



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEDE:  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 DEL D.F.

“FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES  
BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA U.M.F. No. 23 DEL  
IMSS, D.F.”

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR:  
DRA. MARÍA DEL PILAR ISUNZA GUZMÁN

ASESOR METODOLÓGICO  
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS

MÉXICO, D.F.

GENERACIÓN: 2006- 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

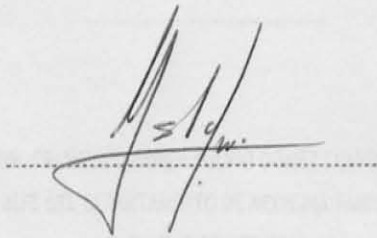
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA  
DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF. No. 23 DEL IMSS, D.F.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA


DRA. MARÍA DEL PILAR ISUNZA GUZMÁN



AUTORIZACIONES:

DRA. GUADALUPE ÚSLA TIRADO  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 DEL  
IMSS  
maria.usla@imss.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS  
MÉDICO FAMILIAR  
ASESORA METODOLÓGICA.  
yolaevi@yahoo.com.mx

**FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES  
BASICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA EN EL  
ADULTO MAYOR EN LA UMF No 23 DEL IMSS, MEXICO D.F.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

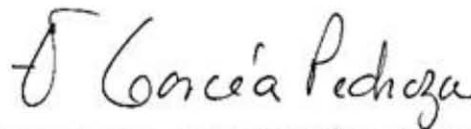
**PRESENTA**

**DRA. MARIA DEL PILAR ISUNZA GUZMAN**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U N A M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U N A M.



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U N A M.

## **AGRADECIMIENTOS:**

***A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social:*** Por brindarme el apoyo para seguir capacitándome

***A mi padre †:***

Por su ejemplo. Porque siempre fue un buen médico, pero sobre todo un médico bueno.

***A mi hija:***

Por superar todos los obstáculos, por su valentía, su apoyo, por ser parte de mi vida.

***A mi sobrina Ana:***

Por su compañía, su apoyo, por dedicar muchas horas de su tiempo a la realización de este trabajo, sobre todo por su ayuda en la computadora.

***A mi hermana Margarita:***

Por brindarme su apoyo incondicional.

***A toda mi familia:***

Por estar a mi lado.

***A la Dra. Yolanda E. Valencia:***

Quién con sus orientaciones y ayuda hizo posible que este trabajo se concluyera.

***A todos mis pacientes de la tercera edad,*** quienes de alguna forma inspiraron la elaboración de ésta investigación

***A todos los que me apoyaron.***

Por sobre todas las cosas:

**A mi Creador,** por haberme dado la capacidad de estudiar y ejercer la medicina.

***¡¡Muchas Gracias!!!***

## INDICE:

	PÁGINA
RESUMEN .....	5
MARCO TEÓRICO .....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	35
JUSTIFICACIÓN .....	37
OBJETIVOS .....	38
MATERIAL Y MÉTODOS .....	39
VARIABLES .....	41
CRONOGRAMA .....	44
RECURSOS .....	45
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	46
RESULTADOS .....	47
DISCUSIÓN .....	56
CONCLUSIONES .....	60
SUGERENCIAS Y COMENTARIOS .....	61
BIBLIOGRAFÍA .....	62
ANEXOS .....	65

## RESUMEN

**TÍTULO.-** FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 23 IMSS D.F.

**AUTORES:** DRA, YOLANDA ESTELA VALENCIA ÍSLAS ASESOR DE TEMA, DRA. MARÍA DEL PILAR ISUNZA GUZMÁN ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN SU MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

**INTRODUCCIÓN.-** La prolongación de la esperanza de vida y el proceso de envejecimiento, han puesto de manifiesto, la prioridad de la atención a la demanda de salud de este grupo. Por lo tanto es necesario determinar la frecuencia de disfuncionalidad, para poder ofrecer estrategias que le permitan mejorar su calidad de vida y mantener por más tiempo su independencia.

**OBJETIVO GENERAL.-** Identificar la frecuencia de disfuncionalidad en la UMF No. 23 IMSS DF.

**MATERIAL Y MÉTODOS.-** Es un estudio transversal, descriptivo, observacional al realizado en el período correspondiente de julio, agosto y septiembre del 2008. Tipo de Muestreo.- muestra seleccionada no aleatoria por conveniencia

**POBLACIÓN DE ESTUDIO.-** Adultos mayores de la consulta externa de la UMF No. 23 IMSS, D.F. Se aplicaron como instrumentos de medición el Índice de Barthel y el Índice de Lawton.

Se estudiaron 407 adultos mayores de los cuales 40.5% presentó discapacidad

**RESULTADOS.-** 1) El grado de discapacidad para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) fue de 40.5%, para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria, (AIVD) del 49.6%. 2) De los 407 pacientes el mayor número correspondió a mujeres. 3) En cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes resultó ser casado. 4) El grado de dependencia para Actividades Básicas e Instrumentadas de la Vida Diaria, resultó ser mayor en la modalidad de moderadas. 5) El grado de dependencia resultó ser mayor con la aplicación del Índice de Lawton, que mide actividades más finas y por consiguiente más difíciles de efectuar. 6) En relación al estado civil se encontró que el menor grado de discapacidad correspondía a los adultos mayores solteros o en unión libre y 7) El número de personas independientes, tanto para Actividades Básicas como Instrumentadas de la Vida Diaria fue de casi el 50% de los pacientes encuestados.

**CONCLUSIONES:** El estudio se realizó en una Unidad de Medicina Familiar de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, cumpliéndose los objetivos del mismo.

**SUGERENCIAS:** El estudio podría ser continuado incluyendo otras variables como: un mayor rango de edad, ocupación, escolaridad, presencia de enfermedades, valoración del estado mental, etc.

**TÍTULO:**

“FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA LAS  
ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR  
EN LA U.M.F. No. 23 DEL IMSS, D.F”



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

#### INSIDENCIA

Se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad o un estado determinado, proporciona una estimación de probabilidad, suele darse en valores de porcentaje

#### FRECUENCIA

Es la cantidad de veces que se repite un determinado valor de la variable, existen cuatro tipos de frecuencia: absoluta, relativa, absoluta acumulada y relativa acumulada.

#### PREVALENCIA

Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento en un momento o en un período determinado. Cuantifica la proporción de personas en una población, que tienen una enfermedad o cualquier otro suceso en un determinado momento, proporciona una estadística de probabilidad de que un sujeto de esa población tenga la enfermedad o el suceso en ese momento. (1)

#### DEFICIENCIA

Es toda pérdida o disfunción anatómica fisiológica o psicológica.

#### DISFUNCIONALIDAD

Es la inhabilidad de efectuar ciertas actividades de la vida diaria como resultado de una lesión.

#### DISFUNCIÓN

Es la discapacidad o limitación en el desempeño de roles socialmente definidos dentro de un determinado ambiente socio-cultural y físico. (2)

#### DEPENDENCIA FUNCIONAL

Es la pérdida de la capacidad para cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Se puede detectar clínicamente por la pérdida de la autonomía y la aparición de dependencia que poco a poco va limitando la capacidad de vida para los adultos mayores.

#### DISCAPACIDAD

Término que comprende deficiencias y limitaciones en la actividad y restricción en la participación.

## INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

Es la capacidad de cumplir o realizar actividades, acciones o tareas requeridas en el diario vivir. (3)

## ADULTO MAYOR

Persona mayor de sesenta años.

## ENVEJECIMIENTO

Deterioro que se produce con la edad y que causa disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno.

Otra definición menciona: Todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Se considera como un fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coincide la edad cronológica con evolución biológica. (4)

## ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Son las destinadas al auto cuidado, y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades siguientes: comer, vestirse, hacerse cargo de su apariencia física, caminar, levantarse de la cama, bañarse, hacer uso del baño.

## ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA

Tareas complejas cognitivas, entendiendo estas como la habilidad para desempeñar actividades para vivir en forma independiente en la sociedad actual, comprenden: usar teléfono, ir a lugares más allá de una distancia caminable, ir de compras, preparar comida, hacer tareas de la casa, responsabilizarse de tomar medicamentos y manejar dinero. (5)

## 1.2 CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento es un hecho universal cuyos efectos afectan a todos los seres vivos, quienes la experimentan más tarde o más temprano según el ritmo con que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona, los distintos tiempos de presentación de estos cambios, por ello,. Se dice que el envejecimiento es un proceso irregular y asincrónico, esencialmente individual. El envejecimiento se caracteriza por ser universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual.

La noción de vejez es muy antigua para el ser humano, ha sido motivo de inquietud y estudio desde diversos puntos de vista (filosófico, poético, médico, etc.). En términos generales se ha asociado a deterioro, daño, declinación, discapacidad, para alcanzar los cambios que se sufren a lo largo de un ciclo normal de vida.

La OMS define el envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de vida. En los últimos años esos cambios producen una limitación en la adaptabilidad del organismo en su relación con el medio y el equilibrio bio-psico-social a un nivel socio económico y cultural.

Otra definición menciona: Todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Se considera como un fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coincide la edad cronológica con evolución biológica. (6)

En otros tiempos los ancianos, eran una minoría respetada que representaba el poder ideológico y muchas veces político de un pueblo., pero con el correr de los años la situación cambio dejando sólo una vasta herencia de vocablos como prefijos y sufijos que dieron forma al lenguaje. Entre los primeros, existen dos con significado muy preciso: geron, geranio., anciano y geros vejez, en base a los cuales se dice que gerontología se define como la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades del anciano. (7)

Para la mayoría de los autores considerado como aquél que tiene más de 60 años, se fundamenta en la Norma Panamericana de Salud, se define como límites cronológicos de 60 a 65 años de edad. En México los adultos mayores, representan el 6.5% delo total de la población.

Ésta población es similar a la de algunos países de América Latina como: Argentina (9.6%), Chile (6.7%) y Brasil (5.2%). (8)

En el IMSS actualmente se atiende al 40% del total de la población adulta. (9)

### 1.2.1 DEMOGRAFÍA Y ENVEJECIMIENTO:

Se hace un comparativo del envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe en donde, igual que en nuestro país el rápido crecimiento de la población de adultos mayores, especialmente de 65 años y más, causado por una disminución acelerada de las tasas de fertilidad y una disminución sostenida de las tasas de natalidad <sup>19</sup> ha ocasionado un incremento significativo en la esperanza de vida y un mayor impacto de las enfermedades crónicas como causas principales de mortalidad. <sup>(10)</sup>

El envejecimiento humano es un fenómeno ecológico, que refleja las influencias de la genética, el ambiente físico y social, y la conducta individual. El envejecimiento generalmente sigue una trayectoria ascendente seguida de una trayectoria descendente, esto que puede ser considerado como el proceso ideal, puede ser modificado por factores externos nocivos que generan patologías diversas.

Un elemento esencial al envejecer es la capacidad del individuo de adaptarse a las nuevas condiciones bio-psicológicas.

Desde el punto de vista cultural se puede determinar el envejecimiento en dos formas: objetivo y subjetivo, los ancianos pueden sentir que son marginados o devaluados, los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias y conceptos.

La modernización sobre las condiciones sociales de la población añosa incluye tendencias que contribuyen a la inferioridad social del anciano. La tecnología actual hace que los ancianos sean desplazados por los jóvenes. La urbanización hace que los jóvenes se alejen de familiares ancianos. <sup>(11)</sup>

### 1.2.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

No se sabe con exactitud porque se envejece pero se han establecido diversas teorías sobre el tema:

- a) *Teoría molecular.* La base de esta teoría se concentra en los cambios que ocurren a nivel del ADN.
- b) *Teoría de la regulación genética.*- Propone que la senescencia resulta de los cambios en la expresión de los genes después de alcanzar su madurez reproductiva.
- c) *Teoría celular del envejecimiento o (de los errores catastróficos).*- Consiste en el acumulo de daños secundarios al abuso normal de la vida diaria.

d) *Teoría sistémica.*- Basada sobre todo en los cambios que sufre tanto el sistema inmunológico como el sistema neuroendocrino, observándose que la eficacia de los ajustes homeostáticos disminuye con los años y conduce a una falla en los mecanismos adaptativos . (8), (12)

### 1.2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL ENVEJECIMIENTO

En la revisión de los antecedentes históricos y socio-culturales que han incrementado en forma importante la población adulta mayor, siendo ésta considerada como una de las más vulnerables sobre la vejez: En la época de los sirios y los egipcios, los viejos eran vistos con un cierto grado de simpatía y aún siendo estos sacerdotes o poderosos, no había veneración hacia ellos.

En Israel, se encuentra la primera cultura en la que desde los tiempos de la Biblia, menciona la veneración a la vejez, el amor de padre y el honor hacia ellos.

Los griegos también exaltan a la vejez y entre sus herencias culturales queda la gerontocracia. Los romanos consagraban el poder del senado, palabra que proviene De Senecto: viejo. Cicerón en su tratado “De senectute” resalta los valores de la vejez.

En América del Norte respetaban y honraban a sus ancianos, pero al final de la vida se les hacía una gran fiesta y al término, uno de sus hijos, lleno de dolor les daba muerte, las mismas prácticas se acostumbraban en Sudamérica.

En México prehispánico el Dios viejo era una de las deidades más veneradas, en ésta época los ancianos se veneraban por sus valores, su experiencia y la facilidad de transmitir sus conocimientos tradicionales y por su influencia moral. El papel de la mujer anciana se destacaba por su carácter de elemento coercivo y conductor de la familia

En el renacimiento se empieza a deteriorar la imagen de veneración y respeto difundida por las doctrinas israelíes y el Cristianismo.

Paralelamente aparecen los ancianos indigentes y los grupos de viejos como uno de los grupos más necesitados de apoyo social. En 1600 en Inglaterra se proclama la “Ley de los pobres” y se responsabiliza al Estado de los viejos desamparados. En 1700 en Francia se crea la organización de beneficencia y caridad para ellos.

Con el industrialismo la vejez pierde su poder, con la aparición de las industrias, el comercio a gran escala, que hace del hombre un ser que vale por lo que produce y por lo que tiene y no por lo que es, empiezan a surgir los viejos como grupos marginados.

Actualmente se dice que cuando un pueblo envejece es la prueba más elocuente de la “eficiencia” de los esfuerzos para elevar el nivel de vida y de la “eficacia” de los programas de salud pública, lo que ha permitido a la humanidad superar problemas en el paso de la vida de las etapas primarias, a la edad adulta, llegando ahora con mayor frecuencia a la vejez. (13)

Esto nos lleva a observar un cambio importante en las pirámides poblacionales que cada día tienden a invertirse, siendo ahora los ancianos los que predominan. Por lo tanto es mayor esta población más susceptible.

En la época actual, la evolución de las estructuras sociales hacia el progreso, ha dado origen a mejores condiciones de vida para la población, pero paradójicamente en el caso de los adultos mayores, la situación económica, social y el deterioro de la salud, cada vez mayor en la medida que se aumenta el número de ellos, se ha visto relegada.

Por ello en mayo de 1979 se realiza en Rusia la Primera Reunión Oficial de las Naciones Unidas, en esa reunión México propone que el problema debe ser enfocado desde el punto de vista de la investigación, con el fin de implementar programas y soluciones más adecuadas.

El Dr. Héctor Acuña Navarrete, Director de la Organización Panamericana de la Salud, declaró en un discurso pronunciado en el Día Mundial de la Salud en 1982: “El número de personas de 60 años en adelante aumentaran probablemente al doble en todo el mundo durante el período comprendido entre 1970 al 2000”.

Esta visión, basada seguramente en la observación del aumento de la esperanza de vida como consecuencia de los programas de salud.

En otras reuniones que se realizaron en las mismas fechas, en especial el seminario de la Asociación Internacional de la Gerontología llevado a cabo en Hamburgo, se establecen estrategias gerontológicas en medicina social.

Estudios demográficos demuestran que en América Latina la población mayor de 60 años se ha incrementado hasta alcanzar la cifra de 23.5 millones de personas y que, para el año 2025 llegará a 96.6 millones, lo que representa un incremento porcentual de 7.8% al 12.% de la población total.

Una situación similar enfrenta nuestro país, con una variación para la población adulta mayor que va de 5.1% en 1980 a 5.72% para el año 2000, con la perspectiva del 10% para el año 2025.

Por ello, se ha visto la necesidad de atender en forma prioritaria las necesidades del adulto mayor que deben ser satisfechas dentro de un marco integral que considere al sujeto como parte de la sociedad, con un cúmulo de necesidades, pero igualmente con un potencial de desarrollo, que debidamente rescatado y orientado resultara en su beneficio y el de su comunidad. <sup>(14)</sup>

#### **1.2.4 ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO**

La aparición de los signos de envejecimiento puede presentarse antes o tener un retardo en su aparición. Desde el punto de vista práctico el envejecimiento comienza en el momento de la madurez física y supuestamente la mujer puede iniciarlos antes que el hombre.

El envejecimiento de las células y de los tejidos termina por alterar la composición bio- química del organismo y las transformaciones más notorias son:

- a) Cambios en la composición corporal.
- b) Cambios en el sistema musculo- esquelético y los órganos sensoriales (artropatía degenerativa).
- c) Piel.- puede ser el primer órgano que muestre los estragos del tiempo sobre todo como resultado de la exposición al sol, extremos de temperatura y otros estímulos físicos.
- d) Pelo.- al disminuir la capacidad de los melanocitos de producir pigmento se produce el encanecimiento, la calvicie y alteraciones en el vello.
- e) Ojos.- alrededor de los ojos se presenta disminución del tejido conectivo y elástico de la dermis, aparecen pliegues cutáneos en párpados superiores e inferiores.
- f) Oído.- Se considera que cerca del 30 a 40% de la población mayor a setenta años tiene pérdida importante de la audición.
- g) Boca y nasofaringe.- La pérdida de piezas dentales influyen negativamente en la nutrición, además de que existe una disminución del gusto, del olfato, y la producción de saliva.
- h) Sistema locomotor.- La masa muscular absoluta disminuye con la edad la atrofia es mayor en los miembros superiores, la fuerza muscular disminuye con pérdida de la flexibilidad, son comunes los problemas de estabilidad postural.
- i) Envejecimiento cardiaco.- Los cambios en la función cardiovascular atribuidos al envejecimiento, pueden asociarse al estilo de vida, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo,

alimentación y personalidad, lo que favorece la aterosclerosis y consecuentemente la enfermedad cardiovascular.

- j) Sistema respiratorio.- La superficie pulmonar disminuye a un ritmo de 0.25 m<sup>2</sup> por año con un débito respiratorio.
- k) Sistema gastro-intestinal.- La mayor parte de los cambios que ocurren a nivel de tubo digestivo provocan lentitud en el vaciamiento gástrico, disminución de la trama conjuntiva de la pared (constipación), y denervación (reflujo gastro-esofágico).
- l) Riñón.- Conforme envejecemos, la masa renal y el número de nefronas funcionales se reduce, con una reducción en la velocidad de filtración glomerular.
- m) Sistema endócrino.- El mecanismo de retroalimentación Hipotálamo-hipófisis funciona de forma adecuada hasta los 70 años, posteriormente degenera.
- n) Envejecimiento cerebral.-El envejecimiento del sistema nervioso central(CNC) trae consigo una pérdida de adaptación motriz, intelectual y cognitiva.

Teniendo en cuenta el número creciente de adultos que alcanzan la vejez, la prioridad en los próximos años se centrará en lograr que los adultos mayores disfruten de un mayor bienestar para evitar las complicaciones de tipo médico, económicas y sociales relacionadas con el envejecimiento.

Para contribuir a este propósito la OMS ha puesto en marcha un nuevo programa para el adulto mayor “Envejecimiento y salud” que tiene como metas a futuro: envejecimiento saludable, promoción de la salud, reconocimiento de las influencias culturales, adopción del enfoque comunitario, reconocimiento de diferencias entre sexos y fortalecimiento de vínculos inter-generacionales. (15)

### **1.2.5 MANEJO DEL ENVEJECIMIENTO**

La asistencia del anciano comprende un conjunto de niveles de atención que visto desde el concepto sanitario y social, deben garantizar la calidad de vida de los ancianos, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o dificultad social que representen.

Teniendo como objetivo principal que el anciano permanezca, o se reintegre a su vida habitual en condiciones de bienestar físico, funcional, psíquico y social.

Es importante procurar el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad, durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud, para ello existen diferentes actividades como son:

- 1) Prevención y promoción de la salud.- en donde se debe actuar prioritariamente sobre los siguientes aspectos:
  - ❖ Hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
  - ❖ Ejercicio físico.
  - ❖ Nutrición (obesidad y desnutrición).
  - ❖ Uso apropiado de medicamentos.
  - ❖ Prevención de caídas y otros accidentes.



❖ Formación de cuidadores.

2) Actividades preventivas .- la prioridad de la realización de estas actividades deberá ser :

- ✓ Inmunizaciones (gripe y tétanos) > 65 años.
- ✓ Valorar la historia clínica (tabaco, ejercicio físico, nutrición, estado funcional, incontinencia urinaria, polifarmacia, antecedentes de caídas, presión arterial, peso y talla.
- ✓ Valoración de agudeza auditiva.
- ✓ Valoración de agudeza visual.
- ✓ Exámenes de laboratorio.
- ✓ Mamografías (en caso de mujeres).
- ✓ Hipertrofia prostática.

El riesgo en el anciano se podrá definir como la probabilidad de que ocurra un problema de salud, de que desarrolle incapacidad o de hospitalización. Esta probabilidad no es homogénea en su distribución, pues existen grupos que presentan condiciones de riesgo para el desarrollo de la salud y condicionamientos para la aparición de enfermedad. El índice de Barthel puede utilizarse para detectar grupos de riesgo.

Debe hacerse una valoración geriátrica que nos permita llegar a un diagnóstico multidimensional, e interdisciplinario diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el fin de elaborar un plan de tratamiento y utilización de recursos.

Una valoración clínica completa que incluya: enfermedades presentes, gravedad y pronóstico. Fármacos.- carencias sensoriales: auditivas y visuales.- incontinencia de esfínteres. Hábitos y factores de riesgo para la salud y una valoración funcional. (16) (17)

### **1.3 DISCAPACIDAD**

#### **1.3.1 DEFINICIÓN:**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende por deficiencia la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano o tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal las cuales pueden ser temporales o permanentes,

#### **1.3.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

Discapacidad física.- Es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis o lesión medular y las amputaciones.

Discapacidad sensorial.- Comprende a las personas con deficiencias visuales y auditivas y con problemas en la comunicación y el lenguaje.

Discapacidad intelectual.- Disfunción de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, etc.). Dentro de ellas se encuentra el retraso mental, el síndrome de Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica.- Las personas que sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

(3) (18)

### **1.3.3 DEMOGRAFÍA**

En otros países como en México, se han realizado estudios para determinar la frecuencia de funcionalidad y disfuncionalidad en los adultos mayores para ABVD utilizando el Índice de Barthel y el índice de Lawton.

En un estudio realizado en la Universidad de Zaragoza, España 2002-2004.cuyo objetivo fue conocer las dificultades para la realización para las ABVD y el grado de autonomía en el momento de la valoración. Se utilizó el índice la Lawton y el índice de Barthel encontrando los siguientes resultados: según la escala de Barthel la población presentaba una dependencia severa del 3.4% de la población total (76 ancianos). Disfunción moderada 6.9%. Dependencia ligera 51.7%. Independencia 37.9%. Según la escala de Lawton para las AIVD se encontró lo siguiente: Dependencia total 3.4%. Dependencia moderada 24.5%, dependencia ligera 13.8%. Independencia 44.8%. (19)

En un estudio sobre "Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio Arancio Ramírez y Jacobo. Se realizó una investigación clasificada como estudio descriptivo de corte transversal, de los conocidos estudios de prevalencia. El universo fue de 824 ancianos que residían en los municipios de Puerto Poche y las Tunas de los que se escogió una muestra de 557. Se utilizó entre otros índice de Lawton que permitió evaluar la capacidad funcional del individuo para realizar AIVD. Se obtuvieron los siguientes resultados: con relación a AIVD, limitaciones para las compras 167 ancianos (30%). Limitaciones para la preparación de alimentos 130 ancianos (23.3%). Las

dificultades en el transporte 113 ancianos (20%) dificultad para la utilización del teléfono 94 ancianos (16.9%), limitación en el manejo de finanzas 58 ancianos (10.4%). Limitación en el manejo de la casa 70 ancianos (12.6%). Se observó que en el sexo femenino existe una mayor prevalencia del 50.7% con relación al sexo masculino de 37.1% para realizar AIVD. (20).

Otro estudio revisado, en la población de Canarias con un universo de la totalidad de la población anciana (65años o más). Según los residentes en Canarias, se estudiaron 411 ancianos, se utilizó la versión española de Funcional Assesement Inventory. Los resultados obtenidos fueron: 61% de varones y 47% de mujeres estaban libres de incapacidad, la mayor incapacidad se asoció con la mayor edad, menor escolaridad, peor salud y por disminución de visión y audición subjetivas. Todas las personas con incapacidad para algunas de las ABVD también tenían incapacidad para AIVD. En total, el grado de incapacidad para el conjunto de ancianos de Canarias es de: 53% libres de incapacidad, 25% incapacidad solo para alguna de las AIVD y el 22% incapacidad para AIVD. (21)

En un estudio realizado en España cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de incapacidad funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en la población de ancianos residentes en un medio comunitario en estudio epidemiológico transversal en sujetos mayores de 74 años, registrados en el padrón municipal. Se utilizó un muestreo aleatorio simple, evaluadas mediante los índices de Barthel y Lawton, los resultados fueron incluidos 275 ancianos (81.4 años, 62.5% mujeres). La prevalencia de incapacidad funcional en ABVD del 73.5%, siendo las actividades más afectadas las relacionadas con la movilidad y las labores de la casa. En el análisis de regresión y por logística se mostraron como predictorias de incapacidad funcional en ABVD las variables: edad, sexo femenino, número de enfermedades, y la puntuación en el Pleiffer. (22)

La provincia de Granma tiene una población envejecida, por lo que unido al interés de salud pública se realizó este estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de discapacidad física y la frecuencia de aparición de las principales limitaciones en la dimensión investigada, ancianos de la provincia de Granma en el año 2004. La investigación clasifica como estudio descriptivo de corte transversal, de los conocidos de prevalencia. El universo de estudio, constituido por los ancianos residentes en esta provincia en el 2004, se tomó una muestra de 688 ancianos. Se utilizó el índice de Lawton, que permitió evaluar las capacidades del individuo para llevar a cabo las AIVD. Los resultados muestran que la prevalencia de discapacidad física tuvo una puntuación del 36.6% con un

intervalo de confianza de 95%. En las AIVD los mayores porcentajes de limitación se presentan en la capacidad para la realización de compras y el modo de transporte (182 ancianos, 26.5%, y 146, 21.2% respectivamente). Le siguieron en orden de frecuencia las limitaciones para la preparación de alimento (141, 20.5%), y el manejo de casa (104,15.1%). La responsabilidad en el manejo de los medicamentos (102,14.8%) y la capacidad para el uso de teléfono (78,11.3%). Se observa igualmente un incremento de la discapacidad física a medida que aumenta la edad. El sexo femenino resulto ser el de mayor prevalencia (43.1%) y para el sexo masculino se dio una prevalencia del 28.5%. (23)

El autor de este estudio hace un comparativo sobre discapacidad en el adulto mayor en Costa Rica, México y Santiago de Chile, en el mismo utiliza, entre otros instrumentos el Índice de Barthel encontrando los siguientes resultados:

En cuanto a la discapacidad para ABVD y por grupo de edad se encontró lo siguiente:

De 60 a 64 años Costa Rica reportó 24.4%, México 30.7% y Chile 22.4%. De 65 a 69 años la discapacidad resultó ser: en Costa Rica 25.0%, México 24.9% y Chile 18.5%, En el grupo de adultos mayores de 70 a 74 años se reportó lo siguiente: Costa Rica 18.9%, México 18.4% y Chile 18.5%., De 75 a 85 años de edad, en Costa Rica fue de 31.8%, México 26.5% y Chile 39.9%.

Los estudios relacionados para las AIVD y tomando en cuenta el grado de discapacidad, el estudio reportó lo siguiente: Pacientes sin discapacidad., Costa Rica 43.6%, México 56.19% y Chile 51.2%. Discapacidad leve; Costa Rica 21.5%, México 24.3% y Chile 23.1%. Discapacidad moderada: Costa Rica 23.8%, México 12.3% y Chile 16.3%. Discapacidad severa: Costa Rica 11.0%, México 7.2% y Chile 9.5%

En este estudio se encontró que Cuba cierra el 2007 con 16.6% del total de su población de personas de 60 años y más, reportando que el deterioro del estado funcional y la calidad de vida se encuentran alteradas en forma importante, limitando la independencia para realizar ABVD, y por lo tanto la calidad de vida y su participación familiar y social. Utilizando una modificación del Índice de Barthel se encontró que el 6.6% tiene por lo menos limitación para realizar tres ABVD y el 12.5% tiene limitación para realizar de una a dos ABVD. (24)

Otro estudio realizado en Medellín Colombia, cuyo objetivo fue identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil. Los resultados muestran significativas diferencias en la integración social, en función del estado civil, siendo mejor la integración en los adultos mayores solteros, en unión libre y viudos, en función de la edad se encontraron diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor entre los 60 y 65 años. Se concluye que la autonomía y habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios, bio-psicosociales significativos en esta etapa. (25)

#### **1.3.4 DISCAPACIDAD A NIVEL MUNDIAL**

Para tener una idea del impacto que generan las personas con discapacidad en el desarrollo de una sociedad, presentamos algunos datos estadísticos.

La OMS, estima que aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad en tiempos de paz y en los países en desarrollo. De acuerdo con datos recientes, en algunos países, ésta cifra puede llegar hasta el 20%, como revela el censo de 1996 de Nueva Zelanda, de ellos más de 400 millones de personas viven en los países en desarrollo.

Por su distribución – de los más de 600 millones de personas con discapacidad en el mundo, el 80% viven en los países del sur.

En cuanto al impacto familiar, se estima que en un país con familias que en promedio tienen 6 miembros aunque solo 5% de su población presentara discapacidad, es razonable esperar que más del 25% de esta comunidad sea afectada directamente por la discapacidad.

Se estima que el número de personas con discapacidad aumentará en un 120% en los próximos 30 años, en los países del sur. Mientras que índice de crecimiento de personas con discapacidad en los países del norte será del 40%.

Tanto en el sur como en el norte el mayor aumento en la cantidad de personas con discapacidad será en los grupos de edad más avanzada, particularmente entre las personas de 65 años y más.

De acuerdo con la estimativa de la OMS, en América Latina y el Caribe existen al menos 79 millones de personas con algún tipo de discapacidad. Se estima también que la incidencia de la discapacidad es especialmente alta en países como Colombia, Nicaragua o el Salvador que han vivido conflictos armados. (26)

### **1.3.5 DISCAPACIDAD EN MÉXICO**

Según el XII censo de población y vivienda 2000, una persona discapacitada es aquella que presenta una limitación física o mental de manera permanente por más de seis meses y que le impide desarrollar sus actividades en forma que considera normal para el ser humano.

Según el censo las personas con discapacidad suman un 1790,000, lo que representa 1.8% de la población total.

Por edad y sexo se encontró:

De 10 a 14 años y de 60 a 70 años se presenta el porcentaje mayor de personas con discapacidad.

En relación a los tipos de discapacidad más frecuentes:

- Discapacidad motriz.- que se refiere a la pérdida o dificultad para moverse, caminar, y mantener alguna postura del cuerpo o una parte del mismo.
- Discapacidad visual.- Incluye la pérdida total de la visión, o dificultad para ver con uno o ambos ojos.
- Discapacidad auditiva.- In capacidad para escuchar o entender.
- Discapacidad del lenguaje.- limitación o dificultad para transmitir un mensaje entendible.

Este tipo de discapacidades se encontraron en el siguiente porcentaje: motriz (45.3%), visual (26%), mental (16.1%), auditiva (15.7%), lenguaje (4.9%), otros (0.7%).

Una persona puede tener más de una discapacidad (sordo- mudo).

Causas de discapacidad

- a) Nacimiento
- b) Enfermedad
- c) Accidentes
- d) Edad avanzada

De cada 100 personas 32 padecen discapacidad porque sufrieron alguna enfermedad, 22 por edad avanzada, 19 por herencia, 18 por accidente y 8 debido a otras causas.

### **1.3.6 DISCAPACIDAD EN EL IMSS**

De acuerdo a la distribución porcentual de la población con discapacidad, por condición de usos de salud se encontraron los siguientes datos: de una población total con discapacidad de un 1795,300 de los cuales 943,717 fueron hombres y 851,583 mujeres, el IMSS atiende el 33.4% del total de la población.

Tomando en cuenta otras instituciones se considera que: La institución que más personas discapacitadas atiende es el IMSS.

Distribución de usuarios por institución:

- IMSS ----- 33.4%.
- Institución particular ---- 31.9%.
- SSA ----- 21.9%.
- ISSSTE----- 11.7%.

En cuanto a educación se reporta que de cada 100 personas discapacitadas: 36 no asisten a la escuela, 46 tienen educación básica, 5 algún grado de educación superior y solo 4 cuentan con educación superior.

En relación al trabajo se reporto: de cada 100 personas con discapacidad 27 trabajan en promedio 34 horas por semana, 39 35 horas por semana, y 30 más de 48 horas por semana. (27) (28)

### **1.3.7 MANEJO DE LA DISCAPACIDAD**

La Organización Mundial de la Salud procura asegurar la oportunidad de igualdades y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Especialmente los pobres, y proporciona asistencia técnica en materia de salud, educación trabajo y rehabilitación a través de tres artículos:

- a) Atención médica.- Los estados deben procurar la prestación de atención médica eficaz a personas con discapacidad.
- b) Rehabilitación.- Los estados deben asegurar la prestación del servicio de rehabilitación a personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel optimo de autonomía y movilidad.
- c) Servicios de apoyo.- los estados deben velar por el establecimiento y la prestación de servicios de apoyo, incluidos los recursos auxiliares a fin de ayudarles a aumentar el nivel de autonomía en la vida cotidiana y a ejercer sus derechos. (29)

### **1.3.8 PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD DEL ADULTO MAYOR**

Las nuevas estrategias dan prioridad a la formación de recursos humanos sobre todo a la transferencia de conocimientos para la atención primaria de la salud. Asegurar la atención médica y ayuda a las personas con discapacidad, dar asistencia ética de calidad humana y calidad técnico científica.

Entre las actividades del personal de salud en el primer nivel, en especial el médico familiar están: la de establecer una buena comunicación con cariño, respeto, ánimo, seguridad y sobre todo de educación en materia de salud para el paciente anciano y su familia, involucrar a los familiares en la atención y tratamiento del paciente, respetar la dignidad de los mismos, deberá buscar siempre enfermedades tratables y evitar al máximo tratamiento sintomático, evitar prejuzgar al paciente de edad atribuyendo todos sus problemas a la vejez, dar importancia a los factores psicológicos, ya que ésta comprobado que influyen tanto en la enfermedad como en los procesos degenerativos y el envejecimiento, debe considerar la situación económica del paciente, esmerarse en llegar a un diagnóstico, hacer los análisis y estudios estrictamente necesarios, el médico debe ser claro en sus indicaciones y explicaciones en la escritura de sus recetas, evitar iatrogenia, tener conocimiento sobre el uso adecuado y racional de medicamentos y usar criterios de medicina preventiva. (30) (31)



## 1.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA DISCAPACIDAD

El índice de Barthel fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, tras 10 años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el auto cuidado de pacientes con patología neuro-muscular y/o músculo esquelético ingresados en hospitales de crónicos de Maryland.

Aunque su uso está menos generalizado que el índice de Katz, es preferido por la mayoría de los autores británicos y recomendado por la British Geriatrics Society para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos. Por otra parte, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebro-vascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación.

No disponemos de validación de la escala en nuestro medio. En nuestro país la versión de Baztán y cols ha contribuido sustancialmente a su difusión y uso (existe otra versión en castellano de Valverde y cols.).

Es una escala heteroadministrativa, el tiempo de cumplimentación es de aproximadamente 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y /o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiar.

Evalúa 10 ABVD: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, de ambulación, subir y bajar escaleras., dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

En cuanto a sus cualidades psicométricas, tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

## 1.5 INTERPRETACIÓN

Desarrollado en su origen en la rehabilitación de patología neuro muscular, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad. Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la de ambulación la puntuación máxima es 15. Sus autores pensaron que la independencia en la de ambulación era más importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño. Esta propiedad del índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tiene igual “peso específico”.

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).

No es una escala continúa, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Para una mejor interpretación, sus resultados globales se han agrupado en 4 categorías de dependencia:

Total <20 (0-15)

Grave = 20-35 (20-35)

Moderada = 40-55

Leve >\_ 60 (60-75)

Independiente 80 y más

Estos grupos están basados en resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el valor predictivo de estos puntos de corte en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia de estos pacientes. Una variante reciente del índice de Barthel establece una puntuación global de 0-20, lo cual podría conferirle mayor sensibilidad estadística.

En un estudio publicado en nuestro país se han detectado pequeñas diferencias en las distintas traducciones: en primer lugar, en cuanto al orden de los diferentes ítems (por ejemplo, preguntar cuestiones “delicadas” sobre continencia de esfínteres, antes que sobre la de ambulación, podría generar cierto rechazo del entrevistado, esto es, alterar la validez aparente) y, en segundo lugar,

diferencias en la traducción al castellano de los diferentes ítems.

Estas diferencias pueden provocar que un mismo sujeto puntúe distinto en las distintas versiones, y existirían errores al comparar muestras de pacientes valorados con ellas. Por todo ello, el índice de Barthel, así como otros instrumentos de valoración en Geriatría, deberían someterse a la correspondiente adaptación transcultural (mínima en las ABDV) y posterior validación al castellano, evitando versiones de traducción libre.

Otras limitaciones de la escala son las derivadas de la metodología en la recogida de información, ámbito de utilización del instrumento (ancianos institucionalizados) y número de actividades evaluadas (así como, composición de estas actividades por diferentes elementos que pueden alterarse).

### **1.5.1 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS**

Fiabilidad:

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador

Validez:

Ha demostrado tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

## ÍNDICE DE BARTHEL

	Puntos
<b>BAÑO/DUCHA</b>	
<i>Independiente</i> se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>VESTIDO</b>	
<i>Independiente</i> se viste, se desnuda, y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos, botones, cremalleras	10
<i>Ayuda</i> Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable sin ayuda	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>ASEO PERSONAL</b>	
<i>Independiente</i> Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita ,se peina.	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>USO DEL RETRETE</b>	
<i>Independiente</i> Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sólo	10
<i>Ayuda</i> Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse/quitarse la ropa	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>USO DE ESCALERAS</b>	

<i>Independiente</i> Sube y baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o bastones	10
<i>Ayuda</i> Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>TRASLADO SILLÓN-CAMA</b>	
<i>Independiente</i> No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente	15
<i>Mínima ayuda</i> Necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión	10
<i>Gran ayuda</i> Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado	5
<i>Dependiente</i> no se mantiene sentado	0
<b>DESPLAZAMIENTO</b>	
<i>Independiente</i> Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón, excepto andador	15
<i>Ayuda</i> Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	10
<i>Independiente en silla de ruedas</i> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
<i>Dependiente</i>	0
<b>CONTROL DE ORINA</b> (Se evalúa la semana anterior)	
<i>Continente</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector se cuida sólo	10

<i>Incontinente ocasional</i> Episodios ocasionales, con frecuencia máximo 1/24hrs)	5
<i>Incontinente</i> Episodios de incontinencia con frecuencia >_ 1 vez al día	0
<b>CONTROL DE HECES</b> (se evalúa el mes anterior)	
<i>Continente</i> no presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla sólo	10
<i>Incontinente ocasional</i> Episodios ocasionales 1 vez/semana Ayuda para usar enemas o supositorios	5
<i>Incontinente</i>	0
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
<i>Independiente</i> Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
<i>Ayuda</i> Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos	5
<i>Dependiente</i>	0
	Puntuación total

Se establece puntuación en escala: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 independencia (Shah S et al, 1989, referencia barthel18942jclinepidemiol de base de datos). (32)

### 1.5.3 ÍNDICE DE LAWTON

Para las actividades instrumentadas de la vida diaria AIVD se utilizó el índice de Lawton, que valora la capacidad de desarrollo de las tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de ocho ítems: cuidar la casa, lavar la ropa, preparación de alimentos, ir de compras, uso de teléfono, manejo de dinero y responsabilidad sobre el uso de medicamentos. Se evaluó si el individuo realiza la tarea, desde la dependencia total (0 puntos) a la independencia total (8 puntos).

Este índice ha servido de modelo a escalas posteriores y continúa siendo una de las escalas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades más complejas que las que se necesitan para el auto cuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación; no obstante evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada, como sería la viudez. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios que pueden influir en la puntuación. Consta de 8 ítems cada uno de los cuáles plantea varias posibilidades, atribuye un punto a las independientes y cero puntos a las dependientes, es muy apropiada para su aplicación en mujeres.

Mujeres	Grado de dependencia	Hombres
0-1	Dependencia total	0
2-3	Dependencia severa	1
4-5	Dependencia moderada	2-3
6-7	Dependencia ligera	4
8	Autónomo	5

AIVD	PUNTUACIÓN	VALORACIÓN
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda busca y marca números</p> <p>Es capaz de marcar números bien conocidos</p> <p>Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar</p> <p>No usa el teléfono en absoluto</p>
IR DE COMPRAS	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Realiza todas las compras necesarias de manera independiente</p> <p>Realiza independientemente pequeñas compras</p> <p>Necesita compañía para realizar cualquier compra</p> <p>Es totalmente incapaz de ir de compras</p>
PREPARACIÓN DE LA COMIDA (NO EN HOMBRES)	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente</p> <p>Es capaz de preparar adecuadamente las comidas si le proporcionan los ingredientes</p> <p>Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada</p> <p>Necesita que le preparen y sirvan la comida</p>



CUIDAR LA CASA (NO EN HOMBRES)	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional</p> <p>Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacerla compra</p> <p>Realiza tareas domésticas pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</p> <p>Necesita ayuda en todas las labores de la casa</p> <p>No participa en ninguna labor doméstica</p>
LAVADO DE ROPA (NO EN HOMBRES)	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Es capaz de lavar por sí sola toda su ropa</p> <p>Lava por sí sola pequeñas prendas, calcetines, etc.</p> <p>Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona</p>
MEDIO DE TRANSPORTE	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su coche</p> <p>Es capaz de usar un taxi, pero no usa otro medio de transporte</p> <p>Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona</p> <p>Tienen capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros</p> <p>No viaja en absoluto</p>

<p>RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</p>	<p>1 0 0</p>	<p>Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora adecuada y en la dosis correcta</p> <p>Toma responsablemente su medicación si se le prepara con anticipación</p> <p>No es capaz de responsabilizarse de su medicación</p>
<p>CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO</p>	<p>1 1 0</p>	<p>Maneja los asuntos financieros con independencia. Reconoce sus ingresos</p> <p>Maneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.</p> <p>Incapaz de manejar dinero.</p> <p style="text-align: right;">(33)</p>

#### 1.5.4 ÍNDICE DE KATZ

Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen.

El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas. Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores.

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

El test lo pueden utilizar los médicos, las enfermeras y el personal sanitario entrenado. También se puede utilizar en encuestas telefónicas

Es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo.

#### VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos. Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa ( a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo es poco sensible antes cambios pequeños de la capacidad funcional. Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas.

El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

Buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

Otros instrumentos de medición que podrán utilizarse es el Índice de Katz que también mide actividades básicas de la vida diaria.

Índice global de incapacidad física de la Cruz Roja

Índice para valoración mental. (34)

**Existen otros instrumentos de evaluación o medición de discapacidad:** (35)

<i>Escala</i>	<i>Contenido</i>	<i>Características</i>	<i>Limitaciones</i>
Cuestionario de Pfeiffer (1975)	Cognitivo: 10 preguntas que valoran memoria y orientación	Especificidad 90% Sensibilidad 80% Fiabilidad test-retest 0.8; 3-5 minutos	Limitaciones en deterioros leves o incapacitantes. Insensibles o pequeños cambios. Limitación en analfabetos y pacientes psiquiátricos graves
<b><u>Mini Mental de Folstein (1975)</u></b>	Cognitivo: Valora memoria, orientación, atención, capacidad constructiva, concentración, cálculo, razonamiento abstracto, lenguaje.	Especificidad del 70 al 90% Sensibilidad del 85 al 90% Según punto de corte. Fiabilidad:0.8 De 10 a 15 minutos	Influencia a nivel cultural, déficit sensorial y trastornos afectivos
Test de Isaacs (1972)	Cognitivo: Fluidez verbal, de denominación por categorías, memoria y semántica.	Sensibilidad: del 79 al 87% Especificidad: 67 a 82% Cinco minutos.	Rango poco delimitado de funciones cognitivas
<b><u>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly (IQCODE) (1998)</u></b>	Cognitivo-funcional: memoria, funcionalidad, capacidad ejecutiva, juicio y orientación. Se interroga respecto a cambios de cinco a diez años	Complementado por familiar o allegado. Sensibilidad 86% Especificidad: 91% Cinco a diez minutos	Enfocado a demencia
Test del reloj	Se pide que dibuje la hora en una esfera de reloj	Cinco minutos	Subjetividad en la interpretación

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, principalmente durante el siglo XX, se ha presentado un aumento de la longevidad, la esperanza de vida ha incrementado de 20 años desde 1950, llegando en el momento actual a los 66 años y se prevé que para el 2050 haya aumentado 10 años más, esto significa que el número de persona mayores de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará casi a 2000 millones en el año 2050. Se proyecta un incremento mundial de población adulta mayor, del 10% en 1998 al 15% al 2025.

En estudios demográficos llevados a cabo en América Latina, la población mayor de 60 años se ha incrementado hasta alcanzar la cifra de 23.5 millones de personas que para el año 2025 llegará a 96,6 millones, lo que representa un incremento porcentual del 7.8% al 12% de la población total.

En México, se ha presentado un aumento acelerado en la población de adulto mayor, de los 4.1 millones en 1996, acerca de 800 mil en el 2001, esto implica que entre 1996 y el 2014 se duplicará su tamaño, y se establece que se quintuplicara para el 2035.

La proporción de esta población en México, pasará de 4.8% en el 2000 a 24.6% en el 2050.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la población mayor de 60 años adscrita al médico familiar, pasó de 2.5 millones en 1996 a 3.8 millones en el 2000, es decir, del 6.4% al 12.4% del total de la población.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el 40% de la población que se atiende corresponde al adulto mayor.

Es responsabilidad del médico familiar proporcionar una tención integral a este grupo atareo.

Muchos de estos pacientes presentan algún grado de discapacidad.

Por ello una de la prioridades, es, y deberá ser la atención a ésta población. Se deben ofrecer opciones, que bajo distintas circunstancias promuevan condiciones para una vida digna, entre las de mayor prioridad, conservar el mayor tiempo posible su autonomía física mediante la atención oportuna de factores de riesgo, para retardar el deterioro. Una vez detectado el daño, determinar la frecuencia de disfuncionalidad sobre todo para las actividades básicas de la vida diaria, y que se puedan establecer estrategias y opciones para mejorar su salud, su autoestima, su calidad de vida y su integración a una vida familiar y social.

Se desconoce la frecuencia de discapacidad en los adultos mayores por lo que surge la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE LA DISFUNCIONALIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 23 DEL IMSS, D.F.?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente el Instituto mexicano del Seguro Social atiende al 40% de la población adulta mayor. La población adscrita al médico familiar pasó del 6.4% en 1996 al 12.0% en el 2008.

La Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS, D.F. cuenta con una población de 120,892 derechohabientes, de los cuales 24,159 son adultos mayores, lo que representa el 19.98% de la población total.

El porcentaje de envejecimiento exitoso (entendiéndose éste como funcionalmente sano, capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de funcionalidad) es apenas de 2%. La realidad es que la mayoría de los adultos mayores presentan algún grado de discapacidad.

La evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor, es parte esencial del cuidado de este grupo, independientemente de la enfermedad, ya que ésta evaluación identifica limitantes o dificultades para el desempeño de actividades básicas para la vida diaria (ABVD) y para actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).

La calidad de vida del adulto mayor es mejor determinada por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente.

La evaluación de la funcionalidad es una herramienta poderosa para identificar problemas y enfermedades específicas.

El estado de salud de la población institucional es relativamente poco conocida, pero menos aún se conoce el grado de discapacidad en los adultos mayores. No existen en la UMF No. 23 del IMSS DF estudios anteriores sobre este tema.

Por ello surge la inquietud de realizar este trabajo, mismo que puede llevarse a cabo ya que se cuenta con una población cautiva a la que podrá aplicarse cuestionarios basados en instrumentos de medición que nos permitirán determinar la frecuencia de disfuncionalidad para actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor.

#### **4. OBJETIVOS:**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de disfuncionalidad para actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria en el adulto mayor de la UMF No. 23 del IMSS.

##### **4.2 OBJETIVOS PARTICULARES**

- a) Describir las características generales de los participantes.
- b) Identificar el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- c) Identificar el grado de dependencia para las actividades instrumentadas de la vida diaria.
- d) Describir la discapacidad de acuerdo al género.
- e) Describir el estado civil de los pacientes con discapacidad, de acuerdo al género.
- f) Identificar el porcentaje de adultos mayores con funcionalidad para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.



## **5. MATERIAL Y MÉTODOS (METODOLOGÍA)**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo y transversal.

### **5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

Adulto mayor

UMF No. 23 del IMSS D.F

Julio, Agosto y Septiembre del 2009.

### **5.3 MUESTRA**

407 adultos mayores

Se trata de una muestra seleccionada no aleatoria por conveniencia de 407 adultos mayores.

#### **5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**INCLUSIÓN:** adulto mayor adscrito a la UMF No. 23 de ambos sexos que deseen participar en el estudio y que sepan leer y escribir.

**EXCLUSIÓN:**

- 1) Adulto mayor no adscrito a la UMF No. 23
- 2) Adulto mayor que pertenezca a la UMF No. 23, analfabetos
- 3) Adulto Mayor que pertenece a la UMF No. 23 pero, no desea participar

**ELIMINACIÓN:** Cuestionarios incompletos.

## 5.5 VARIABLES

Por el tipo de diseño sólo existen las siguientes variables universales

- Sexo
- Estado civil
- Funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria
- Funcionalidad para actividades instrumentadas de las vida diaria

## 5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Valores</b>
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que determina ser hombre o mujer	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Masculino</li> <li>➤ Femenino</li> </ul>
<b>Estado civil</b>	Condición o situación civil y religiosa de un individuo en el momento actual	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltero</li> <li>✓ Casado</li> <li>✓ Divorciado</li> <li>✓ Viudo</li> <li>✓ Unión Libre</li> </ul>
<b>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</b>	Son las destinadas al autocuidado para poder realizarse en forma independiente	Cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comer</li> <li>❖ Vestirse</li> <li>❖ Hacerse cargo de su apariencia física</li> <li>❖ Caminar</li> <li>❖ Levantarse de la cama</li> <li>❖ Asearse</li> <li>❖ Hacer uso del baño</li> </ul> <p><b>0-20 - Dependencia total</b>  <b>21-60 - Dependencia severa</b>  <b>61-90 - Dependencia moderada</b>  <b>91-99 - Escasa</b>  <b>100 - Independiente</b></p>
<b>Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)</b>	Tareas complejas que requieren de competencia cognitiva	Cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usar teléfono</li> <li>○ Ir a un lugar más allá de una distancia caminable</li> <li>○ Ir de compras</li> <li>○ Preparar comida</li> <li>○ Hacer tareas de casa</li> <li>○ Responsabilizarse de tomar medicamentos</li> <li>○ Manejar dinero</li> </ul> <p><b>0-1 - Dependencia total</b>  <b>2-3 - Severa</b>  <b>4-5 - Moderada</b>  <b>6-7 - Ligera</b>  <b>8 Independiente</b></p>

## **5.7 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN**

Se realizó el registro del proyecto

Se solicitó permiso de las autoridades

Se informo al adulto mayor sobre el estudio solicitando su participación voluntaria

Mediante el apoyo de médicos residentes de primer año de medicina familiar, se les pidió a los participantes que contestarán el cuestionario, el cual se aplicó en las salas de espera de la unidad, previa verificación de una correcta iluminación, ventilación adecuada así como la comodidad para el paciente.

El tiempo promedio del llenado del cuestionario fue de 15 minutos.

Se ofreció la disponibilidad del encuestador para la resolución de dudas.

## **5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizaron estadísticas descriptivas, medidas de resumen, rango, porcentaje y frecuencias.

**5.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, FRECUENCIA DE DISFUNCIONLIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF. No. 23**

Actividades	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X						
Presentación de protocolo									X	X				
Autorización del comité de investigación											X			
Aplicación de encuesta												X		
Análisis de resultados												X		
Elaboración de tesis													X	
Difusión de resultados														X
Tesis terminada														X
Publicación														X

## 5.10 RECURSOS Y MATERIAL

### RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS

#### a) Humanos:

- Investigador principal.- Dra. María del Pilar Isunza Guzmán, médico adscrito a la UMF No. 20 del IMSS, D.F, consultorio 8 turno matutino, matrícula 9763597, alumna del curso de “Medicina Familiar para médicos generales del IMSS, en su modalidad semi-presencial”
- Asesor Metodológico. Médico Familiar.- Dra. Yolanda Estela Valencia Islas

#### b) Materiales:

- Uso de computadora para investigación y elaboración de documentos
- Impresora (cartuchos para impresora)
- Papelería – cédula de registro
- Plumas y lápices que se facilitaran a los encuestados para contestar las preguntas
- Hojas blancas
- Copias
- Engargolados
- Impresiones
- Internet
- Elaboración de estudio, impresión y encuadernación del mismo

#### c) Físicos:

- Uso de biblioteca y;
- Sala de espera de la UMF No. 23 para aplicar cuestionarios a pacientes adultos mayores

#### d) Financieros: Serán absorbidos en forma total por el investigador

### **5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

De acuerdo con los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos contenida en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964, enmendada en Tokio, Japón en 1975, y ratificada en la 52ª Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, corresponde al apartado II, Investigación Biomédica en Terapéutica con Humanos (Investigación Biomédica no Clínica).

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social 39. (El Artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV de esta ley, fracción VII: La organización coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la investigación.)

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica) 32.

En este estudio se maneja el área afectiva. En aquellas familias en que este afectado alguno de sus integrantes se le realizará seguimiento para canalizarlos con el experto en terapia familiar para su manejo adecuado.

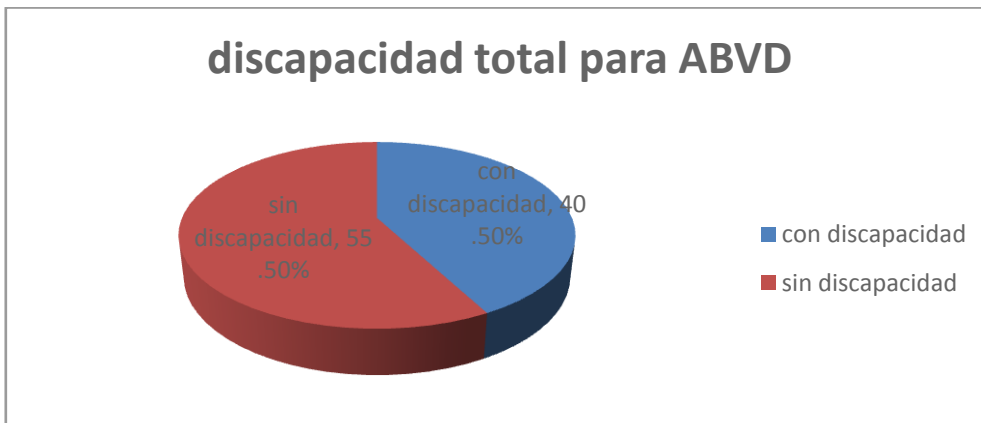


## 6. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en la UMF No. 23 del IMSS, D.F durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2008 donde se obtuvieron los siguientes resultados:

*La frecuencia de la discapacidad total para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), en el cual se utilizó como instrumento de medición el Índice de Barthel que valora actividades que miden el nivel más bajo de ocupación, en los pacientes encuestados fue de 40.5%*

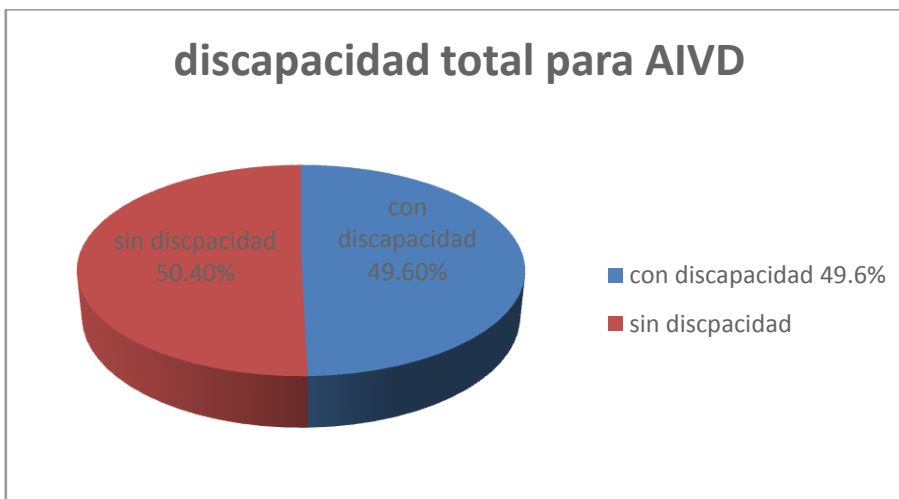
Gráfico 1



*Fuente: Instrumento de recolección (Índice de Barthel)*

La frecuencia de discapacidad total para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), empleándose el Índice de Lawton, como instrumento de medición que mide actividades más complejas y por lo tanto más difíciles de realizar, fue de 49.6%

Gráfica 2



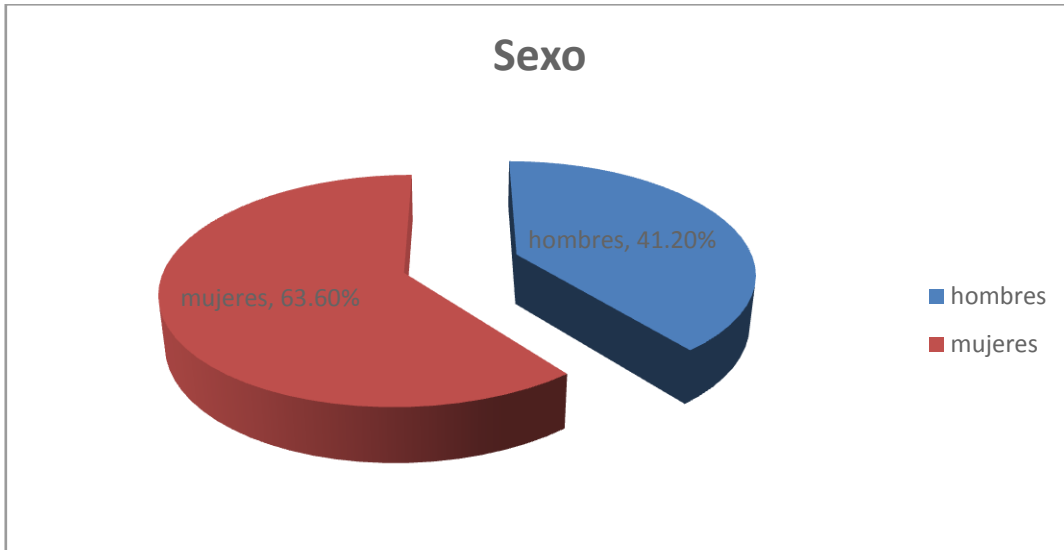
*Fuente: Instrumento de recolección (Índice de Lawton)*

## Características generales de los participantes

El rango de edad fue de 60 a 70 años.

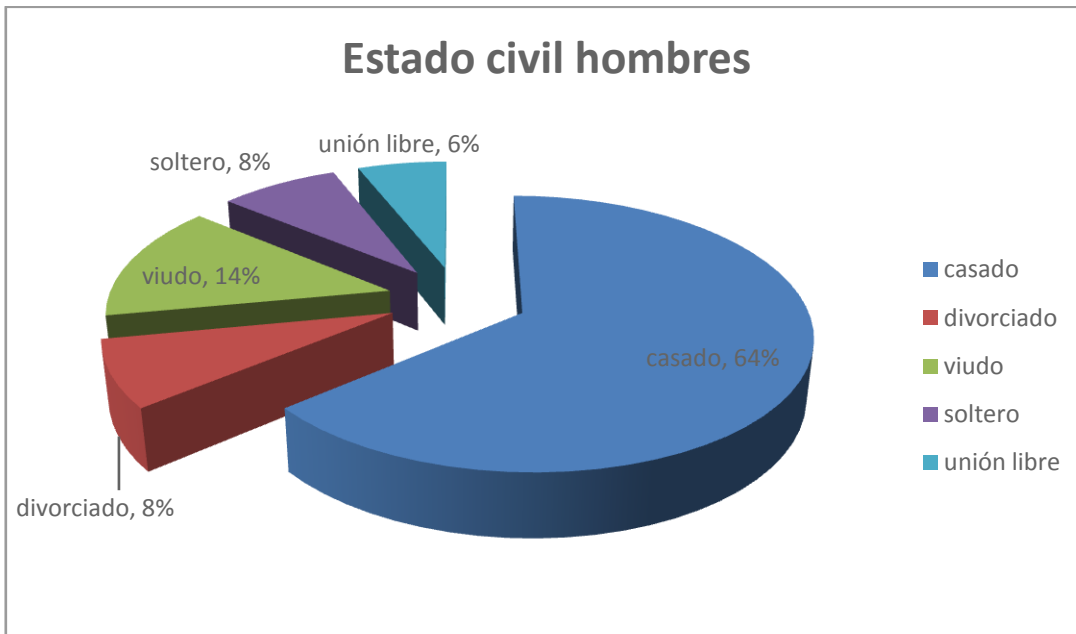
Del total de 407 pacientes estudiados 168 (41.2%) fueron hombres y 239 (63.6%) fueron mujeres.

Gráfica 3



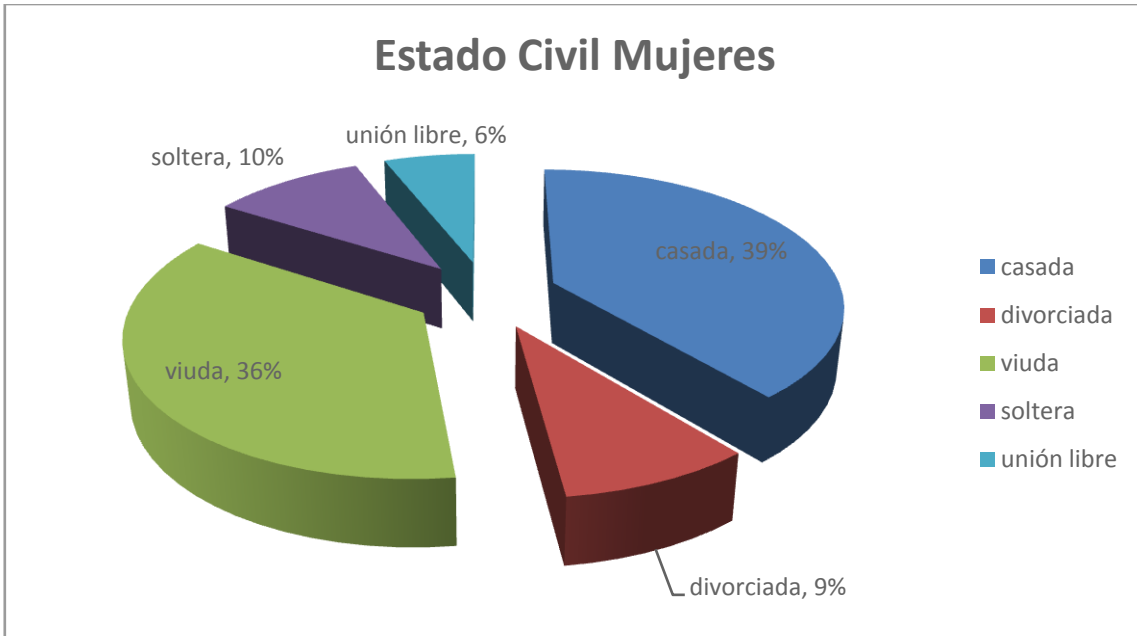
Fuente: Índice de Barthel

Gráfica 4



Fuente: Índice de Barthel

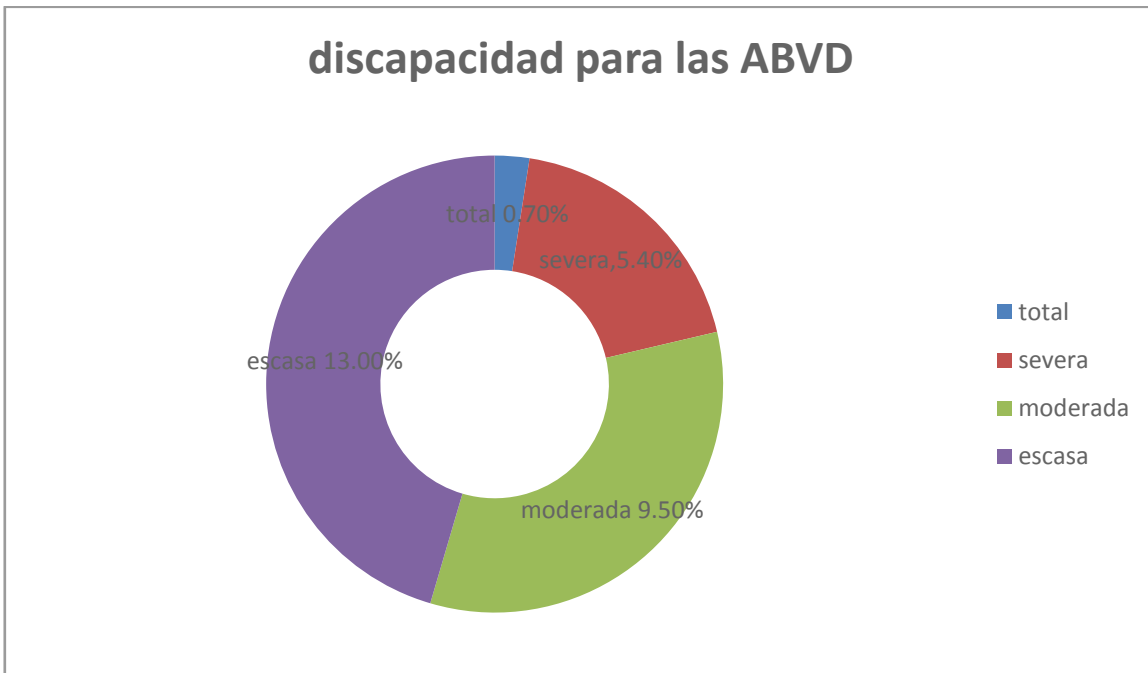
Gráfica 5



Fuente: Instrumento de medición (Índice de Barthel)

En la siguiente gráfica se muestra el grado de dependencia para ABVD, como resultado de la aplicación del Índice de Barthel.

Gráfica 6



Fuente: Índice de Barthel

Al aplicar el cuestionario para indagar AIVD con el Índice de Lawton con el cual el grado de discapacidad es mayor, ya que mide actividades más específicas

Gráfica 7



Fuente: Índice de Lawton.

En relación al sexo de los adultos mayores, de los 117 pacientes encontrados con discapacidad para ABVD, aplicándose el Índice de Barthel se observó lo siguiente:

Cuadro 1

Dependencia	Hombres	Mujeres	Número de Pacientes
Total	1 (0.6%)	2 (0.4%)	3 (0.7%)
Severa	10 (5.9%)	12 (4.6%)	22 (5.4%)
Moderada	17 (10.1%)	22 (9.2%)	39 (9.5%)
Escasa	20 (11.9%)	33 (13.8%)	53 (13.0%)
Resultado final	48 adultos mayores	69 adultas mayores	117 a.m (100%)

Fuente: Índice de Barthel.

Al aplicar el cuestionario para AIVD el cuál siempre nos reportará un número mayor de dependencia por sus características para medir actividades más complejas, se encontró un total de 202 pacientes con discapacidad, de los cuáles 70 fueron hombres y 132 mujeres repartidos en la siguiente proporción.

Cuadro 2

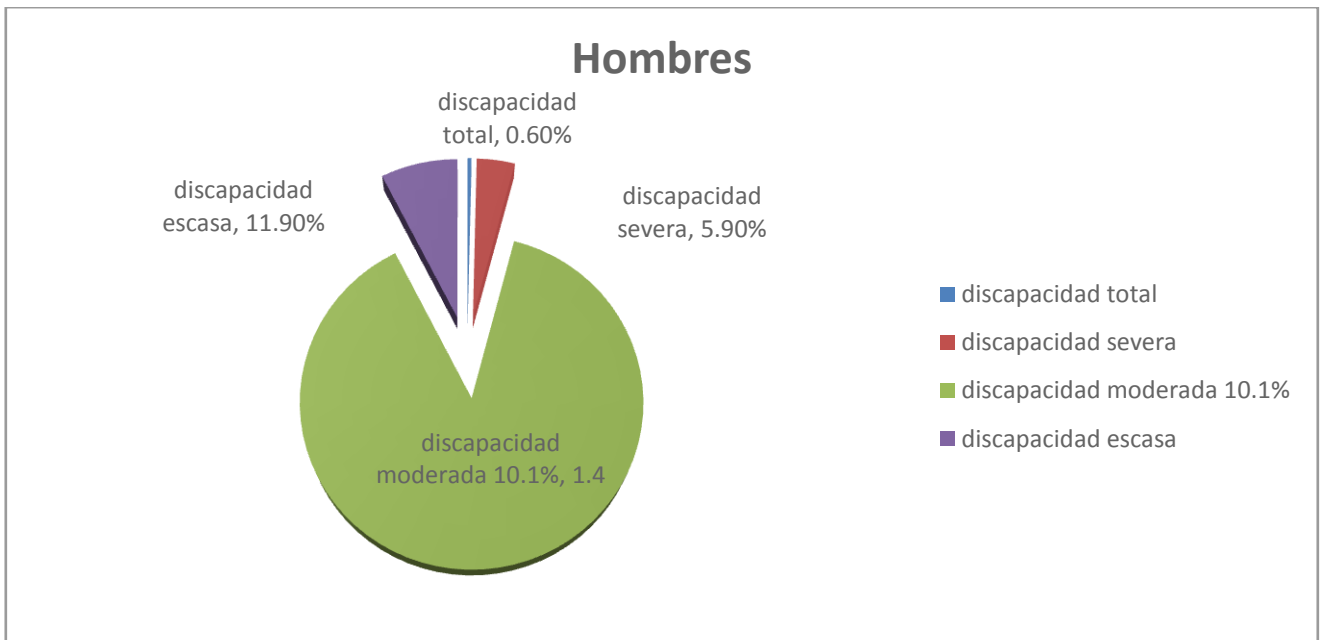
Dependencia	Hombres	Mujeres	Número de Pacientes
total	9 (5.3%)	16 (6.7%)	25 (6.1%)
severa	10 (5.9%)	22 (9.0%)	32 (7.8%)
moderada	34 (20.5%)	49 (28.8%)	83 (20.3%)
escasa	17 (17.5%)	45 (18.9%)	62 (15.2%)
Resultado final	70 adultos mayores	132 adultas mayores	202 a.m. (100%)

Fuente: Índice de Lawton

Basado en los cuadros anteriores, se relazaron las siguientes gráficas:

En ésta se representa el grado de discapacidad para ABVD (Índice de Barthel), en relación al sexo.

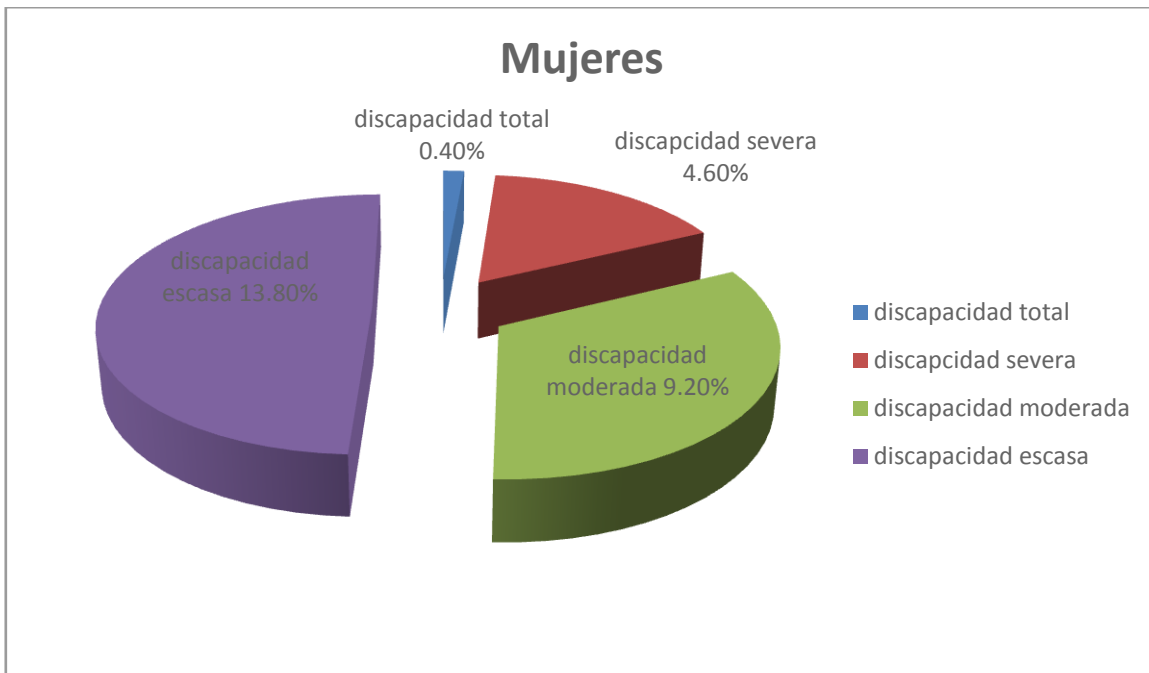
Gráfica 8



Fuente: Índice de Barthel.

Gráfica que representa el grado de discapacidad para ABVD (Índice de Barthel), en relación al sexo.

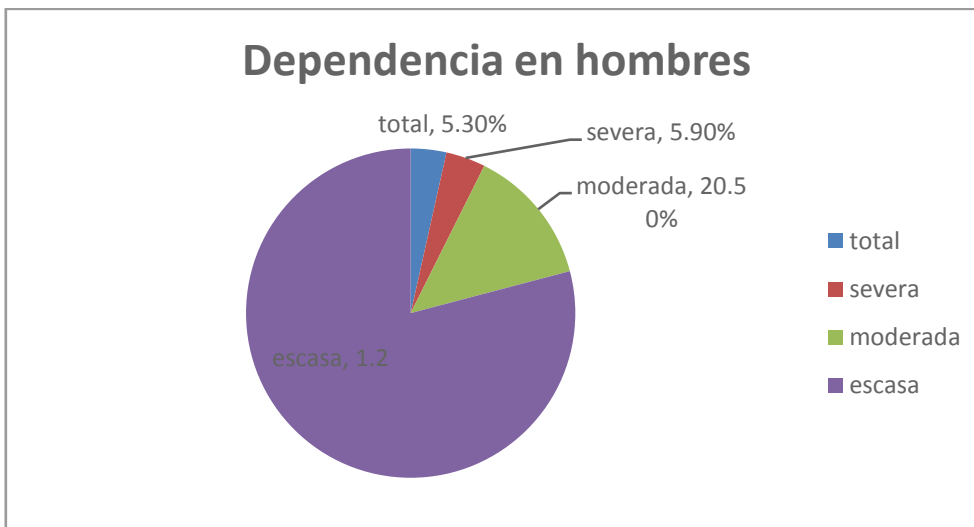
Gráfica 9



Fuente: Índice de Barthel.

Ésta gráfica corresponde al cuadro número 2 que representa la discapacidad para AIVD (Índice de Lawton), en relación con el sexo.

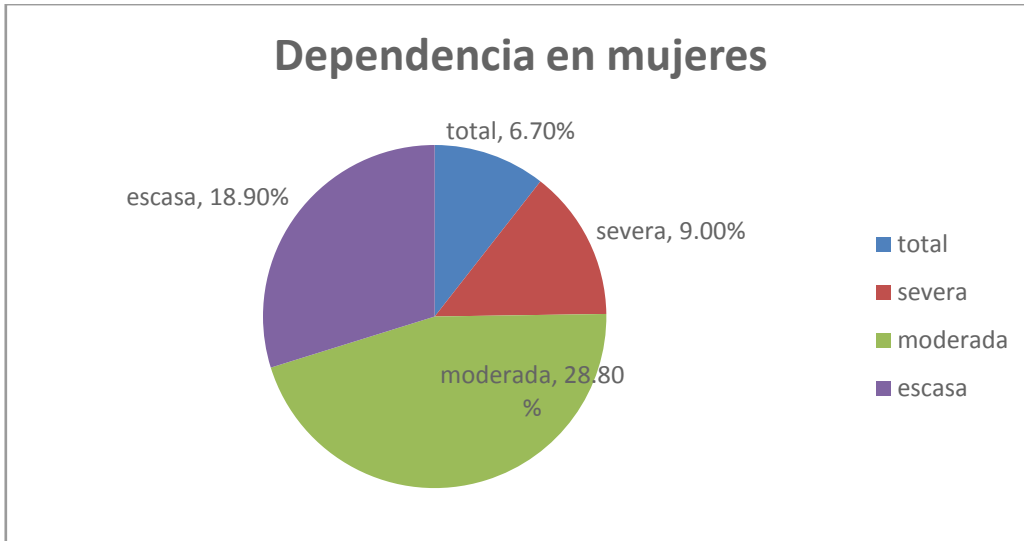
Gráfica 10



Índice de Lawton

Gráfica que representa la dependencia para AIVD (Índice de Lawton), en relación al sexo.

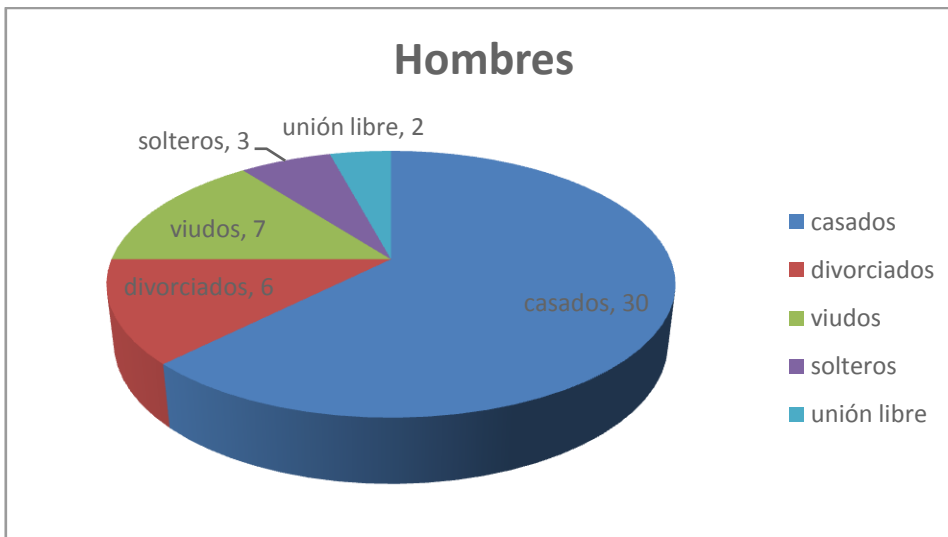
Gráfica 11



#### Índice de Lawton

Relacionando el estado civil con la discapacidad para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), aplicando el Índice de Barthel se encontró que de los 117 adultos mayores con discapacidad fueron 48 hombres y 69 mujeres. En el grupo de los 48 adultos mayores encontrados con discapacidad severa la siguiente correspondencia:

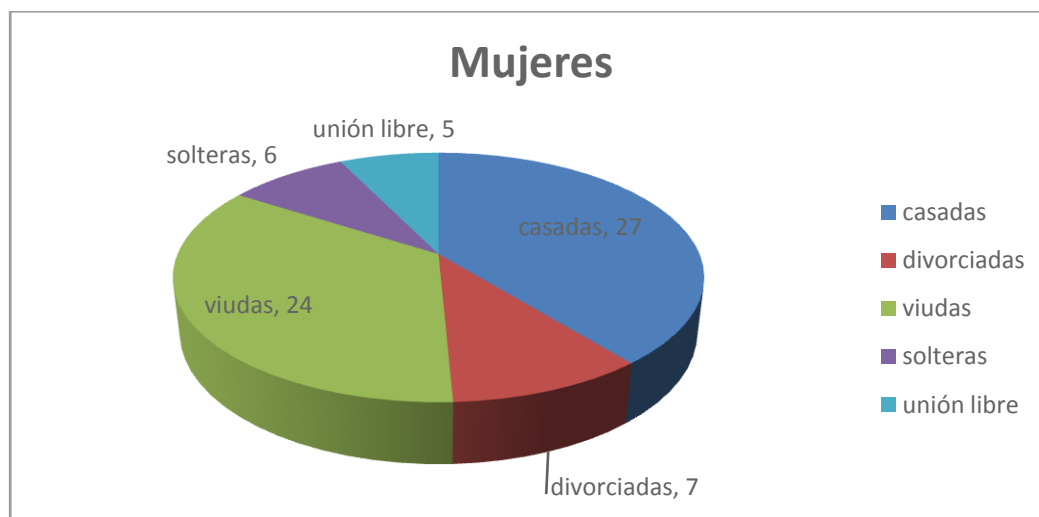
Gráfica 12



Fuente: Índice de Barthel.

Aplicando el mismo cuestionario, de las 69 adultas mayores se detecto la siguiente correspondencia:

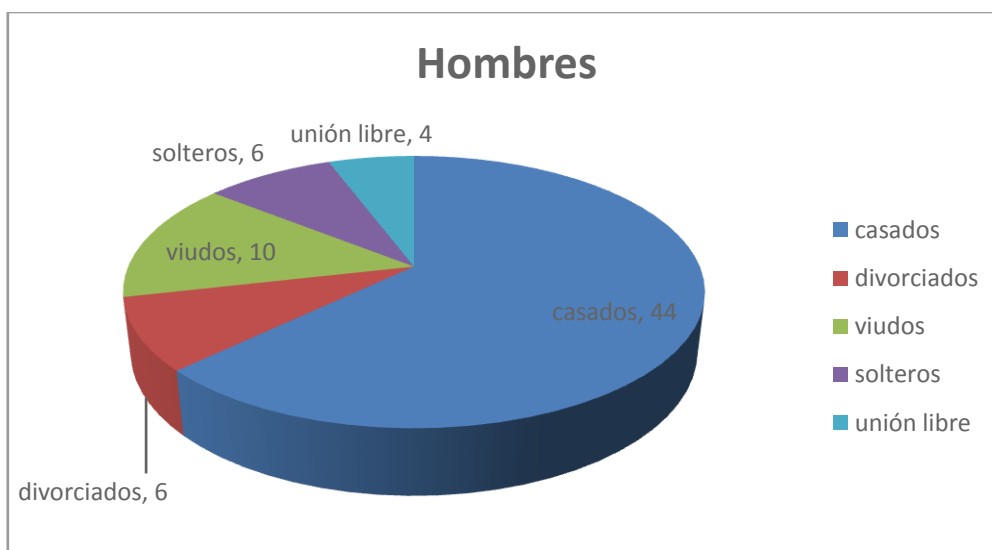
Gráfica 13



Fuente: Índice de Barthel.

Tomando en cuenta el estado civil con el grado de discapacidad para AIVD (Índice de Lawton), se encontraron un mayor número de adultos mayores con discapacidad, fueron 202, de los cuales 70 fueron hombres y 132 mujeres.

Gráfica 14

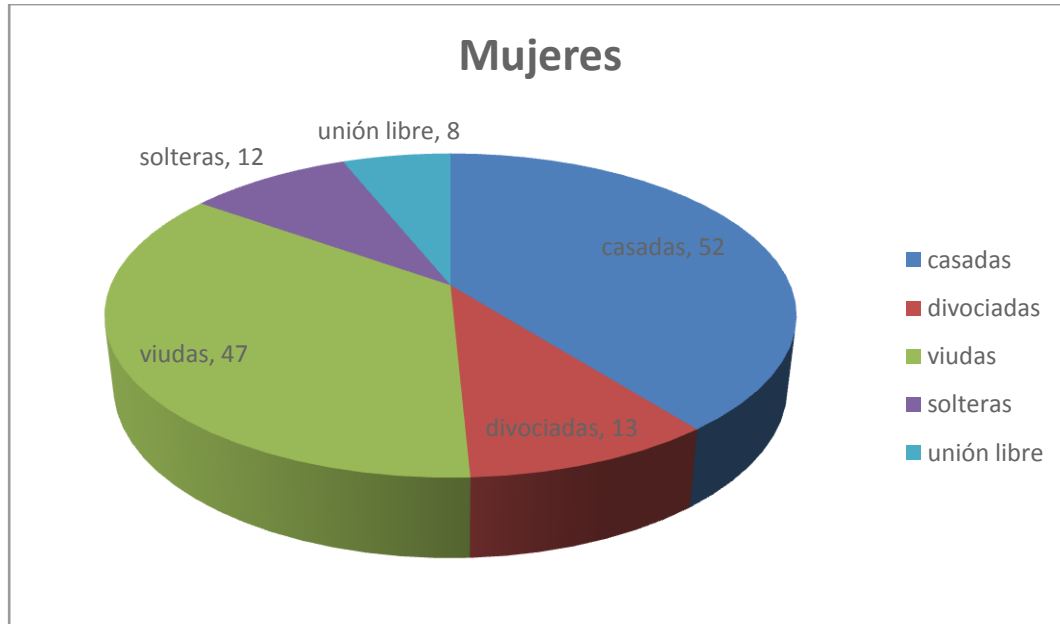


Fuente: Índice de Lawton.



Mujeres con discapacidad para AIVD (índice de Lawton), con relación a estado civil

Gráfica 15



Fuente: Índice de Lawton

De los 407 adultos mayores a los que se aplicó cuestionario para Actividades Básicas de la Vida Diaria resultaron independientes:

Independientes	Hombres	Mujeres	Total
	120 (75.5%)	170 (71.6%)	290 (71.2)

Fuente: Índice de Barthel

De acuerdo a los resultados de la aplicación del cuestionario para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria se encontraron con independencia

Independencia	Hombres	Mujeres	Total
	98 (98.5%)	106 (44.6%)	204 (50%)

Fuente: índice de Lawton

## 7. DISCUSIÓN

1.- La frecuencia total de discapacidad en la UMF. No. 23 IMSS, D.F, para actividades básicas de la vida diaria es de 40.5%, de acuerdo con el Índice de Barthel el cuál mide las actividades elementales.

Para actividades instrumentadas de la vida diaria, que requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución y que por consiguiente son más difíciles es del 49.5%, con la aplicación del Índice de Lawton.

El estudio se realizó en adultos mayores de la consulta externa que cuentan con cierto grado de independencia y que acuden frecuentemente a su control médico y tratamiento. Por ello el porcentaje obtenido es menor al reportado en otros estudios consultados en la literatura.

Algunos antecedentes de estudios realizados para determinar la frecuencia de discapacidad para ABVD y AIVD, utilizando como instrumentos de medición el índice de Barthel y el de Lawton, son los siguientes:

En un estudio realizado en la Universidad de Zaragoza, España (2002-2004), cuyo objeto fue conocer las dificultades para realizar ABVD, se encontró el 52% de discapacidad, en un total de 76 ancianos.<sup>(19)</sup>

Otro estudio realizado en Puerto Ponché, municipio de Arauco, en un total de 824 adultos mayores se reportó el 56.7% de discapacidad, siendo mayor en mujeres.<sup>(20)</sup>

En las Islas Canarias se estudió un universo de 441 adultos mayores de los cuales 61% fueron hombres y 47% mujeres, en el se reporto discapacidad en el 53%, comprobándose que con el aumento de la edad hay un aumentó en la discapacidad.<sup>(21)</sup>

En España, con objeto de conocer la frecuencia de discapacidad se elaboró un estudio en el que fueron incluidos pacientes mayores de 74 y 85 años, reportando 73.5% de discapacidad, corroborando que a mayor edad mayor grado de discapacidad.<sup>(22)</sup>

En la provincia de Granma que tiene una población altamente envejecida, y debido al interés de salud pública se realiza un estudio con el fin de determinar la frecuencia de discapacidad física en los adultos mayores, se aplicaron cuestionarios a 688 ancianos, encontrándose una proporción de discapacidad de 56.5% siendo mayor en mujeres que en hombres.<sup>(23)</sup>

Los resultados obtenidos en el estudio realizado en la UMF No. 23 se encontró un porcentaje menor, debido a que el rango de edad fue solo una década, podrían aumentar, si se incluyeran en

él a los adultos mayores que son visitados por el médico familiar en su domicilio por contar con alguna limitación para trasladarse a la UMF. a su control médico.

2.-El rango de edad en los pacientes estudiados fue de 60 a 70 años. En ésta edad no se encuentra mucha discapacidad si tomamos en cuenta que a mayor edad, mayor es la discapacidad como consecuencia de desgaste físico, enfermedades crónico- degenerativas.

En cuanto al estado civil se encontró lo siguiente: sólo en el caso de adultos mayores casados el número de hombres resultó ser mayor al de la mujer. En cuanto a divorciados viudos y solteros fue mayor en la mujer.

En relación a la unión libre resultó ser igual en hombres y mujeres, esto podría ser debido a que el adulto mayor del sexo masculino tiene una mayor necesidad de compañía, por la presencia de sentimientos de soledad con la llegada de la vejez, la pérdida de los seres queridos, la jubilación, la inactividad y la falta de comunicación de los más jóvenes con los más viejos, al considerarlos personas inútiles, es entonces cuando el varón busca una nueva red de apoyo para obtener gratificación y refuerzos en la interacción social, uniéndose a una compañera o compañero, aunque no se realice en matrimonio.

3 – 4.- Al determinar el grado de dependencia para ABVD, aplicando el Índice de Barthel encontramos que en un total de 117 adultos mayores (28.0%) presentaron discapacidad

Para AIVD, con la aplicación del Índice de Lawton se detectaron 202 adultos mayores, de los cuales 70 fueron hombres y 132 mujeres

Retomando el estudio realizado en las Islas Canarias en el que se estudiaron 441 ancianos, se reportó que el 25% presento discapacidad para AIVD y el 22% para ABVD.<sup>(21)</sup>

Un resultado similar se encontró en nuestro estudio, en el que el grado de discapacidad, fue menor para las ABVD.

Si consideramos que las ABVD son aquéllas orientadas al estudio de sí mismo y que incluyen el nivel más bajo de la ocupación como:

Alimentación, vestuario, higiene menor, control de esfínteres y transferencia en el hogar, y entendemos como AIVD las orientadas hacia la interacción con el medio, por lo que resultan más complejas ya que incluyen, además del auto cuidado, el cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas de comunicación, transporte público, manejo de dinero, cuidado del hogar y preparación de alimentos, se entiende que resulten más difíciles y por consiguiente el grado de discapacidad sea mayor. Sin embargo en cuanto a discapacidad se refiere tanto para Actividades Básicas e

Instrumentadas de la Vida Diaria, nuestro resultado es el doble al publicado en Islas Canarias. Sí consideramos que las enfermedades crónico- degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión, son las principales causas de discapacidad por sus complicaciones, este resultado nos haría pensar que nuestros pacientes aún distan mucho de tener un control adecuado como se realiza en países con un nivel más alto de desarrollo y condiciones de vida de más alta calidad.

5.- En cuanto a género, del total de los pacientes con dependencia para ABVD 117 (28.7%), 48 (11.7%) fueron hombre y 69 (16.9%) fueron mujeres.

Para AIVD, reportaron discapacidad 202 pacientes (49.6%) de ellos 70 (17.1%) fueron hombres y 132 (32.4%) fueron mujeres.

En cuanto a los estudios realizados en la provincia de Granma, se observó que el sexo femenino resultó ser el de mayor frecuencia de discapacidad, tanto para ABVD y AIVD.<sup>(23)</sup>

En el estudio realizado en la UMF No. 23, podemos observar que de la población total con discapacidad tanto para Actividades Básicas e Instrumentadas de la Vida Diaria, el mayor porcentaje corresponde a mujeres, estos datos que coinciden con los reportados en otros estudios nos indican que las mujeres ocupan un papel central en cuanto a principales consumidoras de servicios socio – sanitarios, y nos hace reflexionar sobre si el proceso de envejecimiento es igual para hombres que para mujeres. Son raros los estudios que profundizan en el tema del envejecimiento relacionado con el género y muchos los factores sociales que han podido contribuir a estas diferencias, entre ellas intervienen múltiples factores como las situaciones de riesgo a las que las personas han sido expuestas durante su vida, sus hábitos y sus comportamientos, éstos han podido ser diferentes entre hombres y mujeres.

6.- Se puede decir que en relación con el estado civil, la integración social compensa muchas de las pérdidas de los adultos mayores, la interacción con otros, no sólo en la edad adulta sino a lo largo de toda la vida, es un factor de protección en la aparición de patologías que trae consigo beneficios que permiten que la persona aumente su capacidad cognitiva, que tenga mayor capacidad de afrontamiento, pueda modular su afecto, aumente la calidad de su vida y su autonomía. Esto se relaciona con los resultados obtenidos, en los cuales los adultos mayores, tanto hombres como mujeres con menor dependencia para las ABVD e AIVD resultaron ser los que se encuentran solteros y en unión libre, lo que coincide con los resultados realizados en Medellín, Colombia en el cual se estudiaron 500 adultos mayores entre 60 y 65 años de edad, reportándose que los más independientes fueron los que se encontraban solteros o en unión libre.<sup>(25)</sup>

Este grupo de Adultos Mayores, requieren , por su condición, contar con capacidad para realizar el mayor numero de actividades básicas e instrumentadas para poder salir adelante , por un lado los solteros tienen que ser mas autosuficientes ya que no cuentan con el apoyo directo e inmediato de una pareja y aprenden a ser autosuficientes. Los adultos mayores en unión libre se ven en la necesidad de no ser una carga el uno para el otro, por ende luchan por ser más independientes. Por el contrario las personas casadas se vuelven dependientes uno del otro con la certeza de que el compañero hará lo posible por protegerlo, en la mayoría de los casos no se relacionan con otros grupos, se aíslan en sus casas , a veces bajo el cuidado de los hijos u otros familiares cercanos creándose un estado de mayor dependencia.

7.- Teniendo en cuenta que en el estudio realizado en la UMF No. 23, fueron estudiados adultos mayores jóvenes (60 a 70 años) y que, como ya se ha comprobado a mayor edad, mayor discapacidad, era de esperarse que en este grupo se encontrara un mayor número de personas independientes tanto para las ABVD como para las AIVD. Esto también pudiera estar implicado con el hecho de que en la actualidad, hay una mayor difusión y promoción de una imagen positiva de la vejez, lo que conlleva a eliminar los estereotipos negativos y a un nuevo enfoque del individuo útil, activo e integrado.

## 8. CONCLUSIONES

- 1.- Se cumplió con el objetivo del trabajo, el cuál era identificar la frecuencia de discapacidad para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal.
- 2.- En cuanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), calificadas con la aplicación del Índice de Barthel, la frecuencia de discapacidad fue de 40.5%.
- 3.- Para las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), calificadas con la aplicación del índice de Lawton, fueron 49.6%.
- 4.- Las características de la población estudiada fueron las siguientes: se aplicaron los instrumentos de medición a 407 adultos mayores, en un rango de edad de 60 a 70 años, de los cuales 41.2% fueron hombres y 58.8% fueron mujeres.
- 5.- En relación a la discapacidad de acuerdo al género, tanto para Actividades Básicas de la Vida Diaria como Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria, fue mayor en mujeres.
- 6.- La mayor frecuencia de discapacidad en relación al estado civil correspondió a adultos mayores casados y viudos tanto para las actividades básicas como instrumentadas de la vida diaria.

## 9. SUGERENCIAS O COMENTARIOS

- ❖ Debe ser prioridad del sector salud aumentar la esperanza de vida, pero, libre de dependencia, prevenir la pérdida de la autonomía y enseñar sobre cómo vivir con dependencia.
- ❖ Estos aspectos importantes a desarrollar por los profesionales de la salud, tanto médico como del equipo multidisciplinario, nos mueve a desarrollar valoraciones sobre el estado de salud y los factores que influyen en la discapacidad funcional, la investigación permanente de ellos que contribuyan a una mejora en la calidad asistencial que ofrecemos a los ancianos.
- ❖ Se pueden tomar acciones sencillas como: promover una cultura de salud en los adultos mayores e implementar estrategias de educación que fortalezcan la formación de grupos de autoayuda de tal manera que el adulto mayor y su familia se sientan motivados y orientados para adoptar estilos de vida saludables, con repercusión directa en su salud.
- ❖ Promover el auto cuidado de la salud del envejecimiento, tomando en cuenta que el derecho a la protección de la misma, es una responsabilidad individual, para ello debe instruirse al anciano sobre las acciones de prevención que él, la familia, la sociedad y las instituciones pueden ofrecer.
- ❖ Considerar la mejora de las estructuras físicas de las unidades de atención, sobre todo las de primer nivel, como son: rampas, elevadores, disponibilidad de sillas de ruedas, acceso rápido a ambulancias, distribución adecuada de los consultorios para comodidad de pacientes discapacitados, baños adecuados, personal capacitado para apoyo en el traslado de estos pacientes, implementar estrategias que permitan disminuir el tiempo de espera para la atención.
- ❖ Promover y favorecer por parte de las autoridades de cada unidad la capacitación y sensibilización del médico y del personal que atiende a este grupo etario, para otorgar una asistencia ética de calidad humana y calidad técnico científica, logrando la satisfacción del usuario.
- ❖ Considero de gran importancia la promoción del “envejecimiento saludable” a través del equipo multidisciplinario, difundir en forma más adecuada las guías de envejecimiento, como parte del programa integrado de salud , así como la promoción de los grupos de auto-ayuda y sociales para favorecer la integración a talleres para terapia ocupacional , actividad física y terapia de la salud.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández S. P. Díaz S.P. Váldez C. F. Metodología de la Investigación. Consultada en enero de 2009. Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas\\_frecuencia/med\\_frec.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec.asp).
2. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud.CIF. consultado en enero de 2009.Disponible en: <http://www.who.int/icf/icftemplatee.cfm>.
3. Villar F. Discapacidad dependencia y autonomía. Ed. Arresta 2009.
4. ¿Qué es el adulto mayor? Servicios geriátricos tercera edad. Atención a adultos mayores. Consultado en enero de 2009. Disponible en: <http://www.misrespuestas.com/que-es-el-adulto-mayor.html>.
5. Allan A.N: ¿Qué es terapia Ocupacional? Universidad de Chile. Consultado en enero de 2009. Disponible en [http://www.neuromed.cl/administrador/doc\\_descarga.php?id=93](http://www.neuromed.cl/administrador/doc_descarga.php?id=93).
6. Papalia E.D: Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill. Santa Fe. Bogotá, Colombia 1995.
7. Minois G. Historia de la vejez de la antigüedad al renacimiento. Ed. Merea 1989.
8. Conferencia Internacional de Seguridad Social. Informe sobre la Seguridad Social en América 2003.Evaluación de los efectos. Consultado en febrero de 2009. Disponible en: <http://enj.org/portal/index2.php?option=com>
9. Calidad de vida en los adultos mayores. Revista Tópicos de Humanismo. UNAM. Centro de Estudios Generales. Octubre de 2003-
10. Morales J. J. Retos de la Investigación Gerontológica. Revista Médica HEREDIANA. Publicaciones biomédicas. Consultada en febrero de 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci...ped>.
11. Zanhuelaza P.M. Castro S.M. Moreno M.J. Funcionalidad en el adulto mayor. Adultos mayores funcionales. Un nuevo concepto en salud. Consultado en febrero de 2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php2ped=so717...script>.
12. Langarica S.R. Gerontología y geriatría. Ed. Javier Sánchez. Nueva editorial Interamericana, México D.F.
13. M. Isc, Comollorga y G. Izquierdo. Filosofía del envejecimiento. En Salgado Alva. Manual de Geriatría. 3º edición, 2002.
14. Morelo de L.H. Situación epidemiológica y demografía en el adulto mayor en la última década. Revista de salud pública. Edición especial No5. 6 de Abril de 2003. Consultado en febrero de 2009. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5->



15. Manual del envejecimiento saludable. IMSS. Dirección de prestaciones médicas. Unidad de salud pública. Programas integrados de salud.
16. Ortiz G.F. El adulto mayor en América Latina sus necesidades y sus problemas médicos sociales. México D.F. 1996, Vol. 38 (6). Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/aticulos/articulo.php?id=001646>.
17. Lara R.M.A. La atención integral al anciano. México, D.F. 1996. Artículos Originales- Salud Pública de México. Dirección General de Personal Académico (IN505191). UNAM, D.F. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/aticulos/articulo.php?id=001646>.
18. Información sacada de la página oficial de la Comisión de atención a grupos vulnerables. Consultada en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/comision/grup.vul/pen.dis.htm>.
19. Calidad de vida en ancianos válidos de una residencia para ancianos. Estudio realizado por la Universidad de Zaragoza, España, 2002-2004. Biblioteca las Casas. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.index.f.com/lascasas.php>.
20. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio de Arancio Ramírez. Revista cubana de salud pública. Vol. 21-1. Enero-junio 2001. La Habana. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864...script=sci...>
21. Fuentes B. A. et al. La vejez saludable e incapacidad funcional en una población anciana de Canarias. Revista española de salud pública 1997. Vol. 71. Consultada en marzo del 2009. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v7in2/vejez.pdf>.
22. Damián R. J. Valderrama G. E. Moreno. M.J. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en las residencias de mayores en Madrid. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000600004&.script=sci\\_arttext](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000600004&.script=sci_arttext).
23. Díaz G.D. Vallardo V.E. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia de Granma 2004. Consultado en febrero de 2009. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_2\\_07/mgi09207.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi09207.htm).
24. Durán. D.L. Orbegoz L.J. Valderrama. A.F.U. Rodríguez. J. U. Molina. M. Vejez y discapacidad versión comparativa de población adulta mayor Valle central de Costa Rica. Consultado en marzo de 2009. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657...sci>.

25. Durán D Orbeoz L. J. Valderrama A. F. Rodríguez J.M. U. Molina. Estado civil y discapacidad funcional, Medellín, Colombia. Consultado en enero de 2009. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-92672008000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-92672008000100019&script=sci_arttext).
26. Dra. González M.A. Rodríguez R. Centro de investigación sobre longevidad, envejecimiento y salud (CITED). Consultado abril de 2009. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=5648>.
27. Discapacidad en México.X11Censo General de Población y vivienda 2000. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/impresion/poblacion/discapacidad.isp>
28. Censo General de Población. Consultado en abril de 2009. Disponible en: <http://cuéntame.inegi.org.mx/población/discapacidad.asp>.
29. Gallegos C.C. García P.C. Duran M. L. Duran A. Salud Pública en México-Health care utilization and health. Consultado en abril 2009. Disponible en: <http://www.scielos/osp.org/scielo.php?pid=soo36...sci...>
30. Ham C.R. Envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. Consultado en abril de 2009. Disponible en: <http://www.relalyc.uamex.mx/redalyc/pdf/106/10638603.pdf>.
31. Dr. Ruíz L.. El ejercicio actual de la medicina, la ética en el manejo del anciano y el discapacitado. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/...ponencia\\_jun\\_2k4.htm](http://www.facmed.unam.mx/...ponencia_jun_2k4.htm).
32. Cid R. J. Damián M.J. Valoración de la Discapacidad Física, Índice de Barthel. Consultado en abril de 2009. Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&.pid=s1135-57271997000200004](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&.pid=s1135-57271997000200004).
33. Escalas de valoración. Índice de Lawton. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/.../2.2.04.04.2-escalas-de-valoracion-de-actividades-instrumentadas-de-la-vida-diaria-avid.html>.
34. Índice de Katz. Independencia de las actividades de la vida diaria. Consultado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/?.../escalasylist>.
35. Escalas de Valoración geriátrica: Consultado en abril de 2009. Disponible en: [http://www.gerontogeriatría.org.ar/.../ESCALAS\\_DE\\_VALORACION\\_GERIATRICA.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/.../ESCALAS_DE_VALORACION_GERIATRICA.pdf).

## 11. ANEXOS

Instrumento de medición Barthel

Cuestionario

**Se le pide conteste con veracidad las siguientes preguntas.**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo            M ó F

**Marque con una X la respuesta correcta para usted**

1. Se lava completo en ducha o baño si ( ) no ( )
2. Entra y sale del baño sin una persona presente si ( ) no ( )
3. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa, se ata los zapatos, botones y cremalleras si ( ) no ( )  
Necesita ayuda pero al menos realiza la mitad de estas actividades en un tiempo razonable si ( ) no ( )
4. Se lava la cara, manos, dientes y se peina si ( ) no ( )
5. Usa el retrete (baño), se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo si ( ) no ( )  
Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa si ( ) no ( )
6. Sube y baja escaleras sin supervisión aunque use el barandal o bastón si ( ) no ( )  
Necesita ayuda física o supervisión para subir y bajar escaleras si ( ) no ( )
7. Se traslada del sillón a la cama sin ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente si ( ) no ( )  
Necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión si ( ) no ( )  
Es capaz de sentarse pero necesita mucha ayuda para trasladarse si ( ) no ( )
8. Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón (excepto andador) si ( ) no ( )  
Puede caminar al menos 50 metros pero necesita ayuda o supervisión si ( ) no ( )  
Si usa silla de ruedas la propulsa usted solo al menos 50 metros si ( ) no ( )
9. Presenta episodios de incontinencia urinaria (No controla su orina). Si usa sonda o colector, se cuida solo si ( )  
no ( )  
Tiene periodos de incontinencia ocasional (una vez al día) si ( ) no ( )
10. Tiene algún problema para evacuar si ( ) no ( )  
Usa enemas o supositorios, se arregla usted solo si ( ) no ( )  
Necesita ayuda en caso de requerir enemas o supositorios si ( ) no ( )
11. Al comer, es usted capaz de usar cualquier instrumento si ( ) no ( )  
Come usted en un tiempo razonable si ( ) no ( )  
Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, o usar condimentos si ( ) no ( )

## Índice de Lawton

### **Marque con una "x" cuál de las siguientes actividades es capaz de realizar**

1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda. Busca y marca números \_\_\_\_\_
  - 1.1 Es capaz de marcar números bien conocidos \_\_\_\_\_
  - 1.2 Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar \_\_\_\_\_
  - 1.3 No usa el teléfono en absoluto \_\_\_\_\_
2. Realiza todas las compras necesarias de manera independiente \_\_\_\_\_
  - 2.1 Realiza independientemente pequeñas compras \_\_\_\_\_
  - 2.2 Necesita compañía para realizar cualquier compra \_\_\_\_\_
  - 2.3 Es totalmente incapaz de ir de compras \_\_\_\_\_
3. Organiza, prepara y sirve comidas por sí solo(a) adecuadamente \_\_\_\_\_
  - 3.1 Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan los ingredientes \_\_\_\_\_
  - 3.2 Calienta, sirve y prepara comida pero no mantiene una dieta adecuada \_\_\_\_\_
  - 3.3 Necesita que le preparen y le sirvan la comida \_\_\_\_\_
4. Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional \_\_\_\_\_
  - 4.1 Realiza tareas domésticas ligeras como lavar platos o hacer las compras \_\_\_\_\_
  - 4.2 Realiza tareas domésticas, pero no mantiene una buena limpieza \_\_\_\_\_
  - 4.3 Necesita ayuda en las labores de la casa \_\_\_\_\_
  - 4.4 No participa en ninguna labor doméstica \_\_\_\_\_
5. Es capaz de lavar la ropa por sí sola \_\_\_\_\_
  - 5.1 Lava por sí sola pequeñas prendas como calcetines, calzones etc. \_\_\_\_\_
  - 5.2 Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona \_\_\_\_\_
6. Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su auto \_\_\_\_\_
  - 6.1 Es capaz de usar un taxi, pero no otro medio de transporte \_\_\_\_\_
  - 6.2 Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona \_\_\_\_\_
  - 6.3 Tiene capacidad para utilizar taxi o auto pero con la ayuda de otro \_\_\_\_\_
  - 6.4 No viaja en absoluto \_\_\_\_\_
7. Es capaz y responsable para tomar sus medicinas a la hora adecuada y en las dosis correctas \_\_\_\_\_

- 7.1 Toma responsablemente su medicamento, si se la preparan con anticipación \_\_\_\_
- 7.2 No es capaz de responsabilizarse de su medicación \_\_\_\_\_
- 8. Maneja los asuntos financieros con independencia, reconoce sus ingresos \_\_\_\_
- 8.1 Maneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. \_\_\_\_\_
- 8.2 Incapaz de manejar dinero \_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3516  
U MED FAMILIAR NUM 3, 2 NORESTE DEL D.F.

FECHA 30/12/2010

**DRA. MARÍA DEL PILAR ISUNZA GUZMÁN**

**PRESENTE**

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

**FRECUENCIA DE DISFUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA U.M.F. No. 23 DEL IMSS, D.F**

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-2010/3516-24

ATENTAMENTE

**DR. (A) TONATIHU ORTIZ CASTILLO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3516

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Seguridad y Solidaridad Social  
UMF No. 20

Carta de consentimiento informado para la participación en proyecto de investigación clínica

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

Frecuencia de disfuncionalidad para actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor de UMF. No. 20

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la INC \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es: Identificar el grado de disfuncionalidad para las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor de UMF. 20.

Declaro que me he informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: \_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento ( en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello, afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. María del Pilar Isunza Guzmán 9763597 UMF. No.20 Consultorio 8 matutino Tel. 55771600 Ext. 108

Números Telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

Testigos: \_\_\_\_\_