



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28  
MONTERREY, NUEVO LEON**

**FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE  
LA UMF No. 3 MONTERREY, N.L.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JESÚS SALVADOR MARFIL RÍOS**

**MONTERREY, N.L.**

**2015**



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.

**“Funcionalidad y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la UMF No. 3 Monterrey,  
N.L.”**

**Tesis para obtener el título de especialista en  
Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dr. Jesús Salvador Marfil Ríos**

**AUTORIZACIONES**

**Dra. María Elena Gómez Coronado**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28  
MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**Dra. Lizbeth Alejandra Durán Cavazos**

**ASESOR DE TESIS COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 3 MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**Dr. Oscar Díaz Sánchez**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**Dra. Irazema Elena Hernández Mancinas**

**COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**Dr. Manuel Fidencio Guerrero Garza**

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN EDUCACIÓN**

**Dra. Laura Hermila De La Garza Salinas**

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION**

**“Funcionalidad y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la UMF No. 3 Monterrey,  
N.L.”**

**Tesis para obtener el título de especialista en  
Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dr. Jesús Salvador Marfil Ríos**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**Dr. Juan José Mazón Ramírez**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**Dr. Isaías Hernández Torres**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

## *Agradecimientos*

### ***A mi esposa:***

*Por tu dedicación, paciencia, comprensión, cariño, por motivarme  
a seguir adelante siempre, éste logro es de ambos,  
sin tí esto no sería posible. Te amo*

### ***A mis hijos:***

*Por su paciencia, su tiempo, sus sonrisas, que son el motor  
que me impulsa a seguir adelante*

### ***A mis padres y suegros:***

*Por su apoyo para lograr mis objetivos, especialmente a mi padre que con su  
entereza, empeño y ejemplo me dio la fortaleza*

### ***A mis maestros:***

*Gracias por su apoyo y orientación*

## INDICE

	Pág.
I Resumen.....	6
II Marco teórico.....	7
III Planteamiento del problema.....	13
IV Justificación.....	14
V Objetivos.....	15
VI Material y Métodos.....	16
VII Plan de Análisis.....	20
VIII Instrumentos de recolección.....	21
IX Aspectos éticos.....	22
X Resultados.....	23
XI Discusión.....	28
XII Conclusiones.....	29
XIII Recomendaciones.....	30
XIV Referencias bibliográficas.....	31
XV Anexos (Hoja de consentimiento informado, hoja de recolección de datos, cuadros, tablas gráficas).....	34

## I. RESUMEN

### **Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor de la UMF No. 3 Monterrey, N.L.**

Marfil-Ríos-Jesús Salvador<sup>1</sup>, Durán-Cavazos-Lizbeth Alejandra<sup>2</sup>

1.- Médico Residente del Curso de Especialización para Médicos Generales del IMSS.

2.- Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, unidad de Medicina Familiar No. 3.

**Antecedentes:** La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria. La evaluación de la calidad de vida debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario se convertiría en un incremento de la esperanza de la incapacidad.

**Objetivo General:** Determinar la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor de la UMF no. 3 Monterrey, N.L.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, prospectivo. Se estructuró una base de datos y se analizó en el paquete estadístico SPSS 15.0v, se calcularon medidas de frecuencia y significancia estadística con intervalos de confianza de 95%, así como medidas de asociación como razón de momios, se utilizó chi cuadrada con un nivel de significancia  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El total de adultos mayores incluidos en el estudio fue de 192. El porcentaje de los participantes se presentó de la siguiente manera, sexo femenino 54% y sexo masculino 46%. Al evaluar la funcionalidad física se encontró ausencia de incapacidad en 55% y la calidad de vida que predominó fue la percibida como regular en un 54%. En función del sexo se observa que la ausencia de incapacidad es mayor para las mujeres, encontrándose como significativo (35.9 %)

**Conclusiones:** Un porcentaje muy bajo de la población estudiada (18%) presentó buena calidad de vida, por otro lado la ausencia de incapacidad se observó en el 55.2%. Estos resultados deben de ser considerados como valores de referencia de la población de la unidad de medicina familiar No.3 y pueden ser útiles para establecer objetivos terapéuticos.

**Palabras Clave:** Funcionalidad, Calidad de vida, adulto mayor.

### **Bibliografía:**

1. Almazan Leon NY, Benhumea Lamas A, Ruiz Cerda CE, al. e. El Autoconcepto del Adulto Mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones. Revista Electronica de Psicología Iztacala. 2011 Diciembre; 14(4): p. 121-135.
2. Sanhueza Parra MI, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Avances de enfermería. 2012 Abril; 30(1): p. 23-31.

## II. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso natural, dinámico, irreversible, progresivo y universal que se inicia desde el momento mismo en que nacemos, por lo tanto, ningún humano está exento de envejecer. De un sin número de definiciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puntualiza: El envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez; en él se producen cambios cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno.<sup>1</sup>

De acuerdo a la OMS se considera adulto mayor para un país en vías de desarrollo a toda persona de 60 años en adelante, en tanto que en los países desarrollados queda comprendida la categoría de adulto mayor a los 65 años y más. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidió emplear el término de adulto mayor.<sup>2</sup>

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, en los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso en la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.<sup>3</sup>

Por lo tanto la población de México pasa por un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, lo que se traduce en un aumento de la población de 60 años y más, la transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país ha contribuido a que la esperanza de vida se incremente de manera considerable.

En 1930 la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para 2010 es de 78 y 73 años, respectivamente y así se ha mantenido hasta 2012, se espera que para el 2020 sea de 78 y 75 años. Para el 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28% de la población.<sup>4</sup>

En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al 4%; para el año 2025, el porcentaje aumentara hasta el 10%, para el año 2050, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor. (INEGI 2010). En la actualidad, este segmento está conformado por cerca de 10 millones de individuos, con ciertas diferencias regionales, pero es sin duda, el grupo de edad con una mayor tasa de crecimiento en todo el país, hoy representa aproximadamente 8.9% del total de la población de acuerdo al Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM.<sup>5,6</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar paso de 2.5 millones en 1990, a 3.8 millones en 2000, es decir de 6.4 a 12.4% del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción mayor a la notificada en el ámbito nacional.<sup>7</sup>

En la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del IMSS de Monterrey, NL., hasta el año 2013 se tenía registrada una población total de 74,361 derechohabientes, de los cuales 17,755 eran mayores de 60 años, lo que corresponde al 23.8 % de la población adscrita a dicha unidad.<sup>8</sup>

El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etcétera, que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía, calidad de vida, su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.<sup>9</sup>

Es este grupo de población en el que EE. UU., consume la mayor cantidad de recursos de presupuesto del medicare, y la mayoría de estos altos consumidores, son los llamados ancianos frágiles. Emerge, entonces, la posibilidad que, enfocarse en la prevención primaria y secundaria de la morbilidad que altere la funcionalidad y disminuya la mortalidad prematura, lleve a un aumento de la calidad de vida en edades avanzadas.<sup>10</sup>

La meta de geriatría es mantener la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores, con el lanzamiento del programa “Salud para todos en el año 2000”, se incluía no solamente la prevención de muerte prematura, discapacidad y enfermedad, sino también aumentar la calidad de vida.<sup>11</sup>

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe de incorporarse dentro de la práctica clínica habitual.<sup>12</sup>

La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales).<sup>13</sup>

La dependencia funcional tiene implicaciones que ocurren a nivel individual. En ese nivel, ocasiona disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido del adulto mayor y puede generar maltrato, abandono y marginación, además puede tener efectos devastadores en su calidad de vida.

El concepto de salud ha experimentado un cambio importante, desde una noción negativa centrada en la ausencia de enfermedad a una concepción más positiva, de estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.<sup>1</sup>

En 1975 la OMS intento dar una definición operacional del concepto de salud en la que se tomará en cuenta la función, considerándola como un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales. A través del tiempo la misma OMS, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud ( CIF ) considera al funcionamiento como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales), donde e implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales como facilitadores versus la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad y/o restricción en la participación que por ende generala discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales.<sup>2</sup>

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.<sup>13</sup>

Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular físico la consideran como la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio.<sup>10</sup>

Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de atención primaria. Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Barthel(1950), Katz(1963), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología, que evalúan aspectos netamente de funcionalidad física en relación al desempeño de actividades básicas de la vida diaria así como el índice de Lawton-Brody(1969), que solo evalúa las actividades del tipo instrumental.<sup>2</sup>

La autopercepción de salud es un parámetro válido, para la medición del estado de salud, el adulto mayor ha demostrado a nivel poblacional, ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios.<sup>14</sup>

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas expectativas, normas y preocupaciones.<sup>15</sup>

Hay que tener en cuenta que el concepto calidad de vida, es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud.

La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario. El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.<sup>16</sup>

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD).<sup>1,8</sup> La evaluación de la calidad de vida en el anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario se convertiría en un incremento de la esperanza de la incapacidad; mientras la tarea central de la ciencia actual es justamente retrasar la aparición de la incapacidad en el anciano.<sup>15, 16</sup>

Son muchos los estudios que, a nivel mundial se han realizado sobre funcionalidad y calidad de vida relacionada con salud en el adulto mayor, pero pocos estudios en este grupo etario en nuestra unidad, motivo por el cual se realiza esta investigación, la cual genera conocimiento sobre sensibilizar y plantear propuestas o estrategias de mejoramiento de los programas que existen en atención en salud al mismo.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional ha cobrado gran importancia en la comunidad científica internacional y la funcionalidad física se ha convertido en un problema de salud frecuente en la tercera edad. En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta, la transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida se incremente de manera considerable.

Actualmente, alrededor del 9% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más, lo cual en su mayoría implica cierta discapacidad y para el año 2050 se estima que conformarán cerca de 28% de la población.

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo, tanto en el estilo de vida como del sistema social y familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad. En el ámbito nacional, la ENSANUT encontró que más de una cuarta parte de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una Actividad Básica de la Vida Diaria.

De esta manera, los adultos mayores representan un segmento con características y problemas de salud particulares, que constituye un desafío en el diseño e implementación de programas específicos que les permita mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, con diferentes intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad. Resultando la siguiente cuestión:

¿Cuál es la funcionalidad física relacionada con la calidad de vida de los adultos mayores de la UMF No. 3 de Monterrey, N.L.?

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, en los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso en la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población.

El aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal.

Estudiosos de la tercera edad han señalado como la pérdida de la capacidad funcional devalúa la posición y la función social, así como la familia, se produce cierto aislamiento social, mencionando que la dependencia y deterioro físico, más que la muerte en sí misma, constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del adulto mayor.

El desarrollo de este estudio es con la finalidad de conocer la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor, mediante la aplicación del Índice de Katz y cuestionario SF12, para conocer las áreas de oportunidad, identificar los factores que permitan fortalecer las condiciones de salud y que se vea reflejado en una disminución de condiciones incapacitantes, ya que en nuestra Unidad de Medicina Familiar no existe información relacionada con el tema.

## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor de la UMF No. 3 Monterrey, N.L.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la calidad de vida del adulto mayor mediante la escala SF 12.
- Determinar la capacidad funcional del adulto mayor por medio de la escala de KATZ.
- Determinar factores socio demográficos (sexo, edad, escolaridad, edo. civil, ocupación).

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño de estudio.

Se realizó un estudio epidemiológico de diseño transversal, observacional, descriptivo y prospectivo.

Definición del universo.

Adultos mayores de 65 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 3 de Monterrey N.L.

Criterios de selección

### a) Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 65 años de edad adscritos a UMF No. 3 de Monterrey N.L.
- Que acepten participar en el estudio
- Ambos sexos
- Consentimiento informado firmado

### b) Criterios de exclusión

- Antecedente de alteración cognoscitiva por enfermedad ya establecida.
- Pacientes con enfermedad terminal.
- Pacientes que no autoricen participar en el estudio.

### c) Criterios de eliminación

- Pacientes que no contesten completamente las encuestas.
- Pacientes no cooperadores.

## MUESTRA

### TECNICA MUESTRAL

- No Probabilístico por Cuota.

### CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población finita, turno matutino.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

n	tamaño de la muestra	
N	tamaño de la población	8833
Z	nivel de significancia nivel de fiabilidad al 95% (estándar 1.96)	1.96
P	Proporción estimada o prevalencia reportada en la literatura de la variable dependiente o desenlace. Proporción o prevalencia de 50%	0.15
Q	diferencia de 1 menos P	0.85
d	margen de error (estándar 0.05)	0.05

$$n = \frac{(8833) (1.96)^2(0.15) (0.85)}{(0.05)^2(8833-1) + (1.96)^2(0.15) (0.85)} = 191.6915$$

El tamaño mínimo de muestra requerido es de 192 pacientes.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

<b>Variable Dependiente: Funcionalidad</b>				
<b>Variable Independiente: Calidad de Vida</b>				
<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Fuente de Información</b>
<b>Funcionalidad</b>	Relación entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales), donde e implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real.	Capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio.	Cualitativa ordinal y policotómica 1. Ausencia de incapacidad 0 puntos 2. incapacidad leve 1 punto 3. incapacidad moderada 2-3 puntos 4. incapacidad severa 4-6 puntos	Instrumento Índice de Katz
<b>Calidad de Vida</b>	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.	Percepción que cada individuo tenga de sí mismo en el momento actual.	Cualitativa Ordinal dicotómica 1.- Buena 2.- Mala	Cuestionario de Salud SF 12
<b>Sexo</b>	Es la clasificación de hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características anatómicas y cromosómicas	Se preguntará directamente al paciente y lo referido se anotará en la ficha de identificación	Cualitativa nominal 1.- Masculino 2.- Femenino	Instrumento de recolección de datos
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual.	Edad en años cumplidos del al momento actual. Se le preguntará al paciente y se cotejara con cartilla de salud.	Cuantitativa de rango 1. 65-75 años 2. 76-85 años 3. 86 y mas	Instrumento de recolección de datos
<b>Estado Civil</b>	Es el conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia.	Situación civil en la que se encuentran las personas de la tercera edad, en el momento del estudio.	Cualitativa nominal 1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Divorciado	Instrumento de recolección de datos

<b>Enfermedades Crónico-degenerativas</b>	Es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.	Se preguntará directamente al paciente sobre antecedente de osteoartritis degenerativa, diabetes, hipertensión y lo referido se anotará en el cuestionario.	Cualitativa nominal policotómica 1.- osteoartritis degenerativa 2.-diabetes mellitus 3.-hipertensión arterial	Instrumento de recolección de datos
<b>Escolaridad</b>	Grado de estudios alcanzado por las personas, en el transcurso de su vida.	Grado de estudios realizados por el individuo hasta el momento de la encuesta.	Ordinal Cualitativa Policotómica 1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Licenciatura	Instrumento de recolección de datos
<b>Ocupación</b>	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Actividad a la que se dedica en el momento de la encuesta.	Cualitativa Nominal Policotómica 1.- Empleado 2.- Pensionado 3.- Hogar	Instrumento de recolección de datos
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Es un atributo del hogar, que caracteriza su inserción social y económica.	Atributo del hogar, que caracteriza su inserción social y económica al momento actual.	Cualitativa Ordinal Policotómica 1.- Alto 4-6 puntos 2.- Medio alto 7-9 puntos 3.- Medio medio 10-12 puntos 4.- Obrero 13-16 puntos 5.- Marginal 17-20 puntos	Método de Graffar-Méndez Castellanos

## VII. PLAN DE ANÁLISIS

Se estructuró una base de datos Microsoft Excel 2007, se analizará la información con ayuda de paquetes estadísticos (SPSS 15.0v).

Se calculó cada una de las variables nominales, variable cuantitativa y variable ordinal obteniendo frecuencias simples, para conocer las características de la población en estudio.

Se utilizó estadística inferencial, para el análisis de variables cualitativas mediante el uso de Chi cuadrada y se tomará un nivel de significancia a una  $p$  menor de 0.05.

## VIII. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

A todos los participantes se les aplicó el instrumento de recolección por parte de personal capacitado previamente. Dicho instrumento incluye los siguientes cuestionarios:

Encuesta de datos personales, ficha de identificación, y datos socio demográfico.

Índice de Katz, es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia ( A-B-C ), tiene 6 temas ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Fue construida para uso específico en población mayor de 65 años.

Cuestionario SF-12, es un instrumento confiable y válido para evaluar calidad de vida y su uso está indicado en adultos mayores, ha sido validado en español, tanto la versión larga (SF-36) como la corta (SF-12), La ventaja de SF-12 es su facilidad y rapidez para aplicar. La mayor puntuación recibida corresponde a mejor percepción sobre la salud y estado físico, emocional del paciente.

## **IX. ASPECTOS ÉTICOS**

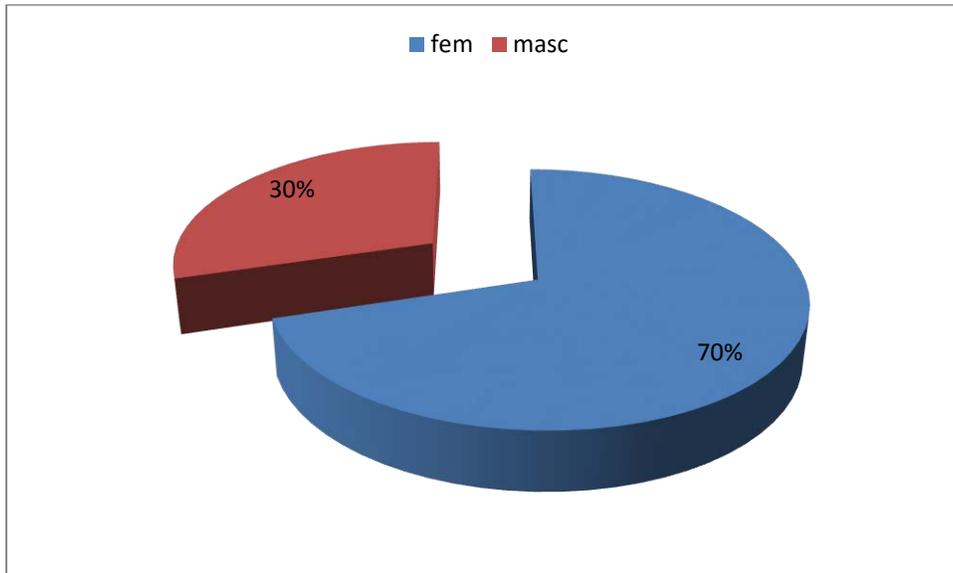
Con base en la ética general de la profesión médica se cumple con lo acordado en el código de Núremberg, del Tribunal Internacional de Núremberg, 1946.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en Seres humanos, modificada por última vez en Tokio en 2004; Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

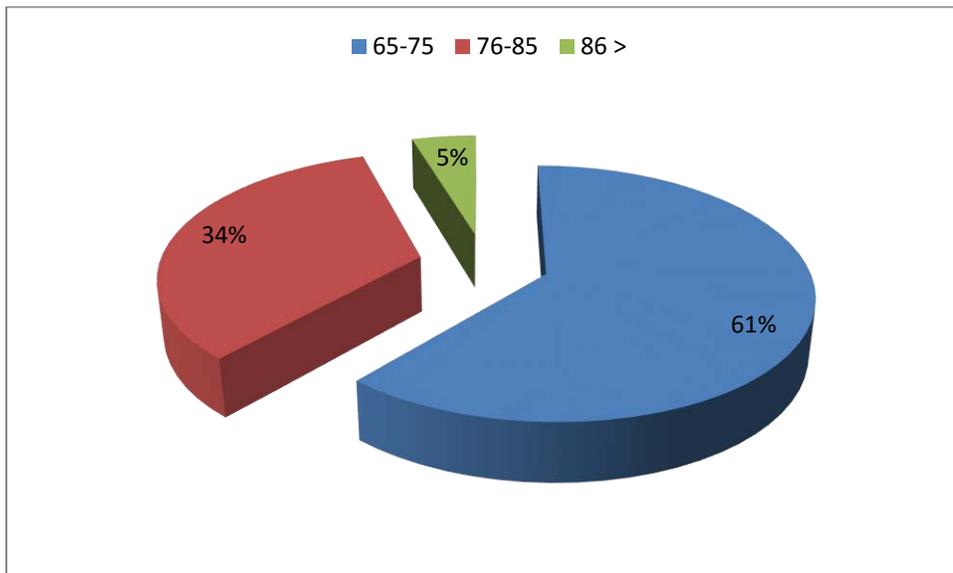
En acuerdo a lo dispuesto el Título Quinto, Capítulo Único, con todas sus Fracciones en la Ley General de Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de diciembre de 2007 97, el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987; se consideró esta investigación como de Riesgo mínimo, ya que nuestro estudio contempla la realización de un cuestionario. De cualquier manera se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los pacientes.

## X. RESULTADOS

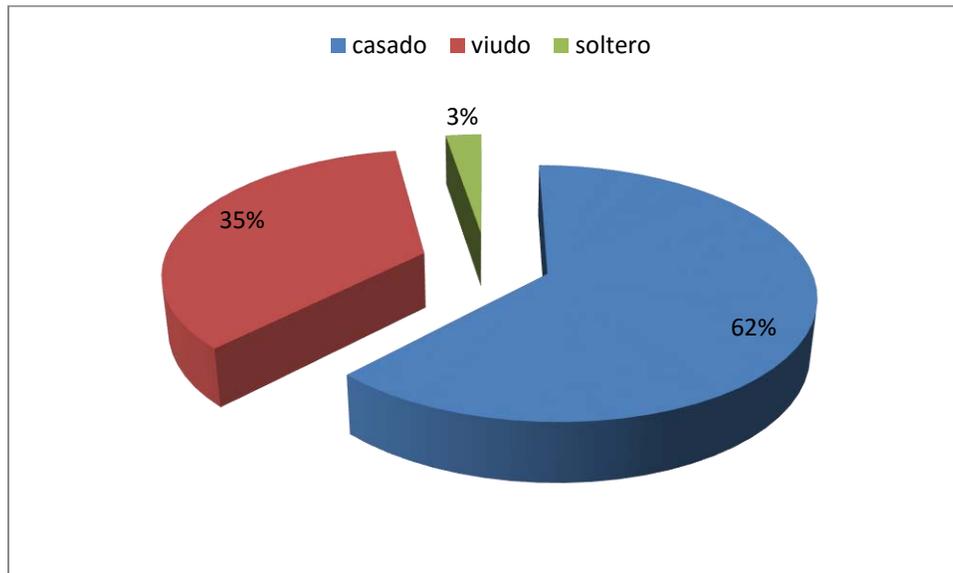
El total de los adultos mayores que se incluyeron en el estudio fue de 192(n=192). Observando la distribución por sexo, las edades predominantes y el estado civil en las gráficas de la 1 a la 3 respectivamente.



(Gráfica 1) Distribución por sexo



(Gráfica 2) Frecuencia de edades en años.

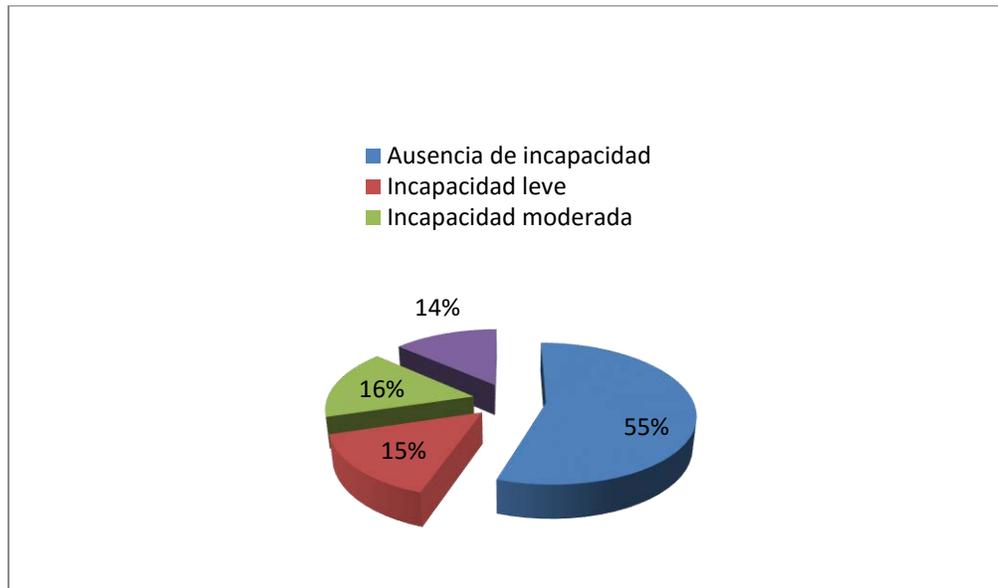


(Gráfica 3) Estado civil

En antecedente de enfermedades crónico degenerativas, el 31% con diabetes mellitus, 23% con hipertensión arterial, 4% con diabetes mellitus e hipertensión arterial, 21% con osteoartritis degenerativa, 16% con osteoartritis degenerativa más hipertensión arterial, 5% con las 3 enfermedades diabetes mellitus, hipertensión arterial y osteoartritis, y el 8% de los pacientes no presentan enfermedades crónico degenerativas.

En escolaridad, primaria completa con el 52%, analfabeta el 34 %, el 9% terminó secundaria, 3% con bachillerato y el 2% licenciatura. El nivel socioeconómico, obrero 60%, marginal 17%, medio-medio 12%, medio-alto 8%, alto el 2%. La confiabilidad (Alfa de Cron Bach) del Método de Graffar fue del 0.83.

La funcionalidad física evaluada por el índice de Katz, ausencia de incapacidad 55%, incapacidad moderada 16% e incapacidad leve un 15%, y el 13% de incapacidad severa. Este método tiene una confiabilidad (alfa de Cron Bach de 0.79.) (Gráfica 4)



Gráfica 4. Índice de Katz.

En la evaluación de la percepción de calidad de vida: calidad de vida percibida regular con un 54%, con un 28% para mala calidad y un 18% de buena calidad. Alfa de Cron Bach de 0.83.

Al analizar de forma independiente cada una de las variables consideradas, como factores desencadenantes de incapacidad, se obtuvieron los siguientes resultados.

La distribución de funcionalidad según niveles de calidad de vida, se presenta en la tabla 1, muestra que hubo predominio de ausencia de incapacidad, relacionado a una regular calidad de vida con un 33.3%, seguida por una ausencia de incapacidad con buena calidad de vida con un 18.2%, encontramos una asociación significativa de una  $p= 0.000$

Funcionalidad	Calidad de Vida					
	Buena	%	Regular	%	Mala	%
Ausencia	35	18.2	64	33.3	7	3.6
Leve	0	0	21	10.9	8	4.2
Moderada	0	0	12	6.2	19	9.9
Severa	0	0	6	3.1	20	10.4

Tabla1. Distribución de funcionalidad según calidad de vida.

La distribución de funcionalidad por sexo, se presenta en la tabla 2, y en ella se observa que la ausencia de incapacidad es mayor para las mujeres con un 35.9% y denota un comportamiento similar en ambos sexos para las incapacidades leve a moderada. Estas diferencias no son significativas.

Funcionalidad	SEXO					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Ausencia	69	35.9	37	19.37	106	55.2
Leve	23	12	6	3.1	29	15.1
Moderada	23	12	8	4.2	31	16.1
Severa	20	10.4	6	3.1	26	13.5
Total	135	70.3	57	29.7	192	100

Tabla2. Distribución de funcionalidad según sexo

La tabla 3 presenta la relación entre la funcionalidad y el estado civil, en el estado civil casado predominó la ausencia de incapacidad en un 47.4%, en estado de viudez se encontró incapacidad severa con un 10.9%, resultando significativo, valor de  $p = 0.000$ . Encontrando como factor de protección el estar casado.

La relación entre funcionalidad y la edad se presenta en la tabla, se muestra con tendencia a que la funcionalidad sea peor en medida en que aumenta la edad y viceversa, estas diferencias son significativas ( $p=0.000$ ).

Funcionalidad	Grupos de edad						Total
	65-75	%	76-85	%	86 y más	%	
Ausencia	93	48.4	13	6.8	0	0	106
Leve	14	7.3	15	7.8	0	0	29
Moderada	7	3.6	22	11.5	2	1	31
Severa	4	2.1	15	7.8	7	3.6	26
Total	118	61.5	65	33.9	9	4.7	192

Tabla 3. Distribución de funcionalidad según edad

## **XI. DISCUSION**

El objetivo del presente estudio fue conocer la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor en la unidad de medicina familiar número tres de Monterrey Nuevo León lo cual nos permitió entender que una de las principales tareas del adulto mayor es comprender y aceptar su propia vida y utilizar su experiencia para hacer frente a sus cambios físicos.

Tal como han reportado diversos autores<sup>2,9,12</sup>, el nivel de dependencia del adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta, que influyen directamente sobre su funcionalidad, en el ámbito latinoamericano se han reportado prevalencias de dependencia de alrededor de 20%, estableciendo que las mujeres presentan mayor dependencia funcional que los hombres, contrario a lo que se encontró en este estudio donde muestra que la ausencia de incapacidad es mayor para las mujeres, con un 35.9% .

Al comparar nuestros resultados, con los encontrados por la ENSANUT 2012, se encuentra coincidencia, ya que más de la cuarta parte de los pacientes estudiados, presenta algún grado de dependencia, es decir tenían dificultad para realizar al menos una Actividad Básica de la Vida Diaria (ABVD) como caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse, de igual manera se observó que la prevalencia aumento en la medida que aumenta la edad.

Las características que definen la vejez radican en la vulnerabilidad en cuanto a la salud, capacidad física, desempeño mental y dificultades de adaptabilidad a nuevos entornos sociales y económicos, estas desventajas hacen que la población adulto mayor sea objeto de prejuicios estereotipos y discriminación.

## **XII. CONCLUSIONES**

Dentro de los resultados de este estudio, se pudo observar un porcentaje muy bajo de la población estudiada (18%) presentó buena calidad de vida, por otro lado la ausencia de incapacidad se observó en el 55.2%. También es importante mencionar que resulta alarmante el porcentaje observado en la categoría de mala calidad de vida (28%) ya que en este siglo XXI el término calidad de vida se inclina hacia las intenciones y acciones de los individuos que gozan cada vez de mayor posibilidad de conseguir una mejor opción de vida adoptando técnicas de mejora de sus procedimientos.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistémica y científica del mismo es relativamente reciente.

Se puede concluir que la población investigada, presenta un crecimiento demográfico, predominando el sexo femenino y las edades 65 a 75 años, el estado civil casado y diabetes mellitus como enfermedad crónico degenerativa.

### **XIII. RECOMENDACIONES**

De los resultados obtenidos, se desprende la necesidad que tiene la población de la Unidad de Medicina Familiar tres de Monterrey, Nuevo León en especial, los pacientes de la tercera edad, de crear una cultura sobre el envejecimiento como elemento de sensibilización de nuestras sociedades ya que los adultos mayores se consideran en estado de desadaptación social por el mismo desconocimiento del proceso de envejecimiento como parte del desarrollo biopsicosocial del hombre.

Surge la inquietud de saber cómo es que los adultos mayores encuentran satisfactores que les proporcionen la alegría de vivir y de conseguir una verdadera estabilidad física y emocional.

Se sugiere a los médicos de primer contacto un mayor apego a la guía de práctica clínica Valoración Geriátrica Integral en las diferentes unidades de atención médica, ya que mediante una vigilancia continua se pueden identificar las necesidades de cada paciente y posteriormente trabajar de manera preventiva para disminuir los gastos de atención médica geriátrica y sus complicaciones.

Con la ayuda de los programas integrados de salud que proporciona el IMSS, podríamos sensibilizar a los familiares de los pacientes, así como al Médico Familiar, para conocer de manera integral al paciente y abordar sobre sus necesidades.

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almazan Leon NY, Benhumea Lamas A, Ruiz Cerda CE, al. e. El Autoconcepto del Adulto Mayor ante la presencia de enfermedad cronica. Una influencia social desde la teoria de las atribuciones. Revista Electronica de Psicologia Iztacala. 2011 Diciembre; 14(4): p. 121-135.
2. Sanhueza Parra MI, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor atraves de una estrategia de autocuidado. Avances de enfermeria. 2012 Abril; 30(1): p. 23-31.
3. Uribe Rodriguez AF, Valderrama Orbegozo LJ. Salud objetiva y salud psiquica en adultos mayores colombianos. Acta colombiana de psicologia. 2007 Junio; X(1): p. 75-81.
4. Salud Sd. Secretaria de Salud. [Online].; 1997 [cited 2013 Abril 10. Available from: <http://www.salud.gob.mx>.
5. Organizacion MS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2013 Abril 20. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/index.html>.
6. INEGI. Poblacion Estatal. [Online]. [cited 2013 Mayo 9. Available from: <http://www.inegi.org.mx>.
7. Ham Chande R. CONAPO. [Online].; 2012 [cited 2013 Mayo 12. Available from: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico Sociodemografico del envejecimiento en Mexico](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_Sociodemografico_del_envejecimiento_en_Mexico).
8. IMSS. Piramide Poblacional UMF 3. Monterrey: IMSS, Estadistica; 2013.
9. Duran D, Obregozo Valderrama LJ, Uribe Rodriguez AF, et , al.. Integracion Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Universitas Psychologica. 2008 Enero; VII(1): p. 263-270.
10. Garcia C. Algunas estrategias de Prevencion para mantener la autonomia y funcionalidad del adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes. 2010 Julio; XXI(5): p. 831-837.
11. Infante G, Goñi E. Actividad Fisico- Deportiva y Autoconcepto fisico en la edad adulta. Revista de Psicodidactica. 2009; 14(1): p. 49 - 62.
12. Segovia Diaz de Leon MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del Adulto Mayor y

el cuidado del enfermo. GEROKOMOS. 2011; 22(4): p. 162 - 166.

13. Peña Perez B, Teran Trillo M, Moreno Aguilera F, et , al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clinica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de especialidades médico - Quirurgicas. 2009 Apr; 14(2): p. 53 - 61.
14. Dueñas Gonzalez D, Bayarre Veá H, Triana Alvarez Ee, al. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2).
15. Estrada A, Cardona D, Segura AM, et , al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomedica. 2011; 31: p. 492 - 502.
16. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima. 2007; 68(3): p. 284 - 290.
17. Manrique Espinoza B, Salinas Rodriguez A, Moreno Tamayo K, et , al. Prevalencia de dependencia funcional y su asociacion con caidas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Mex. 2011; 53: p. 26 - 33.
18. Díaz Cardenas S, Vergara A, K , Ramos Martinez K. Impacto de Salud Oral en la Calida de Vida de Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam. 2012; 5(1): p. 9 - 16.
19. Arzúa A, Bravo M, Ogalde M, et , al. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Med Chile. 2011; 139: p. 1006 - 1014.
20. Ballarrea Veá H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Revista Cubana de Salud Publica. 2009; 35(4): p. 110 - 116.
21. Botero de Mejia BE, Eugenia PMM. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años. Hacia la promoción de la salud. 2007; 12: p. 11 - 24.
22. Díaz Garrido D, Ballarrea Veá H, Lazo Alvarez M. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(2).
23. Alvarez M, Alaiz A, Brun E, et , al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del metodo. Aten Prim. 1992; 10: p. 812 - 815.
24. Esnoala Etxaniz I. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. Anales de psicología.

2008; 24(1): p. 1 - 8.

25. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicologico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicologica*. 2012; 30(2): p. 23 - 29.
26. Espinoza I, Osorio P, Torrejon MJ, et , al. Validación del cuestionario de calidad de vida ( WHOQOL-BREF ) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*. 2011; 139: p. 579 - 586.
27. Zejers Prado B, Rojas Barahona C. Validez y confiabilidad del índice de satisfacción vital ( LSI - A ) de Neugarten, Havighurst and Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia Psicologica*. 2009; 27(1): p. 15 - 26.
28. Oropeza Abundes C. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, Morelos , México : Institución Nacional de Salud Pública ; 2012.
29. Gallegos Carrillo K, Garcia Peña C, Duran Muñoz C, et , al. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los anc ianos en México. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(5): p. 792 - 801.
30. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, et , al. Interpretacion de los cuestionarios de salud SF - 36 Y SF - 12 en España: componentes fisico y mental. *Medicina Clinica*. 2008; 130(19): p. 726 - 735.

## XV. ANEXOS

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha Monterrey, Nuevo León a 03 de Marzo de 2014.

Protocolo de investigación titulado: **FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 3 MONTERREY, N.L.**, registrado ante el comité local de investigación en salud o la CINC con el número: R-2013-1906-64.

El objetivo del estudio es: **CONOCER FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 3 MONTERREY, N.L.**, se me ha explicado que mi participación consistirá en: **aceptar que se me realicen encuestas dirigidas a evaluar mi funcionalidad física, e identificar la forma en que me percibo.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **Modificación en mis conocimientos y habilidades.**

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier pregunta y aclarar cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi 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 en el Instituto. El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán 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

Dr. Jesús Salvador Marfil Ríos

---

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

TESTIGOS:

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**“Funcionalidad del adulto mayor en relación a calidad de vida”**

Folio \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Estado civil: Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Unión Libre

Escolaridad: Analfabeta  Primaria  Secundaria  Bachillerato  Licenciatura

Ocupación: Hogar  Empleado  Pensionado

Enf. Crónico-Degenerativas: Diabetes Mellitus  Hipertensión Arterial  Osteoartrosis Deg.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO (METODO DE GRAFFAR):**

<b>Variables</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Items</b>
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de Alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

## INDICE DE KATZ

### Bañarse:

- Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta o espalda.
- Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.

**Vestirse:**

- Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse, se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias.
- Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.

**Usar el inodoro:**

- Independiente: Va al inodoro solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.
- Dependiente: Precisa ayuda para ir al inodoro y/o para limpiarse.

**Trasladarse:**

- Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.
- Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.

**Continencia:**

- Independiente: Control completo de la micción y defecación.
- Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

**Alimentarse:**

- Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca, se excluye cortar los alimentos.
- Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral

**SF-12**

1. En general usted *diría que su salud es: (marque sólo un número)*

EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
1	2	3	4	5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto? (Marque sólo un número)

ACTIVIDADES	SÍ, ME LIMITA MUCHO	SÍ, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Actividades moderadas: mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol.	1	2	3

3. Al subir varias escaleras. ¿Le perjudica la salud mucho, un poco, o en nada? (Marque sólo un número)

ACTIVIDADES	SÍ, ME LIMITA MUCHO	SÍ, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA EN ABSOLUTO
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

4. Durante el último mes ¿ha usted tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (marque sólo un número)

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

5. Durante el último mes ¿ha usted tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales? (Marque sólo un número)

	SI	NO
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	1	2

6. Durante el último mes ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso). (Marque sólo un número)

	SI	NO
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2

7. Durante el último mes ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en el trabajo y otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso). (Marque sólo un número)

	SI	NO
Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre	1	2

8. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes? (Marque solo un número)

NINGÚN DOLOR	MUY POCO	POCO	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO
1	2	3	4	5	6

9. Durante el último mes, ¿Cuánto el dolor ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? (Marque sólo un número)

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes.

Por cada pregunta, por favor de la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

10. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

(Marque sólo un número)

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6

11. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

(Marque sólo un número)

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Se ha sentido con mucha energía?	1	2	3	4	5	6

12. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

(Marque sólo un número)

ACTIVIDADES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Se ha sentido descorazonado/a y melancólico/a?	1	2	3	4	5	6