliza de que sea proporcionada dentro de la planeación estratégica que cada uno necesitan, con la intención de atender eficazmente y lograr de esta manera los objetivos de la organización.

La atención de enfermería se ha distinguido por ser directa, íntima y constante con el paciente durante todo el proceso que lo lleva a requerir de los cuidados de enfermería. Es por esto que los cuidados de la enfermera son los ideales para ser otorgados dentro del hogar del paciente.<sup>19, 5, 12</sup>

La valoración es un elemento esencial de la participación de enfermería con la persona AM en el ADEC con base en ello planea los cuidados necesarios, a través de la elaboración de los planes de cuidados de enfermería que se le entregan al familiar y los diagnósticos enfermeros que plasma en sus hojas de seguimiento del paciente.<sup>35</sup> Esta debe incluir el grado de autonomía para realizar las ABVD, la capacidad cognitiva, los problemas de salud y su pronóstico, las necesidades básicas del AM y su familia, la existencia del soporte familiar y social, las condiciones de su vivienda, esto último con la ayuda de la trabajadora social.<sup>12,5,16</sup>

La preparación actual de la enfermera le permite ocuparse del cuidado de la persona anciana desde los aspectos de la protección de la salud y también de la prevención de la enfermedad, o de posibles complicaciones derivadas de esta. La valoración específica que realiza la enfermera, en base al modelo de cuidados de su elección, le permite plantearse unos objetivos de actuación concretos y diferenciados de la actuación de otros profesionales.

La aportación que específicamente puede hacerse a la valoración interdisciplinar estará centrada en la visión del cuidado integral y continuado que puede ofrecer la enfermera, ya sea en el centro de salud, en el domicilio o en su colaboración con otras instituciones. La enfermera de la atención primaria dispone de una posición privilegiada ya que puede participar en el proceso salud/enfermedad del AM, su familia y la implicación de su entorno y obtener información "in situ" sobre el estilo de vida del usuario de sus servicios.<sup>16</sup>

Un pilar del programa ADEC es la enseñanza, orientada al paciente y/o cuidador; y quien se identifica como responsable de dicha actividad es la enfermera. Dicha enseñanza se basa en el autocuidado de Orem, misma que contiene tres teorías relacionadas sobre el autocuidado que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; el déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermera puede ayudar a la gente y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.<sup>36</sup>

El propósito de la enseñanza con esta teoría es que se pueda conservar la vida, la salud y bienestar del paciente a través de la capacidad del individuo para autoayudarse. Los adultos cuidan de sí mismos, mientras que los niños, los ancianos, los enfermos y discapacitados necesitan ayuda para conseguir su autocuidado.

La enfermera para poder educar lo hace de manera incidental, en el autocuidado utiliza técnicas que permiten demostrar al familiar y al paciente como realizar los cuidados, entre ellas estas la demostración; para esto el brindar atención directa al paciente es indispensable.<sup>37</sup>

Evalúa la calidad del cuidado directo prestado a cada paciente periódicamente, en cada visita reafirma las dudas del cuidador y constata en la exploración del paciente el efecto positivo o negativo de las actividades básicas de enfermería desarrolladas por la familia.

En cada visita al paciente la enfermera realiza actividades directas al paciente, entre ellas: orientadas al cuidado directo del paciente y un mejor control del paciente y para evitar complicaciones inherentes al estado del paciente con atención domiciliaria.<sup>5</sup>

### **Hospitalización Domiciliaria**

Pinto lo considera como el traslado al hogar del paciente, el personal, los servicios y la tecnología necesaria para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad a la del hospital, propiciando participación activa, del paciente y su familia en el proceso terapéutico.<sup>30</sup>

El programa de ADEC maneja el término de manera conjunta con atención domiciliaria el término de hospitalización a domicilio, lo define de la siguiente manera: organización de un servicio dependiente del hospital que colabora como complemento de las medidas terapéuticas de éste realizadas, en el propio domicilio del paciente, mediante el trabajo de un equipo especializado procedente del centro hospitalario con medios técnicos suficientes para poder sustituir a éste.<sup>5</sup>

Fernández y Solana, considera hospitalización a domicilio al tratamiento activo por profesionales de la salud en el domicilio del paciente y por un periodo de tiempo

limitado, como una alternativa de cuidados agudos hospitalarios. Actualmente no existen evidencias científicas de sea una alternativa eficaz y eficiente, comparado con la hospitalización convencional del AM en unidad de agudos.<sup>8</sup> En el caso de los cuidados paliativos domiciliarios, la evaluación de su eficacia se determina según la mejora de la calidad de vida y satisfacción del paciente y familia con los cuidados recibidos.

Contel menciona este término de manera similar y hace referencia, que es más común en los países europeos como son Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Canadá y resalta que en España existen varios hospitales pioneros en esta modalidad. Los pacientes que son admitidos en este tipo de programa a diferencia de estos países, en México se ven más comúnmente pacientes crónicos que necesitan en su mayoría cuidados asistenciales de enfermería, para lo cual se entrena al familiar o cuidador primario que se hace cargo del paciente adherido al programa.<sup>28</sup>

González Aragón menciona que desde 1983, la nueva estrategia de la Organización Mundial para la Salud, es lograr una filosofía de responsabilidad en la participación activa para la obtención de la salud, para ello, se proponen los tres principios siguientes:

- Los individuos deben educarse en los conocimientos y procedimientos a su alcance para conservar y mejorar su salud, al mismo tiempo que evitar provocarse daños.
- Los profesionales de la salud deben convertirse en educadores de sus pacientes y de la comunidad.
- Los familiares y demás miembros de la sociedad deben colaborar en los procesos de salud de su propio entorno familiar y de la colectividad.<sup>38</sup>

### **3.4. Marco Empírico**

#### **3.3.1. Programa de atención domiciliaria. (ADEC)**

En el ADEC de San Luis Potosí los AM ingresan al programa con base a los procedimientos mismo, mediante una referencia del médico que lo trata durante la hospitalización, por referencia del jefe de medicina y/o cirugía o bien por el médico familiar.

El programa señala que deberían incluirse pacientes con alguna de las siguientes situaciones: pacientes encamados con sus consecuentes complicaciones (UPP, incontinencia, etc.), paciente terminal por enfermedad neoplásica y otras patologías, minusvalías físicas, amputación, ceguera, entre otras, minusvalías psíquicas, demencias; problemas crónicos en fase avanzada (poliartrosis), trastorno de la deglución y nutrición (sondas), insuficiencia respiratoria crónica (oxigenoterapia), alteraciones de la movilidad, intervenciones quirúrgicas y cuidados post-hospitalarios, problemas neurológicos (accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple, senilidad, etc).

Requisito para ingresar al programa de forma voluntaria del paciente y la familia tras recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención a domicilio, existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado activo del paciente en el domicilio, o un profesional contratado para tal fin.

La estancia de los pacientes en el programa debe ser transitoria, tener un ingreso y un alta, (Máximo 6 visitas). El equipo completo conformado por un médico, enfermera y trabajadora social acuden por primera vez el domicilio del paciente, se evalúa las condiciones del paciente, si es candidato a ingresar al programa, se da una serie de indicaciones, cada cual realiza una función determinada.

El médico evalúa el estado físico y de salud del paciente, la trabajadora social realiza el estudio social de la familia y ve las condiciones de la vivienda y realiza recomendaciones y sugerencias de cómo organizarse para el cuidado al paciente dentro de la familia.

La enfermera realiza una serie de acciones estipuladas en el programa de ADEC, y son las siguientes: coordina las acciones del grupo, elabora diagnósticos enfermeros, establece planes de cuidado de enfermería, evalúa la calidad del cuidado directo prestado a cada paciente, educa al paciente y su familia sobre aspectos de autocuidado, brinda el cuidado directo necesario, supervisa las actividades básicas de enfermería desarrolladas por la familia.

Además realiza en el paciente actividades básicas de enfermería (controla signos vitales y peso, cuidados generales de piel, ejercicios pasivos y activos asistidos, curaciones, limpieza de traqueostomía, cambios de sonda vesical, nasogástrica, toma de muestras de laboratorio), educación al paciente y su familia sobre cuidados de ostomías, instruir al paciente sobre autocuidado y al cuidador o cuidadores, en todas las actividades básicas de enfermería descritas anteriormente u otras que pudieran surgir, realizando simulaciones de entrenamiento que garanticen la adecuada habilidad y destreza en el cuidado del paciente.

Durante la estancia de los AM en el programa, se les fue proporcionado material médico quirúrgico (gasas, guantes, bolsas recolectoras de orina, sondas urinarias, jeringas, bolsas para alimentación, etc.), alimentación suplementaria, medicamentos y se cuenta con una línea telefónica a la cual podrían llamar los familiares cuando requirieran información o detectaban que su familiar estaba enfermo, o cuando les faltaba algún medicamento podían acudir al módulo de ADEC en el Hospital correspondiente en un horario de 7 a 8 am.

El programa de ADEC está constituido con equipo adscrito a cada hospital; en el HGZ No. 1 y 2 y dos equipos en el HGZ No. 50 uno en el turno matutino y otro en el vespertino, los cuatro realizan visitas domiciliarias, y están distribuidos por zona de adscripción, al HGZ No.1, le tocan los pacientes que tienen consulta de Medicina familiar en las UMF 1,5 y 45; al HGZ No. 2, las UMF 2,7 y 49; al HGZ No. 50 los pacientes que acuden a la UMF 47, cada grupo realiza sus visitas de acuerdo a una programación determinada por la gravedad del paciente o necesidad de educación del cuidador primario responsable del paciente, (semanal, 2 semanas, 3 semanas o bien cada mes).<sup>5</sup>

### 3.5 Estudios relacionados con el Tema

González y Segovia-Díaz (2010), realizaron un estudio "Capacidad funcional de adultos mayores en un hospital de Seguridad Social", en el Hospital del ISSSTE de la ciudad de San Luis Potosí, donde midió la capacidad funcional al ingreso, encontrándola esta mayor en el **egreso hospitalario**. Llegando a concluir que: existe una disminución de capacidad funcional física al ser hospitalizado; presentando en muchos de ellos, pérdida funcional temporal, lo que propicia el trabajo de enfermería para hacer revertir la capacidad perdida. Al egreso encontró como las actividades ABVD con mayor dependencia en subir y bajar escaleras, bañarse, traslado, caminar y vestirse.<sup>7</sup>

Por otra parte Saliba et al, publicaron el en año 2000, la evaluación de "Discapacidad en las AIVD de adultos mayores", en beneficiarios de Medicare, con el propósito de determinar cuáles eran los aspectos de las ABVD/AIVD, que se ven más afectadas en los usuarios de este programa. El resultado fue similar en ambos géneros, e independiente de la edad, presentando en AM jóvenes (65-84 años) y AM viejos (85-104 años) incapacidad para las ABVD y para las AIVD.<sup>13</sup>

Nigenda en el año 2007 estudia los familiares que han sido capacitados para la atención en el domicilio de pacientes envejecidos con enfermedades crónicas y

sus secuelas que han dejado en ellos una discapacidad. De los temas indagados uno de los que se comparte con este estudio fue el de **capacitación formal para el cuidado del paciente en domicilio**, a este respecto encuentra una ausencia de capacitación por parte de la institución, pues los entrevistados refieren haber desarrollado esta habilidad mediante observación directa.

Adicionalmente encontró que aún no están desarrolladas las estrategias para responder a un problema de la población adulta mayor que en poco tiempo ejercerá una presión significativa en las finanzas institucionales y en su capacidad para brindar sus servicios.<sup>39</sup>

Candel-Parra y col, en 2008 elaboraron un estudio, "Independencia para ABVD en ancianos previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución, donde midieron la capacidad funcional del anciano". La edad media de la población fue de 80.2 años. Previo a la cirugía los ancianos eran independientes en las ABVD y sin deterioro cognitivo; fue utilizado el IB, para evaluar la capacidad funcional en los AM adscritos en el programa ADEC. **Candel-Parra llegó a la conclusión que sólo un 33% recuperó o superó su nivel de independencia previo a los 6 meses transcurridos.**<sup>40</sup>

Calderón et al, en 2002, realizaron un estudio en Monterrey; México en 50 pacientes, analizando el grado de dependencia y capacidades de autocuidado en el programa ADEC, a través del índice de Barthel (IB) y variables socio-demográficas; donde identifican una correlación significativa entre dependencia y escolaridad obteniendo una  $X^2$  de 9.38 y un valor de  $p= 0.02$  este valor se destaca que a menor escolaridad existe mayor grado de dependencia. Se concluye la necesidad de identificar la capacidad del paciente para realizar el autocuidado y dirigir las intervenciones de enfermería a necesidades reales.<sup>35</sup>

A este respecto Leno González et al, publicaron en 2008 un estudio del "Índice de Barthel (IB): ¿adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria?" Donde menciona que los profesionales de enfermería desarrollan una gran labor en la



evaluación de las necesidades del enfermo y los cuidadores, y en proporcionar los cuidados requeridos. La hipótesis de partida contrastó con la aplicación del IB a 32 pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital, donde concluyó que el IB no solo es adecuado para planificar las necesidades del alta, sino también al ingreso, donde puede ofrecer datos objetivos sobre carga de trabajo en hospitalización.<sup>41</sup>

Segovia-Díaz y Torres en el 2010 en el artículo de “Funcionalidad del Adulto Mayor y el cuidado Enfermero” identifican a la funcionalidad como parte de la valoración geriátrica y gerontológica tanto multi como interdisciplinar, como un concepto amplio donde tiene los componentes psicológico, social, económico y física, valorando este último componente a través de la capacidad funcional valorada por las Actividades de la vida diaria como son las básicas, las instrumentales y las avanzadas, en forma segura y autónoma, sin provocar cansancio; Y la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario.<sup>42</sup>

Navarro et al, en 2008 realizaron un estudio en Valencia, España “Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores” donde valoraron las dimensiones de la calidad de vida psicológicas físicas y sociales y las relaciones entre las dos primeras. Como medida de ABVD se utilizó el IB y para el bienestar, la LSI-A y la escala de Ryff.

Se aplicaron en una muestra de 176 jubilados. Se realizaron correlaciones de Pearson y regresiones jerárquicas, encontrándose relaciones positivas entre el IB y el dominio del ambiente y la satisfacción general, y negativas con el factor relaciones positivas con otros. Además las variables predictivas del IB son las propias del bienestar subjetivo.<sup>43</sup>

Barrero Solís en 2005 publica un estudio realizado en Tamaulipas, México que menciona al IB como un instrumento esencial para la evaluación funcional y la

rehabilitación, donde describe que el instrumento es fácil de aplicar e interpretar y se obtienen estimaciones cuantitativas del grado de dependencia del paciente. El cual implica pocas molestias y es de bajo costo.<sup>44</sup>

Urzúa Morales realizó un estudio en 2008 en Chile donde revisó Calidad de Vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas utilizando WHOQOL-BREF, en donde se observan diferencias entre la calidad de vida y el estilo de afrontamiento, siendo el nivel de la primera superior en España que en Chile y mayor en no crónicos que en crónicos. Existen diferencias culturales en la relación de Calidad de vida y afrontamiento, vinculándose los estilos conductuales en Chile a la Calidad de Vida, mientras que en los participantes españoles se relaciona con estilos de tipo cognitivo.<sup>45</sup>

González-Celis en 2006 describe la Calidad de Vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos. El 63% padecía alguna enfermedad, principalmente crónico degenerativa en 53.9%. La calidad de vida resultó significativamente diferente para los enfermos que para los no enfermos ( $t=-4.38$ , g.l. =184,  $p<0.000$ ) no así para el tipo de enfermedad, problemas reportados, ni para el nivel de afrontamiento.

De los dominios de calidad de vida, del físico se obtuvo una media de 70.3 puntos y una DE de 14.3, en 193 ancianos; en el Psicológico en una muestra de 191 se obtuvo una media de 70.5 puntos con DE de 15.1; y en el Social en una muestra de 189 con una media de 73.9 puntos y una DE de 16.9 y por último en el de Medio Ambiente en una muestra de 186 con una media de 72.4 y DE de 15.0.<sup>46</sup>

Cruz et al, publicaron un estudio en 2010, Enfermería y Discapacidad: una visión integradora. En el que analizaron a la discapacidad asociada a los cambios demográficos, epidemiológicos y de estilos de vida así como a los adelantos técnico-científicos en materia de salud. En el que concluye que es un gran desafío

para las enfermeras en su práctica desde el cuidado visto como proporción de cuidados pero también como defensa de derechos.<sup>47</sup>

Rubio et al, en un estudio de “Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las ABVD en población mayor no institucionalizada” realizado en el año 2009, *centros de convivencia con > de 64 años*; encontraron que el 59.9% tenía > de 75 años, 40.5% vivía con su pareja, el 61.8% no había terminado los estudios primarios. Y los diagnósticos principales eran enfermedades descritas como crónicas tales como reumatismo, hipertensión, problemas circulatorios y la arterioesclerosis-pérdida de memoria.

En la capacidad funcional se identifica al 78.6% como independientes en las ABVD; y que un mayor riesgo de presentar dependencia para las ABVD aumenta significativamente en presencia de alteraciones mentales leves, seguida de la cardíaca y de reumatismo/artrosis. Los pacientes del estudio de Rubio presentan patologías múltiples que explican la dependencia total en ABVD.<sup>48</sup>

Delgado et al, estudiaron las variables asociadas a deterioro funcional al alta y a los tres meses en ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca en el 2009, en el que midieron el deterioro cognitivo con la escala de Pfeiffer que se asocio a un mayor riesgo de deterioro funcional o defunción tanto al alta como a los tres meses. Existe una correlación positiva entre la gravedad de la insuficiencia cardíaca y el deterioro funcional.

El mecanismo de esta asociación puede ser debido a la hipoperfusión cerebral, ambientales o variables biológicas determinantes para la aparición del síndrome de fragilidad del anciano. La disfunción cognitiva es el principal factor de pérdida de las ABVD (medidas Barthel), en pacientes con insuficiencia cardíaca y no estando influido por el sexo, la edad, la comorbilidad o la medicación.<sup>49</sup>

Wen-Miin Liang, et al, en el 2008, en un estudio “Una comparación empírica del WHOQOL-Bref y el SGRQ en paciente con EPOC”, realizado en 211 pacientes con edades entre 46 a 88 años y promedio de 70.4 años, encontraron que el WHOQOL-Bref evalúa adecuadamente la calidad de vida en los pacientes con EPOC, con una consistencia (alpha de Cronbach >0.8) al igual que el SGRQ instrumento realizado ex profeso para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias.<sup>50</sup>

Kalfoss realizó en 2008 el estudio: “The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults”, evaluó la CV en muestras de AM en ambos países en edades entre 60 y 91 años aplicando el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD, donde la media poblacional fue de 72.8 DE +8.5 años 53.4% de mujeres y 46.7% hombres, para la muestra canadiense y 75.71 +- 8 años, 58% mujeres y 42% hombres para los noruegos. Encontraron mejor calidad de vida en la muestra Canadiense sobre todo en lo social, en los noruegos se encontró que las actividades relacionadas al trabajo remunerado son las mejor evaluadas, no dan tanta importancia al ocio, voluntariado o relaciones sociales.<sup>51</sup>

Skevington en el año 2009, realizo un estudio en 23 países: “Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health” en el que participaron 9,404 individuos, de los cuales hubo una proporción similar de hombres y mujeres, con edades entre 12 y 97 años, sus diagnósticos fueron cáncer, diabetes, cardiovascular, y enfermedades musculo esqueléticas, un hallazgo significativo fue que entre los individuos que no terminaron primaria o solo tenían primaria terminada el reporte de la calidad de vida fue alrededor de 50 como media, fue constante en los cuatro dominios, y que la mayoría de la población con estudios primarios se encontraba por arriba de los 50 años.

Otro hallazgo importante es que no repercute de manera significativa la educación terciaria o profesional en la calidad de vida, se asocia más a la oferta de trabajo en los países explorados. Existe una brecha entre el nivel de calidad de vida entre los

individuos de educación básica y la secundaria, pues reportan una mejor calidad que los de la básica, y los que cuentan por arriba de esta.<sup>52</sup>

Espinel-Bermúdez realizó un estudio en el 2011 en México D.F. en el que se exploró el “impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios”, mismos que permanecieron en el programa por 3 meses; realizaron dos platicas previas a la visita al hogar mientras estaban en el hospital, se describe los apoyos familiares necesarios para poder insertarlos al programa y los apoyos brindados durante el tiempo de estancia en el programa.

Los ancianos fueron de 61 a 103 años de edad, con promedio de 75.76 años; 43% vivían con pareja. Los diagnósticos encontrados fueron hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión, artrosis/artritis, obesidad. En la valoración de la calidad de vida encontraron que los pacientes con enfermedades crónicas como la artrosis la perciben pesimamente. Mejoro la dimensión psicosocial de la calidad de vida, y no se encontró diferencia en los reingresos en promedio con el del grupo comparativo.<sup>53</sup>

Salgado et al en 2006, en el estudio con AM llamado “Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana” de cuatro ciudades de México, midieron capacidad funcional, deterioro mental, y percepción subjetiva de la calidad de vida; en donde un punto destacado es que el 39% de AM consideran que su enfermedad había limitado de alguna manera su capacidad funcional, y el 17% tenían dificultades para realizar actividades de higiene personal como bañarse e ir al baño y para alimentarse, y este porcentaje fue superado en los AM separados y viudos. Además el 20% de los analfabetas tenían dificultades en este sentido contra el 14% de los que sabían leer y escribir.

En forma general el AM percibe que recibe un apoyo familiar más fuerte conforme avanza la edad, ya que 62.7% de los > de 60 años se sienten apreciados

("mucho") y una proporción significativamente mayor de los AM de 80 años de edad y más 70.2% también reportan sentirse muy apreciados por su familia.

De la variable calidad de vida se obtuvo que las mujeres alfabetas, tienen una mejor percepción subjetiva de su calidad de vida que las analfabetas, y los hombres además del alfabetismo, el seguir ejerciendo el rol de tradicional de proveedor económico, parece estar relacionado con tener un mejor bienestar subjetivo que en los no proveedores.

Como conclusión a este respecto menciona que el alfabetismo tiene una relación estrecha con el bienestar subjetivo de los AM por las oportunidades que esto representa para obtener mejores condiciones sociales, económicas y de salud.<sup>54</sup>

Por otra parte Gene et al, realizaron en 2005 un estudio con 72 equipos de atención primaria de salud en Cataluña llamado "Variables Predictivas de las cargas de trabajo de enfermería en Cataluña: seguimiento de un cohorte de atención domiciliaria" en pacientes > de 64 años, recogieron las variables, nivel de salud menciona que existió comorbilidad de dos o más diagnósticos y fue similar en el siguiente año, aumentando el puntaje de riesgo para úlceras por presión de 49 a 58; utilizaron Pfeiffer, IB, Charlson, Braden, Gijón y el test de Zarit) , y para medir el estado subjetivo de salud utilizaron el SF-12.

Los pacientes de Cataluña reciben por año, 9 visitas de su enfermera, y los hombres reciben un 40% más que las mujeres, el 65% en pacientes dependientes en actividades de la vida diaria, el 20% en problemas sociales y el 65% en los que recibieron visita de emergencia antes de recibir la valoración inicial.<sup>55</sup>

Ricoy en 2008 realizó el estudio Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos socio sanitarios por personas mayores no institucionalizadas, llevado a cabo en la provincia de Ourense y Pontevedra en España, en el que encontró que la edad de los participantes en promedio es de 75.76 años, el 43% vive con pareja, los diagnósticos más frecuentes son hipercolesterolemia 85.3%, Diabetes 82.6%, Hipertensión 67.3%, Artritis/artrosis 54.3%, obesidad 7.1%, encontraron que la percepción que tienen de su salud en el grupo de personas de 65 a 76 años

es más optimista que los mayores de 75, por la enfermedad que los acompaña lo contemplan con más pesimismo como los que padecen enfermedades como la artrosis.<sup>56</sup>

Ballester et al, realizó en España el estudio "Perfil de Salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallés" en el cual, la media de la edad poblacional fue de 82.9 años, valoró capacidad funciona con el IB, el 10.9% presentaron dependencia total, el 12.5% dependencia moderada y el 60.9% dependencia ligera y 4.7% son autónomos o independientes. Reporta los principales diagnósticos de enfermería NANDA más frecuentes Deterioro de la integridad física, Deterioro de la integridad cutánea y déficit de autocuidado, riesgo de lesión, deterioro de la movilidad física. Concluyen la necesidad de continuar desarrollando y priorizando los programas ATDOM debido a la avanzada edad y elevado grado de dependencia de la población.<sup>57</sup>

Gómez et al, realizaron un documento en 2007 llamado "Prevención de la dependencia en personas mayores" en el que describen que es la enfermedad y no la edad como la principal causa de dependencia. La mayor parte de las personas con dependencia tienen enfermedades crónicas asociadas. Las enfermedades crónicas que generan mayor dependencia entre las personas mayores son las menos letales y entre ellas se encuentran: la artrosis, la demencia, la enfermedad vascular cerebral, EPOC, la enfermedad coronaria y el cáncer. Los estados de ansiedad y depresión suelen asociarse en las personas mayores a otras enfermedades agravando su grado de dependencia.

Otro punto importante que tocan estos autores es la fragilidad de los AM, que lo definen como "declinar generalizado de múltiples sistemas, cuya repercusión final lleva a un agotamiento de la reserva funcional del individuo y mayor vulnerabilidad de desarrollo de resultados adversos, que incluyen discapacidad y dependencia. También menciona que la polifarmacia va acompañando a la fragilidad y a la dependencia, por la morbilidad múltiple que presentan los AM (pluripatología) que

a mayor número de medicamentos (5) mayores efectos secundarios y deterioro del organismo del AM.<sup>20</sup>

Lobo, et al, en el estudio en Portugal llamado "Anciano Institucionalizado: Calidad de Vida y funcionalidad" en ancianos de residencias de Oporto y Braga, identifica a los varones de  $71.7 \pm 7.5$  y para las mujeres  $70.7 \pm 6.6$  años, con capacidad funcional en ABVD con 73.4% como moderadamente dependientes. La mayor pérdida de autonomía se verifica en el baño, que afecta al 73.4% de los ancianos. Y el 64.6% se observaron accidentes frecuentes en control vesical, además el 49.4% de los ancianos considera su salud como buena; 44.3% y muy buena.<sup>58</sup>

De los estudios revisados sobre atención en pacientes en domicilio, se identifica la mayoría del extranjero entre ellos Europa y Latinoamérica; en los nacionales solo 6, y de ellos 4 realizados dentro del programa ADEC encaminados a evaluar el impacto que tiene en las finanzas del IMSS, sin ser orientados al cuidado del paciente.



## CAPÍTULO V

### MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de Estudio:** Por el tipo de variables estudiadas es: Cuantitativo.

Por el nivel de alcance de las variables estudiadas es: Descriptivo, transversal y Observacional.

**Lugar y tiempo:** Se realizó el estudio en adultos mayores (AM) inscritos al programa de atención a domicilio al enfermo crónico (ADEC) en los Hospitales 1,2 y 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la capital de San Luis Potosí, del 9 de mayo al 9 de julio de 2011, posterior a la prueba piloto.

**Universo:** 158 AM adscritos al programa ADEC de los tres hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de San Luis Potosí.

**Población Estudiada:** 127 AM inscritos en el programa ADEC, de los tres hospitales.

**Muestra:** El presente estudio se realizó con muestreo: por cuota, el tamaño de muestra de 59 AM en base de los pacientes adscritos al programa ADEC, que cumplieron con los criterios de inclusión, en el periodo de estudio. (25 del hospital 1; 16 del Hospital 2, y 18, del hospital 50).

**Criterios de inclusión. Adultos** mayores de 65 años de edad, usuarios del programa ADEC, que tuvieron funcionamiento intelectual normal o deficitario y aceptaron participar en el estudio.

**Criterios de exclusión.** AM que tuvieron patologías que impidieron la comunicación verbal, pacientes dados de alta del programa, con déficit intelectual

grave o funcionamiento intelectual deficitario que no permitiera la entrevista, siendo 42 (36.8% excluidos).

**Criterios de eliminación.** AM que fallecieron durante el periodo de estudio, y los AM que por su gravedad no se pudo aplicar ni el Pfeiffer. Con total de 13 (11.4%)

### **Instrumentos utilizados**

Para el presente estudio fueron utilizados 4 instrumentos: El cuestionario Short Portable Mental Status (SPMSG) de Pfeiffer, la Guía de observación de las funciones de enfermería del programa ADEC, el Índice de Barthel (IB) y la versión española del WHOQOL-BREF (WB).

Para identificar el funcionamiento intelectual de los AM se aplicó el cuestionario SPMSG de Pfeiffer que consta de 10 preguntas que evalúan la memoria remota, la conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática. Se pondera de 0-2 errores, funcionamiento intelectual normal; de 3 a 7 errores, funcionamiento intelectual deficitario y de 8 a 10 errores, déficit intelectual grave. Este instrumento está validado al español por Martínez y colaboradores.<sup>59</sup> (Anexo 1)

Para identificar las características socio-demográficas, de salud y la participación de Enfermería se utilizó: "Guía de Observación de la Participación de Enfermería en ADEC", construida en dos partes. La primera con datos generales y socio demográficos, como edad, sexo, estado civil, grado de estudios y ocupación, variables de salud, diagnóstico principal de ingreso al programa ADEC.

La segunda parte que mide la participación de enfermería, la integran 20 preguntas de las actividades de enfermería que se contemplan en el programa ADEC del IMSS con tres áreas: administrativas, asistenciales y educativas, y para la profundización de esta ultima área se implican 10 preguntas donde indirectamente se observa al cuidador en el cumplimiento de lo enseñado por la enfermera. Este instrumento fue elaborado ex profeso para el presente estudio<sup>5</sup>. (Anexo 2)

Los códigos de respuesta tanto para las 20 observaciones de enfermería y 10 del cuidador, fueron: 1= actividad no realizada, 2 actividad realizada, 3 actividad no observada, 0= actividad que no corresponde, de haberse realizado.

El instrumento utilizado para medir la capacidad funcional física como medida genérica de independencia en ABVD, fue el cuestionario Índice de Barthel (IB). Evalúa diez AVBD, las cuales se clasificaron en tres dimensiones de autocuidado; Aseo, traslado/ vestido y funciones corporales.

Dicho instrumento consta de 10 preguntas, cada una, con dos a cuatro opciones de respuesta y valores asignados de 0,5, 10 ó 15, la traducción al español se publicó en 1993 por Baztán,<sup>60</sup> et al, quienes enuncian las ponderaciones de: <20 dependencia total, 20-35 dependencia severa, 40-55 dependencia moderada, >60 dependencia leve y 100 Independencia. Un valor de 60 en el IB es un punto de inflexión por encima del cual existe una alta probabilidad de continuar viviendo con la comunidad. Por debajo de 40 existe una importante dependencia, así mismo índices muy bajos, < de 20 se correlacionan con un aumento en la mortalidad.<sup>61</sup> (Anexo 3)

Y por último el cuestionario de WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life): versión abreviada del original WHOQOL-100 creado por la OMS en 1996. Es una escala genérica transcultural, con enfoque holístico, internacional, validada en diferentes idiomas, edades y situaciones (personas sanas, enfermas y en rehabilitación) el cual produce un perfil de la calidad de vida (CV) según la propia percepción de la persona evaluada.<sup>62</sup>

WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, con un perfil de cuatro áreas: salud física, con siete ítems; salud psicológica, con seis; relaciones sociales, con tres y

ambiente con ocho ítems y dos preguntas globales, calidad de vida y salud general; las preguntas tienen cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert. Las propiedades psicométricas del WB, se analizaron utilizando la sección transversal de datos obtenidos a partir de una encuesta de personas llevada a cabo en 23 países (n=11830), en los análisis de consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach >0.70, en salud física 0.82, en salud psicológica 0.81, ambiental 0.80, pero marginal para relaciones sociales 0.68; las correlaciones con el tema total, la validez discriminante y de constructo mediante análisis factorial confirmatorio, indican que el WHOQOL-BREF tiene buenas a excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad y funciona bien en las pruebas preliminares de validez.<sup>63</sup>

En un estudio de validación realizado en adultos mayores de habla francesa, residentes en Suiza, la consistencia interna del WHOQOL-BREF obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84 para el componente físico y 0.76 para el componente mental, las relaciones de medida entre la salud física y mental demostraron validez convergente y discriminante, en general se demuestra que la calidad de vida en las personas mayores puede ser determinado con el WHOQOL-BREF, demostrando tanta validez y confiabilidad test-retest.<sup>64</sup>

#### **Adaptación cultural del instrumento WHOQOL-BREF:**

El instrumento WHOQOL validado en varios idiomas por el grupo WHOQOL y en especial al castellano como integrante del grupo, la Doctora Lucas versión que posteriormente fue adaptada culturalmente para México por la Dra. Segovia quien da autorización dicha versión para el presente estudio. (Anexo 4)

## **Procedimiento para la recolección de información.**

Para la planeación de la recolección de información se elaboró un Concentrado de los AM del programa ADEC, incluidos en el presente estudio, donde se registraron los datos básicos para el control del AM y de la enfermera que lo atiende.

Para el presente El programa ADEC tiene la política de que no se puede entrar en el domicilio si no se encuentra el familiar, la participación de Enfermería en el programa ADEC contempla la evaluación de las actividades realizadas al AM y sin la presencia del familiar no se podría realizar.

Diariamente, de acuerdo al programa de visitas que tenía el personal del ADEC, el investigador se incluyó con el personal, hasta identificar el AM, realizando la valoración del mismo con la aplicación del cuestionario Pfeiffer y determinar la capacidad mental del sujeto para ser incluido o no.

Una vez que por capacidad cognitiva, iba a ser incluido en el estudio se proporcionó información referente al estudio, a través del consentimiento informado a cada participante (AM y/o cuidador).

Posteriormente se aplicó el instrumento de "Guía de observación de la participación de la Enfermera en el ADEC", observando durante la visita domiciliaria, a la enfermera y al cuidador.

Una vez terminada la participación de los integrantes del equipo, se aplicó el cuestionario de ÍB, y WB como instrumento final.

## **Prueba piloto**

Se llevó a cabo del 13 al 29 de Abril 2011, una vez autorizado por el comité Académico del Programa de MAAE de la Facultad de Enfermería de la UASLP y el

Comité Local de Investigación en Salud del IMSS de la ciudad capital de San Luis Potosí (CLIS). Con muestreo por conveniencia (10% de la población: 13 AM que cumplieron con los criterios de inclusión).

Durante la prueba piloto se tuvo una visión general del contexto del ADEC; se probó la aplicabilidad de los instrumentos en donde se midieron los tiempos requeridos para las entrevistas, y en especial el del instrumento "Guía de observación de la participación de enfermería durante la visita domiciliaria".

Se identificó en el cuestionario Pfeiffer que la pregunta 10 (valoración de cálculo), solo 3 (9.6%) respondió correctamente, sin problema, sin embargo no fue necesario realizar cambios al instrumento, al igual que en IB y WB.

La guía de observación de enfermería fue el instrumento que sufrió cambios específicos, en número de preguntas y estructura. De inicio contaba con 10 preguntas y quedaron 9, de las cuales se eliminó la pregunta 2 inicial ya que con la pregunta 3 era suficiente para identificar los diagnósticos enfermeros.

En la pregunta 7, se agregó otra opción de respuesta como: "otra" para poder especificar actividades no estipuladas en la pregunta. Se incluye rubro de observaciones para anotar situaciones específicas no consideradas dentro de la guía.

Por otra parte fue posible probar la elaboración de base de datos, calidad de captura, y el procesamiento de información de todos los instrumentos incluyendo el WHOQOL-BREF como lo tiene estipulado la OMS a través del grupo WHOQOL, para lograr la obtención de las estadísticas propuestas y dar respuesta a los objetivos de la investigación.

## **Procesamiento y análisis de información.**

En el cuestionario SPMGS de Pfeiffer, se procesaron los datos a través de sumatorias de datos crudos, posteriormente de acuerdo a Martínez et al, se redujo 1 punto de error por tener escolaridad de primaria incompleta o menos, y a partir de las ponderaciones estipuladas de número de errores, se procesó la información para identificar los niveles de funcionamiento intelectual de los AM y así poder identificar los que cumplían con los criterios de exclusión y solo abordar los elegidos para el estudio.

Para el procesamiento de datos de la Guía de Observación de "Participación de enfermería en el ADEC", fue realizado a través de sumatorias de los valores crudos, en cada ítem, se realizó el conteo de casos de cumplimiento, obteniendo la proporciones y posteriormente se realizó sumatorias de todos los ítems con cumplimiento por tipo de actividades desarrolladas, para identificar las 3 funciones básicas de la enfermera en el programa.

Para el procesamiento de datos del IB, primero se realizó la sumatoria de los puntos de cada ABVD 0-100 (puntaje crudo), y posteriormente en base a las ponderaciones estipuladas por Batzán se clasificaron por niveles de dependencia física.

Para el procesamiento de los datos obtenidos por el instrumento WHOQOL-BREF se utilizaron los lineamientos del WHOQOL Group de la OMS, que consta de una serie de pasos para el control de datos y para el cómputo de las puntuaciones por dominios.<sup>65</sup>

Como primer paso se realizó la codificación de los 26 ítems de 1=1, 2=2, 3=3, 4=4 y 5=5, posteriormente se re-codificaron tres preguntas (3, 4 y 26) que en el instrumento tienen sentido negativo para transformarse a sentido positivo 1=5,

2=4, 3=3, 4=2, 5=1, esto se realizó porque la escala numérica de calidad de vida tiene sentido positivo, es decir a mayor puntaje es mejor la calidad de vida.

Una vez unificado el sentido del total de preguntas, se realizó la sumatoria de las preguntas de acuerdo a cada dominio; dominio físico (preguntas 3,4,10,15,16,17,y 18), dominio psicológico (5,6,7,11,19,26), dominio social preguntas 20,21,y 22), dominio ambiente (8,9,12,13,14,23,24,y 25).

Con las sumatorias simples, se utilizó el método para la conversión de los puntajes brutos a transformar las puntuaciones de 0 a 100 puntos según el cuadro 4 del instructivo WHOQOL Group, para cada dominio.

Y con la obtención de puntuaciones de cada dominio, se realizaron las estadísticas descriptivas con la media como medida de tendencia central, y de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo).

Las dos primeras preguntas se analizaron por separado, de acuerdo al Instructivo del WHOQOL Group; la primera pregunta cuestiona sobre la percepción individual de la calidad de vida total o global y la segunda sobre la percepción individual de la salud, obteniendo la proporción de valor en cada grado de valor (puntuaciones del 1 a 5), a mayor puntaje, mayor calidad de vida, lo mismo para la satisfacción de su salud, de muy insatisfecho a muy satisfecho.

Se realizó la regresión lineal entre las variables Capacidad Funcional y los dominios físico, psicológico, social y entorno de Calidad de vida, donde se obtuvo la correlación de Pearson y la P o nivel de significancia.

Para el procesamiento de toda la información fue a partir de la utilización de las bases de datos en el paquete estadístico Statistic Package Social Science (SPSS) versión 17 para Windows; posteriormente se procesaron los datos a través



de las estadísticas descriptivas y de asociación en el mismo paquete estadístico, con apoyo del programa EXCELL para elaboración de gráficas y tablas.

### **Consideraciones ético - legales**

En relación a las consideraciones éticas, se obtuvo la aprobación del protocolo de esta investigación, por el Comité Académico de la Facultad de Enfermería y se autorizó por el Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para aplicarse en los tres hospitales localizados en la ciudad de San Luis Potosí, a través del registro No R-2011-2402-21 en base al Art 102 de Ley General de Salud.

Un aspecto fundamental en el presente estudio fue el consentimiento informado de acuerdo al Art 20. 21 Fracción I al IX, 22 Fracc. I y II, de la Ley General de Salud, a través de la firma de dicho documento y en quienes no pudieron otorgar la firma fue con huella digital o bien con firma del apoderado legal, se respetaron los principios y derechos fundamentales aplicables a los seres humanos regulados en los códigos de ética.<sup>54,66</sup> En el consentimiento informado se explicita el derecho a la decisión libre y voluntaria de participar, y se protege la identidad del paciente como derecho al anonimato y confidencialidad aclarando que se realizaría la presentación de los resultados de manera global. Los instrumentos fueron identificados por un número para llevar el control.

Las entrevistas se realizaron en el momento en que el equipo de ADEC se retiraba del domicilio y el paciente quedaba solo en su habitación a menos que el decidiera que alguno de sus familiares estuviera presente pidiendo al familiar que permaneciera en silencio y que no opinara.

Se brindó un trato justo y real en todo momento y se cumplió con el derecho de igualdad, además de aclarar en caso de no aceptación a participar en el estudio el derecho a la atención seguía vigente.

Para fines del estudio y dar respuesta al Art 25 y 36 de la Ley General de Salud se aplico el cuestionario de Pfeiffer, para determinar su estado mental.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

#### **Características socio demográficas de los AM.**

Se identifica la edad promedio de los AM en 79.7 años, con D.E. 9.6, y edades entre 65 a 74 años en 35.6%; en AM de 75 a 84 años el 32.3% y los de 85 años y más fueron el 32.2%, dato que caracteriza la presencia de fragilidad por la preponderancia de los 2 últimos grupos de edad, con más de la mitad de los estudiados, siendo mayores de 75 años.

En el sexo de los AM, predominó el femenino con 52.5%, y en estado civil el grupo de viudos, solteros-divorciados y separados en un 55.9% (sin pareja) y el resto casados. Referente a la escolaridad principalmente tienen primaria incompleta 32.2%, seguido de primaria completa y secundaria en la misma proporción de 27.1%.

Tabla No. 1  
**Características Socio-demográficas y de salud de los Adultos Mayores del Programa Atención domiciliaria al Enfermo crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**

Variable	No.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	31	52.5
Masculino	28	47.5
<b>Grupos de edad</b>		
65-74	21	35.6
75-84	19	32.3
85+	19	32.2
<b>Estado Civil</b>		
Viudo/Soltero-D-C	33	55.9
Casado	26	44.1
<b>Escolaridad</b>		
Sabe leer y esc	8	13.6
Prim incomp	19	32.2
Prim comp	16	27.1
Secundaria o +	16	27.1
<b>Polifarmacia</b>		
1-4 Med	12	20.3
5+ Med	47	79.7
<b>Pluripatología</b>		
1-2	37	62.7
±3	22	37.3

Fuente: Guía de Observación de la Participación de Enfermería (GOE)

n=59

### **Características de salud de los AM**

En relación a la salud, los AM, hacen uso de medicamentos el 79.7%, consumen 5 o más; esto de acuerdo a la OMS se considera polifarmacia con > de 3 medicamentos, (Tabla No 1).

En morbilidad de los AM, el 62.7% presentan de 1-2 diagnósticos médicos, y el 37.2% presentan pluripatología ( $\geq$  3 patologías). Del total de 129 diagnósticos médicos encontrados en el grupo, sobresalen los diagnósticos de enfermedades cardio- circulatorias en 40.3% (52) y de ellas la hipertensión arterial sistémica, seguidas de las enfermedades endocrinas 15.5% (20), de las que destaca la

diabetes mellitus; además de lesiones, heridas y fracturas 14.0% (18); entre otras neoplasias y enfermedades del aparato locomotor, identificadas en su mayoría como enfermedades crónicas.

Tabla No. 2  
**Principales diagnósticos de ingreso de los Adultos Mayores al Programa Atención Domicilio al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**

Diagnóstico	SEXO					
	FEM		MASC		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enf. Sistema Cardio-circulatorio	12	39.0	8	29.0	20	33.9
Enf. Sistema Respiratorio	6	19.4	5	17.9	11	18.6
Neoplasias	1	3.2	9	32.2	10	16.9
Enfermedades del SNC	4	12.9	3	10.7	7	11.8
Enf. Aparato locomotor	4	12.9	0	0.0	4	6.8
Enfermedades Endocrinas	2	6.4	1	3.2	3	5.1
Lesiones Heridas y factores Ext.	2	6.4	1	3.2	3	5.1
Enf. de la sangre y sistema Inmunológico	0	0.0	1	3.2	1	1.7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

Fuente: GOE

n=59

Del diagnóstico médico por el que ingresan los adultos mayores al programa, y de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, el más relevante en ambos sexos con 33.9%, corresponde a las enfermedades del sistema Cardio-circulatorio (EVC, HTA, IC, multinfarto, entre otros), misma causa en primer término en el sexo femenino en 39% (Hipertensión arterial y EVC).

En segundo término, continua con el 18.6% en enfermedades del sistema Respiratorio y 16.95% corresponde a neoplasias, este ultimo como primera causa en los hombres con 32.2% (destacando el cáncer de próstata), el resto con enfermedades del Sistema Nervioso central, endócrinas, lesiones heridas y factores externos, y enfermedades de la sangre y sistema inmunológico. Todos englobados en enfermedades crónicas (Tabla No. 2).

Del número de diagnósticos sobresale el 29% que tienen de 0 a 2 diagnósticos en el grupo más joven de 65-74 años; y de la pluripatología (de 3 a más, Diagnósticos), sobresalen el 15% en los grupos de > de 75 años y en > de 85 años de edad (Gráfica 1).

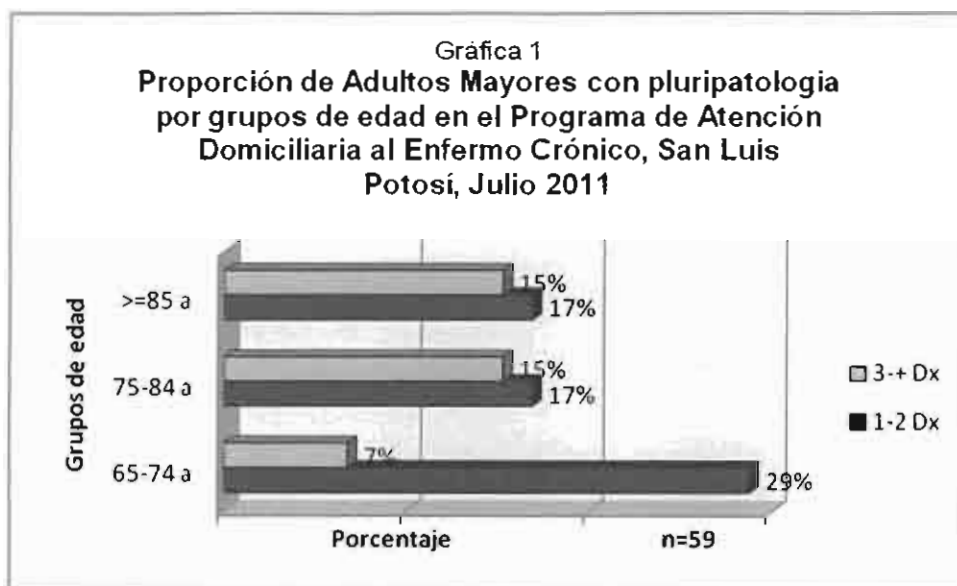


Tabla No.3  
**Diagnósticos Enfermeros de Adultos Mayores del Programa  
 Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011.**

Código	Diagnóstico	No.
<b>Dominio 4 Actividad/Reposo</b>		
85	Deterioro de la movilidad	11
182	Disposición para mejorar el autocuidado	10
92	Intolerancia a la Actividad	4
93	Fatiga	3
32	Patrón Respiratorio Ineficaz	3
<b>Domino 11 Seguridad /protección</b>		
155	Riesgo de Caídas	<b>14</b>
4	Riesgo de Infección	3
46	Deterioro de la integridad cutánea	7
31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	4
<b>Dominio 12 Confort</b>		
133	Dolor crónico	3
	Otros (diversos)	31
	<b>Total</b>	<b>93</b>

Fuente: GOE

\*Nanda 2009-11

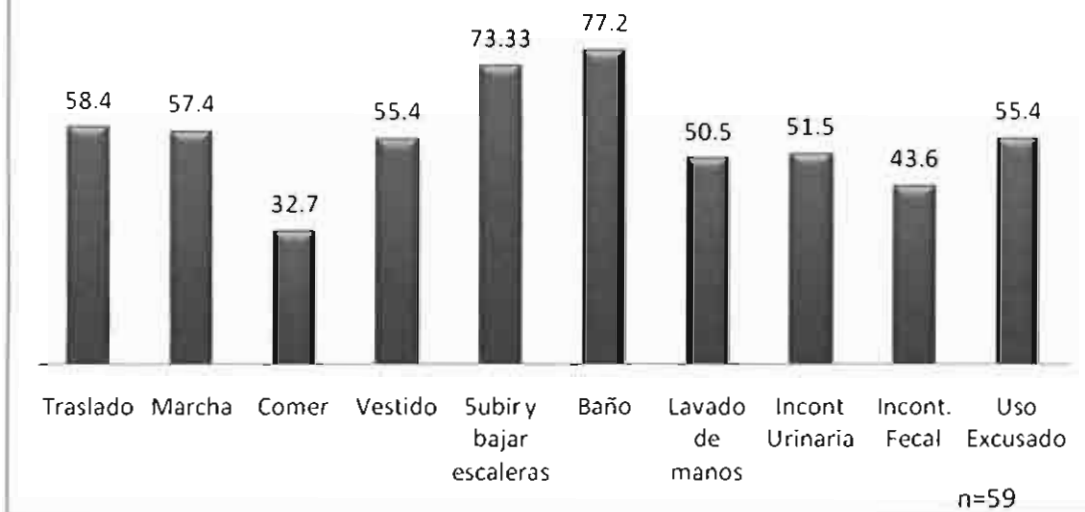
n=59

Del total de los 59 AM atendidos en el periodo, las enfermeras registraron 93 diagnósticos enfermeros, de los cuales el más común fue, Riesgo de caídas (14), deterioro de la integridad cutánea (7), ambos del dominio seguridad y protección; deterioro de la movilidad (11) y Disposición para mejorar el autocuidado (10), del dominio Actividad/reposo, como sobresalientes (Tabla No. 3).

#### **Capacidad funcional del AM.**

De los 59 AM participantes en el estudio en la capacidad cognitiva, se obtuvo el nivel intelectual normal en 86.4% de los AM, el resto con nivel intelectual deficitario en 13.6%.

Gráfica 2  
**Dependencia para las ABVD de los Adultos Mayores de  
Programa Atención Domiciliaria al Enfermo  
Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**

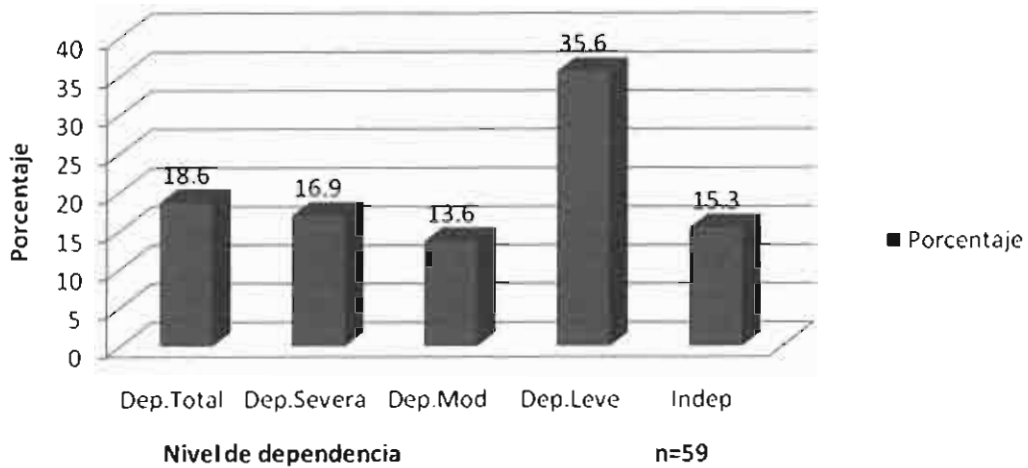


De la capacidad física, en las ABVD, la actividad en que los AM presentaron mayor dependencia para bañarse en 77.2%, seguido de subir y bajar escaleras con 73.33%.

En general los AM presentan dependencia para las ABVD por arriba del 50%; sin embargo la actividad de comer que es relativamente la más sencilla, la presenta el 32.7%. En cuanto a la incontinencia fecal solo la presentan 43.6%, ya que el resto se queja de estreñimiento (Gráfica No. 2).

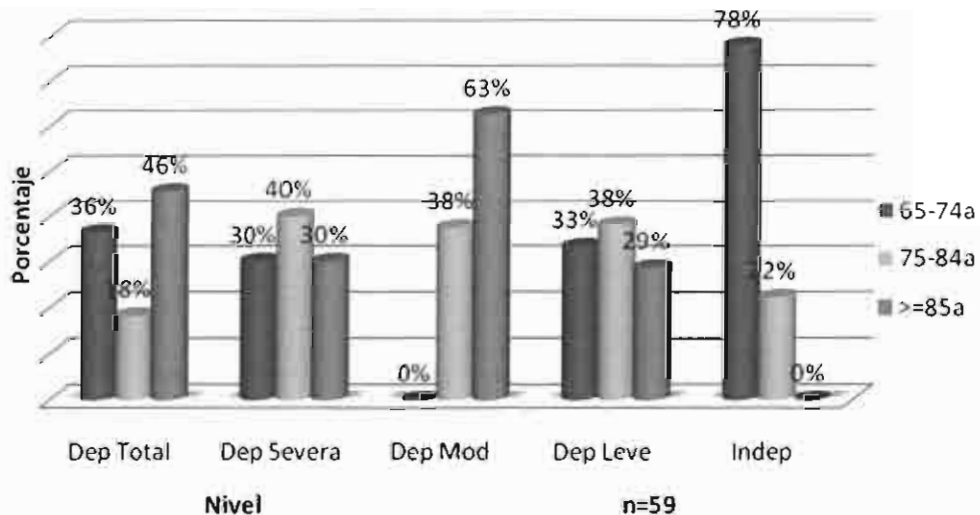


**Gráfica 3**  
**Proporción de Adultos Mayores por nivel de capacidad funcional en ABVD del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**



De los 59 AM incluidos, en el nivel de capacidad funcional de las ABVD, el 28.8% presentan dependencia severa, el 23.3% dependencia total; sin embargo todos los niveles de dependencia juntos hacen la mayoría, y solo el 15.3% con independencia (Gráfica No. 3).

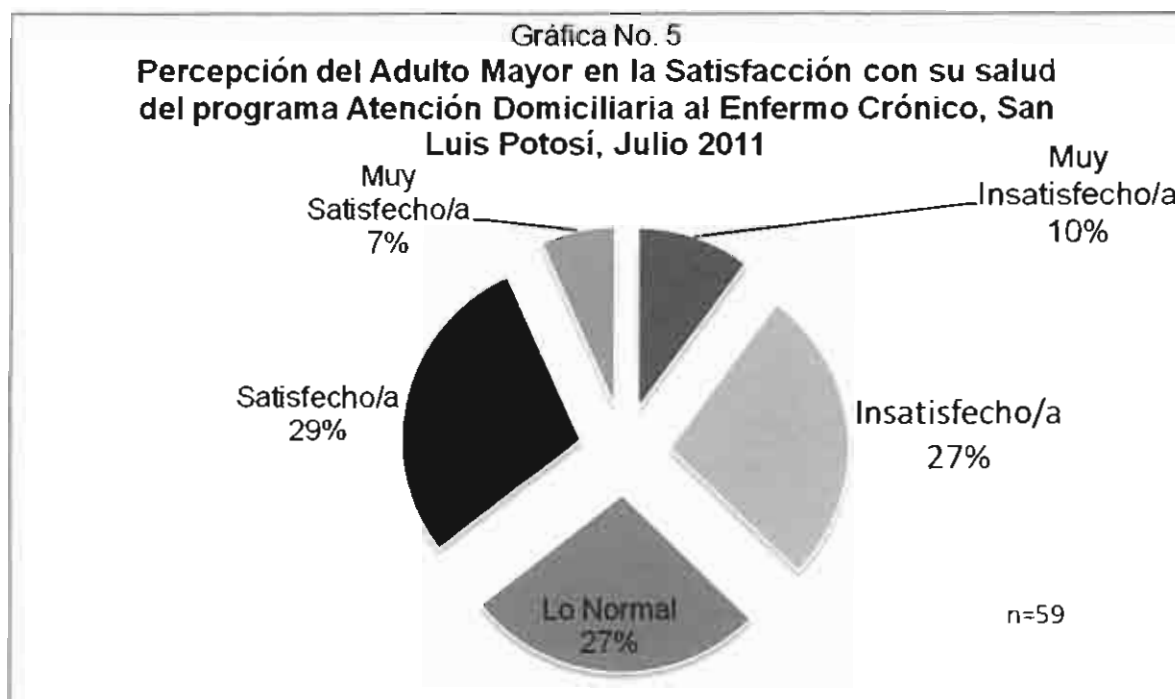
**Gráfica 4**  
**Nivel de Dependencia por grupos de edad en Adultos Mayores de Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**



De los 59 AM; se identifica en el nivel de capacidad funcional de las ABVD por grupos de edad, en forma sobresaliente al 78% con independencia al grupo de viejos jóvenes (65-74 años), en contraposición de sobresalir en la dependencia total a los viejos-viejos ( $\leq 85$  años de edad) en el 46% dependencia total, aunado a sobresalir en el nivel de dependencia severa el grupo de AM de 75 a 84 años con el 40% (Gráfica No. 4).

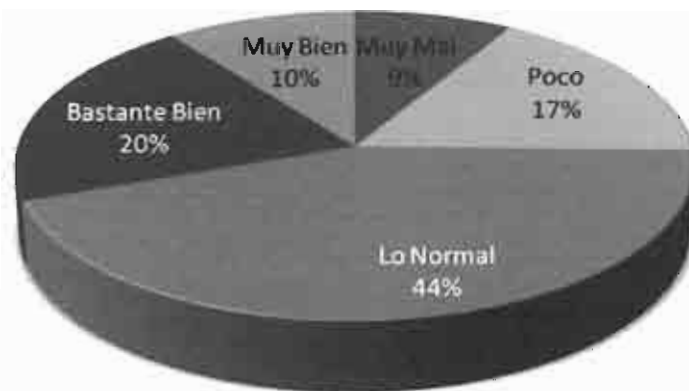
### Calidad de vida del adulto mayor

De acuerdo a la valoración de la calidad de vida a partir del Whoqol- bref, los adultos mayores perciben estar satisfechos con su salud preponderantemente en el 29% de ellos, aunado al 27% como normal.



El 27% de los AM, considera normal su estado de salud y en la misma proporción que está insatisfecho con su salud (Gráfica 5).

**Gráfica No.6**  
**Percepción del Adulto Mayor en la Calificación de la Calidad de Vida del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**



n=59

En la pregunta relacionada con la calificación de su calidad de vida, la mayoría, 44% la considera normal, el 20% Bastante bien, 17% Poca calidad de vida, y solo el 9% muy mal (Gráfica 6).

**Tabla No.4**  
**Calificación media de Calidad de Vida Global y por Dominio de Adulto Mayor del Programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**

<b>Dominios</b>	<b>Media</b>	<b>DE ±</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Físico	46.76	14.92	19	81
Psicológico	51.27	16.27	13	94
Social	59.58	18.22	6	100
Ambiente	54.08	14.61	13	100
<b>Total (4 Dominios)</b>	<b>52.92</b>	<b>16.00</b>	<b>13</b>	<b>94</b>

Fuente: C. WHOQOL-BREF

n=59

Como se puede ver en la tabla 4, los diferentes dominios de calidad de vida que fueron medidos de 0 al 100 puntos, donde se considera que a mayor cantidad, mayor calidad de vida; se encontró el dominios social y ambiental con valores máximos de 100 puntos, y coinciden estos dominios con las medias de valores

más altos y más favorecido de todos el dominio social con 59.58, lo que concuerda con el requisito del programa de la existencia de un familiar responsable del adulto mayor para poder ingresarlos al mismo, siendo este último la figura principal como apoyo de red social para los AM; de forma contraria el dominio más desfavorecido fue el físico con 46.76 de media, con valor máximo de 81.0 puntos; aun cuando todos los dominios se ven con valores medios muy cercanos a 50.0 puntos, reflejado en el valor medio de los 4 dominios, con una media de 52.92 de calidad de vida del grupo de adultos mayores.

### Participación de enfermería en el programa ADEC

La participación de la enfermera se basa en 3 funciones, que son administrativas, educativas, y asistenciales, para lo que desarrolla varias actividades (Tabla 5).

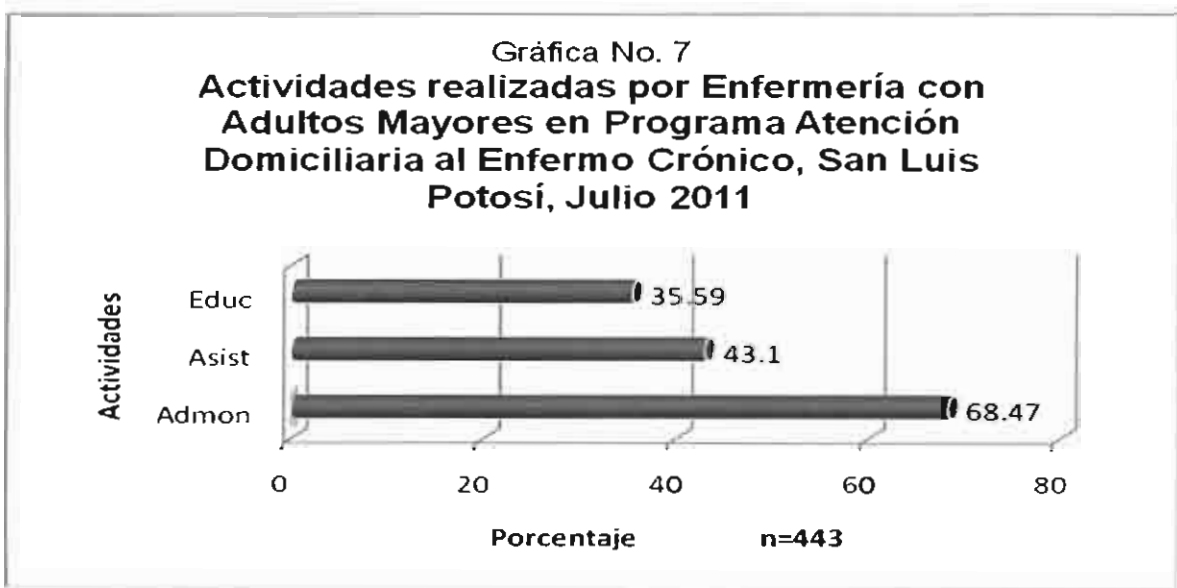
Tabla No. 5  
**Actividades por Función realizadas por enfermería a los Adultos Mayores en el programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, San Luis Potosí, Julio 2011**

Actividades	No	%
<b>Administrativas</b>		
Coordina las acciones del grupo	17	28.8
Registra diagnósticos enfermeros	48	81.4
Establece los planes de cuidados	42	71.2
Evalúa la calidad del cuidado directo	49	83.1
Supervisa las Actividades básicas de enfermería desarrolladas por el cuidador	46	78
<b>Educativas</b>		
Educa al paciente y su familia en forma incidental	29	49.2
Educa sobre ostomías	3	5.1
Da Instrucción Sobre Autocuidado	31	52.5
<b>Asistenciales</b>		
Controla parámetros vitales	59	100
Realiza cuidados generales de piel	43	72.9
Brinda ejercicios activos y pasivos	27	45.8
Realiza curaciones delegadas	14	23.7
Realiza cambios de sondas	2	3.4
Toma muestras de laboratorio	2	3.4
Otras	31	52.5

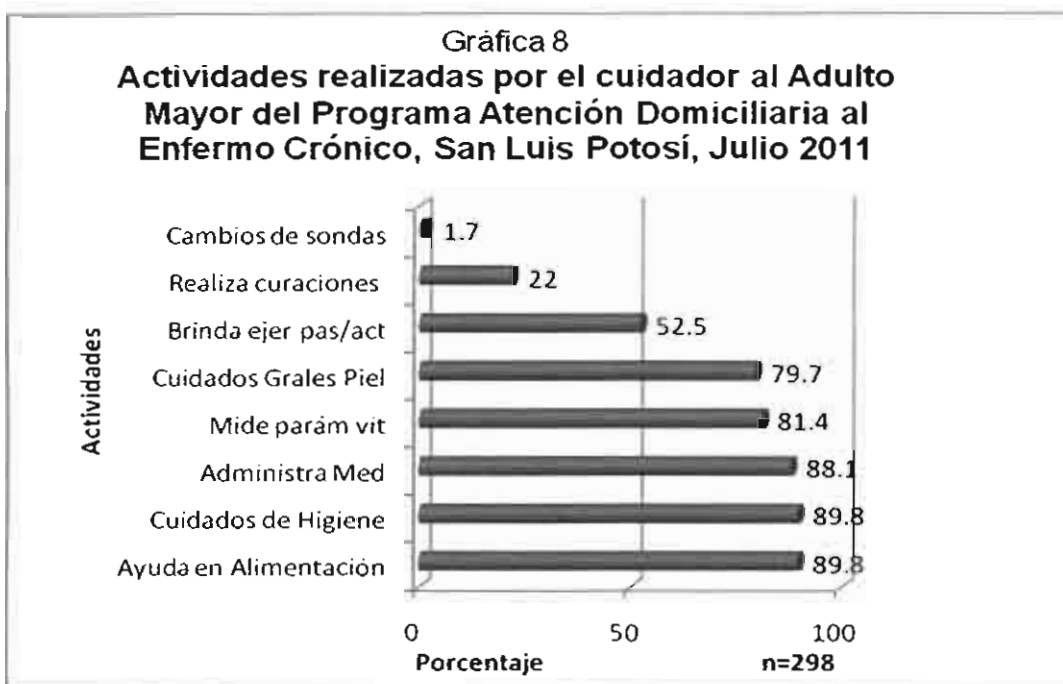
Fuente: GOE

n=59

En las funciones administrativas la enfermera preponderantemente realiza la evaluación del cuidado directo que realiza el cuidador en los AM; en 83.1% de los pacientes, el registro de diagnósticos enfermeros y el establecimiento de planes de cuidados con 71.2%; de las funciones educativas la actividad primordial es el instruir sobre el cuidado directo al familiar en 52.5%. En las asistenciales el 100% controla parámetros vitales, 72.9% realiza los cuidados generales a la piel del paciente, sin embargo en ningún paciente se realiza la toma de peso por la falta de equipo, y sin identificar pacientes con traqueostomía y cuidados concomitantes (Tabla 5).



De la participación de enfermería cabe resaltar que del 100% de las funciones administrativas que debe realizar, lo hace en 68.47%, seguidas de las asistenciales en 43.1% y en menor proporción las educativas, 35.59% respectivamente (Gráfica 7).



Del total de actividades observadas en el cuidador, sobresalen ayuda en alimentación e higiene con 89.8% respectivamente; administra los medicamentos 88.1%, mide parámetros vitales el 81.4%, además de los cuidados de la piel en 79.7% (Gráfica 8).

Las enfermeras participantes que se observaron fueron 6 en total; 50% de ellas con nivel de licenciatura y el resto de enfermeras generales (técnicas); estas últimas que suplieron el periodo vacacional de las enfermeras de base del HGZ No. 2. Con estas últimas únicamente se realizaron 11.9%(7) de las visitas realizadas y con las Licenciadas el 88.1% (52).

La periodicidad con que se realizaron las visitas a los AM fueron en 86.4% de manera mensual, seguido de cada 2 semanas en 11.9% y lo menos común, cada 3 semanas en el 1.7%.

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN

El perfil de los adultos mayores del presente estudio se caracteriza por ser en su mayoría: personas  $\geq$  de 75 años, población femenina, sin pareja, con pluripatología y polifarmacia; y de acuerdo a la edad y descripción de Gómez et al<sup>20</sup>, Martínez en el 2007.<sup>22</sup> y Torres E, 1999, la población del presente estudio se considera anciano frágil en más de las 2/3 partes, por sus características.

De acuerdo a la característica de los AM del presente estudio Torres E., considera como anciano frágil: “una persona, generalmente de edad  $\geq$  de 75 años, sufre una o varias enfermedades que le producen algún riesgo de incapacidad, o una cierta incapacidad leve, sigue tratamiento farmacológico, vive en la comunidad, generalmente solo o en compañía de otra persona mayor; ha sufrido un cambio reciente de domicilio, o que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses, y precisa atención profesional domiciliaria, además de tener recursos socioeconómicos limitados”.<sup>53,67</sup>

Los AM del estudio se caracterizan por presentar diagnósticos de ingreso al programa, clasificados como enfermedades crónicas en su mayoría, como cardiovasculares y neoplasias, mismas que se clasifican como discapacitantes per-se o por el tratamiento, lo que precipita la disminución de la capacidad funcional y por consecuencia la calidad de vida<sup>48,70</sup>; dichas patologías coinciden con las encontradas en el estudio de Espinel-Bermúdez realizado en un programa de Atención a Domicilio en el D.F, México<sup>53</sup>.

Además de los diagnósticos de ingreso, se encontró polifarmacia, con preponderancia en la toma de 5 medicamentos o más; de esto, señala la OMS que a partir de cinco, las repercusiones son mucho más evidentes en el organismo del AM, como efectos secundarios.<sup>20, 68</sup>

Todos los factores anteriormente mencionados, son relevantes para la fragilidad del AM como lo señala Gómez,<sup>20</sup> y concuerda con algunas de las patologías que menciona Rubio.<sup>48</sup>

Los diagnósticos enfermeros identificados por las enfermeras del ADEC, son principalmente: Riesgo de Caídas, deterioro de la movilidad, y disposición para el autocuidado, lo que concuerda con el nivel de dependencia; dichos diagnósticos coinciden con los hallazgos de Ballester en un programa de atención domiciliaria de Barcelona, donde los más comunes fueron “Deterioro de la movilidad física y deterioro de la integridad cutánea”; considerando que los pacientes son crónicos y con enfermedades discapacitantes por lo que sustenta encontrar este tipo de diagnósticos en ambos estudios.<sup>57</sup>

Al analizar la capacidad funcional se identifican a los AM más jóvenes, más independientes y a los de mayor edad con dependencia total en su mayoría, esto último concuerda con lo que se denota en los conceptos de envejecimiento y fragilidad y con los diagnósticos de enfermería identificados en ellos mismos.

Es importante recalcar que al analizar cada una de las ABVD el grado de dependencia es diferente entre si como lo reportan diversos autores; en el presente estudio se identifica la mayor dependencia para bañarse, bajar y subir escaleras traslado y marcha (concentrado en el indicador de movilidad), y concuerda con Lobo donde identifica en su mayoría la pérdida de autonomía para bañarse<sup>58</sup>, además similares a los hallazgos encontrados por González y Segovia.<sup>7</sup>

Los AM ingresados a nivel nacional en el programa ADEC deben tener como criterio de inclusión presentar la pérdida de la autonomía permanente o temporal ya sea por patología neurológica, enfermedad aguda o crónica que precipite la dependencia, como lo reporta Calderón que valoró la capacidad funcional en Monterrey en 2002 en pacientes del ADEC<sup>35</sup> y Espinel-Bermúdez en el DF<sup>53</sup>, otros estudios mencionan que las enfermedades crónicas en general disminuyen la



capacidad funcional aunque los AM no están inscritos en Programas de Atención Domiciliaria.<sup>7,49</sup>

Al analizar la capacidad funcional por niveles, el sobresaliente fue dependencia leve que unido a todos los niveles de dependencia sobresale la proporción, hallazgo que fue similar al estudio de Ballester en el programa de ATDOM en Barcelona.<sup>57</sup>

Los AM en su mayoría perciben la calidad de Vida principalmente como normal, fenómeno analizado a la luz de varios autores como Rubio y Salgado que consideran, que está influenciada por la aceptación de la enfermedad crónica y sus repercusiones concuerda en el hallazgo de calidad de vida con una media de alrededor de 50 puntos, y los dominios más fortalecidos fueron el psicológico y social, lo que concuerda con el lazo con-sanguíneo del cuidador familiar presente como lo estipula el ADEC<sup>5</sup> y la particularidad de la red social más estrecha del anciano, como lo menciona Salgado et al.<sup>51,52,54</sup>

Los pacientes AM del programa de Atención Domiciliaria en el estudio fueron en su mayoría  $\geq$  de 75 años donde se concentra la mayor dependencia, esto concuerda con el dominio de menor calidad de vida que es el físico; sin embargo en lo general consideran a la calidad de vida normal, concordante con lo reportado por Espinel-Bermúdez et al.<sup>53</sup> esta percepción es debida a la aceptación de la enfermedad por ser crónica según Rubio, quien estudió esta relación y así lo describe.<sup>48</sup>

De los diagnósticos de enfermería identificados en el presente estudio, el más frecuente registrado, fue "Riesgo de caídas"; concordante con diversos factores intrínsecos encontrados en la misma población de acuerdo a Kaplan<sup>69</sup> como son problemas en la movilidad, alteraciones cardiovasculares y de locomoción siendo estos múltiples factores que precipita aún mayor el riesgo de caída. Otro diagnóstico sobresaliente fue el deterioro de la movilidad, mismo que concuerda el

encontrado con Ballester en ATDOM en Barcelona, en pacientes crónicos, con enfermedades discapacitantes como en el presente estudio.

Marriner Identifica dentro de las funciones básicas para enfermería, a las Administrativas, Educativas, Asistenciales entre otras; mismas que la enfermera desarrolla en el presente programa. Sobresale el desarrollar actividades administrativas, y de ellas, la de evaluación de la calidad del cuidado que brinda el cuidador, reflejo de la enseñanza directa o indirecta de la enfermera.

En las asistenciales predomina la toma de signos vitales como fundamental para la valoración clínica del paciente, además de demostrar los cuidados de la piel, para la prevención de UPP, logrando con ello, la progresión a un nivel de discapacidad mayor <sup>42, 43, 51, 57</sup>. Dichas actividades tienen el propósito de hacer demostración para que el familiar observe, que en último término también puede considerarse como educación incidental.<sup>37</sup>

Por último sobresale en las educativas, el dar instrucción sobre autocuidado, al tener como objetivo que el familiar observe y adquiera la habilidad para que el cuidador aplique el conocimiento en el cuidado de su familiar.<sup>36,70</sup>

En este estudio, los cuidadores en su mayoría familiares reflejan su actuar con la demostración a la enfermera sobre los cuidados que realiza principalmente para la toma de parámetros vitales y cuidados de la piel; previamente demostradas por la enfermera en el cuidado directo del AM dentro de las funciones asistenciales y como parte de las funciones educativas, en instruir sobre el cuidado directo al familiar como lo marca el programa del ADEC, Álvarez C. S. 2003<sup>5</sup>.

Por otra parte, sobresalen en las actividades del cuidador, las de asistencia en alimentación, higiene y administración de medicamentos; fundamentales en la asistencia a los AM de este estudio, que en su mayoría son dependientes, por lo

que requiere del familiar, ya que éste, se mantiene más constante al lado del paciente.

## CAPÍTULO VIII

### CONCLUSIONES

Los adultos mayores del programa ADEC, del presente estudio, en su mayoría son frágiles, con enfermedades discapacitantes y concomitantemente debilitada la capacidad funcional para atender sus ABVD, por lo que requiere el apoyo del cuidador dentro de su domicilio para su supervivencia.

La actuación efectiva del cuidador en su intervención con el adulto mayor en domicilio, depende de involucrarse en un proceso de aprendizaje a partir de la enseñanza del personal de enfermería, previa identificación de las necesidades del paciente, para realizar efectivamente en forma individualizada el plan de cuidados, sin embargo se observa realizarlo sin la participación del cuidador.

Por otra parte, la mayoría de los AM mencionan que están bastante satisfechos con su calidad de vida, o con satisfacción normal y en forma grupal el dominio con menor calidad de vida es el físico que concuerda con la fragilidad sobresaliente y en forma contraria los dominios psicológico y social son los mejor percibidos por el AM, en coincidencia de la intervención del cuidador dentro del programa ADEC, ya que este es su principal fuente de red social.

De las actividades en la actuación de enfermería dentro del programa, las más débiles son las educativas para el paciente y su familia en forma incidental, área de oportunidad para fortalecer su plan de cuidados, principalmente en la actuación del cuidador predominante en cuidados de alimentación, higiene y administración de medicamentos del AM, previniendo así complicaciones, deterioro de la salud, discapacidad funcional y mejorando su calidad de vida.

La dependencia principal fue para satisfacer las necesidades de bañarse, subir y bajar escaleras, traslado y marcha; situación que concuerda con los diagnósticos registrados por enfermería como riesgo de caídas y deterioro de la movilidad, sin embargo se adolece la concordancia con planes de cuidado, educación y asistencia para riesgo de caídas. Y solo se da cumplimiento a las actividades

marcadas en el programa evitando así fortalecer la actuación de enfermería y del cuidador en bien de la mejora de la atención del paciente y por ende de la calidad de vida.

Las actividades realizadas con el AM en domicilio se desprenden de la valoración incidental que realiza la enfermera durante su visita, y no planeados de manera estandarizada; solo se basa en las necesidades del paciente expresadas por el cuidador.

## **CAPITULO IX**

### **LIMITANTES**

La limitante para el presente estudio fue respetar la programación del equipo del ADEC para la recolección, lo que conllevó invertir más tiempo.

## **CAPITULO X**

### **RECOMENDACIONES**

Metodológicas.

Se sugiere para próximos estudios se realice un cohorte en relación a la inclusión de los adultos mayores al programa para identificar el máximo de la dependencia.

Evaluar calidad de vida de los adultos mayores al momento de darlo de alta del programa y no descartarlos para poder explorar la realidad total, tomando informantes secundarios, cuando el adulto mayor no pueda ser el informante por sus condiciones de salud.

Continuar en la línea de investigación con el abordaje de analizar la capacidad funcional del adulto mayor al ingreso y egreso del programa.

Para el programa.

Centrar la valoración de enfermería en relación a las características de fragilidad, de padecimiento discapacitantes e identificar las necesidades de apoyo a las ABVD de los adultos mayores para orientar en forma muy individualizada a los cuidadores de cada paciente.

Aplicar un programa de capacitación para las enfermeras del programa ADEC acerca de la aplicación del proceso enfermero y en especial de diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria.

Reestructuración del programa del ADEC en tres áreas o subprogramas, una que contemple al paciente con necesidad de educación para la recuperación de sus capacidades funcionales o mantener las existentes, otro para los pacientes que requieren cuidados paliativos y la última hospitalización domiciliaria, con protocolos de atención específicos para cada uno.

Respetar los criterios de inclusión y permanencia al programa ADEC y proporcionar un área específica para el programa ADEC en cada hospital con el fin de que el equipo realice la recepción de familiares, y resguardo de expedientes.

Dotar de equipo y mobiliario para optimizar las visitas y dar cumplimiento a las actividades del mismo programa.

- 
- <sup>47</sup> Cruz O. M., Pérez R. M., Janero R. C., Enfermería y Discapacidad: Una visión Integradora. *Index de Enfermería*, 2010; 19(2-3)
- <sup>48</sup> Rubio A. E. Lázaro A. A., Martínez T. T., Magallón B. R., Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):244-250
- <sup>49</sup> Delgado P. E., Suárez G. F., Miñana C.J., Medina G.A., López G.V., Vara G.S., Solano J.J. Variables asociadas a deterioro funcional al alta y a los 3 meses en ancianos hospitalizados por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(2):66-72
- <sup>50</sup> Wen-Miin Liang, et al. An empirical comparison of the WHOQOL-Bref and the SGRQ among patients with COPD. *Qual Life Res*, 2008 (17):793-800 DOI 10.1007/s11136-008-9326-5
- <sup>51</sup> Kalfoss H. M., Low G. Molzahn A.E. The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults, DOI 10.1007/s10433-008-0070-z *Eur J Ageing* 2008 (5):77-89.
- <sup>52</sup> Skevington M. S. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. DOI 10.1007/s00127-009-0138-x, *Soc Psychiat Epidemiol*, 2010 (45):999-1009
- <sup>53</sup> Espinel-Bermúdez MC., Sánchez-García S., Juárez Cedillo T., García-González JJ., Viveros-Pérez A., García-Peña C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública de México*, 2011; 53(1):17-25
- <sup>54</sup> Salgado S. Nelly, Wong R., Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana "un estudio en cuatro ciudades de México". Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006.
- <sup>55</sup> Gene et al Variables predictoras de las cargas de trabajo de enfermería en Cataluña: Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Gac Sanit*. 2011; 25(4) :308-13.
- <sup>56</sup> Ricoy L. MC. Pino J. M. Percepción de la calidad de Vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(6):362-5
- <sup>57</sup> Ballester R. M, Borrás E. L, Corbalán C.G, Hernández V.B, Paul G. G, Pérez R. J, Perfil de Salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de salud de castellar del Vallés. *NURE Inv [Revista en Internet]* 2008 Enero-Febrero. [28 Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>

---

<sup>58</sup> Lobo A., Santos M.P., Carvalho J. Anciano Institucionalizado: Calidad de Vida y Funcionalidad. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2007;42(supl 1):22-6

<sup>59</sup> Martínez, I.J.; Dueñas, R.; Onís, M.C.; Aguado, C.; Albert, L.R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med. Clin. Barcelona, 2001; 117 (1):129-34.

<sup>60</sup> Baztán J.J., Pérez del Molino, Alarcón T., San Cristóbal E., Izquierdo G., Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev. Esp. Geriatr. Y Gerontol. 1993;28( 1):32-40.

<sup>61</sup> Buzzini M. et al Validación del índice de Barthel. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP. 2002; 6(1): 9-12.

<sup>62</sup> World Health Organization. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [bajado en Diciembre 2010]. [18p]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

<sup>63</sup> Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res. 2004; (13): 299-310

<sup>64</sup> Von Steinbüchel N., Lischetzke T. Gurny M., Eid M. Assessing Quality of Life in Older people: psychometric properties of WHOQOL-BREF. Eur J Ageing. 2006; (3): 116-122

<sup>65</sup> Fortín M, El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: D.F. Mc Graw Hill Interamericana Editores; 1996 pp. 87-99

<sup>66</sup> Secretaria de Salud. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. México; 1986.

<sup>67</sup> Torres Egea, MP. Capítulo 10 La enfermedad en el anciano. En: García, H. M., Torres E. P. Temas de Enfermería Gerontológica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, España. La Rioja: 1999.

<sup>68</sup> Keith B. Fármacos en geriatría. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Washington DC: OMS, 1994, 267-73. (Publicación Científica # 546).



---

<sup>69</sup> Kaplan R., Jauregui JR., Rubin R. Capítulo 3 Inestabilidad, Alteración de la marcha y caídas en ancianos. En: Kaplan R. Jauregui JR., Rubin R. Los Grandes Síndromes Geriátricos. Argentina, Edimed, 2009.

<sup>70</sup> Roca R. M. Caja L.C., Ubeda B.I. Enfermería Comunitaria. España. Monsa. PRAYMA, 2009.



## CAPITULO XII

### ANEXOS

- 1 Escala de Pfeiffer
- 2 Guía de observación de Enfermería
- 3 Escala Índice de Barthel
- 4 Cuestionario WHOQOL-BREF
- 5 Consentimiento Informado
- 6 Registro en el CLIS (Comité Local de Investigación en Salud Instituto Mexicano del Seguro Social)

## Anexo 1

Folio 

--	--	--

### Short Portable Mental Status (SPMSG) de Pfeiffer

**Instrucciones:** De lectura textualmente a cada pregunta, mediante entrevista al adulto mayor y conteste 1 ( si es falso) y 0 "cero" (en caso de que es verdadero)

Edad \_\_\_\_\_ Sexo: 1 ( ) M    2 ( ) F Institución \_\_\_\_\_

			Resp
1	¿En qué día estamos. Día, mes y año?		
2	¿En qué día de la semana estamos?		
3	¿En qué lugar nos encontramos?		
4	¿Cuál es el número de teléfono que tiene? ¿Cuál es su dirección? (en caso de que no tenga teléfono)		
5	¿Qué edad tiene?		
6	¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
7	¿Cómo se llama el actual presidente de la república?		
8	¿Cómo se llama el anterior presidente?		
9	¿Cómo se llama o llamaba su mamá?		
10	¿Si de 30, restamos 3 cuantos quedan? ¿Y si quitamos 3 más cuantos quedan? ¿Y si quitamos 3 más cuantos quedan?		
	Total		

Sumar y sacar el total; de tener de 4 a más errores buscar un informante (cuidador primario) para realizar la valoración subsiguiente (ABVD).

0-2 Errores: Funcionamiento intelectual normal.  
3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario.  
8 a 10 errores: Déficit intelectual grave.

En los individuos de instrucción primaria o menos, se permite un error en forma adicional y deberá disminuir un punto en la suma.

**Fuente de información:** 1 ( ) = Paciente    2 ( ) = Familiar    3 ( ) = Cuidadora

**Nivel de funcionamiento Intelectual:** \_\_\_\_\_

**Responsable de la Información** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## Anexo 2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Guía de observación de las funciones de Enfermería del programa ADEC**

**Instrucciones:**

El instrumento contiene 2 partes, la primera son datos generales, con preguntas abiertas; deberá llenar el espacio con la revisión del expediente y en la visita al paciente con la entrevista a el mismo y al cuidador.

La segunda parte con el listado de acciones deberá ser llenado en la visita, **observando** las actividades de la enfermera, marcando en el apartado de respuesta: con el número 3 cuando la actividad no fue observada, con el número dos (2) cuando la acción es llevada a cabo; con el uno (1) cuando no realizó la acción y se requería; y cero (0) cuando no aplica o no corresponde (no es necesaria o no requería, la actividad no realizada

**I.-DATOS GENERALES.**

- 1.-Edad del paciente \_\_\_\_\_ 2.- Estado civil del paciente \_\_\_\_\_ 3.-Escolaridad del paciente \_\_\_\_\_
- 4.- Periodicidad de las visitas \_\_\_\_\_ 5.Diagnóstico Médico de ingreso al ADEC \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 6.OtrosDX \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 7.Dx(s)Enfermeros \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 8.- Cuidador formal (1) ( ) o informal (2) ( ) 9.-  
problemas del paciente \_\_\_\_\_

**II.- Funciones de Enfermería**

Funciones de la enfermera	Enfermera	
1.-Coordina las acciones del grupo ( Con personal del programa ADEC, del hospital, u otro)		
2.- Registra diagnósticos enfermeros del paciente		
3.-Establece los planes de cuidados de enfermería en la visita domiciliar:		
a.- Deja establecido con el familiar los cuidados a realizar por este hasta la próxima visita.		
b.- Deja registrado en el expediente el plan de cuidados a ser realizado en la próxima visita.		
4.-Evalúa la calidad del cuidado directo (proceso "habilidad" y resultado "efecto positivo en la salud del paciente") prestado a cada paciente por el cuidador		
5.-Supervisa las actividades básicas de enfermería desarrolladas por el cuidador:		
a.- Alimentación		Cuidador
b.- Higiene		
c.- Apego al tratamiento		
6.-Realiza la enfermera, las siguientes actividades en el paciente:		
• Controla de parámetros vitales en cada visita		
• Controla peso en cada visita		
• Realiza cuidados generales de piel (prevención y/o detección de úlceras por decúbito.		NA
• Brinda ejercicios activos o pasivos asistidos.		
• Realiza curaciones delegadas		
• Elabora limpieza de traqueostomía, de acuerdo a requerimientos.		
• Realiza cambios de sonda vesical o nasogástrica según requerimiento del paciente.		
• Toma de muestras de laboratorio, de acuerdo a requerimientos.		
• Otra		NA
7.-Educa al paciente y su familia sobre aspectos de autocuidado en forma incidental		
8.- Educación al paciente y su familia sobre el cuidado de ostomías.		
9.-Da instrucción al paciente sobre autocuidado y al cuidador o cuidadores, en todas las actividades básicas de enfermería descitas anteriormente u otras que pudieran surgir, realizando <b>simulaciones de entrenamiento</b> que garanticen la adecuada habilidad y destreza en el cuidado del paciente.		
Observaciones:		

### Anexo 3

Folio

#### Actividades básicas de la vida diaria ABVD INDICE DE BARTHEL






**Instrucciones.** Interroge en cada una de las 10 ABVD en cada adulto, solo dando lectura textual a cada pregunta, sin leer las opciones de respuesta, y de acuerdo a las respuestas del paciente, colocara en el recuadro de la derecha, el número que corresponde al valor de la categoría que concuerde con la respuesta del paciente.






Fecha		Valor
Actividad	Criterios	Valor
<b>1 Puede trasladarse de la cama a la silla, solo(a)?</b>		
15	Independiente. Solo se traslada del sillón o silla a la cama.	
10	Mínima ayuda física o supervisión para trasladarse de del sillón a la cama.	
5	Gran ayuda para trasladarse del sillón a la cama (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	
0	Dependiente. Necesita ayuda de dos personas o grúa; incapaz de mantiene sentado por si solo	
<b>2 Puede caminar, Usted solo(a)?</b>		
15	Independiente. Camina solo 50 metros, puede ayudarse con bastón, muletas o andador. Si utiliza prótesis, es capaz de quitárselas y ponérselas.	
10	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	
5	Independiente. Se traslada en silla de ruedas sin ayuda, ni supervisión.	
0	Dependiente. Para su traslado con o sin silla de ruedas, requiere que lo lleven.	
<b>3 Puede comer Usted, por sí, solo(a)?</b>		
10	Independiente. Capaz de comer por si solo, en menos de 45 minutos.	
5	Come solo, pero necesita ayuda para cortar la carne o la tortilla, untar la mantequilla.	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	
<b>4 Puede vestirse Usted, solo(a)?</b>		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abrocharse los botones, o subir el cierre y colocarse otros prendas sin ayuda.	
5	Necesita ayuda para la mitad de las tareas para vestirse.	
0	Dependiente. Necesita ayuda para más de la mitad de las tareas para vestirse.	
<b>5 Para subir y bajar escalones Usted, Solo(a)?</b>		
10	Independiente, para subir y bajar escaleras, sin ayuda de otra persona o supervisión.	
5	Necesita ayuda física o supervisión de otra persona para subir o bajar escaleras.	
0	Dependiente, No sube o baja escalones.	
<b>6 Puede bañarse Usted, solo(a)?</b>		
5	Independiente. Capaz de bañarse solo, usando la regadera o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona.	
0	Dependiente. Requiere de ayuda o supervisión para bañarse.	
<b>7 Puede lavarse las manos Usted, solo(a)?</b>		
5	Independiente. Solo se lava las manos o la cara, se peina, lava la boca, o se rasura.	
0	Dependiente. Requiere ayuda para su arreglo personal. (lavado de manos, cara, peinarse o rasurarse)	
<b>8 Siente cuando quiere orinar, siempre?</b>		
10	Continente. Sin episodios de incontinencia urinaria. Si necesita sonda o pato, es capaz de atender solo	
5	Ocasional. Orina sin sentir, por lo meno una vez en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de sonda o colector de orina.	
0	Incontinente. Orina sin sentir, más de una vez en 24 horas.	
<b>9 Siente cuando quiere evacuar o hacer popo, siempre?</b>		
10	Ningún problema de incontinencia para evacuar. Si necesita enema o supositorio, se lo administra solo	
5	Ocasional. Evacuar sin sentir por lo menos 1 vez por semana. Necesita ayuda para enema o supositorio.	
0	Incontinente. evacua sin sentir por lo menos una vez en 24 horas.	
<b>10 Puede Usted solo(a), usar el escusado?</b>		
10	Independiente. Usa escusado, bacinilla o cómodo, sin ayuda y sin manchar. Si va al escusado, se quita y se pone la ropa, se sienta, se levanta sin ayuda, y se limpia.	
5	Necesita ayuda mínima para mantener el equilibrio, quitar y poner la ropa, pero se limpia solo.	
0	Dependiente. Incapaz de usar el escusado, bacinilla o cómodo por si solo.	
		Puntuación total
Fuente de Información: 1=Paciente 2=Familiar		
Responsable ( nombre del aplicador)		

## Anexo 4

Folio

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

						
	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien	
1	¿Cómo califica su calidad de vida?	1	2	3	4	5

						
	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	
2	¿Está satisfecho/a con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuanto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas






	0	+	++	+++	++++	
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremada Mente	
3	¿El dolor de alguna parte del cuerpo le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de tratamiento médico para funcionar en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto siente que su vida tiene sentido o importancia?	1	2	3	4	5
7	¿Qué tanto puede concentrarse en lo que hace?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanto, se siente segura en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Es saludable el ambiente físico donde vive?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	0	+	++	+++	++++	
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente	
10	¿Tiene fuerza para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Aceptar su apariencia física o imagen?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene la información que necesita diariamente.	1	2	3	4	5
14	¿Tiene oportunidad para realizar actividades de diversión o distracción?	1	2	3	4	5

		<b>0</b>	<b>+</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>++++</b>
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho (a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

						
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Está /a satisfecho(a) con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de todos los días?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo se siente de satisfecho/a con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho/a está con Usted mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho/a está con las relaciones con otras personas?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su relación de pareja?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente de satisfecho/a con el apoyo que tiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de salud que tiene?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho/a está con el transporte que tiene?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		<b>0</b>	<b>+</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>++++</b>
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

GRACIAS POR SU AYUDA



## Anexo 5

### Consentimiento Informado

Folio

--	--	--

**Hospital General de Zona No. 1, 2 y 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, S.L.P.**

#### **Carta de Consentimiento Bajo Información**

---

San Luis Potosí, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2011

Por medio de la presente AUTORIZO y ACEPTO participar de forma voluntaria en el estudio de investigación, que lleva por nombre "CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA" el cual será realizado por la enfermera Silvia Díaz de León Palomino, quien me ha explicado el propósito del mismo y, que consiste en responder los cuestionarios de las actividades que puedo o no realizar diariamente, la calidad de vida que yo percibo, y un cuestionario donde identifique mi capacidad de razonamiento, por lo que no representa riesgo para mi participar.

Así mismo me ha hecho saber, que la información que yo proporcione no llevará mi nombre y que los resultados finales se presentaran en forma conjunta con la de todos los participantes del estudio.

Por otra parte, también me ha mencionado que de no aceptar participar en el estudio, no afectará en lo absoluto la atención que necesite de parte de los profesionales de la salud, de esta institución.

Lo anterior con base en los artículos 20 y 21 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, que menciona el consentimiento voluntario de participar en un estudio con previa información del participante; por lo que a continuación pongo mi firma, nombre o huella digital de aceptar participar.

**Firma la de Aceptación del participante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Testigo



## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Capacidad Funcional y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Atención de Enfermería en Domicilio" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

Nombre y firma del autor

Lic. Enf. Silvia Díaz de León Palomino



*Silvia Díaz de León  
Palomino.*

---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
Unidad de Educacion, Investigacion y Politicas de Salud  
Coordinacion de Investigacion en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD 2402  
H GRAL ZONA - MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSI

FECHA 18/04/2011

**LIC. SILVIA DÍAZ DE LEÓN PALOMINO**

**P R E S E N T E**

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

**Capacidad Funcional y Calidad de vida en Adultos Mayores con Atención de Enfermería en Domicilio**

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

Núm. de Registro
R-2011-2402-21

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). MARÍA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2402

IMSS

18-04-2011