

FUNCIONALIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR DE ZONAS RURALES

Functionality for Activities of Daily Living in the Rural Elderly

De la Fuente-Bacelis Teresa J, * Quevedo-Tejero Elsy C, ** Jiménez-Sastré A, *** Zavala-González MA. ****

*Médica Cirujana, Maestra en Gerontología Social. **Médica Cirujana, Maestra en Geriátrica. ***Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública. ****Médico Cirujano. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Correspondencia: Dr. Marco Antonio Zavala González. E-mail: zgma_51083@yahoo.com.mx

Durante el proceso de envejecimiento, se presentan cambios “normales” que es preciso conocer para poder diferenciarlos de procesos capaces de alterar la salud¹. Esta afirmación es importante, dado que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional². El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en el 2025, en México se calcula que el grupo que ahora representa 13% de la población, ascenderá a 16% en el 2025³.

La asistencia médica al adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de deficiencias encubiertas, por esta razón se deben tomar en cuenta cuestiones tales como dificultad de expresión, déficit sensorial, desorientación temporoespacial, numerosas enfermedades crónicas asociadas, así como signos y síntomas de aparición y morfología diferente en otros grupos de edad⁴. Estas consideraciones, permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor, para ello, se ha propuesto la valoración geriátrica integral (VGI), cuyo uso ha permitido contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de este grupo^{5,6}.

La VGI se define como un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado -para generar mejoría en los ancianos frágiles- mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y disminuir la posibilidad de recurrir a la denominada *hospitalización innecesaria*^{3,7}. Con el empleo de la VGI, han surgido dos términos: “fragilidad” y “discapacidad”; frecuentemente considerados sinónimos⁸, pero que encierran entre ellos grandes diferencias⁹⁻¹². La *fragilidad*, es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas¹³. La *discapacidad*, por su parte, es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria^{11,14-18}. Así adquiere importancia clínica el estudio de la funcionalidad.

La *funcionalidad* es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración de la *funcionalidad* puede ser considerada como

un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados^{19,20}.

La *funcionalidad* se divide en tres categorías:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD);
- Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD);
- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. Las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad. Las AAVD permiten desarrollar un rol social^{21,22}. El deterioro de la “capacidad funcional” desde estas tres perspectivas, es frecuentemente motivo de estudio²³. Sin embargo, la trasposición de los resultados reportados de una población a otra, suele ser imposible, dado que el punto de corte para definir a una persona como adulto mayor, difiere según el nivel de desarrollo del país en cuestión.

Bayó, en España, reportó que 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria²⁴. Cáceres, en Costa Rica, informa que 15.8% de los adultos mayores de 60 años tienen una baja capacidad funcional²⁵. En México, Gutiérrez-Robledo²⁶, obtuvo 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77% en el grupo de más de 90 años. Martínez-Mendoza,²⁷ en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las ABVD y 75% de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia, han llevado a la identificación de diversos factores asociados a dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con: obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables^{24,28-32}.

Actualmente existen pocos estudios referentes a la funcionalidad del adulto mayor en México, en el Estado de Tabasco, no hemos encontrado información formal al respecto. Sin embargo, en nuestra experiencia, en este Estado, en adultos mayores de entorno rural del municipio de Centro, hemos observado una prevalencia de 22.8% de dependencia para ABVD, y de 86% de dependencia para AIVD, ambas en grado variable, predominando los niveles leve y moderado en ambos casos. Estos datos corresponden a adultos mayores con una edad media de 70 ± 7.7 años, que se distribuyeron de manera equitativa entre ambos sexos y que cabe mencionar fueron excluidos adultos mayores que presentaban enfermedades cognitivas, miembros amputados, invalidez, ceguera, y sordera. Sujetos que integran un grupo especial en quienes las escalas de Katz y de Lawton & Brody no han demostrado validez – al menos en nuestro medio- para la evaluación de su capacidad funcional. Estas frecuencias de presentación observadas, presentan similitudes y diferencias con las prevalencias reportadas por diversos autores, especialmente en cuanto a AIVD en donde la prevalencia de dependencia es particularmente elevada, no obstante, tales estadísticas no son equiparables, dada la divergencia entre los perfiles de las poblaciones de los estudios consultados y la de nuestra población usuaria.

La presente información tiene la finalidad de incentivar la investigación sobre la funcionalidad del adulto mayor para las AVD, debido a que existen indicios de que se presentan diferencias -entre lo que reporta la literatura nacional e internacional- en comparación con lo que puede observarse en la práctica del primer nivel de atención a nivel local.

Referencias

1. Quevedo-Tejero E. Utilidad de un programa de evaluación geriátrica para mantener la funcionalidad en pacientes mayores de 60 años en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". [Tesis]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México; 1997.
2. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J Epidemiol* 1985;14:9-19.
3. Sandoval L, Verela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados". *Rev Med Hered*. 1998;9(4):139-40.
4. Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Aten Primaria*. 1992;10:888-91.
5. Tulloch AJ. Preventive care of elderly people: how good is our training? *Br J Gen Pract*. 1991;354-55.
6. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990;322:1207-214.
7. Velera PL, Chávez JH, Vivanco OA. Evaluación Funcional y Nivel de Autonomía en el Paciente ambulatorio de edad avanzada, Santa Ana Cusco. *Rev SITUA*. 2002;11(21):220-28.
8. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an order cohort. *J Gerontol B Psychol Sci*. 1998;53(1):9-16.
9. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 1997;26:315-18.
10. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med*. 1992;8:1-17.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et. al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol*. 2001;56A(3):146-56.
12. Paw MJMC, Dekker JM, Feskens EJM, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol*. 1999;52:1015-021.
13. Lluís-Ramos GE, Llibre-Rodríguez JJ. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. *Salud Pub Cuba*. 2001;48:1-8.
14. Ebrahim S. Disability in older people: a mass problem requiring mass solution. *Lancet*. 1999;353(9169):1990-993.
15. Monton KG, Stallard E. Changes in health, mortality, disability and their impact on long-term care needs. *J Aging Soc Policy*. 1996;7:25-52.
16. Keller BK, Potter JF. Helping the elderly stay active: a technique for detecting disability in the primary care office. *Nebr Med J*. 1994:4-10.
17. Williamson JD, Fried LP. Characterization of older adult who attribute functional decrements to "old age". *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1429-34.
18. Hoeymans N, Feskens EJM, Van den Bos GAM, Kromhout D. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal association between performance and self-report (Zutphen Elderly Study 1990-1993). *J Clin Epidemiol*. 1996;49(10):1103-110.
19. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. pp. 265-71.
20. Encinas JE. Abatimiento funcional del adulto Mayor, México. *Salud Pública. Facultad Medicina UNAM*. 2000. pp. 1.
21. Colmenarejo JC, Calle-Cabada B, Sánchez-Jiménez J. Valoración geriátrica exhaustiva: abordaje desde Atención Primaria. Una revisión actualizada. *Med Gral*. 2000;4(6):31-4.

22. Katz, S y cols. *The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function.* JAMA 1963;185: 94.
23. Tulloch AJ. *Preventive care of elderly people: how good is our training?* Br J Gen Prac 1991;354-55.
24. Bayó J y cols. *Autopercepción de la salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria.* Aten Prim. 1996;17(4):273-79.
25. Cáceres-Rodas RI. *Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. Población y Salud en Mesoamérica.* 2002;149-72.
26. Gutiérrez-Robledo LM. *Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México.* En Fajardo OG (compilado). *Problemas y programas del adulto mayor.* México: CISS-CIESS-SPS-OMS; 1997:24-45.
27. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez M. *Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors.* Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(1):21-8.
28. Esperón-Hernández RI, Herrera-Correa GM, Nuña-Gutiérrez BL. *Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores.* Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44(5):403-7.
29. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. *Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo.* Aten Prim. 2001;27(07):484-8.
30. Pujiula-Blanch M, Quesada-Sabaté M. *Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad.* Aten Prim. 2003;32(02):86-91.
31. Häkkinen A. *Effect of cognitive impairment on basic activities of daily living in hip fracture patients: a 1-year follow-up.* Aging Clinical and Experimental Research. 2007;19:139.
32. López-Torres J y cols. *Functional status in the elderly with insomnia.* Quality of Life Research. 2007;16(2):279-286.