



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA



Estado funcional y factores asociados en adultos mayores usuarios de la UMF 23 del IMSS en el Distrito Federal

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
PRESENTA

DR. CARLOS BENITO ARMENTA HERNÁNDEZ

Autorizada por el comité local de investigación en salud del
Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 29 y
registro R-2007-3510-1

ASESORES

Dr. Ernesto Krug Llamas
Epidemiólogo-Gerontólogo Social

Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Internista-Geriatra

México D.F. agosto de 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

	Página
1. Resumen	5
2. Marco teórico	6
3. Planeamiento del problema	31
4. Justificación	33
5. Objetivos	34
6. Hipótesis	35
7. Material y método	36
8. Plan general	50
9. Análisis estadístico	51
10. Consideraciones éticas	52
11. Resultados	53
12. Discusión	63
13. Conclusiones	75
14. Bibliografía	76
15. Anexos	81

1. RESUMEN

Título: Estado funcional y factores asociados en adultos mayores usuarios de la UMF 23 del IMSS en el DF. Armenta Hernández Carlos Benito, Krug Llamas Ernesto, Trujillo de los Santos Zoila.

Introducción: La población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento por lo que es importante determinar su estado funcional y los factores relacionados a este y estar en posibilidades de intervenir para mejorar su calidad de vida y diseñar planes de atención médica y social.

Objetivo general: Identificar el estado funcional y algunos factores asociados a éste en la población derechohabiente adulta mayor usuaria de la UMF No. 23 del IMSS en el Distrito Federal.

Material y método: Estudio transversal, observacional realizado de marzo a julio del 2007. Se excluyó a personas con imposibilidad para contestar el cuestionario. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre variables socio-demográficas, antropométricas, estilos de vida, uso de accesorios, enfermedades crónicas, limitaciones visuales, auditivas y motoras, deterioro cognoscitivo, recursos sociales y depresión. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se evaluaron con el Índice de Barthel y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) con el Índice de Lawton. Se realizó prueba piloto. Se obtuvieron, frecuencias simples, medidas de tendencia central, J_i^2 , Razón de Momios de Prevalencia (RM) con Intervalos de Confianza al 95% (IC95%) y modelo de regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 814 sujetos, con edad promedio de 69.5 años, de los cuales 58.6% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 68 años. El 28.5% presentó al menos una dificultad en las ABVD. El 41.8% de los hombres y el 55.4% de las mujeres presentaron al menos una dificultad en las AIVD. El 25.8% presentó depresión, 1.4% deterioro cognoscitivo y solo el 33.2% presentaron buenos recursos sociales. El tener dificultad para realizar al menos una ABVD se asoció a la edad mayor de 74 años (RM 5.9; IC95% 4.16-8.38), enfermedades del corazón (RM 2.61; IC95% 1.68-4.03), artritis (RM 2.78; IC95% de 1.83-4.19) y deterioro cognoscitivo (RM 5.3; IC95% 3.65-7.89). El tener dificultad para realizar al menos una AIVD en los hombres se asoció a la edad mayor de 74 años (RM 8.10; IC95% 4.03-16.2), diabetes mellitus (RM 14.5; IC95% 1.53-4.41) y perímetro de cintura de riesgo (RM 1.43; IC95% 1.26-1.69) y en mujeres se asoció a la edad mayor de 74 años (RM 6.33; IC95% 3.65-10.9), diabetes mellitus (RM 2.08; IC95% 1.37-3.18) y artritis (RM 3.02; IC95% 1.72-5.47). En el análisis de regresión logística las variables asociadas a dificultad en las ABVD y AIVD fueron tabaquismo, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, cáncer, deterioro cognoscitivo, depresión y adoncia.

Conclusiones: La edad mayor de 75 años, sexo femenino, consumo de alcohol y de tabaco, depresión y el deterioro cognoscitivo empeoran el estado funcional del adulto mayor. Los resultados obtenidos evidencian la importancia de conocer el estado funcional y los factores relacionados de los adultos mayores para diseñar programas de atención gerontológica integral.

Palabras clave: Adulto mayor, estado funcional, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, deterioro cognoscitivo, depresión.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. Es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también de lo que hemos hecho durante nuestra vida, del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella, de cómo y dónde hemos vivido.¹

En el mundo, durante el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y actualmente a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2,000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas adultas mayores del 10% en 1998 al 15% en 2025.²

Para países desarrollados se considera que un adulto mayor es aquel que tiene 65 años o más y para países en vías de desarrollo es aquel que tiene de 60 y más años.² En América Latina poco a poco se ha ido incrementando la esperanza de vida según proyecciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE); la vida de una persona de 60 años puede prolongarse por más de 20 años, lo cual lo clasificaría como un adulto mayor casi un cuarto de su vida, con diversas consecuencias en el ámbito económico, social y político.³

Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. México es un país en transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos 20 años como resultado de múltiples factores, en general por el desarrollo económico y social del país y en particular por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud. En este nuevo contexto el objetivo ha cambiado, no es sólo incrementar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país. ^{4,5}

En México las personas de 60 años y más representan más del 6.5% del total de la población,⁴ cifra muy similar a la de otros países de América Latina, como Argentina (9.6%), Chile (6.7%) y Brasil (5.2%).⁵ Sin embargo, en Cuba (12.2%) y Uruguay (12.2%) esa proporción es semejante a la de países desarrollados como la ex Unión Soviética (10%), Alemania (10%), Estados Unidos de América (12.3%),⁷ Canadá (12%) y Europa (13%).⁶

La población mexicana adulta mayor aumenta su volumen a un ritmo muy acelerado. A los 4.1 millones existentes en 1996 se agregaron cerca de 800 mil en 2001. Su rápido crecimiento implica que entre 1996 y 2014 duplicará su tamaño, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se multiplicará hasta casi ocho veces para el año 2050, cuando su monto supere los 32 millones de habitantes. La proporción de esta población en México pasará de 4.8% en 2000 a 24.6% en 2050. Como consecuencia directa de ese envejecimiento, la edad media de la población aumentará de 26.7 años en 2000 a 45.1 años en 2050. La esperanza de vida en los próximos años habrá aumentado de 73.9 años en la mujer (1990) a 79.9 en 2010, mientras que en los hombres pasará de 67.7 años a 73.8. ⁷

En el IMSS, la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó 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. ⁸

En el año 2003, los 4.2 millones de adultos mayores ya significaban 13% de la población adscrita a médico familiar. El fenómeno del envejecimiento representa un doble desafío para el IMSS, ya que la población bajo su responsabilidad aspira a una vida más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud.⁹

2.2 ESTADO FUNCIONAL

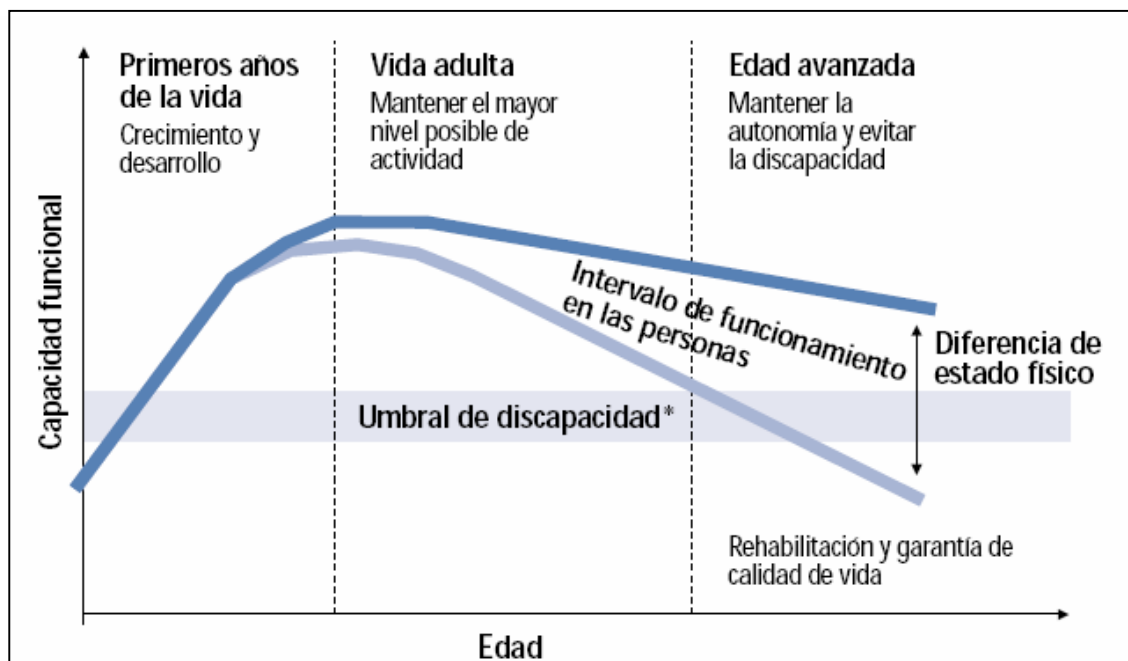
En 1959 la OMS afirmó: «La salud del anciano como mejor se mide es en términos de función», siendo la capacidad funcional un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud y calidad de vida, un buen predictor de morbilidad y mortalidad y del consumo de recursos asistenciales.¹⁰

La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, terminado con un declive. Sin embargo, el declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta (como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta) y con factores externos y medioambientales. El gradiente de declive puede llegar a ser tan profundo que dé lugar a una dependencia prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración del declive y hacerla reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como políticas.¹¹

Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad y que las personas mayores no son un grupo homogéneo. Las intervenciones que creen ambientes que ayudan a las personas y que fomenten la toma de decisiones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

La perspectiva del ciclo vital enfatiza las actividades de los primeros años de la vida orientadas a mejorar el crecimiento y el desarrollo, evitar las enfermedades y garantizar el mejor rendimiento posible. En la vida adulta, las medidas tienen que estimular un funcionamiento óptimo, prevenir o retrasar el comienzo de la enfermedad. En los años posteriores, las actividades deben centrarse en conservar la autonomía, evitar y retrasar la enfermedad y mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores que vivan con algún grado de enfermedad. (Figura 1)¹¹

Figura 1. Capacidad funcional durante el ciclo vital.



Fuente: Salud y Envejecimiento, España. ¹¹

La funcionalidad en los adultos mayores puede ser dividida en tres áreas principales: la física, la psíquica y la social. La parte física ha sido comúnmente operacionalizada con las actividades de la vida diaria de la persona y otras características como la fuerza, el balance, la coordinación, etc. La parte psíquica se refiere a las actividades cognitivas y a la salud mental y personalidad. Por último, la parte social, tiene relación con el adecuado estado de la parte física y parte psíquica. Una adecuada condición de estas tres áreas determinará una apropiada función al llegar a la vejez.

La salud no puede ser medida solo en términos de la presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe valorar también el grado de conservación de la capacidad funcional.¹² La vejez saludable entonces, es la parte común de entrecruzar la salud (no enfermedad) y habilidad funcional (no discapacidad), el óptimo funcionamiento cognoscitivo y físico y un alto grado de compromiso con la vida.

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante. La funcionalidad o autonomía funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a acabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está intacta.¹³

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo de edad el estado de independencia funcional y no la prevalencia de enfermedades crónicas, dado que si estas están bien controladas, no deberían de generar pérdidas funcionales.

La alteración funcional puede ser un "marcador" del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo de edad. Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento, es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello, es importante encontrar los factores que pueden relacionarse con la limitación funcional, realizando así, políticas para identificar y tratar estas condiciones.^{12, 14, 15}

Para realizar una adecuada evaluación funcional, se requiere de instrumentos confiables y validados, entre los cuales las escalas más útiles son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definidas como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en dos categorías: actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria. Las ABVD incluyen: comer, bañarse, vestirse, aseo personal, defecar, micción, uso del baño, traslado entre la silla y cama, desplazarse y subir y bajar escaleras. Las AIVD incluyen la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad para utilizar el dinero.^{12, 14, 16}

2.3 DEPENDENCIA

Según el Consejo de Europa (1998), la dependencia es un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria. Así pues y según esta definición, las causas que producen dependencia no son sólo de origen físico, como pueden ser los problemas de salud, sino que factores psíquicos (pérdida de capacidad para resolver problemas y tomar decisiones) y sociales (situaciones de crisis como la viudez o tener una vivienda inadecuada) producen también dependencia.

De esta definición se concluye, que una persona con dependencia es una persona que presenta alguna discapacidad en las actividades de la vida diaria (condición necesaria, pero no suficiente). Sin embargo, una persona con discapacidad en las actividades de la vida diaria no siempre es una persona con dependencia. Para que esta relación se cumpla, se requiere que la persona necesite ayuda o asistencia significativa para realizar dichas actividades.

Así pues, no se debe considerar la dependencia y discapacidad en las actividades de la vida diaria como conceptos equivalentes, sino que estos deben considerarse más bien como conceptos relacionados. Los estudios que han adoptado esta perspectiva más amplia señalan que la dificultad en las actividades de la vida diaria se configura como dependencia en función de diversos factores, entre los que destacan la habilidad personal, las condiciones del entorno, y la interacción entre ambos (Baltes y Wahl, 1990). Ahora bien, en tanto que reconocemos que la dependencia requiere discapacidad en las actividades de la vida diaria, este tipo de discapacidad se puede considerar como el umbral máximo de la dependencia. Estas consideraciones tienen gran importancia puesto que la mayoría de los estudios epidemiológicos analizan la dependencia a partir de encuestas que han sido diseñadas para recoger información

sobre la discapacidad en las actividades de la vida diaria. Así, esta situación puede haber provocado un sobredimensionamiento de la prevalencia de la dependencia.¹⁷

2.4 INSTRUMENTOS

Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación o escalas que cumplen con los criterios científicos de validez y confiabilidad; es decir, que son capaces de obtener el mismo resultado con mediciones repetidas y a la vez tienen la capacidad de reflejar la característica que persiguen valorar. Estos instrumentos son de fácil aplicación y conceden una mayor seguridad en el proceso de evaluación, facilitando la transmisión de la información y permitiendo la tabulación de los datos significativos y válidos.

2.4.1 Valoración del Estado Funcional

La correcta realización de esta evaluación implica tener en cuenta dos tipos de escalas, las que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aquellas otras que valoran este tipo de actividades, cuando precisan el manejo instrumental (AIVD) de objetos de uso cotidiano, como el teléfono, utensilios de cocina, etc.

Tradicionalmente, los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de deterioro funcional en el adulto mayor han sido aquellos que permiten la evaluación de la situación de incapacidad para el desarrollo de las ABVD (por ejemplo los Índices de Katz y Barthel, escala funcional de Cruz Roja de Madrid). Su aplicación nos permite alcanzar un elevado índice de sospecha de enfermedad cuando se ponen de manifiesto alteraciones en dichas actividades que pueden considerarse prácticamente universales.

Como se aprecia en la Tabla 1, para afinar la capacidad diagnóstica, llevando a cabo una detección más precoz de las situaciones de deterioro funcional, se pueden utilizar instrumentos más sensibles, que incorporan actividades de mayor complejidad, las AIVD (por ejemplo el Índice de Lawton).¹⁸

Tabla 1. Características de los instrumentos de valoración funcional más utilizados

<i>Escala</i>	<i>Función Valorada</i>	<i>Rango</i>	<i>Quien Administra</i>	<i>Limitaciones</i>
Índice de Katz (1963)	Autocuidados básicos	Actividades Básicas de la Vida Diaria (6)	Paciente o entrevistador. Basada en juicios	Rango limitado a las actividades que valora
Índice de Barthel (1955)	Autocuidados Deambulación	Actividades Básicas de la Vida Diaria (10) Incluye subir escaleras y uso de silla de ruedas	Entrevistador. Basada en juicios y observación	No recomendable en crónicos Apreciación subjetiva
Escala de Kenny	Autocuidados Deambulación	Similar al Barthel	Entrevistador. Basada en juicios y observación	Rango estrecho para pequeños deterioros. Apreciación subjetiva
Escala de la Cruz Roja de Madrid (1972)	Esfera funcional y cognitiva	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Entrevistador. Basada en anamnesis	Apreciación subjetiva
Escala instrumental de Lawton	Preparar alimentos, compras, tareas de la casa	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Paciente o entrevistador. Basada en juicios	Apreciación subjetiva

Fuente: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.¹⁹

Para valorar el estado funcional se empleó el **Índice de Barthel para las Actividades de la Vida Diaria** y el **Índice de Lawton para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria**.

Índice de Barthel

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas ABVD, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.²⁰

Etapifica mejor que el Índice de Katz de los grados de dependencia, constituyendo el índice más utilizado en la valoración funcional. Su utilidad ha sido acreditada tanto para la práctica clínica diaria como para la investigación epidemiológica. Se decidió utilizar esta escala ya que ofrece información adicional a la aportada por el índice de Katz, ya que evalúa, en cantidad, mayor número de actividades básicas en el adulto mayor, lo que nos permite tener una mejor perspectiva en la evaluación.²¹

El IB se empezó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos.²⁰

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad, este índice sigue siendo ampliamente utilizado tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las ABVD.²²

En su medición se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Como se puede apreciar en la Tabla 2 las

ABVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente.

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal, lo cual es fundamental para la planeación de servicios integrales y para la obtención de indicadores pronósticos.

La elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El IB, por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras.²⁰

Interpretación de los resultados

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación del IB.

Los puntos de corte para su interpretación son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 es independencia.²⁰

Así mismo, también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el IB según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger *et al*, el orden podría ser el siguiente: 1. Comer; 2. Aseo; 3. Control de heces; 4. Control de orina; 5. Baño; 6. Vestirse; 7. Usar el retrete; 8. Traslado cama/silla; 9. Desplazarse; 10. Subir/bajar escaleras.²²

Tabla 2. Puntuaciones y ABVD incluidas en el Índice de Barthel

ABVD	Puntuación	Valoración
COMER	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente (la comida está al alcance de la mano). •Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. •Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
BAÑARSE / DUCHARSE	5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise. •Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
VESTIDO	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa. •Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. •Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
ASEO PERSONAL	5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona. •Dependiente. Necesita de alguna ayuda.
DEPOSICIÓN	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Continente. No presenta episodios de incontinencia. •Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. •Incontinente. Más de un episodio semanal.
MICCIÓN	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, etc.). •Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos. •Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.
USO DEL BAÑO (RETRETE)	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse). •Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. Puede limpiarse solo. •Dependiente.
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA	15 10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. •Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. •Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. •Incapaz, no se mantiene sentado.
DESPLAZARSE	15 10 5	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente al menos 50 m., con cualquier tipo de muleta, excepto andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo (a). •Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). •Independiente en silla de ruedas en 50 m.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	10 5 0	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. Sin ayuda y sin supervisión. •Necesita ayuda o supervisión. •Dependiente.

Índice de Lawton

Para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se utilizó el **Índice de Lawton** (Tabla 4), que valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 8 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero, y responsabilidad sobre el uso de medicamentos. Se evaluó si el individuo realiza la tarea, no si declara que puede hacerla, desde la dependencia total (0 puntos) a la independencia total (8 puntos).²³

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 autocuidado 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 puede ser la viudez. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.²⁴ Consta de 8 ítems, cada uno de los cuales plantea varias posibilidades, atribuye 1 punto a las independientes y 0 a las dependientes. Es muy apropiada para su aplicación a mujeres.²⁵

Interpretación de los resultados

Tabla 3. Interpretación de las puntuaciones del Índice de Lawton

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

Fuente: Lawton MP. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. En: Aging and the environment: Theoretical approaches. NY 1982 Springer²⁶

Tabla 4. Puntuaciones y AIVD incluidas en el Índice de Lawton

<i>AIVD</i>	<i>Puntuación</i>	<i>Valoración</i>
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	1 1 1 0	<ul style="list-style-type: none"> •Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda. Busca y marca números. •Es capaz de marcar números bien conocidos. •Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar. •No usa el teléfono en absoluto.
IR DE COMPRAS	1 0 0 0	<ul style="list-style-type: none"> •Realiza todas las compras necesarias de manera independiente. •Realiza independientemente pequeñas compras. •Necesita compañía para realizar cualquier compra. •Es totalmente incapaz de ir de compras.
PREPARACIÓN DE LA COMIDA (NO EN HOMBRES)	1 0 0 0	<ul style="list-style-type: none"> •Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sola adecuadamente. •Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan los ingredientes. •Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada. •Necesita que le preparen y sirvan la comida.
CUIDAR LA CASA (NO EN HOMBRES)	1 1 1 0 0	<ul style="list-style-type: none"> •Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional. •Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer la compra. •Realiza tareas domésticas pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. •Necesita ayuda en todas las labores de la casa. •No participa en ninguna labor doméstica.
LAVADO DE ROPA (NO EN HOMBRES)	1 1 0	<ul style="list-style-type: none"> •Es capaz de lavar por sí sola toda su ropa. •Lava por sí sola pequeñas prendas, calcetines, etc. •Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.
MEDIO DE TRANSPORTE	1 1 1 0 0	<ul style="list-style-type: none"> •Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su coche. •Es capaz de usar un taxi, pero no usa otro medio de transporte. •Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona. •Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros. •No viaja en absoluto.
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	1 0 0	<ul style="list-style-type: none"> •Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora adecuada y en la dosis correcta. •Toma responsablemente su medicación si se le prepara con anticipación. •No es capaz de responsabilizarse de su medicación.
CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO	1 1 0	<ul style="list-style-type: none"> •Maneja los asuntos financieros con independencia. Reconoce sus ingresos. •Mneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. •Incapaz de manejar dinero.

Fuente: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. ²⁷

2.4.2 Deterioro Cognoscitivo

El deterioro cognoscitivo se define como la pérdida de las capacidades mentales que imposibilita para llevar una vida autónoma. Para valorar la función cognoscitiva existen distintos instrumentos psicométricos en forma de test. Los más estudiados por su brevedad y por requerir poco tiempo en realizarlos son los que se reflejan en la Tabla 5. El Mini-Mental State Examination de Folstein tiene una versión en castellano, validada por Lobo et al: el Mini Examen Cognoscitivo (MEC). Éste y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer son de los más útiles en atención primaria. El test del reloj combinado con el MEC ha mostrado altos índices de sensibilidad y especificidad para la demencia.²⁸

Tabla 5.- Instrumentos de evaluación de la función cognoscitiva

<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.	Limitación en deterioros leves o incapacitantes. Insensible a pequeños cambios. Limitación en analfabetos y pacientes psiquiátricos graves.
<u>Mini Mental de Folstein (1975)</u>	Cognitivo: valora memoria, orientación, atención, capacidad constructiva, concentración, cálculo, razonamiento abstracto, lenguaje.	Especificidad 70-90%. Sensibilidad 85-90%. Según punto de corte. Fiabilidad test-retest 0.8; 10-15 minutos.	Influencia nivel cultural, déficit sensorial, y trastornos afectivos.
Test de Isaacs (1972)	Cognitivo: fluidez verbal, denominación por categorías, memoria semántica.	Sensibilidad 79-87%. Especificidad 67-82%. 5 minutos.	Rango poco delimitado de funciones cognitivas.
<u>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (1988)</u>	Cognitivo-funcional: memoria, funcionalidad, capacidad ejecutiva, juicio y orientación. Se interroga respecto a cambios de 5 a 10 años.	Complementado por familiar o allegado. Sensibilidad 86%. Especificidad 91%. 5-10 minutos.	Enfocado a demencia.
Test del reloj	Se pide que dibuje la hora en una esfera de reloj.	5 minutos.	Subjetividad en la interpretación.

Fuente C. de Alba Romero, Actividades preventivas en los ancianos.²⁹

Para la función cognoscitiva se empleó el **Minimental de Folstein** y el **IQCODE**.

Minimental de Folstein

Consta de 5 parámetros: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y construcción. Proporciona una puntuación total de la suma de las puntuaciones en cada uno de los 5 parámetros. La Tabla 6 proporciona los datos de referencia que se utilizaron en función de la edad y del nivel educativo.^{30,31}

Tabla 6.- Puntos de referencia del Minimental de Folstein en función de edad y nivel educativo del adulto mayor

Edad (años)	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
Estudios						
Elementales	23	22	22	21	20	19
Primarios	26	26	25	25	25	23
Medios	28	28	27	27	25	26
Superiores	29	29	28	28	27	27

Fuente: Folstein Mf, Folstein S, Mchugh Pr. Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Clinician.³⁰

IQCODE

El Cuestionario Informativo sobre la Declinación Cognitiva en los Ancianos (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly [IQCODE]), (Tabla 7) es sumamente confiable y cuantifica un único factor general de la declinación cognoscitiva. Refleja declinación cognoscitiva previa, predice demencia concomitante y se correlaciona con muchas pruebas cognitivas. Como ventaja, el IQCODE no está influido por el nivel educativo ni por el nivel en el lenguaje del paciente. Sí lo está por la salud mental del informante y por su tipo de relación con aquél. Dado que proporciona información complementaria a las pruebas cognitivas, su implementación conjunta puede mejorar la precisión de la detección.^{32, 33}

Incluye 16 preguntas respecto a posibles cambios del paciente en memoria, aprendizaje, inteligencia verbal y manipulativa, durante el período de tiempo de 10

años, que se hacen a una persona estrechamente relacionada con el paciente. Sus resultados, poco contaminados por su nivel educativo e inteligencia previa, tienen una alta capacidad de detección del deterioro mental. Se ha validado una versión en español de este cuestionario.³⁴

Tabla 7.- Cuestionario del informante sobre deterioro cognoscitivo en el anciano

<i>Acciones</i>	Mucho mejor	Un poco mejor	No ha cambiado mucho	Un poco peor	Francamente peor
Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, ocupación, direcciones)					
Recuerda cosas que han pasado recientemente					
Recuerda conversaciones recientes pocos días después					
Recuerda su dirección y número de teléfono					
Recuerda en qué día y mes estamos hoy					
Recuerda dónde guarda usualmente las cosas					
Recuerda dónde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto al usual					
Sabe cómo utilizar máquinas de uso doméstico					
Aprende a utilizar nuevas máquinas de uso doméstico					
En general aprende cosas nuevas					
Sigue la historia de un libro o de una telenovela					
Toma decisiones en asuntos de la vida diaria					
Maneja el dinero para sus compras					
Maneja asuntos financieros (cobro de pensión, etc.)					
Resuelve cálculos matemáticos sencillos					
Usa su inteligencia para entender qué está pasando					

Fuente: Del-Ser, Application of the Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly"³²

2.4.3 Depresión

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. El puntaje es de 0 a 5: no deprimido, 6-10 depresión moderada y más de 10 puntos es depresión severa. Tiene una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, en este estudio se utilizó la versión de 15 preguntas.³⁵

Tabla 8.- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

¿Está usted, básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otros de su edad?	SI	no
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	si	NO
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
¿Se siente lleno de energía?	si	NO
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
¿Cree usted, que las otras personas están en general, mejor que usted?	SI	no

Fuente: Baker FM, Spanish version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American elders.³²

Se deben de sumar todas las respuestas (SI = 1, si = 0, NO = 1, no = 0).

2.4.4 Valoración Social

La Escala OARS (Social Resources Rating Scale) de recursos sociales es la medición más conocida de la actuación social de los adultos mayores. Las preguntas proporcionan información sobre diferentes aspectos (estructura familiar, visitas sociales, disponibilidad de personas que puedan prestar ayuda, etc.) y en función de las respuestas el entrevistador evalúa los recursos sociales según una escala de 6 puntos (de excelentes recursos sociales a totalmente deteriorados). Esta escala forma parte de un instrumento multidimensional (OARS, elaborado por la Universidad de Duke-EUA en 1978 y revisado en 1988) que evalúa también cuatro áreas más (recursos económicos, salud física, salud mental y dependencia en ABVD e AIVD).³⁶

Tabla 9.- Preguntas de la Escala de Recursos Sociales (OARS)

¿Cuál es su estado civil?
¿Vive con su pareja en su casa?
¿Con cuantas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?
¿Cuántas veces habló con amigos o familiares por teléfono durante la última semana?
¿Cuántas veces durante la semana pasada vio a personas que no viven con usted?
¿Tiene alguien en quien confiar?
¿Se encuentra solo o se siente en soledad?
¿Ve usted a amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?
¿Si alguna vez necesitara ayuda por encontrarse discapacitado, tendría quién le prestase esta ayuda?

2.5 ANTECEDENTES

En nuestro medio se han realizado varios trabajos sobre funcionalidad. A continuación se presentan algunos antecedentes:

Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento (ENSE) (México, 1994)³⁷

En 1994 el Consejo Nacional de Población llevo a cabo una encuesta nacional sobre el envejecimiento sociodemográfico en México en 5 mil individuos. Se encontró que 90% de los individuos de 60 a 64 años podía salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años podía hacerlo. En cuanto a las ABVD, el 0.68% de los casos no podía levantarse de la cama y por ende, totalmente dependiente de otra persona. Otro 6.13% podía moverse en su habitación, pero necesitaba ayuda para bañarse y vestirse, lo cual permite considerarlo como altamente dependiente. En promedio, 7.06% de los mayores tenía necesidad de ayuda en al menos una de las ABVD y dependía en consecuencia de otra persona para subsistir. Dentro de las AIVD, para la toma de medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad fueron semejantes, casi la totalidad del grupo de 60 a 64 años las realizan, en tanto que sólo la mitad de los de 65 y más años aún eran capaces de hacerlo. Aproximadamente 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios estuvo incapacitado para realizar aún las tareas domésticas más ligeras. La dificultad, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, fue cada vez más frecuente a mayor edad y afectó más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

Salud mental y actividades básicas de la vida diaria, en una población mayor de 65 años, usuarios de la policlínica Casa del Mar de Valencia (España, 1996)³⁸

Estudio realizado en 157 personas mayores de 65 años, usuarios de la Policlínica de la Casa del Mar del Instituto Social de la Marina de Valencia, España. El 54% fueron mujeres y un 46% hombres; la edad media fue de 74,35 años (IC95% 73,3-75,4). En la valoración funcional las puntuaciones obtenidas en el Índice de Barthel solo una persona tuvo dependencia total, ninguno con dependencia severa, un 1,2% de dependencia moderada y un 75,3% puntuaron 100 lo cual indica que los usuarios no requerían ayuda para realizar estas ABVD. En el Índice de Lawton para las AIVD un 76,4% no presentaban limitaciones en las actividades evaluadas, un 17% dependencia moderada y solo 2 personas tenían limitadas todas estas actividades. Con respecto al Minimental de Folstein, obtuvieron una puntuación media de 28,5 (IC95% 27,7-29,3), presentando una puntuación menor de 24 en un 16% de los sujetos estudiados. El 61,8% de los sujetos estudiados no presentaron trastornos de depresión. La prevalencia de deterioro cognoscitivo fue del 16,6%, cifras que se encuentran intermedias entre los resultados obtenidos por otros autores.

Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados (Perú, 1997)³⁹

Estudio realizado en Perú, cuyo objetivo fue comparar la funcionalidad de pacientes adultos mayores ambulatorios viviendo en la comunidad, que asisten al consultorio de geriatría y pacientes hospitalizados. Se incluyeron 84 pacientes de 60 años o más que acudieron al consultorio de geriatría por primera vez y a 84 pacientes hospitalizados por enfermedad aguda en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La edad promedio fue de 73.05 años en los pacientes de la atención ambulatoria y de 77.08 años, en los pacientes hospitalizados. En ambos grupos predominó el sexo femenino; el número de patologías fue de 2.90 en ambulatorios y 3.84 en hospitalizados y el consumo promedio de medicamentos fue de 1.18 y 1.27 en ambulatorios y hospitalizados, respectivamente. La independencia

fue de 77.3% y 59.5% en pacientes ambulatorios y hospitalizados, respectivamente. Del total de los pacientes ambulatorios, el 17.8% se consideró dependiente de 1 a 3 ABVD por 27.3% de los hospitalizados, por 3.5% y 7.1% respectivamente de 4 a 5 actividades básicas de a vida diaria.

Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica (Costa Rica, 2000)⁴⁰

Los datos utilizados en este estudio se basaron en la Encuesta de Adultos Mayores realizada en Costa Rica como parte del Proyecto “Salud Bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE). La muestra de población estuvo constituida por un total de 606 personas, el 58% corresponde al sexo femenino. El 66% del total no presentaron ninguna dificultad en ABVD. Según sexo, los porcentajes de dificultad fueron muy similares en todas las actividades a excepción de moverse, en la cual el porcentaje de mujeres (21.3%) fue mayor que en hombres (15.8%). El porcentaje de personas con dificultad en ABVD aumentó con la edad. El 64.7% de las personas desarrollaron las AIVD sin dificultad. De todas las AIVD, la que presentó un mayor porcentaje de dificultad fue la capacidad de salir solos de casa a lugares lejanos (22%), seguido de tomar sus medicinas, actividad para la cual presentaron dificultad el 12%. Similar porcentaje (11.8%) presentaron dificultad para realizar quehaceres pesados en el hogar. Al igual que en las ABVD el porcentaje de personas con dificultad aumentó con la edad de manera más importante a partir del grupo de 76 a 85 años. De acuerdo a la condición laboral, se obtuvo que las personas que trabajaban son las que tenían mayor porcentaje de alta capacidad funcional (91.5%). De las personas que recibían ayuda de sus familiares el 21.4% tuvo baja capacidad funcional, este porcentaje fue de 2.7 en quienes no contaron con dicha ayuda. El promedio de puntaje del test de evaluación cognoscitiva fue de 14.9 similar en ambos sexos. A medida que aumentó el nivel de escolaridad aumentó el puntaje obtenido. El puntaje disminuyó cuando aumentó la edad. El 16.4% de las personas presentó un deterioro cognoscitivo severo, el 44.2% moderado y el 39.3% leve.

Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (América Latina y el Caribe, 2001)^{41, 42}

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) investigó las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). Se seleccionó una muestra de 10,891 adultos mayores. La medición del deterioro cognoscitivo se realizó con el “Minimal State Examination” y observó que el deterioro cognoscitivo de los entrevistados tiene un rango que varía de 0.4% en Montevideo a 7% en México y Santiago. La hipertensión apareció como la enfermedad crónica más frecuente, la tasa de prevalencia se encontró por encima del 43% en todos los países. A medida que aumentó la edad también aumentó el porcentaje de personas que tenían dificultad con el desempeño de sus ABVD. Los valores variaron entre 13% en Santiago y el 7% en Bridgetown para las personas entre 60 y 74 años que presentaron dificultad con 1 o 2 ABVD. Para los adultos mayores de 75 años, el 21% en Santiago y el 14% en Bridgetown presentaron dificultad con 1 o 2 ABVD. Cuando se observan las diferencias que existen entre hombres y las mujeres, es evidente el mayor porcentaje mujeres con dependencia en comparación con los hombres. De las personas que tienen dificultades con 1 o 2 ABVD, el porcentaje de hombres con limitaciones físicas varió de 8 a 13%, mientras que el porcentaje de mujeres de 11 a 19%. Dentro de las AIVD el porcentaje de las personas que no pudo subir un piso por escalera sin dificultad varía de 16% en Bridgetown a 33% en Sao Paulo; mientras que el porcentaje promedio de las personas que no se podían agachar sin dificultad osciló entre 33% en Bridgetown y 56% en Santiago.

Evaluación física y funcional de adultos mayores con deterioro cognoscitivo (Colombia, 2004)⁴³

Estudio cuyo propósito fue conocer la frecuencia de trastornos en el equilibrio y la marcha en personas mayores con queja de trastornos de memoria y las

consecuencias en sus actividades de la vida diaria en una población de pacientes de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal (CMDEN) de la Fundación Santa María de los Alamos y de la Universidad Tecnológica de Pereira. Se evaluaron 83 personas mayores de 55 años que por una queja de memoria acudieron a la CMDEN en un periodo comprendido de 13 meses (agosto 2002 a septiembre 2003). El diagnóstico que predominó fue el deterioro cognoscitivo leve en 19 pacientes (22.9%). Determinando las AIVD acorde al índice de Lawton, se encontró que un 55.4% eran personas autónomas; sin embargo, es importante observar que el 13.3% de la población estudiada fueron personas totalmente dependientes, de las cuales la actividad más afectada fue la responsabilidad respecto al manejo de medicamentos. Las actividades de la vida diaria mostraron que a medida que una persona pierde capacidades cognoscitivas y motrices como la marcha y el equilibrio, la dependencia va en aumento, señalando un 30% de pacientes con dependencia hacia las personas que les rodean.

Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización (Perú, 2005) ⁴⁴

Estudio cuyo objetivo fue el determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las dos semanas previas a su hospitalización, y en el cual la información procedió del estudio "Valoración Geriátrica Integral en Adultos Mayores Hospitalizados a Nivel Nacional" realizado en una población de pacientes adultos mayores de 60 años y más, hospitalizados en los servicios de medicina de diversos hospitales nivel III y IV dependientes del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social. El total de hospitales que ingresaron al estudio fue de 14. Se estudiaron a 400 adultos mayores. Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las ABVD más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró una prevalencia de 47% de dependencia (17% de dependencia total). La mayor parte de los pacientes tenían por principales cuidadores a sus familiares directos y de estos la mayoría eran sus hijos. Existió relación significativa entre funcionalidad y edad ($p < 0.001$), situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognoscitivo y depresión.

Necesidades, recursos y calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra (España, 2005) ⁴⁵

Esta investigación tuvo por objetivo analizar las necesidades, los recursos y la calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra. Se seleccionaron 711 personas con una edad igual o superior a los 65 años. Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación (Escala EADG para valorar el nivel de ansiedad y de depresión en la población mayor, el Mini-examen Cognoscitivo (adaptación de Lobo – 1979a y b, 1980- a partir del Mini-Mental de Folstein y Mc Hugh, 1975), el Índice de Katz y el Índice de Lawton). En cuanto a la distribución de deterioro cognoscitivo en la muestra, el 84% no presentó, un 12% fue moderado y el 4% severo. Al analizar las puntuaciones obtenidas con la escala de Katz, un 20% presentó dependencia en al menos una ABVD y el 12% de la muestra en más de una ABVD. El grado de dependencia en estas actividades aumentó con la edad ($Ji^2= 63,063$; $p = 0,000$). Las AIVD que presentaron problemas más notorios para las personas mayores del estudio fueron: el ir de compras, la preparación de la comida, el lavado de ropa, el cuidado de la casa y el uso del transporte. El 14% de las personas mayores del estudio manifestaron dificultades para desplazarse dentro del hogar, siendo los de mayor edad ($Ji^2= 6,705$; $p = 0,010$) quienes presentan mayores dificultades. Siguiendo con el apartado de movilidad, el 27% de los mayores utilizó algún tipo de instrumento o aparato para el desplazamiento, de los que la mayoría vive en la planta baja o sótano ($Ji^2= 55,686$; $p = 0,000$). En el análisis de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia destacaron la enfermedad de los huesos, la hipertensión arterial, enfermedad del corazón y el asma o bronquitis crónica, en ese orden. En cuanto a la edad, sólo se encontró relación con la enfermedad del corazón, siendo un tipo de afección que afectó principalmente a las personas mayores de 75 años ($Ji^2= 15,281$; $p = 0,000$). Por género, las mujeres padecieron en mayor medida hipertensión arterial ($Ji^2= 13,556$; $p = 0,000$), colesterol elevado ($Ji^2= 10,091$; $p = 0,000$), artritis ($Ji^2= 15,317$; $p = 0,000$) y alergia ($Ji^2= 6,734$; $p=0,000$).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al estudiar el estado de salud de los adultos mayores se debe considerar que se entiende mejor en términos de la repercusión funcional de la enfermedad. El deterioro del estado funcional en éste grupo de edad es poco conocido y por ello no se le da la importancia merecida.

La identificación del estado funcional del adulto mayor es el mejor indicador para la planeación de intervenciones para atender el envejecimiento, por lo que es pertinente realizar esta medición así como de los factores relacionados.

El estado funcional no es un concepto nuevo y existe gran interés en conocer si las intervenciones realizadas en este grupo de edad han influido en él, siendo necesario identificar si existe diferencia entre lo reportado en otras sociedades creando así un precedente para evaluar futuras acciones de salud en los adultos mayores.

Algunos antecedentes han mostrado que el deterioro cognoscitivo, la depresión y el ser portador de enfermedades crónicas se han asociado con el riesgo de tener dificultades en las actividades de la vida diaria. Mientras que la relación con la actividad física, el nivel educativo, consumo de alcohol y tabaco no han sido consistentemente asociados. Finalmente, en el país, y en especial en el IMSS no se han reportado datos acerca del estado funcional del adulto mayor, además de que no se ha medido adecuadamente el peso de cada factor asociado, por lo cual se constituyeron las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia del estado funcional deteriorado en los adultos mayores usuarios de la UMF No. 23 del IMSS en el DF.?

¿Cuales son los factores asociados al estado funcional deteriorado de los adultos mayores usuarios de la UMF No. 23 del IMSS en el Distrito Federal?

Otras preguntas específicas de investigación relacionadas con los adultos mayores usuarios de la UMF No. 23 del IMSS en el DF. fueron:

- ¿Cuáles son las razones por las que los adultos mayores acuden a la UMF?
- ¿Cuál es la prevalencia de actividad física, tabaquismo y alcoholismo?
- ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognoscitivo del adulto mayor y la percepción de éste por su acompañante?
- ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas?
- ¿Cuál es la prevalencia de depresión?
- ¿Con qué tipo de recursos sociales cuentan?
- ¿Cuáles son las limitaciones auditivas, visuales y motoras más frecuentes y cual es su percepción de la causa y el grado de éstas?
- ¿Cuáles son los accesorios más utilizados por los adultos mayores y cuales de estos no les son útiles?
- ¿Cuál es la prevalencia de adoncia y el estado de las piezas dentales del adulto mayor?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores?
- ¿Cuál es la asociación entre estado funcional de los adultos mayores con la edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, uso de ayudas externas, depresión, deterioro cognoscitivo, recursos sociales, estado nutricional, ser portador de enfermedades crónicas y algunos estilos de vida como el practicar actividad física y el consumo de alcohol y tabaco?

4. JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores va en aumento, por lo tanto se incrementará la demanda de servicios geriátricos, por lo que es necesario conocer el estado funcional de los adultos mayores para diseñar programas de atención gerontológica integral dentro del Instituto.

Determinar el nivel de dificultad en las actividades diarias de los adultos mayores permite planificar acciones para la prevención del deterioro funcional además de proporcionar información actualizada sobre este problema en el grupo de personas de 60 y más años.

La realización de una exploración seria del estado funcional de los mayores es más que una necesidad administrativa, es un ejercicio científico que le dará legitimización a nuestras futuras acciones, las cuales deberán estar basadas en lo que los adultos mayores nos digan que requieren.

Los resultados del estudio promoverán la reorientación de las acciones preventivas de la Coordinación de Programas Integrados de Salud hacia los riesgos identificados.

BENEFICIOS:

1. Adultos mayores:

- En forma individual se evaluó su estado funcional.
- En forma global permite mejorar su atención en el Instituto.
- Identificación de necesidades sociales y de salud.

2. Sociedad:

- Facilita y optimiza la atención del adulto mayor.

3. Institución:

- Contribuye a describir las condiciones de la población derechohabiente adulta mayor para generar programas basados en el contexto institucional y así no depender de indicadores de otros países.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

- Identificar la prevalencia del estado funcional deteriorado en la población derechohabiente adulta mayor usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal.
- Identificar los factores asociados al estado funcional deteriorado de la población derechohabiente adulta mayor usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las razones por las que los adultos mayores acuden a la UMF.
- Identificar la prevalencia de actividad física, tabaquismo y alcoholismo.
- Determinar la prevalencia de deterioro cognoscitivo.
- Conocer la prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo de edad.
- Identificar la prevalencia de depresión.
- Determinar el tipo de recursos sociales de los adultos mayores.
- Conocer las limitaciones auditivas, visuales y motoras más frecuentes, así como su percepción de la causa y el grado de éstas.
- Identificar los accesorios más utilizados por los adultos mayores.
- Determinar la prevalencia de adoncia y piezas dentales del adulto mayor.
- Conocer el estado nutricional de los adultos mayores.
- Determinar la asociación entre estado funcional de los adultos mayores con la edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, uso de ayudas externas, depresión, deterioro cognoscitivo, recursos sociales, estado nutricional, ser portador de enfermedades crónicas y algunos estilos de vida como el practicar actividad física y el consumo de alcohol y tabaco.

6. HIPÓTESIS*

6.1 HIPÓTESIS GENERAL

- La prevalencia del estado funcional deteriorado en la población derechohabiente usuaria de 60 años y más de la UMF No. 23 del IMSS en el DF. es similar a la de los estudios reportados en México.
- Los factores asociados al estado funcional deteriorado de la población derechohabiente adulta mayor usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, son consistentes con los reportados en la literatura internacional.

6.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Las razones por las que los adultos mayores acuden a la UMF son similares a las reportadas en otros estudios en el IMSS.
- La prevalencia de enfermedades crónicas, depresión, deterioro cognoscitivo, actividad física, tabaquismo y alcoholismo en los adultos mayores, es similar a lo reportado en otros estudios mexicanos.
- Los recursos sociales se encuentran en su mayoría deteriorados.
- Las limitaciones o dificultades auditivas, visuales y motoras más frecuentes, así como su percepción de la causa, el grado de éstas y el uso de accesorios son similares a lo reportado en la bibliografía.
- La prevalencia de adoncia es mayor en el sexo femenino.
- El estado nutricional de los adultos mayores es similar a lo reportado en estudios del IMSS.
- Los factores que tienen relación con dificultades en las ABVD y AIVD son edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, depresión, deterioro cognoscitivo, recursos sociales, estado nutricional, ser portador de enfermedades crónicas y el consumo de alcohol y tabaco.

* Como ejercicio académico se enuncian, a pesar de ser un estudio transversal.

7. MATERIAL Y MÉTODO

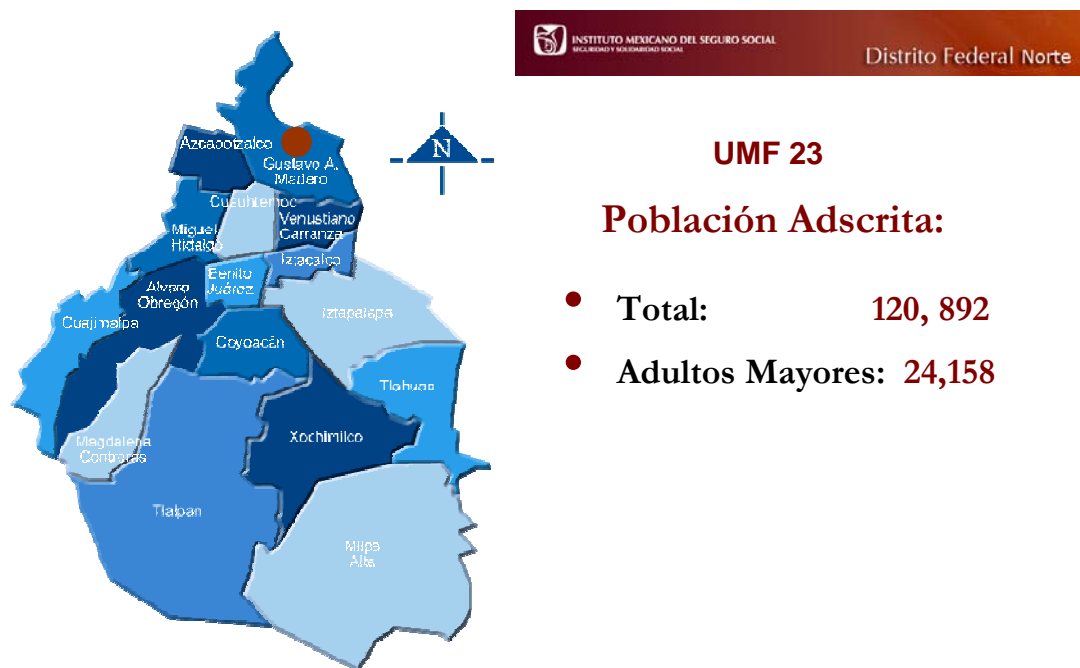
7.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal y observacional.

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se investigó dentro del Distrito Federal, la unidad con mayor porcentaje de población envejecida, por lo que se seleccionó a la UMF No. 23. Se encuestaron derechohabientes adultos mayores (60 años o más) usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en el Distrito Federal.

La población total de la UMF No. 23 del IMSS es de: 120,892 derechohabientes, de los cuales 24,158 son adultos mayores, lo que representa el 19.98% del total de la población de esta unidad, por lo que el tamaño de muestra representa el 3.4% de la población adscrita.



7.3 PERIODO DE ESTUDIO

Del 1 de Febrero al 30 de Junio del 2007.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en el Distrito Federal.
- Mayores o iguales a 60 años de edad.
- Que aceptaron contestar el cuestionario.
- Que otorgaron su consentimiento informado.

7.4.2 Criterios de exclusión

- Adultos mayores con alguna condición biopsicosocial que les impidió contestar el cuestionario.

7.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Mediante la fórmula para tamaño mínimo de muestra para determinar prevalencia en una población que no conocemos se obtuvo lo siguiente:

El tamaño muestral final se obtuvo a través de la fórmula:

$$n = Z^2 p (1-p) / d^2$$

Donde:

- $Z = 1.962$ (seguridad del 95%)
- Proporción esperada: (50%) = $p = 0.5$
- $q = 1-p = q = 0.5$
- $d =$ precisión (4%) = $d = 0.04$

Resultando:

- Tamaño de muestra = 637 adultos mayores
- Considerando 20% de pérdidas = 127

Tamaño total de muestra: **764 adultos mayores**

7.6 TIPO DE MUESTREO

Por muestreo no probabilístico consecutivo se ingresaron al estudio todos los adultos mayores derechohabientes adscritos a la UMF No. 23 que acudieron a la clínica por cualquier motivo.

7.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Estado funcional: La capacidad que presenta el adulto mayor para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Operacionalización: Se interrogó en forma directa, aplicando el Índice de Barthel para evaluar la realización de las ABVD y el Índice de Lawton para las AIVD. Las ABVD incluidas en el Índice de Barthel son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las AIVD incluidas en el Índice de Lawton son ocho: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero, y responsabilidad sobre el uso de medicamentos.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador:

- 1) Estado Funcional Adecuado (Sin dificultad para ABVD y AIVD).
- 2) Estado Funcional Deteriorado (Con dificultad para ABVD y/o AIVD).

Variables Independientes (En el orden en que fueron interrogadas)

Población adulta mayor derechohabiente usuaria: Adulto mayor de 60 años o más de edad adscrito a la UMF No. 23 del IMSS en el DF que acudiera a dichas instalaciones por cualquier motivo.

Operacionalización: Dentro de las instalaciones de la unidad, se preguntó al adulto mayor si estaba adscrito a la UMF No. 23. Si la respuesta fue afirmativa se le aplicó el instrumento después de solicitar su consentimiento. Si la respuesta fue negativa se le explicaba el motivo al adulto mayor.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Si, 2)No.

Edad: Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que se realizó la entrevista con el adulto mayor.

Operacionalización: Se preguntó la edad en años cumplidos hasta la fecha de la entrevista mediante el instrumento de recolección de información.

Escala de medición: Cuantitativa de razón.

Indicador: Años cumplidos.

Sexo: Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales que establecen diferencias entre el hombre y la mujer.

Operacionalización: Se evaluó a través de las características del fenotipo observado en el entrevistado y el que éste respondió por interrogatorio directo.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Hombre, 2) Mujer.

Estado civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la condición civil.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Soltero(a), 2)Casado(a) por el civil, 3)Casado(a) religiosamente, 4)Casado(a) por el civil y religión, 5)Unión libre, 6)Viudo(a), 7)Divorciado(a), 8)Separado(a).

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo el grado de estudios.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1)Sin educación formal, 2)Primaria incompleta, 3)Primaria completa, 4)Secundaria incompleta, 5)Secundaria completa, 6)Preparatoria o equivalente, 7)Normal, 8)Técnica o comercial, 9)Profesional, 10)Maestría o doctorado.

Razón por la que acude: Condición por la que el adulto mayor acude a la UMF.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo el porqué del acudir.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Atención médica, 2) Cobro de pensión, 3) Atención Preventiva Integrada, 4) Cita de laboratorio y/o rayos x, 5) Acompañante, 6) Surtir recetas, 7) Grupos de ayuda, 8) Trámite administrativo, 9) Sesiones educativas.

Nivel socioeconómico: Conjunto de condiciones sociales, culturales y de vivienda que se integran para el bienestar del individuo y que divide a la población en niveles económicos.

Operacionalización: Se conformó un índice tomando en cuenta las siguientes variables: tipo de vivienda, propiedad de la vivienda, material del techo, material del piso, material de las paredes, y artículos en la vivienda (teléfono, refrigerador, automóvil, lavadora, internet, computadora, televisión abierta, televisión satelital y DVD), otorgándose diferentes puntuaciones las cuales se sumaron y posteriormente se categorizaron en tres rubros: nivel socioeconómico alto, medio y bajo.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1) Alto, 2) Medio, 3) Bajo.

Tipo de ingresos mensuales: Forma por la cual el adulto mayor obtiene una remuneración en pesos al mes.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la forma de obtener ingresos.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Pensión por viudez, 2) Pensión por jubilación, 3) Pensión del cónyuge, 4) Pensión por invalidez, 5) Pensión gobierno, 6) Oportunidades/Procampo, 7) Salario por trabajo, 8) Becas, 9) Rentas, 10) Intereses bancarios, 11) Ninguno.

Ingresos económicos: Cantidad de dinero en pesos mexicanos que gana por remuneración de un trabajo, empleo o actividad.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la cantidad remunerada.

Escala de medición: Cuantitativa de razón.

Indicador: Pesos mexicanos.

Trabajo o actividad en la vida: Trabajo o actividad realizada por el adulto mayor en la mayor parte de su vida y que pudo ser o no su fuente principal de ingresos económicos.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo el trabajo realizado.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Empleado(a) u obrero, 2)Jornalero(a) o peón, 3)Patrón(a) o empresario(a), 4)Trabajador por su cuenta, 5) Hogar, 6)Trabajador sin pago en negocio familiar, 7)Trabajador no remunerado (aprendiz), 8)Estudiante, 9)Otro.

Trabajo actual: Trabajo o actividad realizada por el adulto mayor que puede ser o no su fuente principal de ingresos económicos.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo el trabajo realizado.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Empleado(a) u obrero, 2)Jornalero(a) o peón, 3)Patrón(a) o empresario(a), 4)Trabajador por su cuenta, 5) Hogar, 6)Trabajador sin pago en negocio familiar, 7)Trabajador no remunerado (aprendiz), 8)Otro.

Patrones de Actividad Física: Características del tipo, frecuencia, duración e intensidad de la actividad física que realiza un individuo.

Operacionalización: Reporte en el cuestionario del tipo, la intensidad, frecuencia y duración con la que se realicen actividades físicas a la semana. Se clasificó a la actividad en base a lo propuesto por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC):

-Actividad física recomendada: Reporte de actividades moderadas al menos 5 días de la semana con duración de 30 minutos por sesión o también la realización de actividades vigorosas al menos 3 días de la semana de 20 minutos por sesión.

-Actividad física insuficiente: Actividad con frecuencia o duración menor a la recomendada.

-Inactividad física: Ninguna actividad deportiva o de esparcimiento reportada.

Escala de medición: Cualitativa Ordinal.

Indicador: 1) Inactividad física, 2)Actividad física insuficiente, 3)Actividad física recomendada.

Consumo de tabaco: Conducta humana aprendida que consiste en el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas durante algún lapso en la vida.

Operacionalización: Se interrogó directamente al entrevistado sobre el número de cigarrillos fumados durante su vida (más de 100 o menos de 100) por la cantidad y el tiempo que fumó. Los indicadores que permitieron medir esta variable fueron: edad de inicio, condición de fumador (fumador actual o exfumador) y el tiempo de fumar por épocas de la vida considerando que existe variación en la forma de fumar.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)No Fumador, 2)Fumador Activo, 3)Exfumador, 4)Fumador Pasivo.

Consumo de alcohol: Ingestión de bebidas alcohólicas con algún grado de alcohol.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. Los indicadores que permitieron medir esta variable fueron: condición de bebedor (bebedor actual o exbebedor) y frecuencia con que toma bebidas alcohólicas.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Bebedor activo, 2)No bebedor.

Deterioro cognoscitivo: Conjunto de disminuciones de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa (Minimental de Folstein) e indirecta (a un informante aplicando el Cuestionario de información sobre el deterioro cognoscitivo en el anciano IQCODE). Proporciona una puntuación total de la suma de las puntuaciones en cada uno de los parámetros.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador:

Minimental de Folstein: 1)Con deterioro cognoscitivo, 2)Sin Deterioro cognoscitivo.

IQCODE: 1)Con probable deterioro cognoscitivo, 2) Sin deterioro cognoscitivo.

Depresión: Disminución grave del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que antes importaban al individuo.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa aplicando la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1) Sin depresión, 2) Depresión moderada, 3) Depresión severa.

Valoración Social: La capacidad que presenta el paciente para la relacionarse socialmente.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa, aplicando la escala de valoración social de OARS Social Resources Rating Scale.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1) Excelentes recursos sociales, 2) Buenos recursos sociales, 3) Recursos sociales ligeramente deteriorados, 4) Recursos sociales moderadamente deteriorados, 5) Recursos sociales bastante deteriorados, 6) Recursos sociales totalmente deteriorados.

Diagnóstico de Diabetes Mellitus: Padecer de enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que es portador de diabetes mellitus.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Con diagnóstico de Diabetes Mellitus, 2) Sin diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Diagnóstico de Hipertensión arterial: Padecer de enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm de Hg y diastólica de 90 mm de Hg.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que es portador de hipertensión arterial.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de Hipertensión Arterial, 2)Sin diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Diagnóstico de Enfermedades del Corazón: Padecer de alguna enfermedad del corazón.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que es portador de enfermedades del corazón.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de enfermedades del corazón, 2)Sin diagnóstico de enfermedades del corazón.

Diagnóstico de Cáncer: Padecer de cualquier tipo de cáncer.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que es portador de cáncer.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de cáncer, 2)Sin diagnóstico de cáncer.

Diagnóstico de Reumatismo/Artritis: Padecer de artropatía degenerativa y/o enfermedades articulares u osteartrosis.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que tenía artritis, artropatía degenerativa o alguna enfermedad articular.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de reumatismo/artritis, 2)Sin diagnóstico de reumatismo/artritis.

Diagnóstico de Enfermedades respiratorias: Padecer de bronquitis crónica, asma o alguna otra enfermedad respiratoria crónica.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que tenía bronquitis crónica o asma.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de enfermedades respiratorias, 2)Sin diagnóstico de enfermedades respiratorias.

Diagnóstico de Osteoporosis: Padecer de enfermedad que produce una reducción en la masa ósea.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa en el cuestionario. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que tenía osteoporosis.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de osteoporosis, 2)Sin diagnóstico de osteoporosis.

Diagnóstico de Insuficiencia Renal: Padecer de lesión renal de naturaleza prolongada irreversible que conduce a destrucción de la masa de nefronas.

Operacionalización: Se interrogó en forma directa. El indicador que permitió medir esta variable fue que si alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le había dicho que padecía de insuficiencia renal.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con diagnóstico de insuficiencia renal, 2)Sin diagnóstico de insuficiencia renal.

Limitaciones auditivas, visuales y/o motoras: Ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un adulto mayor.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la discapacidad auditiva, discapacidad visual y discapacidad motora.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Usar piernas, brazos y manos, 2)Es sordo(a) o no escucha bien, 3)Es ciego(a) o tiene dificultad visual, 4)Es mudo(a), 5)Comer, 6)Otra, 7)Ninguna.

Causa de limitaciones: Percepción del adulto mayor acerca de la causa de la ausencia, restricción o pérdida de la(s) habilidad(es) para desarrollar sus actividades.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la causa percibida.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Accidente, 2)Secuelas de poliomielitis, 3)Secuelas de Enfermedad vascular cerebral (EVC), 4)Enfermedad congénita, 5)Accidente de trabajo, 6)Artritis degenerativa, 7)Falta de dientes, 8)Enfermedad crónica, 9)Fractura o luxación, 10)Osteoporosis, 11)Complicaciones DM, 12)Otro.

Uso de accesorios o ayudas: Utilizar alguna ayuda externa o accesorio para tratar, controlar o mejorar los padecimientos del adulto mayor.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo la utilización de accesorios o ayudas.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Oxígeno, 2)Pañales, 3)Sonda para alimentación, 4)Sonda para evacuar, 5)Sonda para orinar, 6)Marcapasos, 7)Placa dental postiza, 8)Audífono, 9)Lentes, 10)Andadera sin llantas, 11)Andadera con llantas, 12)Bastón, 13)Bastón de 4 patas, 14)Muletas, 15)Silla de ruedas, 16)Bastón con codera, 17) Ninguno, 18)Otro.

Problemas con uso de accesorios: Tener dificultad en el uso de los aparatos especiales que el adulto mayor requiere para tratar, controlar o mejorar sus padecimientos.

Operacionalización: Se evaluó por interrogatorio directo el presentar dificultades con el uso de lentes, audífono y placa dental o dientes postizos.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Con problemas, 2)Sin problemas.

Estado de nutrición: Situación o condición en que se encuentra una persona con respecto a los requerimientos de su organismo.

Operacionalización: Se hizo la evaluación del estado nutricional en base al: "Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad" de acuerdo a las tablas de referencia de la OMS. Se extrapola el IMC calculado al percentil correspondiente de dichas tablas para conocer si tiene peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1) Peso bajo, 2) Peso normal, 3) Sobrepeso, 4) Obesidad.

Valoración de la cintura: Valoración del riesgo para la salud, según tamaño de la cintura.

Operacionalización: Se hizo la evaluación por medio de la medición de la cintura con cinta métrica de acuerdo a las tablas de riesgo para la salud de la Guía Técnica PrevenIMSS actualizada 2007 (Hombres: normal ≤ 90 cm, con riesgo >90 cm; Mujeres: normal <80 cm, con riesgo ≥ 80 cm).

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1)Normal, 2)Con riesgo.

Valoración del estado dental: Exploración clínica de cada pieza dental para evaluar su estado.

Operacionalización: Se llevó a cabo la revisión bucal con ayuda de un abatelenguas para poder visualizar cada una de las piezas dentales del adulto mayor. Se utilizó un odontograma para hacer las anotaciones pertinentes. Un odontograma es un esquema dental dividido por cuadrantes: 1)cuadrante superior izquierdo, que corresponde a las piezas dentales superiores del lado derecho del adulto mayor, 2)cuadrante superior derecho, que corresponde a las piezas dentales superiores del lado izquierdo del adulto mayor, 3)cuadrante inferior izquierdo, que corresponde a las piezas dentales inferiores del lado derecho del adulto mayor y 4)cuadrante inferior derecho, que corresponde a las piezas dentales inferiores del lado izquierdo del adulto mayor. En cada cuadrante existen 7 campos que corresponden a las siguientes piezas dentales en orden hacia el centro del odontograma respetando cada cuadrante: segundo molar, primer molar, segundo premolar, primer premolar, canino, incisivo lateral e incisivo central.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 0)Diente sano, 1)Diente con caries, 2)Diente indicado para extracción, 3)Diente extraído o perdido, 4)Diente obturado sin caries, 5)Diente obturado con caries.

8. PLAN GENERAL

Durante el mes de enero del año 2007 el encuestador, que fue una sola persona (propio investigador), fue capacitado para la aplicación de los instrumentos por el equipo de Atención Geriátrica a Domicilio del Hospital Regional “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, así como por el Dr. Jesús Pérez Domínguez, Coordinador de Programas de Estomatología de la Coordinación de Programas Integrados de Salud, del IMSS.

Posteriormente en el mes de febrero se realizó una prueba piloto del cuestionario en adultos mayores adscritos al Hospital Regional Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro, del IMSS ya que las características sociodemográficas de las poblaciones del Hospital Regional y la UMF No 23 son similares. Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 12.0 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84.

Contando con la autorización por parte del Comité de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 29 por indicaciones de la Delegación Distrito Federal Norte del IMSS, se procedió de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron a los adultos mayores derechohabientes adscritos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 sin importar el área de localización por medio de muestreo no probabilístico consecutivo.
2. Se informó al adulto mayor acerca del estudio y se le invitó a participar, solicitando su consentimiento.
3. Se aplicó la encuesta en forma personal al adulto mayor con duración promedio de 30 minutos y se le aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos para incrementar la honestidad de sus respuestas.
4. Se ofreció la disponibilidad del encuestador para la resolución de dudas respecto al instrumento de recolección de datos.
5. La aplicación del cuestionario se realizó en un lugar iluminado, ventilado y cómodo para el adulto mayor.

6. Aplicación del cuestionario IQCODE solo a los acompañantes de los adultos mayores que acudieron a la UMF 23 el mismo día que se le aplicó el cuestionario al adulto mayor.

Posterior a completar el tamaño de muestra, se realizó una base de datos con los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada y se analizó utilizando el programa SPSS versión 12. La captura se realizó por medio del software Eyes and Hands Forms de Read Soft para el manejo integral de la información. Esta herramienta permite realizar la lectura y transformación de datos contenidos en formatos impresos previamente diseñados y llenados a mano, a un formato digitalizado, que garantiza el reconocimiento de caracteres sobre campos definidos para efectuar una búsqueda de los mismos con el fin de transformarlos, capturarlos y depositarlos en una base de datos para su explotación en el programa estadístico.

La revisión, codificación, calificación y construcción de índices fue responsabilidad del investigador, quien finalmente realizó el análisis de la información.

Cuando el adulto mayor requirió de alguna atención por algún problema detectado se buscaron los vínculos correspondientes para ser canalizados al servicio correspondiente.

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribución porcentual de las características generales de los sujetos de estudio, media y desviación estándar de las variables continuas que se distribuyeron normalmente, mediana y rangos intercuartilares en caso contrario, así como prevalencias puntuales con intervalos de confianza al 95%.

Para la comparación de las variables continuas por género se aplicó t de Student ó U de Man-Withney. Para las variables discretas o nominales se compararon proporciones por medio de la prueba de Ji^2 o en su caso prueba exacta de Fisher.

En el análisis bivariado se calcularon las razones de prevalencia de los adultos mayores que presentaron dificultad para realizar al menos una ABVD y posteriormente para los que tuvieron alguna dificultad para realizar al menos una AIVD, con las variables sexo, edad, escolaridad, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades crónicas, deterioro cognoscitivo, recursos sociales y estado nutricional, calculando intervalos de confianza al 95%, se utilizó la prueba estadística Ji^2 y se consideró significativos los valores de alfa de $p < 0.05$.

En el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión logística con las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, obteniendo un modelo que permitió identificar las características que hacen que los adultos mayores tengan mayor probabilidad de presentar dificultad para las ABVD y AIVD.

Se utilizaron los paquetes estadísticos: SPSS en la versión 12.0 para Windows, STATA en la versión 9.0 para Windows, VISIO 2006 para el diseño del cuestionario para lectura por escáner y el software EYES AND HANDS READSOFT para el programa de lectura y captura del cuestionario.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, ésta investigación fue de "Riesgo Mínimo", por lo que una vez sometido a consideración y autorización del Comité de Investigación local se determinó que el consentimiento informado del adulto mayor se obtuviera de forma verbal.

Se obtuvo consentimiento para la toma y difusión de las fotografías. En el apartado de reflexiones las fotografías de los adultos mayores no corresponden con los textos.

11. RESULTADOS

El estudio apropiado del envejecimiento se debe hacer por género, por lo que a continuación todas las variables investigadas se presentan de esta manera.⁴⁶

11.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES Y DE SALUD

La Tabla 10 resume las características generales de la población. Se estudiaron 814 adultos mayores (6.5% más del tamaño mínimo de muestra), de los cuales ninguno fue excluido. El 58.6% fueron del sexo femenino y el 41.4% del sexo masculino. La edad estuvo comprendida entre 60 y 94 años, con un promedio de 69.59 años y una desviación estándar (DE) de ± 6.2 años. En base a la clasificación para la edad de la OMS² (Tabla 11), 75.2% de los adultos mayores se consideran dentro de la “Tercera edad”; en referencia a la clasificación de Neugarten² más de las tres cuartas partes de la población (79.5%) se considera “Jóvenes viejos”; y utilizando la clasificación de Riley² solo el 23.8% es “Viejo viejo”. Al identificar la distribución de la población se decidió utilizar como punto de comparación las medianas de edad (Tabla 11).

Cerca de la mitad (49.9%) refirió estar casado(a), con predominio de los hombres (64.2% por 39.8% de las mujeres) y más de la tercera parte (35.8%) de las mujeres reportó ser viuda (Figura 2). Existe mayor proporción de mujeres solteras (9.5%) que hombres (7.7%). En cuanto a la incorporación a protocolos de Atención Preventiva Integrada, el 99.9% de los adultos mayores ya cuenta con su Cartilla de Salud y Citas Médicas (Tabla 10).

En cuanto a escolaridad, el 4.9% reportó ser analfabeta con predominio en las mujeres (Figura 3) y solo el 53.0% tiene al menos primaria completa (Tabla 10). Se observó que las mujeres alcanzan más altos grados de estudios que los hombres (Figura 3).

El 76.3% de los adultos mayores vive en una casa independiente, por 19.7% que vive en departamento de un edificio, el resto vive en cuartos de vecindad o en cuartos de azotea (2.3% y 1.7% respectivamente). El 83.7% de la población de estudio vive en casa propia, 11.1% vive en casa rentada, 4.9% en casa prestada y solo el 0.3% la esta pagando. El número de cuartos que predominó en las viviendas de la población fue de 2 (56.5%), seguido del 28.4% en 3 cuartos. El 37.3% vive en hogares de dos habitantes y el 52.1% tiene hogares de 3 o más habitantes. El material de construcción del techo de los hogares que predominó fue el de concreto (98.6%), así como el piso de mosaico (87.1%) y paredes de block o ladrillo con aplanado (89.6%). El 97.9% de los adultos mayores refirió contar con agua intradomiciliaria, 99.5% con luz, 99.5% con drenaje, 97.8% con un cuarto especial para la cocina y 82.1% con un cuarto especial para el baño dentro de la casa. Los hogares de la población adulta mayor cuenta con los siguientes artículos: teléfono fijo (82.1%), computadora (6.3%), Internet (4.4%), refrigerador (95.5%), DVD (12.7%), televisión abierta (81.8%), TV cable (11.2%), TV satelital (2.8%), microondas (44.0%), automóvil (32.7%) y lavadora (76.4%). En base a todo lo anterior se realizó un índice socioeconómico en donde el 87.8% perteneció al nivel medio, 9.1% al bajo y solo el 3.1% al alto (Tabla 12).

El principal trabajo o actividad reportada que desempeñó el adulto mayor durante su vida (Figura 4) fue el ser empleado u obrero en el caso de los hombres (78.0%) y en las mujeres fueron las actividades del hogar (47.2%). Solo el 55.2% de los adultos mayores refirió realizar alguna actividad o trabajo en el momento de la encuesta; de estos adultos mayores, el 7% de las mujeres reportó alguna actividad económica, 93% se dedicó al hogar, en cambio en los hombres el 85.6% reportó ser remunerado en su trabajo, por solo el 14.4% que realiza labores en el hogar (Figura 5).

Al analizar el tipo de ingresos que mensualmente recibe la población de estudio solo el 72.5% de los hombres y mujeres de 60 y más años reciben algún tipo de ingreso económico. Predominó el ser pensionado (65.1%). El tipo de pensión por jubilación tuvo mayor predominio (66.5%), seguida de la pensión por viudez (18.3%) y la pensión otorgada por el gobierno (9.1%), información que se puede apreciar en la Figura 6. El promedio de ingresos mensuales que tienen los adultos mayores fue de \$2,070.53, con predominio en las mujeres (Figura 7).

Al cuestionar la razón por la que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en el Distrito Federal, el 53.1% de los adultos mayores refirió acudir para recibir atención médica, el 13.2% acudió a laboratorio o rayos x y el resto de los usuarios fue para cobro de pensión (10.7%), como acompañante (9.5%) y otras razones que pueden observarse en la Figura 8.

En relación a algunos estilos de vida de la población (Tabla 13), se observó que las mujeres practican con mayor frecuencia al menos una actividad física (55.1%) que los hombres. El ejercicio más practicado en la población fue el caminar (64.0%), seguido de el baile o danza (10.6%) y la natación (7.7%), mismo patrón observado en los hombres, no así en las mujeres, ya que la actividad física que practican con mayor frecuencia, seguida del caminar, fue la bicicleta (10.8%). El promedio de días a la semana de práctica de ejercicio fue mayor en las mujeres (5.8 días/semana), así como el promedio de minutos por sesión (39 min/sesión).

El 59.1% de los participantes reportó no fumar. El tabaquismo predominó en el sexo masculino. El promedio de edad de inicio fue menor en los hombres (17.7 años por 19.6 años en las mujeres). Así mismo, el promedio de cigarrillos fumados al día fue mayor en los hombres. En cambio, el tabaquismo pasivo se presentó mayor proporción en las mujeres (Tabla 13).

El 26.3% del total de los adultos mayores encuestados, reportó continuar consumiendo bebidas alcohólicas. Nuevamente, la edad promedio del comienzo de

esta práctica fue menor en los hombres (18.9 años, por 21.6 años en la mujer). El promedio de copas que un hombre bebe cada vez que toma fue mayor que en las mujeres así como la frecuencia del consumo. (Tabla 13).

El estado social juega un papel muy importante en el ámbito de los adultos mayores. El 10.6% de ésta población viven solos, siendo en los hombres más frecuente esta situación. La mayoría (37.3%) vive con una persona y solo el 8.2% viven con cuatro o más. El número de personas que un adulto mayor conoce lo suficientemente bien como para visitarlas en su casa es mayor en los hombres que en las mujeres. En cambio, las mujeres hablan más número de veces por teléfono al día con amigos y/o familiares que no viven con ella (4.4%, por 4.1% de los hombres). El 2.9% del total no confía en nadie, y el 60.6% confía tan solo en una persona. Aún cuando solo el 10.6% de los adultos mayores viven solos, el 19.9% reportó sentirse solo bastante a menudo (Tabla 14). Al realizar la valoración social, por medio de la Escala OARS, se encontró que el 32.2% tienen buenos recursos sociales, con predominio en los hombres, y que solo el 19.0% del total tienen recursos sociales totalmente deteriorados (Tabla 15).

En cuanto al deterioro cognoscitivo, por medio del Minimental de Folstein se identificó que solo el 1.4% de los adultos mayores lo presentaba, con predominio en el sexo masculino (Tabla 16). También se aplicó el cuestionario IQCODE a 360 acompañantes (44.2% de los adultos mayores asistió con acompañante) reportando que el 7.8% de esos adultos mayores presenta probable deterioro cognoscitivo (Tabla 17). En un intento de comparar lo que el acompañante percibe de situaciones de pérdida cognoscitiva en el adulto mayor, se comparó el IQCODE con el Minimental de Folstein mediante un Índice de Kappa el cual reportó una concordancia regular (Kappa de 0.544).

En términos de proporciones en la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” se encontró que el 18.9% presentó depresión moderada, predominando en las mujeres

adultas mayores; y que solo el 6.9% presentó depresión severa, siendo muy similar la proporción entre ambos sexos (Tabla 18).

Al hacer la valoración del estado nutricional por Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que un 72.7% de los adultos mayores presenta sobrepeso/obesidad, siendo más prevalente el sobrepeso en los hombres (62.8%) y la obesidad en las mujeres (28.4%), como se puede observar en la Tabla 19. Al evaluar el riesgo para la salud según el tamaño de la cintura, se encontró que el 77.1% del total de la población presenta riesgo, con predominio en las mujeres (Tabla 20).

Se analizó la información de enfermedades crónicas, y solo el 13.1% del total de adultos mayores refirió no ser portador de alguna de ellas (53.3% mujeres). Entre las enfermedades crónicas más frecuentes en los adultos mayores usuarios de la UMF 23 del IMSS en el DF, se encontró a la hipertensión arterial con una prevalencia del 51.5%, seguida de la diabetes melitus (34.8%), reumatismo/artritis (15.1%) y enfermedades del corazón (13.3%), como se puede apreciar en la Figura 9.

Al evaluar la prevalencia de dificultades y limitaciones en los adultos mayores, se encontró que el 85.4% presenta al menos una de ellas (Figura 10). Predominó la dificultad visual, principalmente en mujeres (73.0% de las mujeres con alguna dificultad), seguida de la limitación para usar piernas, brazos o manos, la cual también predominó en las mujeres, no así el ser sordo o no escuchar bien (27.0% de los hombres que reportó tener al menos una dificultad). Al cuestionar la percepción de la causa de las dificultades y limitaciones (Figura 11), los adultos mayores refirieron como principal causa a la edad (46.1%), seguida de las complicaciones de la diabetes mellitus (18.8%). Cabe mencionar que más de la mitad (56.8%) de los adultos mayores con dificultades o limitaciones refirió que el grado de éstas percibido por ellos es "leve" y solo el 1.7% lo considero "muy grave" (Figura 12).

Cabe diferenciar que no todos los adultos mayores que tienen dificultades o limitaciones utilizan algún accesorio o aparato especial para tratar, controlar o

mejorar sus padecimientos, ya que el 83.2% del total de población lo utilizan y sólo 97.4% de aquellos con limitaciones. El 41.3% de los adultos mayores que utilizan algún accesorio o aparato lo hacen con uno solo, el 29.1% con dos, el 10.0% utiliza 3 y el 2.8% utiliza 4 o más accesorios. El 81.8% de los adultos utilizan lentes de los cuales el 28% tiene problemas en su uso. El 8.3% de los adultos mayores utiliza audífonos, con mayor frecuencia en los hombres. La prótesis dental es utilizada en el 39.0% del total de la población y de ellos casi la tercera parte (30.9) refiere tener problemas en su uso. Otros de los accesorios más utilizados fueron el bastón (21.1%), la silla de ruedas (11.4%), y la andadera (4.6%), como se observa en la Tabla 21.

En el análisis de las características dentales de los adultos mayores, se encontró que el 32.5% del total de ellos utiliza algún tipo de prótesis dental, siendo más frecuente su uso en las mujeres (33.8% de las mujeres por el 30.6% en los hombres). Al cuestionar si presentaban en algún grado dificultad para comer, el 14.3% de la población refirió padecerlo y de éstos, el 39.6% refirió que fue por falta de dientes. Del total de adultos mayores el 13% presentó adoncia, predominando en el sexo masculino. En promedio el número de piezas dentales que tuvo la población fue de 19.85, de las cuales 6.75 piezas en promedio se encuentran sanas, 8.16 piezas en promedio tienen caries, 3.25 piezas en promedio tienen indicación para ser extraídas, y solo el 1.7% está obturada. Al sacar el promedio del número de piezas perdidas o extraídas, éste fue de 8.15, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre (8.5 en la mujer, por 7.8 en el hombre), como se puede apreciar en la Tabla 22.

En la Tabla 23 se aprecian diferentes odontogramas donde se aprecia prevalencia de piezas sanas, con caries, con indicación para extracción, extraídas o perdidas y obturadas.

11.2 ESTADO FUNCIONAL

Al analizar los resultados del Índice de Barthel, se encontró que el 28.5% del total de los adultos mayores tiene dificultad para realizar al menos una ABVD, siendo muy similar en hombres y en mujeres (Tabla 24). De estos adultos mayores, el 0.7% presentó dependencia total en las ABVD de acuerdo a los puntos de corte de ese instrumento, siendo más frecuente en las mujeres; 5.2% presentó dependencia severa, igualmente siendo más frecuente en las mujeres y solo el 71.5% del total de la población fue independiente para este tipo de actividades.

Es importante conocer la proporción de adultos mayores que tienen dificultades en la realización de alguna de las ABVD y en qué porcentaje éstos tienen dificultad para realizar otra de las ABVD, es por ello que se construyó una matriz de asociación (Tabla 25) en donde se puede apreciar que aquel adulto mayor que tiene algún grado de dependencia para comer, también tiene un 17.4% de dificultad para bañarse. Llama la atención que los porcentajes más altos están relacionados con subir y bajar escaleras, ya que aquel adulto mayor que presente algún grado de dificultad para subir y bajar escaleras, tiene un 36.1% de dificultad para trasladarse de la silla a la cama.

Se realizó una matriz de asociación entre el ser portador de alguna enfermedad crónica y presentar dificultad para la realización de las ABVD. En la Tabla 26 se puede apreciar, por ejemplo, que aquel adulto mayor que es portador de Diabetes Mellitus, tiene un 20.7% de dificultad para poder comer. Es así que aquel adulto mayor que es portador de alguna enfermedad del corazón, tiene también 40.7% de dificultad para poder caminar. (Leer únicamente en forma horizontal).

En el análisis de los resultados del Índice de Lawton en la realización de AIVD, la comparación se realizó en su totalidad por sexo, ya que los puntos de corte son diferentes para hombres y mujeres. Se encontró que la dependencia total fue más frecuente en las mujeres, así como la severa y moderada. (Tabla 27). Sólo el 58.2% de los hombres y el 44.6% de las mujeres fueron independientes para la realización de las AIVD.

Se construyó una matriz de asociación (Tabla 28) en donde se observa que aquel adulto mayor que tiene dificultad para usar el teléfono, también tiene el 40.3% de dificultad para ir de compras. Se destaca que en las AIVD propias de las mujeres, los porcentajes más altos se encuentran relacionados con lavar la ropa.

Igualmente se llevó a cabo una matriz de asociación entre el ser portador de alguna enfermedad crónica y presentar dificultad para la realización de las AIVD. En la Tabla 29 se puede apreciar que aquel adulto mayor que es portador de Diabetes Mellitus, tiene un 53.9% de dificultad para poder usar el teléfono. Es así que aquel adulto mayor que es portador de alguna enfermedad del corazón, tiene también 61.1% de dificultad para poder ir de compras.

Posteriormente se hizo una matriz de asociación entre el tener alguna dificultad para la realización de AIVD con ABVD (Tabla 30). En donde se puede observar que aquel adulto mayor que tiene dificultad para usar el teléfono, también tiene 30.7% de dificultad para comer. Llama la atención que los porcentajes más altos se encuentran relacionados con la AIVD de "lavar la ropa".

11.3 FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO FUNCIONAL

La Tabla 31 muestra las Razones de Momios de prevalencia, (RM) correspondientes a los factores que en el análisis bivariado presentaron asociación significativa con un estado funcional deteriorado respecto a las ABVD, destacando la edad de 75 a 85 años teniendo como referencia el grupo de edad de 60 a 74 años (RM 5.90; IC95% 4.16-8.38), edad de 86 y más años, teniendo como referencia al grupo de edad de 60 a 74 años (RM 30.91; IC95% 3.76-253.7), tabaquismo (RM 1.61; IC95% 1.17-2.22), padecer de diabetes mellitus (RM 1.82; IC95% 1.30-2.52), padecer de enfermedades del corazón (RM 2.61; IC95% 1.68-4.03), padecer de artritis/reumatismo (RM 2.78; IC95% 1.83-4.19), padecer de insuficiencia renal (RM 10.25; IC95% 1.004-505.8), tener deterioro cognoscitivo (RM 5.37; IC95% 3.65-7.89) y tener cintura de riesgo para la salud (RM 1.47; IC95% 1.33-1.67). El nivel de escolaridad de secundaria o más y practicar actividad física fueron factores protectores.

La Tabla 32 muestra las Razones de Momios de prevalencia (RM) correspondientes a los factores que en el análisis bivariado presentaron asociación significativa con un estado funcional deteriorado respecto a las AIVD, destacando en los hombres la edad de 75 a 85 años (RM 8.10; IC95% 4.03-16.2), padecer diabetes mellitus (RM 2.56; IC95% 1.53-4.41) y tener cintura de riesgo para la salud (RM 1.43; IC95% 1.26-1.69); el practicar actividad física (RM 0.48; IC95% 0.30-0.76) fue el único factor protector. En las mujeres los factores que presentaron asociación con un estado funcional deteriorado en las AIVD fueron: edad de 75 a 85 años teniendo como referencia el grupo de 60 a 74 años (RM 6.33; IC95% 3.65-10.9), tabaquismo (RM 1.72; IC95% 1.11-2.67), padecer diabetes mellitus (RM 2.08; IC95% 1.37-3.18), padecer hipertensión arterial (RM 1.73; IC95% 1.18-2.53), enfermedades del corazón (RM 2.94; IC95% 1.58-5.71), artritis/reumatismo (RM 3.02; IC95% 1.72-5.47), enfermedades pulmonares (RM 3.37; IC95% 1.06-14.0); el único factor protector fue el practicar actividad física.

11.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se realizó un modelo de regresión logística con las variables que mejor explicaron el estado funcional deteriorado en el análisis bivariado. Los factores que presentaron mayor probabilidad de riesgo de tener un estado funcional deteriorado en las ABVD fueron (Tabla 33): tabaquismo (RM 1.65; IC95% 1.08-2.52), padecer de diabetes mellitus (RM 1.90; IC95% 1.26-2.87), enfermedades del corazón (RM 2.91; IC95% 1.26-2.87), artritis o reumatismo (RM 3.40; IC95% 2.09-5.46); deterioro cognoscitivo (RM 3.86; IC95% 2.44-6.13), depresión (RM 2.50; IC95% 1.65-3.81), no tener dientes (RM 3.47; IC95% 2.05- 5.86). Y en cambio el practicar actividad física y una cintura normal, fueron factores protectores.

Los factores que presentaron mayor probabilidad de riesgo de tener un estado funcional deteriorado en las AIVD en hombres fueron (Tabla 34): tener escolaridad menor o igual a la secundaria (RM 1.94; IC95% 1.10-3.40), padecer de diabetes mellitus (RM 2.79; IC95% 1.45-5.37), artritis o reumatismo (RM 2.63; IC95% 1.13-6.07), deterioro cognoscitivo (RM 6.43; IC95% 2.88-14.3), depresión (RM 2.91; IC95% 1.48-5.72), no tener dientes (RM 3.32; IC95% 1.52-7.26). El tener cintura normal fue un factor protector. En las mujeres los factores que presentaron mayor probabilidad de tener estado funcional deteriorado en AIVD fueron de en mayor forma: escolaridad menor o igual a la secundaria (RM 2.24; IC 1.39-3.62), tabaquismo (RM 1.92; IC95% 1.14-3.23), padecer diabetes mellitus (RM 2.69; IC95% 1.64-4.41), hipertensión arterial (RM 1.84; IC95% 1.13-2.98), enfermedades del corazón (RM 2.17; IC95% 1.02-4.62), artritis o reumatismo (RM 2.98; IC95% 1.56-5.71), enfermedades pulmonares (RM 4.90; IC95% 1.25-19.1), deterioro cognoscitivo (RM 3.92; IC95% 2.00-7.66), depresión (RM 2.40; IC95% 1.38-4.19), no tener dientes (RM 3.79; IC95% 1.72-8.33) y al compactar las categorías sobrepeso y obesidad en una sola se encontró una RM 1.36 (IC95% 0.72-2.58). Nuevamente el tener una cintura normal fue un factor protector.

12. DISCUSIÓN

12.1 PRINCIPALES HALLAZGOS

Esta investigación en adultos mayores permitió identificar al momento de la encuesta, que:

- 55.2% realizaba alguna actividad o trabajo.
- 72.5% recibían algún tipo de ingreso económico.
- El promedio de ingresos mensuales fue de \$2,070.53.
- La principal razón por la que acudieron a la UMF fue la atención médica (53.1%)
- 43.0% practicó alguna actividad física.
- 19.9% fumaba.
- 73.7% no tomaba bebidas alcohólicas.
- 10.6% vivían solos.
- 32.2% presentaron buenos recursos sociales.
- La prevalencia de deterioro cognoscitivo fue de 1.4%.
- La prevalencia de depresión fue de 25.8%.
- 72.7% de los adultos mayores presentó sobrepeso/obesidad.
- 13.1% no padeció ninguna enfermedad crónica
- La prevalencia de hipertensión arterial fue de 51.5%.
- La prevalencia de diabetes mellitus fue de 34.8%.
- La prevalencia de reumatismo/artritis fue de 15.1%.
- La prevalencia de enfermedades del corazón fue de 13.3%.
- 85.4% presentó al menos una limitación o dificultad visual, auditiva o motora.
- 83% utilizó algún aparato especial para tratar, controlar o mejorar sus padecimientos.

- 28.5% presentó dificultad para realizar al menos una ABVD.
- 58.2% de los hombres y el 44.6% de las mujeres fueron independientes para la realización de las AIVD.
- Los factores asociados con dificultad para las ABVD fueron: la edad de 75 a 85 años, tabaquismo, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, artritis o reumatismo, insuficiencia renal, tener deterioro cognoscitivo y cintura de riesgo para la salud.
- Los factores asociados con dificultad para las AIVD en hombres fueron: edad de 75 a 85 años, diabetes mellitus y cintura de riesgo para la salud. En mujeres fueron: edad de 75 a 85 años, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, artritis o reumatismo y enfermedades pulmonares.

12.2 FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Fortalezas

- El tamaño de muestra fue adecuado y permitió discriminar los tipos de dificultades principales que conlleva.
- Los instrumentos utilizados han sido validados en nuestro país y el encuestador fue una sola persona, el cual fue capacitado para la aplicación de los instrumentos por el equipo de Atención Geriátrica a Domicilio (ADEC) del Hospital Regional “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, así como por el Dr. Jesús Pérez Domínguez, Coordinador de Programas de Estomatología.
- La medición de la cintura se realizó de acuerdo a las tablas de riesgo para la salud de la Guía Técnica PrevenIMSS actualizada 2007 (Hombres: normal ≤ 90 cm, con riesgo >90 cm; Mujeres: normal <80 cm, con riesgo ≥ 80 cm).

- El análisis se realizó en base a “dificultad” y respetando los puntos de cohorte de los instrumentos que evalúan la dependencia en ciertos grados, no obstante que la variable dependiente fue dificultad para ambos tipos de actividades, dada la complejidad de clasificar a la dependencia.
- Muchos de los factores de riesgo encontrados son consistentes en la literatura y aportan el incremento de conocimiento en esta área de forma clara, científica y consistente.

Limitaciones

- Sin ser una limitación de forma estricta debido a que se estudió población usuaria, la prevalencia de dificultades o limitaciones visuales, auditivas y motoras, pone en evidencia desde luego, únicamente la dificultad en esa población usuaria. Lo anterior no demerita este hallazgo dado que también ésta población demanda ser atendida, y por lo tanto se requiere determinar esta prevalencia, ya que es la población que acude a la UMF con todo y su dificultad en accesibilidad.
- Otra posible limitación o inconveniente metodológico es el tipo de muestreo, que a pesar de haber sido consecutivo no le resta precisión, debido a que representa a los 814 adultos mayores que acudieron en ese cuatrimestre y que así mismo, son representativos del tipo de adultos mayores que acude a esa unidad.
- Una consideración importante al estudiar dificultades ABVD y AIVD es la posible colinealidad entre las condiciones que se exploran, dado que es obvio por ejemplo, pensar que si se tiene dificultad para caminar se pueda tener dificultad para subir y bajar escaleras o para bañarse y vestirse, situación que quedó demostrada en las matrices. La colinealidad está presente, pero no por eso demerita los hallazgos.

12.3 COMPARACIÓN CON DATOS EXISTENTES

Con todas las condiciones que puedan no hacer comparables a las diferentes poblaciones se encontró lo siguiente:

En las Américas⁴⁷, en el grupo de 60 a 64 años hay sólo 89 hombres por cada 100 mujeres. Esta relación disminuye de manera uniforme, llegando a 53 por cada 100 en el grupo de personas mayores de 80 años. Misma tendencia observada en los adultos mayores estudiados, ya que la relación de hombres por mujeres en el grupo de 60 a 74 años de edad fue de 77 hombres por cada 100 mujeres y la relación disminuyó en el grupo de 75 y más años: 53 hombres por cada 100 mujeres.

En cifras absolutas, la diferencia según el sexo en los grupos de adultos mayores se traduce en una gran diferencia en el estado civil. Por sexo, la distribución porcentual del estado civil de hombres y mujeres de 60 años y más difiere sustancialmente, ya que el porcentaje de mujeres viudas (35.8%) es mayor al de hombres (13.6%), similar a lo reportado por INEGI⁴⁸ (41.4% en mujeres por 14.3% en hombres).

En la Encuesta Multicéntrica SABE⁴¹, se encontró que los hombres mayores de 60 años, en todos los países estudiados, presentaron mayor proporción de estar casados cuando se compararon con las mujeres. La proporción varió de casados/unidos de 60% en Barbados hasta 76% en México. Y la relación anterior se invirtió cuando se observó la viudez, ya que las adultas mayores presentaron mayor proporción de ser viudas que los hombres en todos los países estudiados. Ambas proporciones muy similares a los de la investigación realizada.

En la encuesta SABE⁴¹ se observó diferencias entre hombres y mujeres adultos mayores en todos sus niveles de educación. Las mujeres se encontraron en desventaja en los niveles de educación secundaria y superior en las 6 ciudades

estudiadas; mientras que en los niveles más bajos, las mujeres presentaron porcentajes por encima de los observados para los hombres. Situación que no comparte del todo características con la población de estudio de esta investigación, ya que las mujeres en los niveles escolares de secundaria y menores tienen menor proporción de escolaridad que los hombres.

Las características del hogar en donde se desenvuelve el adulto mayor tienen serias implicaciones en su estado funcional, en la presente investigación se encontró que el 97.9% de adultos mayores cuenta con disponibilidad de agua al interior de su domicilio, cifra mayor a lo reportado por INEGI⁴⁸ (84.5%) a nivel nacional en este grupo de edad. Misma situación en el contar con drenaje (99.5% en comparación de 75.8%) y contar con electricidad (99.5% por 94.1% de INEGI).

En el segundo trimestre del 2003, la Encuesta Nacional de Empleo⁴⁹ en México, registró en el país, a 3.2 millones de personas económicamente activas de 60 años y más, 7.7% de ellas. Por sexo, la distribución fue muy similar, tres de cada cuatro personas trabajadoras fueron hombres. Los datos obtenidos en esta investigación difieren en que solo 55.2% de los adultos mayores refirió realizar alguna actividad o trabajo en el momento de la encuesta; de estos adultos mayores, el 7% de las mujeres reportó alguna actividad económica y el 85.6% de estos hombres reportó ser remunerado en su trabajo. También la encuesta reportó que la proporción de adultos mayores pensionados fue del 78%, cifra mayor a la encontrada en la presente investigación (65.11%)

Al comparar la prevalencia de deterioro cognoscitivo (1.4%), ésta fue menor a lo reportado en el proyecto SABE Costa Rica⁴⁰ (16.4%), al igual que en estudios realizados en adultos mayores colombianos⁴³ (22.9%), y españoles de la Comarca de la Sidra⁴⁵ (16%). La prevalencia de deterioro cognoscitivo en la Encuesta Multicéntrica SABE en 6 países, utilizando el mismo instrumento de medición que la presente investigación, encontró un rango que varió de 0.4% en Montevideo a 7% en

México y Santiago de Chile, rango en el cual se encuentra la prevalencia de los adultos mayores de la UMF No. 23.

El porcentaje de las personas que fuman actualmente se observó en los hombres adultos mayores de la Ciudad de México, con 30%, según datos de la Encuesta SABE ⁴¹, dato similar a lo encontrado en nuestra investigación (45.1%)

La prevalencia de hipertensión arterial se encontró por encima del 43% en todos los países de la Encuesta Multicéntrica SABE ⁴¹, afectando a más de la mitad de la población en Sao Paulo y Santiago. La segunda enfermedad más frecuente fue la artritis, que varió de 23% en México a 53% en Buenos Aires. Información muy similar a la presente investigación ya que la prevalencia de hipertensión fue del 51.5%, en contraste, la segunda enfermedad más prevalente fue la diabetes mellitus (34.8%) y la artritis con el 15.5% entre los adultos mayores de la UMF No. 23.

En la ENSANUT 2006⁵⁰, se reportó que más de 50% de los hombres a partir de 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que en las mujeres la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

La prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus en nuestro estudio es similar a la encontrada en la ENCOPREVENIMSS 2006⁵¹ 58.4% y 31.6% respectivamente, por 51.5% y 34.8% de nuestro estudio).

La prevalencia de sobrepeso reportada en la ENCOPREVENIMSS 2006 en los adultos mayores a nivel nacional fue de 42.7%, y en la región centro de 41.8%, por 51.8% en esta investigación.

La misma encuesta reportó que la prevalencia de obesidad general fue de 27.2% a nivel nacional y en la región centro de 25.3%, y en la población adulta mayor de la UMF No. 23, se encontró una prevalencia del 20.9%, por lo que son cifras dentro del rango.

La ENCOPREVENIMSS 2006 también reportó que la prevalencia de adultos mayores con cintura de riesgo para la salud a nivel nacional fue de 71.4% por 72.9% de la región centro, cifra muy similar a la encontrada en esta investigación (77.1%).

En el año 2000, en México⁴⁸, las limitaciones de tipo motriz fueron las más frecuentes (55.1%), seguidas de las visuales (30.5% y las auditivas 21%), cifras similares a las encontradas en los adultos mayores de la UMF 23, aunque en este último predominó las dificultades visuales sobre las de tipo motriz.

En cuanto al uso de accesorios, en un estudio realizado en adultos mayores españoles⁴⁵ se reportó que el 27% de ellos utilizó algún tipo de instrumento para el desplazamiento, similar a la cifra encontrada en esta investigación, ya que el 21.1% de los adultos mayores utiliza bastón y el 11.4% utiliza silla de ruedas.

Esta investigación permitió identificar que el porcentaje de dificultad en ABVD (28.5%) y AIVD (41.8% en hombres y 55.4% en mujeres) se ubicó por arriba de lo reportado en la “Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento”³⁷ realizada en nuestro país, la cual reportó que el 7.06% de los adultos mayores presentó dificultad en al menos una de las ABVD. En cambio en el proyecto “Salud Bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE)⁴⁰, en países como Costa Rica el 66% del total no presentaron ninguna dificultad en ABVD y el 64.7% desarrollaron las AIDV sin dificultad”. En el estudio de “Evaluación física y funcional” realizado en Colombia⁴³ se encontró que un 55.4% eran independientes en as AIVD y en cuanto a las ABVD, en un estudio de funcionalidad de adultos mayores realizado en Perú⁴⁴, el 53% presentó autonomía. Además es interesante comparar los resultados obtenidos en SABE sobre las limitaciones con las ABVD con la información existente para los Estados Unidos, ya que en este país el porcentaje de personas adultas mayores que declararon tener dificultad con al menos una ABVD fue del 6%. En la Encuesta Multicéntrica SABE los valores para la dificultad en una ABVD variaron entre el 13% para Santiago y el 7% para Bridgetown para personas

entre 60 y 74 años. Para los adultos mayores de 75 años, el 21% en Santiago y el 14% en Bridgetown tuvieron dificultad en al menos una ABVD. Cifras similares a las encontradas en esta investigación.

Existe una estrecha relación entre dependencia y edad. El porcentaje de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Tanto en las ABVD como en las AIVD, el porcentaje de adultos mayores de la población de estudio se incrementó con la edad de manera más importante a partir de los 74 años, similar a lo reportado en otros países.^{40,41,44,45,52,53}

En la literatura se han descrito diferentes factores que pueden influir en la aparición de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, entre los que destacan las limitaciones sensoriales, enfermedades crónicas, trastornos mentales, ambiente social, factores económicos, y estilos de vida. En un estudio realizado en España⁵⁴ se encontró asociación con el sexo femenino (RM 3.8), diagnóstico de probable deterioro cognoscitivo por IQCODE (RM 36.8).

En un estudio realizado en América Latina y el Caribe⁵⁵, se encontró que las variables que mostraron una asociación directa con dificultades para realizar ABVD y AIVD fueron: padecer artrosis, diabetes mellitus, IMC elevado, deterioro cognoscitivo y el nivel educacional se encontró como factor protector. Factores que tuvieron asociación en los adultos mayores estudiados en la UMF No. 23.

12.4 IMPLICACIONES DE ESTE ESTUDIO

- Fincar precedente en el estudio de los adultos mayores desde el punto de vista funcional.
- Determina el estado funcional y todas las características encontradas a este en la población usuaria adulta mayor de la UMF No. 23.
- Propicia mejorar este tipo de exploración en futuras investigaciones.
- Considerar estos modestos resultados en el diseño de intervenciones.
- Diseñar una encuesta nacional tipo ENCOPREVENIMSS para obtener la información en el ámbito nacional.
- Conocer algunas necesidades sentidas de los adultos mayores, las cuales deben ser atendidas.
- Considerar estos resultados para la atención de esta población en los diferentes niveles de atención médica y social del IMSS. Por ejemplo, en la atención ambulatoria de las enfermedades crónicas al no considerar que un adulto mayor tenga deterioro cognoscitivo, no se garantiza el apego correcto al tratamiento dado.

Todo lo anterior implica una revisión exhaustiva y estricta de todo lo relacionado con los adultos mayores, desde la Atención Preventiva Integrada, prestaciones, cobro de pensión, (fila de quince metros en el sol), hasta la entrega de bastones.

12.5 ESTADO FUNCIONAL Y FACTORES DE RIESGO

A continuación se describe el porqué las variables independientes están asociadas a la dificultad de ABVD y AIVD que le dan plausibilidad biológica a lo aquí documentado.

Edad: La capacidad máxima de un individuo se alcanza posterior a que se satisface su etapa reproductiva, a partir de ese momento empieza un declive que está relacionado con la forma en que ha vivido las etapas anteriores de su vida, desde inclusive la etapa prenatal y la influencia del medio externo. Esto marcará la diferencia entre llegar a determinada edad con o sin dificultad de ABVD y AIVD.

Sexo: Se envejece de forma diferente si se es hombre o si se es mujer, las diferencias de género sí son importantes antes de los 60 años, aquí recobran mayor importancia, todas las situaciones que de alguna manera propicien o no la atención de la mujer o el hombre tienen una repercusión en el estado funcional de los mismos, de esto hay mucho escrito como tan sabido es que más mujeres viven “viejas” y solas.

Estado civil: Entre la población adulta mayor, el estado marital puede afectar de manera decisiva el bienestar tanto económico como emocional de la persona debido a la influencia que tiene en los arreglos del hogar y la dotación de personas que proporcionan atención a esta población, especialmente si se trata de un adulto mayor que padezca de una alguna enfermedad o incapacidad.

Enfermedades crónicas: El puro proceso mórbido produce deterioro molecular, biológico, celular, físico, psicológico y social, llevando a una dificultad en las ABVD y AIVD, y si a esto se le suman estilos de vida no saludables la dificultad será en mayor grado y a más temprana edad.

Deterioro cognoscitivo: es un factor importante en el deterioro funcional, la demanda por atención a largo plazo y la institucionalización misma de las personas. La vitalidad cognoscitiva es necesaria para el desempeño de las actividades instrumentales del vivir diario, así como para las actividades básicas.

El tan debatido nivel socioeconómico con la forma particular de haberse medido en este estudio no demostró ninguna asociación presumiblemente tenga que ver únicamente con el nivel de acceso que se pueda tener a la oferta de servicios.

El nivel de escolaridad influye en forma importante en las actitudes, prácticas y comportamientos que tienen las personas hacia la salud, por consiguiente, condiciona la demanda y utilización de los servicios de salud. Un punto de especial interés es tratar de describir que la escolaridad sea una vía para obtener la información y convertirla en acción para adoptar estilos de vida saludables y no caer en dificultades para ABVD y AIVD siendo esta una hipótesis muy arriesgada y audaz ya que en este estudio quien tiene mayor escolaridad tiene menor riesgo y posiblemente a solicitar mayor atención.

Llama la atención que el tabaquismo con toda la carga morbosa únicamente salió significativo en el grupo de las mujeres, posiblemente tenga que ver con la forma de medición.

Las bondades de la actividad física se evidenciaron de forma consistente y hoy día la evidencia científica de esas bondades es suficiente.

Nuevamente la cintura se coloca en la literatura internacional como un excelente indicador que discrimina una situación de riesgo.

En principio relacionar la salud bucal con dificultad de AIVD o ABVD parecería fácil, igual y si lo es, pero el mecanismo por el cual un adulto mayor con mala salud bucal cae en un estado de dificultad tal vez no sea razón directa de éste deteriorado estado

bucal, si no más bien es componente importante de un modelo multicausal al cual se añaden otras enfermedades y otras condiciones sociales que están presentes en las personas que presentaron dificultad. No obstante es importante determinarla debido a que forma parte de la constelación de situaciones que deben ser atendidas en estas personas.

Existe importante investigación en el área social que determina la participación de la red social de los adultos mayores en la aparición y presencia de enfermedades, aquí se considera que el adulto mayor al vivir con una enfermedad crónica adquiere un nuevo estilo de vida; la diabetes, la hipertensión, vivirán con el hasta el resto de sus vida y el ser humano no es asocial por lo que OARS es un excelente recurso que mide la red social. Finalmente se observa coherente decir que el adulto mayor con buenos recursos sociales la posible dificultad que tenga puede ser minimizada por el mismo si el percibe que tiene excelentes recursos sociales. En este punto en especial la sociología y la psicología aportarán mayor solidez a futuros estudios, particularmente en la autoeficacia que es la percepción subjetiva que el adulto mayor tiene acerca de salir exitoso en situaciones futuras adversas.

Si bien es cierto que el vivir solo es un factor de riesgo no todos los que viven solos se sienten solos, y no todos los que viven solos requieren de apoyos, aquí depende en gran medida el tipo de enfermedad que se tenga e inclusive otros recursos sociales. Para muchos adultos mayores el vivir solos es una elección personal y estilo de vida. Esto no resta el destacar que en ciertos padecimientos el adulto mayor no debe estar solo. La segmentación de este grupo es importante para la oferta de servicios.

Se exploró detalladamente la posesión de algunos bienes y servicios en los hogares no como un factor de riesgo para tener dificultad e ABVD o AIVD, sino como un acercamiento a los recursos que este tipo de personas tiene y que da luz a la tan mencionada planeación de servicios y recursos. Finalmente todos estos bienes y servicios repercuten su posesión o no en dar comodidad a la vida diaria del adulto mayor.

13. CONCLUSIONES

En la población estudiada de adultos mayores en términos generales, cerca del 70% tiene dificultad para las ABVD y 60% de los hombres y 45% de las mujeres tienen dificultades para las AIVD.

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad del adulto mayor y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo en las actividades de la vida diaria. Así, de acuerdo a los objetivos planteados y a los resultados del estudio, es evidente la importancia que toman los mismos.

Los factores asociados al estado funcional fueron: edad, depresión, deterioro cognoscitivo, diabetes mellitus, artritis o reumatismo, enfermedades del corazón y medición de cintura con riesgo.

Estos resultados nos permiten conocer por un lado la magnitud de este problema en la población adulta mayor y por otra parte generan la necesidad de desarrollar nuevas investigaciones dirigidas a consolidar las acciones encontradas.

Finalmente los hallazgos permitirán tomar decisiones para dirigir la planeación de intervenciones para atender el envejecimiento.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burwell B, Jackson B. The elderly population in need of long term care. US Department of Health and Human Services, 1994.
2. Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas, Nueva York, 2002.
3. Velásquez UMT. El envejecimiento de la población. Ciencias (México) 2004; 75:28-34.
4. Durán Arenas L., Salinas Escudero G., Gallegos-Carrillo K. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. La salud del adulto mayor, IMSS, 2004; 155-190.
5. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública, México 1996; 38:409-418.
6. Borges Yáñez A, Gómez Dantés H, Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública de México, vol.40, no.1, enero-febrero 1998; 1-11.
7. Proyecciones de población en México. Censo de población. (fecha de acceso: 22-06-06) disponible en: <http://www.Conapo.gob.mx/indsociodemo/>
8. García Peña MC, Thorogood M, Armstrong B, *et al.* Evaluación de la efectividad de esquemas de prevención primaria en el manejo de la hipertensión en ancianos. En: Muñoz O, Durán L, ed. Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI. Evaluación y gestión tecnológica. México, DF: 2002: 51-62.
9. Durán Muñoz C, García Peña MC, Gallegos Carrillo K, Pérez Cuevas R, Gómez Dantés H, Durán Arenas L. Envejecimiento en México: perspectivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Muñoz O, García-Peña C, Durán-Arenas L, ed. La salud del adulto mayor. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004; 87-102.

10. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1835-1842.
11. Edwards P, Salud y Envejecimiento, un documento para el debate, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, España, 2001; 6-18.
12. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):353-61.
13. Hazzard W, Reubin A. Principles of geriatric medicine and gerontology. McGraw Hill; 1999: 1535-1546.
14. Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 1ra Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia;2003:1-5.
15. Dunlop D, Manheim L, Sohn M. Incidence of functional limitation in older adults: The impact of gender, race, and chronic conditions. *Arch Phys Med Rehab* 2002; 83: 964-971.
16. Tallis RC, Fillit HM. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. 6th edition. Churchill Livingstone; 2003:291-299.
17. Fundación Catalana del Envejecimiento, Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España, Universidad Autónoma de Barcelona, Diciembre 2004; 16-17.
18. Gutiérrez RJ, Galeano AR, Solano JJ, Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria. Análisis de algunas variables que influyen en su medición, (fecha de acceso: 25-09-06) disponible en: http://www.nexusediciones.com/np_gero_1998_8_1.htm
19. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de trabajo de la semFYC. Atención al anciano. Madrid: Eurobook 1997; 39.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med. J* 1965; 14: 61-5.
21. Katz S et al. Assessing self maintenance: Activities of daily living. *JAGS* 1983; 31: 721-777.

22. McVey L, Becker P, Saltz C. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1989; 110: 79-84.
23. Lawton MP. Assessment, integration and environment for the elderly. *The gerontologist* 1970; 9: 15-19.
24. Rodger W, Miller B. A comparative analysis of ADL questions in survey of older people. *Gerontol* 1997; 52B (Special issue):21-36.
25. Lawton MP. The impact of the environment on aging behavior. En Le Birren y KW. Schaie (eds). *Handbook of the psychology of aging* 1977.
26. Lawton MP. Competence, environmental stress, and the adaptation of older people. En: *Aging and the environment: Theoretical approaches*. NY 1982 Springer.
27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist* 1969; 9: 179: 186.
28. Martín Carrasco M. Frecuencia y distribución del problema. *Epidemiología asistencial*. En *atención coordinada del paciente con demencia*. Madrid: Doyma, 2000.
29. C. de Alba Romero, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litago Gil, A. Luque Santiago, *et al.* Actividades preventivas en los ancianos, *Aten Primaria*, Vol. 28. Supl. 2. Madrid 2001; 175-177
30. Folstein Mf, Folstein S, McHugh Pr. Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
31. Icaza M. G. y Albala C. (1999): Mini-Mental State Examinations (MMSE) del estudio de la demencia en Chile: Análisis Estadístico – Serie Investigaciones en Salud Pública – Documentos Técnicos. (Coordinación de Investigaciones – División de Salud y Desarrollo Humano – OPS.
32. Del-Ser, T., Morales, J. M., Barquero, M. S., Canton, R. and Bermejo, F. Application of the Spanish version of the “Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly” in the clinical assessment of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 1997;11: 3–8.
33. Isella, V., Villa, M. L., Frattola, L. and Appollonio, I. Screening cognitive decline in dementia: preliminary data on the Italian version of the IQCODE. *Neurological Sciences*, 2002; 23, S79–S80.

34. Evaluación de la conducta: instrumentos cognitivos y funcionales. Curso de Neurología de la conducta y demencias. (fecha de acceso: 26-09-06) disponible en:
http://www.oaid.uab.es/nnc/html/entidades/web/21cap/c21_04.html
35. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 21-25.
36. Eiroa *et al*, OARS Social Resources Rating Scale, *Med Clin*, 1996; 12-16
37. Solís, P. La transición a la alta dependencia funcional. En: La población mexicana a finales del siglo XX, Hernández H. y Menkes C. eds. SOMEDE, UNAM-CRIM, 1998, pp. 449-466.
38. Huertas Zarco I, Llopis Fornas ML, Navarro Garrigos MA, Garay Peset A, Paredes Cencillo MT, Rioja Rioja L *et al*. Salud mental y actividades básicas de la vida diaria, en una población mayor de 65 años, usuarios de la policlínica Casa del Mar de Valencia. *Clin Geriatric Med* 1997;3:1-15.
39. Sandoval L, Varela L, Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados, *Rev Med Hered* 1998; 9: 138-142.
40. Cáceres Rodas RI. Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000;149-172.
41. División de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE). Informe Preliminar. Washington, D.C. 2001.
42. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):353-61.
43. García Pulgarín LV, García Ortiz LH. Evaluación física y funcional de adultos mayores con deterioro cognoscitivo. *Rev Med Risaralda*, 10 (2), Noviembre de 2004; 22-28.
44. Varela Pinedo L, Chavez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F, Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, *Rev Med Hered* v.16 n.3 Lima jul.-sept. 2005.

45. Albuérne López F, Labra Pérez JA. Necesidades, recursos y calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra. IMSERSO, Madrid 2005; 1-56.
46. Arber, Ginn J, Relación entre género y envejecimiento. Madrid, Narcea, 1996.
47. OPS/OMS. Envejecimiento en las Américas, proyecciones para el siglo XXI. Instituto Nacional de Envejecimiento, Departamento de Comercio de EUA (1997)
48. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México, Oct. 2005
49. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Empleo. México 2003.
50. Olaiz G, Rojas R, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J, Encuesta Nacional de Salud 2006. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
51. Coordinación de Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCO PREVENIMSS 2006.
52. Parker CJ, Morgan K, Dewey ME. Physical illness and disability among elderly people in England and Wales: the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Stud. The Analsis Group. J epidemio Community Health. 1997 (51 (5): 494-501.
53. Avlund K, Davidsen M. Changes in functional ability from ages 70 to 75. J aging Health. 1995; 7(2): 254-283.
54. Gutierrez Rodríguez José, Alonso Álvarez Martha, Varela Suárez Carmen, Solano Jaurrieta Juan José, Factores de riesgo asociados a deterioro funcional en el anciano tras su consulta en un servicio de urgencias, Revista Multidisciplinaria de Gerontología, 1999 (9), 139-146.
55. Menéndez Jesús, Guevara Adialys, Arcia Néstor, León Díaz Esther María, Marín Clara, Alfonso Juan C., Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe, Revista Panamericana de Salud Pública, 2005 (17), 353-361.

15. ANEXOS

1. Cronograma de actividades
2. Tablas de resultados
3. Figuras de resultados
4. Consentimiento informado
5. Instrumento de recolección de datos
6. Reflexiones de adultos mayores

1. Cronograma de Actividades	Página 84
2. Tablas de resultados	
• Tabla 1. Características de los instrumentos de valoración funcional más utilizados	14
• Tabla 2. Puntuaciones y ABVD incluidas en el Índice de Barthel	17
• Tabla 3. Interpretación de las puntuaciones del Índice de Lawton	18
• Tabla 4. Puntuaciones y AIVD incluidas en el Índice de Lawton	19
• Tabla 5. Instrumentos de evaluación de función cognoscitiva	20
• Tabla 6. Puntos de referencia del Minimental de Folstein en función de edad y nivel educativo del adulto mayor	21
• Tabla 7. Cuestionario del Informante sobre deterioro cognoscitivo en el anciano	22
• Tabla 8. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	23
• Tabla 9. Preguntas de la Escala de Recursos Sociales (OARS)	24
• Tabla 10. Características generales por sexo de los adultos mayores	86
• Tabla 11. Mediana de edad y estratos por sexo de los adultos mayores según OMS, Neugarten y Riley	87
• Tabla 12. Nivel socioeconómico por sexo de los adultos mayores estudiados	87

	Página
• Tabla 13. Algunos estilos de vida por sexo de la población adulta mayor estudiada	88
• Tabla 14. Características sociales por sexo de los adultos mayores	89
• Tabla 15. Escala de valoración social (OARS) por sexo de la población de estudio	90
• Tabla 16. Prevalencia por sexo de deterioro cognoscitivo (Minimental de Folstein)	90
• Tabla 17. Resultados por sexo del Cuestionario del Informante Sobre Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor (IQCODE)	90
• Tabla 18. Prevalencia de depresión por sexo (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage)	91
• Tabla 19. Valoración del estado nutricional por IMC en ambos sexos	91
• Tabla 20. Riesgo para la salud según tamaño de la cintura en ambos sexos de la población adulta mayor	91
• Tabla 21. Uso de accesorios por sexo de los adultos mayores estudiados	92
• Tabla 22. Características dentales por sexo de la población adulta mayor	93
• Tabla 23. Características de piezas dentales de los adultos mayores estudiados	94
• Tabla 24. Resultados por sexo de la evaluación en las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)	95
• Tabla 25. Matriz de asociación de dificultad entre ABVD de los adultos mayores	96
• Tabla 26. Matriz de asociación entre el ser portador de enfermedades crónicas y dificultad para la realización de ABVD de los adultos mayores	97
• Tabla 27. Resultados por sexo de la evaluación en las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton)	98
• Tabla 28. Matriz de asociación de dificultad entre AIVD de los adultos mayores	98
• Tabla 29. Matriz de asociación entre el ser portador de enfermedades crónicas y dificultad para la realización de AIVD en los adultos mayores	99
• Tabla 30. Matriz de asociación de dificultad para la realización de AIVD y ABVD de la población adulta mayor	100

	Página
• Tabla 31. Factores de riesgo asociados a dificultad en la realización de ABVD en adultos mayores	101
• Tabla 32. Factores de riesgo asociados a dificultad en la realización de AIVD en hombres y mujeres de 60 y más años	102
• Tabla 33. Resultados de la regresión logística de factores asociados a tener dificultad en la realización de ABVD en adultos mayores	103
• Tabla 34. Resultados de la regresión logística de factores asociados a tener dificultad en la realización de AIVD en hombres y mujeres adultos mayores	104

	Página
3. Figuras de resultados	
• Figura 1. Capacidad funcional durante el ciclo vital	9
• Figura 2. Estado civil por sexo de la población de estudio	105
• Figura 3. Escolaridad por sexo de los adultos mayores estudiados	106
• Figura 4. Principal trabajo o actividad durante la vida del adulto mayor según sexo	107
• Figura 5. Trabajo actual por sexo de los adultos mayores estudiados	108
• Figura 6. Tipo de pensión de la población adulta mayor	109
• Figura 7. Ingresos al mes según sexo de la población de estudio	109
• Figura 8. Razón por la que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en el Distrito Federal	110
• Figura 9. Prevalencia de enfermedades crónicas de la población adulta mayor estudiada	110
• Figura 10. Prevalencia de dificultades y limitaciones por sexo de los adultos mayores	111
• Figura 11. Percepción de la causa de dificultades y limitaciones de la población adulta mayor	111
• Figura 12. Autopercepción del grado de limitación de los adultos mayores estudiados	112

	Página
4. Consentimiento Informado	113
5. Instrumento de recolección de datos	114
6. Reflexiones de adultos mayores	125

15.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2006										2007										2008		
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Elaboración protocolo	■	■																					
Presentación protocolo			■		■																		
Corrección protocolo				■		■	■																
Aprobación protocolo CPIS								■	■														
Prueba piloto de cuestionario										■													
Correcciones cuestionario											■												
Aprobación protocolo UMF											■												
Aplicación cuestionario												■	■	■	■								
Escaneo/ Base de datos														■									
Análisis de resultados															■								
Presentación de Tesis																■							
Rotación de Campo															■	■	■	■					
Presentación resultados UMF																			■				
Publicación de resultados																		■	■	■	■	■	■
Presentación en congresos																			■				■

15.2 TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 10. Características generales por sexo de los adultos mayores

Variable	Hombres		Mujeres		Total	P	
	n	(%)	n	(%)			n
Total	337	(41.4)	477	(58.6)	814	(100)	
Escolaridad							0.009
Analfabeta	6	(1.8)	34	(7.1)	40	(4.9)	
Educación informal	148	(43.8)	295	(40.9)	443	(42.1)	
Primaria	66	(19.6)	116	(24.3)	182	(22.4)	
Secundaria	64	(19.0)	55	(11.5)	119	(14.6)	
Preparatoria	36	(10.7)	59	(12.4)	95	(11.7)	
Profesional	15	(4.5)	12	(2.5)	27	(3.3)	
Maestría	2	(0.6)	6	(1.3)	8	(1.0)	
Estado Civil							<0.001
Soltero	26	(7.7)	45	(9.5)	71	(8.7)	
Unión Libre	21	(6.2)	27	(5.7)	48	(6.0)	
Casado	216	(64.2)	190	(39.8)	406	(49.9)	
Viudo	46	(13.6)	171	(35.8)	217	(26.6)	
Divorciado	28	(8.3)	44	(9.2)	72	(8.8)	
Pensionado							0.41
Si	265	(78.6)	249	(52.2)	514	(63.2)	
No	72	(21.4)	228	(47.8)	300	(36.8)	
Cartilla							0.243
Si	336	(99.7)	477	(100)	813	(99.9)	
No	1	(0.3)	0	(0)	1	(0.1)	
Trabaja Actualmente							<0.001
Si	62	(18.4)	387	(81.1)	449	(55.1)	
No	275	(81.6)	90	(18.9)	365	(44.9)	
Ocupación principal en la vida							0.942
Empleado	263	(78.0)	208	(43.6)	471	(57.8)	
Jornalero o peón	20	(5.9)	2	(0.4)	22	(2.7)	
Trabajo por su cuenta	39	(11.6)	28	(5.9)	67	(8.2)	
Hogar	2	(0.6)	225	(47.2)	227	(27.8)	
Negocio familiar	13	(3.9)	14	(2.9)	27	(3.5)	

Tabla 11. Mediana de edad y estratos por sexo de los adultos mayores según OMS, Neugarten y Riley

<i>Clasificación</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
OMS				0.014
Tercera edad				
60 a 74 años	267 (79.2)	345 (72.3)	612 (75.2)	
Mediana	66	66	66	
Cuarta edad				
75 a 89 años	68 (20.2)	132 (27.7)	200 (24.6)	
Mediana	79	72	77	
Longevos				
≤ 90 años	2 (0.6)	0	2 (0.2)	
Mediana	92	---	92	
Neugarten				0.050
Jóvenes viejos				
55 a 75 años*	279 (82.8)	368 (77.1)	647 (79.5)	
Mediana	65	67	67	
Viejos viejos				
≥ 76 años	58 (17.2)	109 (22.9)	167 (20.5)	
Mediana	78	78	78	
Riley				0.079
Jóvenes viejos				
60 a 74 años	267 (79.2)	345 (72.3)	612 (75.2)	
Mediana	66	66	66	
Viejos viejos				
75 a 85 años	67 (19.9)	127 (26.6)	194 (23.8)	
Mediana	77	76	77	
Viejos más viejos				
> 85 años	3 (0.9)	5 (1.1)	8 (1.0)	
Mediana	90	86	86	

* = promedio

Tabla 12. Nivel socioeconómico por sexo de los adultos mayores estudiados

<i>Clasificación</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337 (%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477 (%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814 (%)</i>	<i>P</i>
Alto	10 (3.0)	15 (3.1)	25 (3.1)	0.117
Medio	288 (85.4)	427 (89.5)	715 (87.8)	
Bajo	39 (11.6)	35 (7.4)	74 (9.1)	

Tabla 13. Algunos estilos de vida por sexo de la población adulta mayor estudiada

<i>Variable</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Actividad Física				0.082
Si	157 (46.6)	193 (40.5)	350 (43.0)	
No	180 (53.4)	284 (59.5)	464 (57.0)	
Tipo de Ejercicio				0.347
Caminar	100 (63.6)	124 (64.2)	224 (64.0)	
Bicicleta	5 (3.2)	21 (10.8)	26 (7.4)	
Aeróbicos	2 (1.3)	10 (5.2)	12 (3.4)	
Correr	8 (5.1)	2 (1.6)	10 (2.9)	
Baile/Danza	24 (15.2)	13 (6.7)	37 (10.6)	
Yoga	6 (3.9)	8 (4.1)	14 (4.0)	
Natación	12 (7.7)	15 (7.4)	27 (7.7)	
Días a la semana*	5.2	5.8	5.5	0.509
Minutos por sesión*	35	39	37	0.431
Consumo de tabaco				<0.001
Si	202 (59.9)	131 (27.5)	333 (40.9)	
No	135 (40.1)	346 (72.5)	481 (59.1)	
Edad comienzo*	17.7	19.6	18.6	0.179
Ha fumado últimos				0.008
12 meses	110 (54.5)	52 (39.7)	162 (48.6)	
Ha fumado últimos				0.242
30 días	91 (45.1)	47 (35.9)	138 (41.4)	
Cigarros al día*	4.2	3.8	4	0.662
100 cigarrillos en su vida	147 (72.7)	80 (61.0)	227 (68.2)	0.021
Vive con fumador	28 (8.3)	42 (8.8)	70 (8.6)	0.118
Consumo de Alcohol				<0.001
Si	155 (45.4)	61 (12.8)	214 (26.3)	
No	184 (54.6)	416 (87.2)	600 (73.7)	
Edad comienzo*	18.9	21.6	20.3	0.102
Frecuencia				
≥ 3 días/sem.	2 (1.3)	3 (4.9)	5 (2.3)	
1 o 2 días/sem.	13 (8.5)	2 (3.3)	15 (7.0)	
1 día/mes	15 (9.8)	6 (9.8)	21 (9.8)	
1 a 3/año	123 (80.4)	50 (82.0)	173 (80.9)	
Copas*	2.5	2.0	2.3	0.201

* = promedio

Tabla 14. Características sociales por sexo de los adultos mayores

<i>Variable</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Vive:				0.322
Solo	42 (12.5)	44 (9.2)	86 (10.6)	
Con 1 persona	129 (38.3)	175 (36.7)	304 (37.3)	
Con 2 personas	74 (22.0)	109 (22.9)	183 (22.5)	
Con 3 personas	70 (20.8)	104 (21.8)	174 (21.4)	
Con 4 o más personas	22 (6.4)	45 (9.4)	67 (8.2)	
Personas que visita*				0.398
Ninguna	3 (0.9)	8 (1.7)	11 (1.3)	
1	25 (7.4)	36 (7.5)	61 (7.5)	
2 a 5	99 (29.4)	175 (36.6)	274 (33.7)	
6 a 10	178 (52.8)	214 (44.8)	392 (48.1)	
≥ 11	32 (9.5)	44 (9.4)	76 (9.4)	
Veces habla por teléfono con amigos o familiares*				0.972
1 por día	14 (4.1)	21 (4.4)	35 (4.3)	
2-6 por semana	92 (27.3)	88 (18.4)	180 (22.1)	
1 por semana	188 (55.8)	291 (61.1)	479 (58.8)	
Ninguna	43 (12.8)	77 (16.1)	120 (14.8)	
Veces estuvo con personas que no viven con él/ella*				0.134
1 por día	58 (17.2)	49 (10.3)	107 (13.1)	
2-6 por semana	62 (18.4)	64 (13.4)	126 (15.5)	
1 por semana	177 (52.5)	300 (62.9)	477 (58.6)	
Ninguna	40 (11.9)	64 (13.4)	104 (12.8)	
Personas en quien confía				0.260
Ninguna	8 (2.4)	16 (3.4)	24 (2.9)	
1	198 (58.8)	295 (61.8)	493 (60.6)	
2 a 5	108 (32.0)	141 (29.5)	249 (30.5)	
> 6	23 (6.8)	25 (5.3)	48 (6.0)	
Se siente solo				0.362
Bastante a menudo	66 (19.6)	96 (20.1)	162 (19.9)	
Algunas veces	10 (3.0)	27 (5.7)	37 (4.5)	
Casi nunca	261 (77.4)	354 (74.2)	615 (75.6)	
Ve amigos como le gustaría				0.066
Si	313 (92.9)	435 (91.2)	748 (91.9)	
No	24 (7.1)	42 (8.8)	66 (8.1)	

* = a la semana

Tabla 15. Escala de valoración social (OARS) por sexo de la población de estudio

<i>Variable</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Recursos sociales				0.937
Buenos	112 (33.2)	158 (33.1)	270 (33.2)	
Moderadamente deteriorados	159 (47.2)	230 (48.2)	389 (47.8)	
Totalmente deteriorados	66 (19.6)	89 (18.7)	155 (19.0)	

Tabla 16. Prevalencia por sexo de deterioro cognoscitivo (Minimental de Folstein)

<i>Tipo de estudios por edad</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814 (%)</i>	<i>P</i>
Con deterioro cognoscitivo	7 (2.1)	4 (0.8)	11 (1.4)	0.373
Sin deterioro cognoscitivo	330 (97.9)	473 (99.2)	803 (98.6)	

Tabla 17. Resultados por sexo del Cuestionario del Informante Sobre Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor (IQCODE)

<i>Puntos de corte</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Adultos mayores con acompañante				0.790
Si	137 (40.7)	223 (46.8)	360 (44.2)	
No	200 (59.3)	254 (53.2)	454 (55.8)	
Probable deterioro cognoscitivo	10 (7.3)	18 (8.1)	28 (7.8)	
Sin deterioro cognoscitivo	127 (92.7)	205 (91.9)	332 (92.2)	

Tabla 18. Prevalencia de depresión por sexo (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage)

<i>Puntos de corte</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Depresión				0.568
Moderada	58 (17.2)	96 (20.1)	154 (18.9)	
Severa	23 (6.8)	33 (6.9)	56 (6.9)	
Sin depresión	256 (76.0)	348 (73.0)	604 (74.2)	

Tabla 19. Valoración del estado nutricional por IMC en ambos sexos

<i>Clasificación Nutricional</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 317 (%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 465 (%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 782 (%)</i>	<i>P</i>
Desnutrición	0 (0)	1 (0.2)	1 (0.01)	<0.001
Normal	87 (27.4)	126 (27.1)	213 (27.2)	
Sobrepeso	199 (62.8)	206 (44.3)	405 (51.8)	
Obesidad	31 (9.8)	132 (28.4)	163 (20.9)	

Tabla 20. Riesgo para la salud según tamaño de la cintura en ambos sexos de la población adulta mayor

<i>Cintura</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	<i>P</i>
Normal	100 (31.5)	79 (16.9)	179 (22.9)	0.573
Con Riesgo	217 (68.5)	386 (83.1)	603 (77.1)	

Tabla 21. Uso de accesorios por sexo de los adultos mayores estudiados

<i>Variable</i> (<i>n</i> = 814)	<i>Hombres</i> <i>n</i> (%)	<i>Mujeres</i> <i>n</i> (%)	<i>Total</i> <i>n</i> (%)	<i>P</i>
Uso de accesorios				0.625
Si	274 (81.3)	403 (84.5)	677 (83.2)	
No	63 (18.7)	74 (15.5)	137 (16.8)	
Número de accesorios				0.014
1	137 (40.7)	199 (41.7)	336 (41.3)	
2	84 (24.9)	153 (32.1)	237 (29.1)	
3	37 (11.0)	44 (9.0)	81 (10.0)	
4 o más	16 (4.7)	7 (1.7)	23 (2.8)	
Accesorios				0.138
Oxígeno	2 (0.7)	2 (0.5)	4 (0.6)	
Pañales	8 (2.9)	6 (1.5)	14 (2.1)	
Sonda para orinar	8 (2.9)	2 (0.5)	10 (1.5)	
Marcapasos	4 (1.5)	7 (1.7)	11 (1.6)	
Andadera	11 (4.0)	20 (4.9)	31 (4.6)	
Bastón	57(20.8)	86 (21.3)	143 (21.1)	
Bastón 4 patas	7 (2.6)	18 (4.5)	25 (3.7)	
Muletas	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.1)	
Silla de ruedas	18 (6.6)	19 (4.7)	37 (11.4)	
Protesis dental				
Si	103 (37.6)	161 (39.9)	264 (39.0)	
No	171 (62.4)	242 (60.1)	413 (61.0)	
Problemas	28 (27.2)	54 (33.3)	82 (30.9)	
Lentes				
Si	218 (79.6)	336 (83.4)	554 (81.8)	
No	56 (20.4)	67 (16.6)	123 (18.2)	
Problemas	50 (22.9)	105 (31.2)	155 (28.0)	
Audífonos				
Si	45 (16.4)	11 (2.7)	56 (8.3)	
No	229 (83.6)	392 (97.3)	621 (91.7)	
Problemas	29 (64.4)	8 (72.7)	37 (66.1)	

Tabla 22. Características dentales por sexo de la población adulta mayor

<i>Variable</i> (<i>n</i> = 814)	<i>Hombres</i> <i>n</i> (%)	<i>Mujeres</i> <i>n</i> (%)	<i>Total</i> <i>n</i> (%)
Uso de Prótesis dental			
Si	103 (30.6)	161 (33.8)	264 (32.5)
No	234 (69.4)	316 (66.2)	550 (67.5)
Dificultad para comer			
Si	36 (10.7)	80 (16.8)	116 (14.3)
No	301 (89.3)	397 (83.2)	698 (85.7)
Por falta de dientes	14 (38.8)	32 (40.0)	46 (39.6)
Por otra causa	22 (61.2)	48 (60.0)	70 (60.4)
Tiene piezas dentales			
Si	283 (84.0)	419 (87.8)	702 (86.2)
No	54 (16.0)	58 (12.2)	112 (13.8)
Piezas*	20.2	19.5	19.85
Piezas sanas*	6.8	6.7	6.75
Piezas con caries*	8.4	7.9	8.15
Piezas para extracción*	3.2	3.3	3.25
Piezas extraídas o perdidas*	7.8	8.5	8.15
Piezas obturadas sin caries*	1.2	1.4	1.3
Piezas obturadas con caries*	0.6	0.2	0.4

* = promedio

Tabla 23. Características de las piezas dentales de los adultos mayores estudiados (n = 702)

Prevalencia de piezas							n = 13,903 (70.7%)						
37.0	66.1	72.2	76.9	81.2	81.2	79.2	79.2	80.2	76.9	73.4	64.0	53.3	43.9
45.9	66.1	69.9	80.3	86.8	86.6	86.9	85.0	85.7	85.5	78.5	66.1	51.3	39.6
Prevalencia de piezas sanas							n = 4,767 (34.2%)						
1.0	1.6	10.0	28.5	44.0	51.1	52.3	45.0	42.5	38.3	27.6	13.4	3.1	0.9
1.6	1.6	9.1	23.9	37.6	45.9	46.9	41.3	40.0	36.3	23.1	9.4	2.7	0.4
Prevalencia de piezas con caries							n = 5,654 (40.6%)						
6.7	17.8	38.0	38.7	32.9	25.6	24.1	31.2	32.8	30.6	32.9	25.2	13.0	9.1
10.3	19.9	39.3	45.9	42.6	35.2	34.9	37.7	41.2	41.3	42.6	32.8	15.2	7.8
Prevalencia de piezas para extracción							n = 2,434 (17.5%)						
13.8	29.3	15.1	8.4	4.0	4.3	2.8	2.7	4.6	7.4	10.5	18.8	25.6	20.8
19.7	31.3	12.8	8.8	6.0	5.4	5.0	5.7	6.0	7.5	10.7	17.5	22.9	19.1
Prevalencia de piezas extraídas o perdidas							n = 5,753 (29.3%)						
63.0	33.9	27.8	23.1	18.8	18.8	20.8	20.8	19.8	23.1	26.6	36.0	46.7	56.1
54.1	33.9	30.1	19.7	13.2	13.4	13.1	15.0	12.5	14.5	21.5	33.9	48.7	60.4
Prevalencia de piezas obturadas							n = 1,048 (7.5%)						
15.5	17.4	9.1	1.3	0.3	0.2	0	0.3	0.3	0.6	2.4	6.6	11.6	13.1
14.3	13.3	8.7	1.7	0.6	0.1	0.1	0.3	0.3	0.4	2.1	6.4	10.5	12.3

Tabla 24. Resultados por sexo de la evaluación en las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)

<i>Puntos de corte</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>	<i>Total</i> <i>n = 814(%)</i>	P
Dependencia				0.814
Total	2 (0.6)	4 (0.8)	6 (0.7)	
Severa	20 (5.9)	22 (4.6)	42 (5.2)	
Moderada	34 (10.1)	44 (9.2)	78 (9.6)	
Escasa	40 (11.9)	66 (13.8)	106 (13.0)	
Independencia	241 (71.5)	341 (71.6)	582 (71.5)	

Tabla 25. Matriz de asociación de dificultad entre ABVD de los adultos mayores

	Comer	Bañarse	Vestirse	Aseo Personal	Defecar	Orinar	Ir al Baño	Traslado silla a cama	Caminar	Escaleras
Comer	-----	17.4	18.4	17.1	21.4	25.7	18.9	19.4	26.8	32.4
Bañarse	16.8	-----	11.2	9.6	15.8	22.0	11.9	14.1	22.9	30.2
Vestirse	17.5	12.4	-----	11.3	16.8	22.7	13.1	15.0	23.5	30.6
Aseo Personal	16.3	10.1	12.9	-----	15.0	21.1	11.3	14.1	22.7	30.1
Defecar	22.8	16.7	15.6	14.8	-----	21.7	16.1	18.2	25.8	31.7
Orinar	28.7	21.8	25.2	28.1	23.3	-----	22.4	22.6	30.1	35.3
Ir al baño	21.0	11.8	15.4	18.2	13.6	28.6	-----	15.4	23.5	30.7
Traslado silla a cama	20.5	18.6	16.1	16.4	19.7	28.7	18.5	-----	23.3	30.0
Caminar	25.4	28.1	26.9	28.5	26.7	32.6	31.0	28.7	-----	30.6
Subir y bajar escaleras	31.6	29.9	31.7	31.6	35.3	33.8	31.4	36.1	31.9	-----

(Leer únicamente en forma horizontal)

Tabla 26. Matriz de asociación entre el ser portador de enfermedades crónicas y dificultad para la realización de ABVD de los adultos mayores

	Comer	Bañarse	Vestirse	Aseo Personal	Defecar	Orinar	Ir al Baño	Traslado silla a cama	Caminar	Escaleras
Diabetes Mellitus	20.7	12.9	15.3	10.8	18.3	24.0	14.5	18.3	28.6	35.7
Hipertensión Arterial	17.1	8.8	11.9	8.6	16.2	22.6	12.2	15.0	23.1	31.1
Enf. Del Corazón	23.1	15.7	22.2	16.7	28.7	37.9	20.4	11.1	40.7	46.3
Cáncer	40.0	40.0	39.9	21.1	38.2	37.4	39.8	40.3	35.9	36.2
Reumatismo Artritis	22.1	13.8	19.5	11.4	19.5	26.0	13.8	19.5	34.1	47.9
Enf. Respiratorias	19.4	16.6	25.0	16.6	13.8	19.4	13.8	19.4	25.0	30.5
Osteoporosis	22.2	19.4	25.0	19.4	25.0	38.8	19.4	19.4	27.7	33.3
Insuficiencia Renal	20.0	60.0	60.0	0.0	20.0	80.0	60.0	60.0	60.0	60.0

(Leer únicamente en forma horizontal)

Tabla 27. Resultados por sexo de la evaluación en las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton)

<i>Puntos de corte</i>	<i>Hombres</i> <i>n = 337(%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n = 477(%)</i>
Dependencia		
Total	18 (5.3)	32 (6.7)
Severa	20 (5.9)	43 (9.0)
Moderada	69 (20.5)	99 (20.8)
Escasa	34 (10.1)	90 (18.9)
Independencia	196 (58.2)	213 (44.6)

Tabla 28. Matriz de asociación de dificultad entre AIVD de los adultos mayores

	Usar teléfono	Compras	Preparar comida*	Cuidar casa *	Lavar ropa *	Usar transporte	Medicinas	Dinero
Usar teléfono	-----	40.3	39.2	38.8	46.7	34.6	40.3	46.8
Compras	46.8	-----	50.7	51.6	45.5	40.3	40.3	40.3
Preparar comida*	57.3	58.8	-----	45.1	51.8	45.9	51.2	50.7
Cuidar casa*	50.8	50.9	48.7	-----	49.9	44.7	50.9	51.6
Lavar ropa*	49.7	53.2	50.9	47.7	-----	52.0	56.1	56.0
Usar transporte	46.3	48.3	40.7	43.8	51.1	-----	47.7	46.3
Medicación	41.3	38.0	41.6	56.7	50.3	50.8	-----	47.7
Dinero	46.6	40.0	50.9	52.8	57.6	48.8	40.0	-----

* = Actividades únicamente valoradas en las mujeres
(Leer únicamente en forma horizontal)

Tabla 29. Matriz de asociación entre el ser portador de enfermedades crónicas y dificultad para la realización de AIVD de los adultos mayores

	Usar teléfono	Compras	Preparar comida *	Cuidar casa *	Lavar ropa *	Usar transporte	Medicinas	Dinero
Diabetes Mellitus	53.9	56.4	54.9	51.0	60.1	47.7	52.8	49.2
Hipertensión Arterial	44.4	46.8	42.0	40.8	47.1	39.6	40.3	37.8
Enf. del Corazón	56.5	61.1	55.2	61.2	62.1	53.7	53.6	52.7
Cáncer	50.0	49.9	83.3	98.4	50.0	40.1	50.2	48.3
Reumatismo Artritis	55.3	61.0	50.6	54.3	63.9	44.7	49.3	49.7
Enf. Respiratorias	47.7	44.4	65.0	50.0	60.3	36.1	41.7	40.5
Osteoporosis	43.2	61.1	54.8	54.8	74.2	52.8	50.0	52.0
Insuf. Renal	60.0	100	100	100	100	80.0	60.0	100

*=Actividades valoradas únicamente en las mujeres
(Leer únicamente en forma horizontal)

Tabla 30. Matriz de asociación de dificultad para la realización de AIVD y ABVD de la población adulta mayor

	Comer	Bañarse	Vestirse	Aseo Personal	Defecar	Orinar	Ir al Baño	Traslado silla a cama	Caminar	Escaleras
Usar el teléfono	30.7	34.3	32.6	35.3	31.9	28.9	33.2	31.4	27.4	22.6
Ir de compras	31.6	35.3	33.7	36.4	32.9	30.5	34.6	32.3	27.7	22.2
Preparar comida*	29.9	34.1	32.2	35.4	31.5	29.4	33.4	31.6	28.0	22.2
Cuidar la casa*	30.4	33.6	31.5	34.7	30.8	28.1	32.5	30.4	25.6	20.7
Lavar la ropa*	38.7	42.3	40.7	43.0	40.3	37.2	41.2	39.8	34.3	30.3
Usar medio de transporte	25.4	28.7	26.8	30.0	26.3	24.3	18.0	25.3	21.2	16.3
Medicación	30.7	34.3	32.6	35.3	31.9	28.9	33.2	31.4	27.4	22.6
Dinero	31.6	35.3	33.7	36.4	32.9	30.5	34.6	32.3	27.7	22.2

(Leer únicamente en forma horizontal)

Tabla 31. Factores de riesgo asociados a dificultad en la realización de ABVD en adultos mayores

<i>Variable</i>	<i>RM</i>	<i>IC 95%</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Sexo			0.00	0.954
Masculino	1			
Femenino	1.009	0.731-1.390		
Edad			122.7	<0.001
60 a 74 años	1			
75 a 85 años	5.905	4.161-8.381		
86 y más años	30.911	3.765-253.7		
Escolaridad			7.75	0.005
Primaria o menos	1			
Secundaria o más	0.568	0.128-1.186		
Practica actividad Física			32.54	<0.001
No	1			
Si	0.386	0.272-0.455		
Tabaquismo			9.51	0.002
No fumador o ex-fumador	1			
Fumador	1.619	1.176-2.228		
Consumo de Alcohol			1.23	0.268
Abstemio o ex-bebedor	1			
Bebedor	1.211	0.847-1.723		
Enfermedades Crónicas				
Diabetes mellitus	1.826	1.303-2.552	13.54	<0.001
Hipertensión arterial	1.216	0.886-1.672	1.59	0.288
Enf. del corazón	2.614	1.687-4.035	21.75	<0.001
Cáncer	1.694	0.348-7.215	0.67	0.412
Artritis/Reumatismo	2.781	1.837-4.198	27.36	<0.001
Enf. Pulmonares	1.276	0.570-2.709	0.45	0.500
Osteoporosis	1.645	0.763-3.431	2.05	0.152
Insuficiencia renal	10.25	1.004-505.8	6.60	0.012
Deterioro Cognoscitivo	5.370	3.653-7.897	89.63	<0.001
Recursos Sociales			1.58	0.208
Buenos	1			
Deteriorados	1.235	0.878-1.745		
Cintura			19.86	<0.001
Normal	1			
Riesgo	1.47	1.335-1.670		
IMC			0.01	0.920
Normal	1			
Sobrepeso/Obesidad	1.98	1.676-2.436		

Tabla 32. Factores de riesgo asociados a dificultad en la realización de AIVD en hombres y mujeres de 60 y más años

Variable	Hombre			Mujer		
	RM	(IC 95%)	X ² (p)	RM	(IC 95%)	X ² (p)
Edad			53.2 (<0.001)			61.4 (<0.001)
60 a 74 años	1			1		
75 a 85 años	8.10	(4.03-16.2)		6.33	(3.65-10.9)	
Practica actividad Física			10.5 (0.001)			7.7 (0.005)
No	1			1		
Si	0.48	(0.30-0.76)		0.59	(0.40-0.87)	
Tabaquismo			1.02 (0.312)			6.6 (0.009)
No fumador/exfumador	1			1		
Fumador	1.25	(0.78-2.01)		1.72	(1.11-2.67)	
Consumo de Alcohol			0.45 (0.503)			0.3 (0.533)
Abstemio o ex-bebedor	1			1		
Bebedor	0.86	(0.54-1.36)		1.18	(0.66-2.14)	
Enfermedades Crónicas						
Diabetes mellitus	2.56	(1.53-4.41)	14.5 (<0.001)	2.08	(1.37-3.18)	13.0(<0.001)
Hipertensión arterial	1.17	(0.74-1.85)	0.54 (0.463)	1.73	(1.18-2.53)	8.7 (0.003)
Enf. del corazón	1.54	(0.75-3.13)	1.69 (0.193)	2.94	(1.58-5.71)	13.6(<0.001)
Cáncer	1.39	(0.09-19.4)	0.11 (0.739)	4.09	(0.45-194.4)	1.9 (0.165)
Artritis/Reumatismo	1.63	(0.79-3.35)	2.12 (0.145)	3.02	(1.72-5.47)	17.1(<0.001)
Enf. Pulmonares	1.44	(0.55-1.72)	1.96 (0.161)	3.37	(1.06-14.0)	5.1 (0.023)
Osteoporosis	2.10	(0.23-25.4)	0.69 (0.406)	1.75	(0.76-4.26)	2.0 (0.151)
Recursos Sociales			0.44 (0.802)			3.55 (0.169)
Buenos	1			1		
Deteriorados	1.19	(0.64-2.21)		1.47	(0.97-2.22)	
Cintura			13.2 (<0.001)			2.4 (0.119)
Normal	1			1		
Riesgo	1.43	(1.26-1.69)		1.68	(1.41-2.12)	
IMC			0.12 (0.939)			1.7 (0.410)
Normal	1			1		
Sobrepeso/Obesidad	1.96	(1.57-2.01)		1.16	(0.74-1.81)	

Tabla 33. Resultados de la regresión logística de factores asociados a tener dificultad en la realización de ABVD en adultos mayores

<i>Variable</i>	<i>RM</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
Sexo femenino	1.898	1.565-2.425	0.249
Escolaridad \geq secundaria	0.958	0.634-1.446	0.840
Soltero/Viudo/Divorciado	1.556	1.034-2.341	0.034
Practica actividad física	0.497	0.330-0.749	0.001
Tabaquismo	1.651	1.080-2.526	0.021
Consumo de Alcohol	1.400	0.867-2.262	0.168
Enfermedades Crónicas			
Diabetes mellitus	1.903	1.261-2.873	0.002
Hipertensión arterial	1.058	0.704-1.589	0.786
Enf. del corazón	2.913	1.261-2.873	0.002
Cáncer	1.692	0.333-8.579	0.525
Artritis/Reumatismo	3.406	2.096-5.535	<0.001
Enf. Pulmonares	0.938	0.363-2.424	0.896
Osteoporosis	2.293	0.962-5.465	0.061
Insuficiencia renal	9.690	0.970-96.80	0.050
Deterioro Cognoscitivo	3.867	2.440-6.130	<0.001
Depresión	2.509	1.653-3.811	<0.001
Buenos Recursos Sociales	0.862	0.575-1.293	0.475
No tener dientes	3.473	2.057-5.866	<0.001
Cintura normal	0.506	0.303-0.843	0.009
Sobrepeso/Obesidad	1.285	0.785-2.103	0.318

Tabla 34. Resultados de la regresión logística de factores asociados a tener dificultad en la realización de AIVD en hombres y mujeres adultos mayores

<i>Variable</i>	<i>Hombre</i>			<i>Mujer</i>		
	<i>RM</i>	<i>(IC 95%)</i>	<i>p</i>	<i>RM</i>	<i>(IC 95%)</i>	<i>p</i>
Escolaridad \leq secundaria	1.94	(1.10-3.40)	0.002	2.24	(1.39-3.62)	0.001
Soltero/Viudo/Divorciado	1.42	(0.76-2.65)	0.259	1.06	(0.67-1.66)	0.796
Practica actividad Física	0.81	(0.46-1.43)	0.479	0.69	(0.44-1.08)	0.113
Tabaquismo	1.48	(0.80-2.75)	0.203	1.92	(1.14-3.23)	0.014
Consumo de Alcohol	0.73	(0.40-1.36)	0.336	1.01	(0.50-2.00)	0.980
Enfermedades Crónicas						
Diabetes mellitus	2.79	(1.45-5.37)	0.002	2.69	(1.64-4.41)	<0.001
Hipertensión arterial	0.92	(0.50-1.69)	0.803	1.84	(1.13-2.98)	0.013
Enf. del corazón	1.56	(0.64-3.78)	0.324	2.17	(1.02-4.62)	0.042
Cáncer	1.23	(0.11-13.2)	0.863	4.93	(0.43-56.4)	0.199
Artritis/Reumatismo	2.63	(1.13-6.07)	0.024	2.98	(1.56-5.71)	0.001
Enf. Pulmonares	0.31	(0.06-1.50)	0.147	4.90	(1.25-19.1)	0.022
Osteoporosis	3.46	(0.34-34.9)	0.292	2.43	(0.97-6.10)	0.050
Deterioro Cognoscitivo	6.43	(2.88-14.3)	<0.001	3.92	(2.00-7.66)	<0.001
Depresión	2.91	(1.48-5.72)	0.002	2.40	(1.38-4.19)	0.002
Buenos Recursos Sociales	0.88	(0.49-1.56)	0.674	1.01	(0.63-1.63)	0.948
No tener dientes	3.32	(1.52-7.26)	0.003	3.79	(1.72-8.33)	0.001
Cintura normal	0.43	(0.22-0.81)	0.009	0.44	(0.20-0.93)	0.033
Sobrepeso/Obesidad	1.56	(0.78-3.14)	0.206	1.36	(0.72-2.58)	0.333

15.3 FIGURAS DE RESULTADOS

Figura 2. Estado civil por sexo de la población de estudio

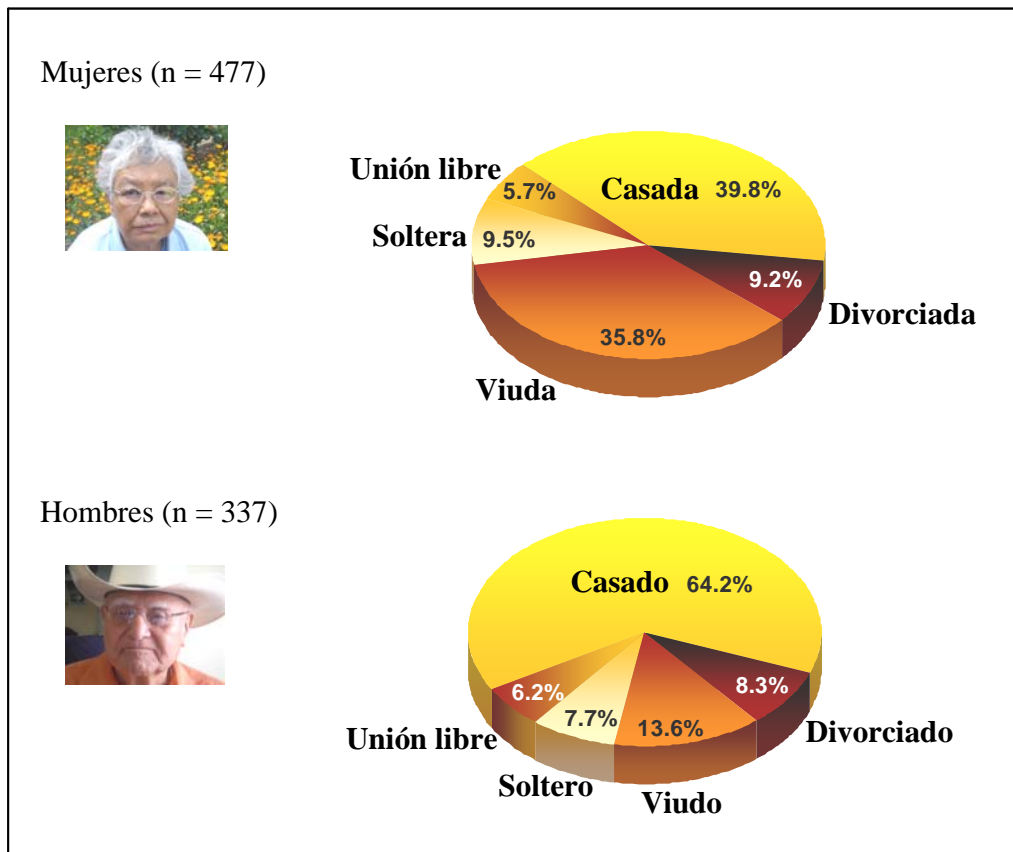


Figura 3. Escolaridad por sexo de los adultos mayores estudiados

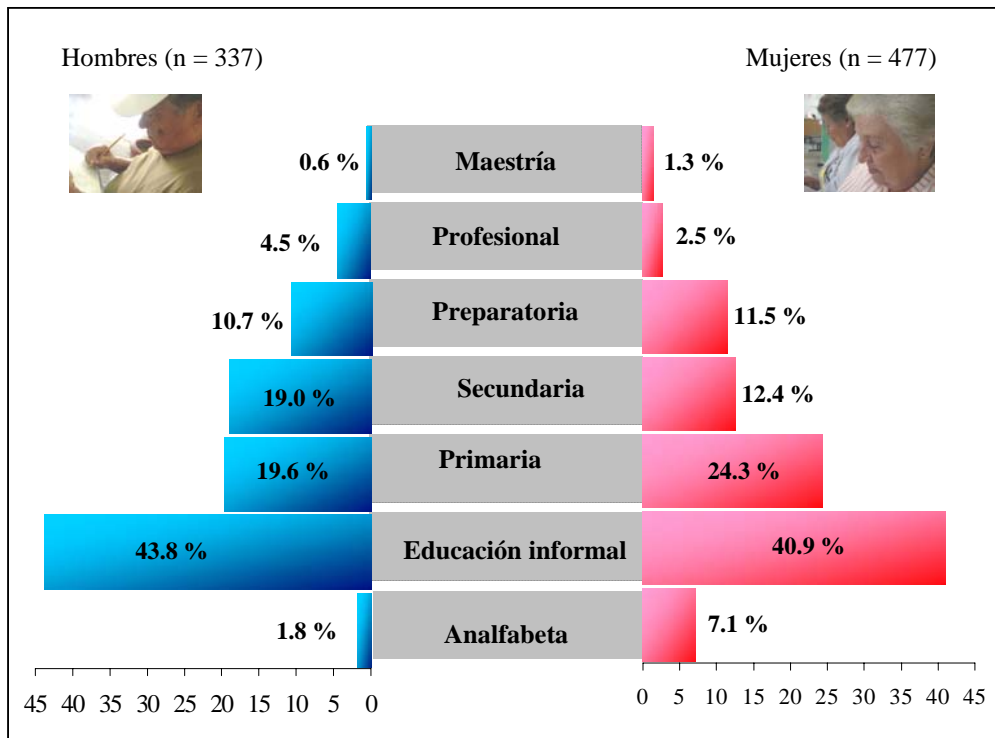


Figura 4. Principal trabajo o actividad durante la vida del adulto mayor según sexo

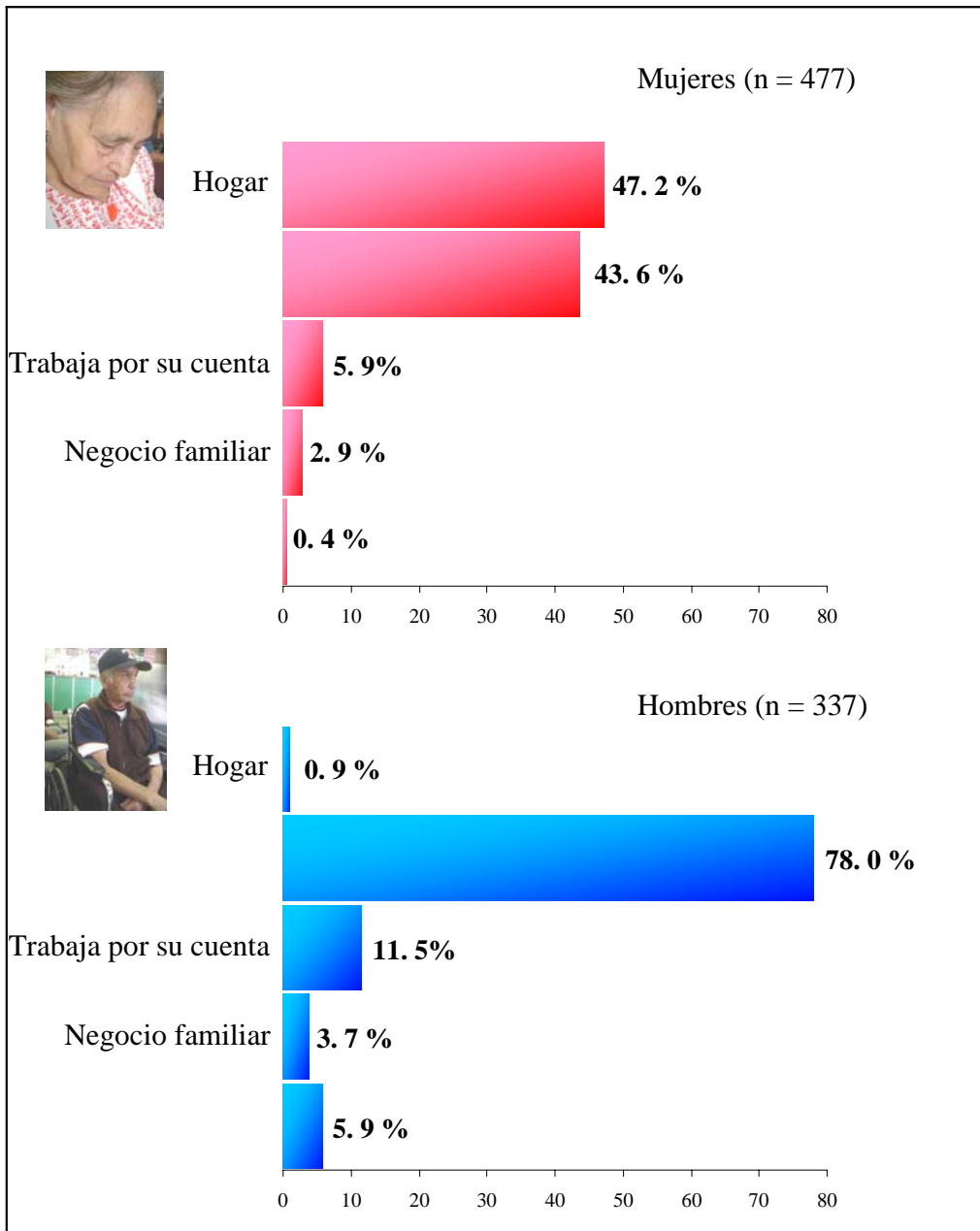


Figura 5. Trabajo actual por sexo de los adultos mayores estudiados

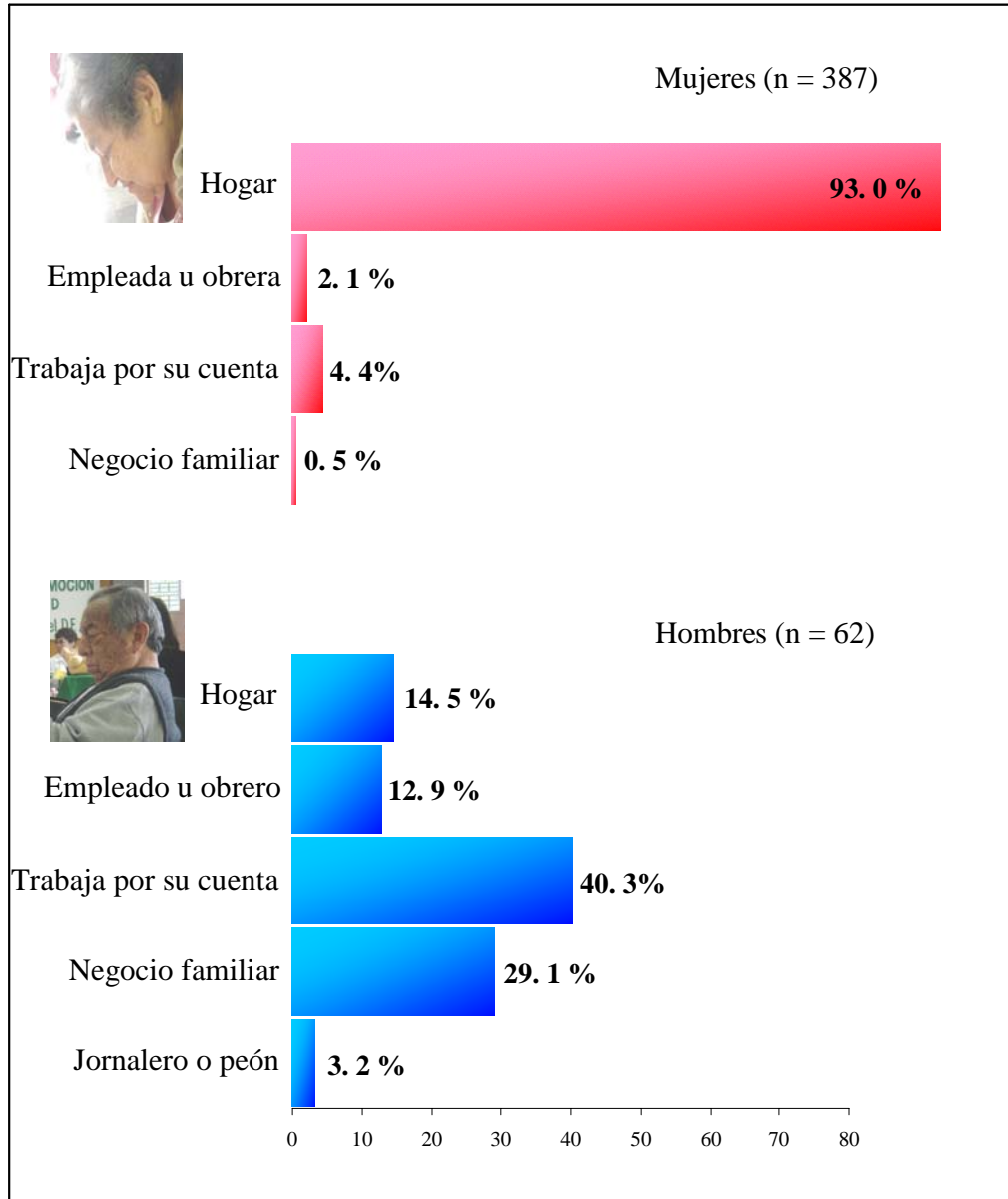


Figura 6. Tipo de pensión de la población adulta mayor

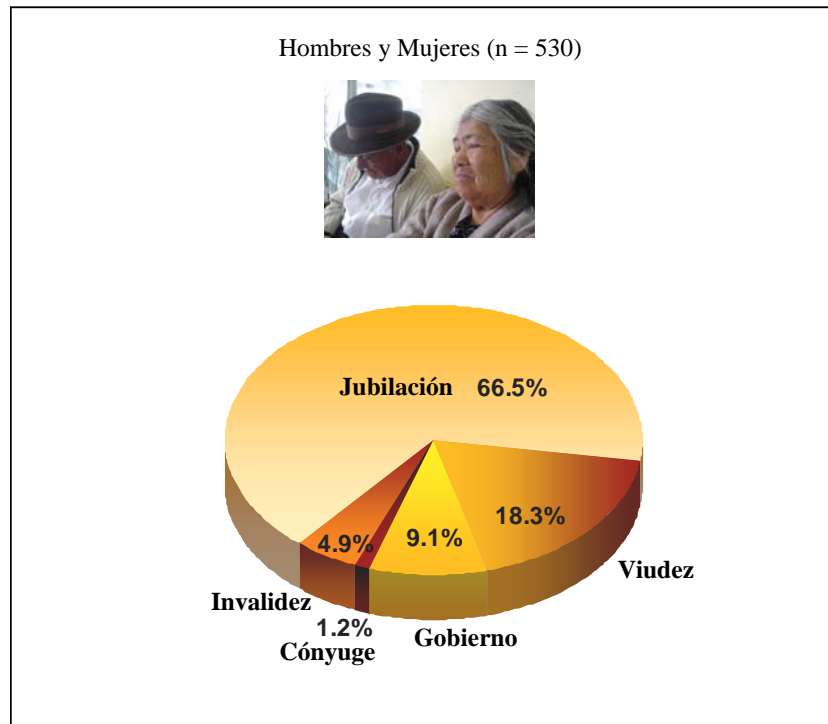


Figura 7. Ingresos al mes según sexo de la población de estudio

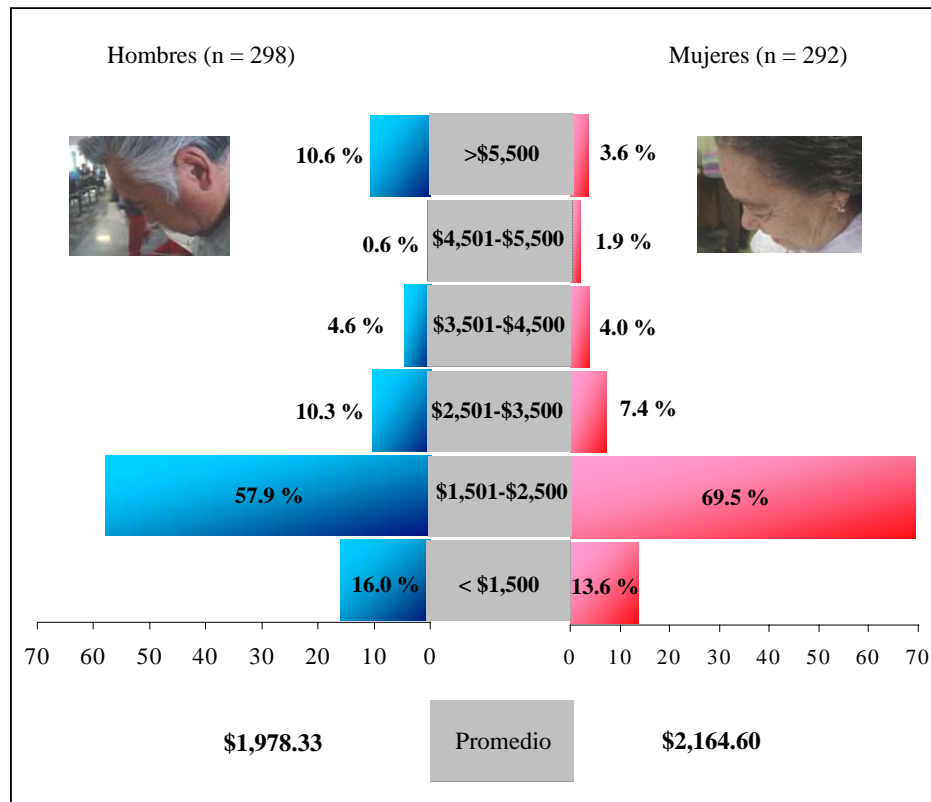


Figura 8. Razón por la que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en el Distrito Federal

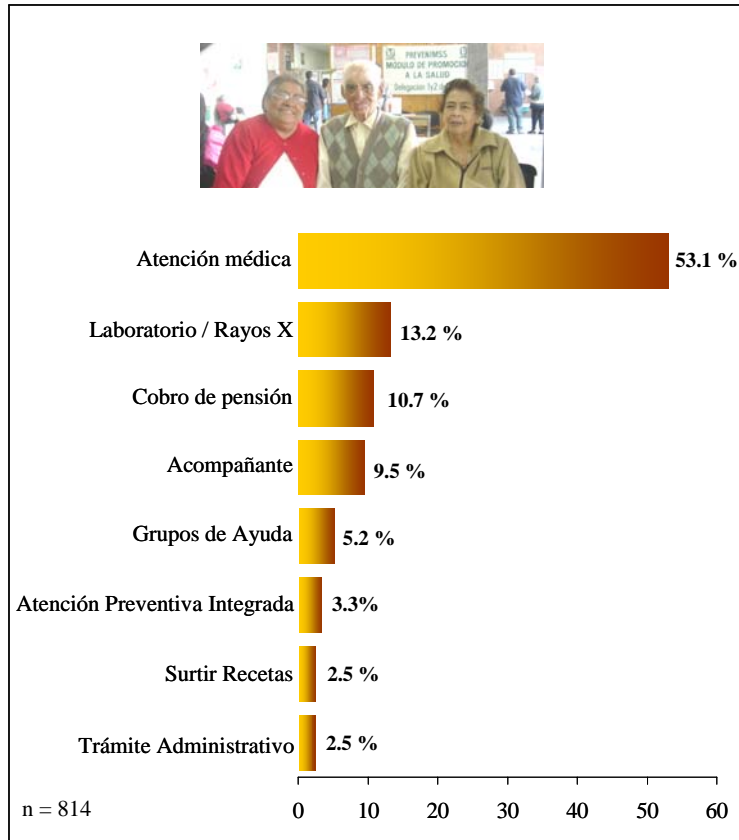


Figura 9. Prevalencia de enfermedades crónicas de la población adulta mayor estudiada

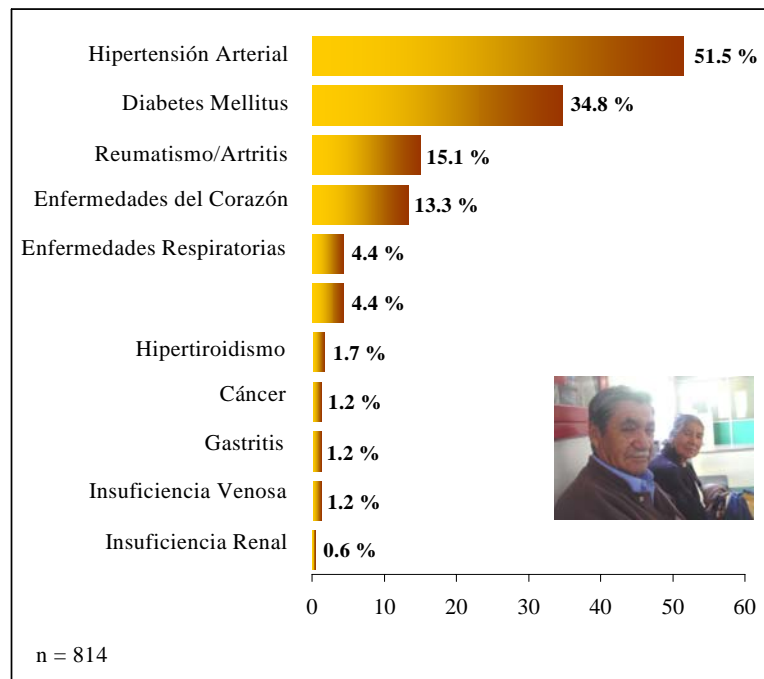


Figura 10. Prevalencia de dificultades y limitaciones por sexo de los adultos mayores

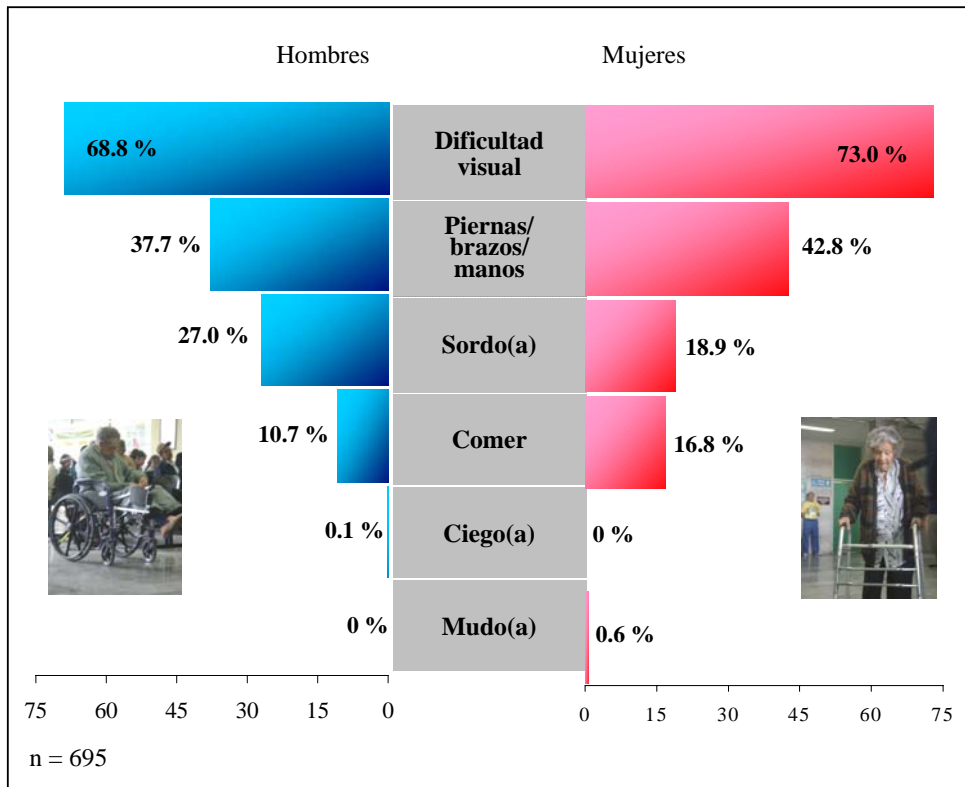


Figura 11. Percepción de la causa de dificultades y limitaciones de la población adulta mayor

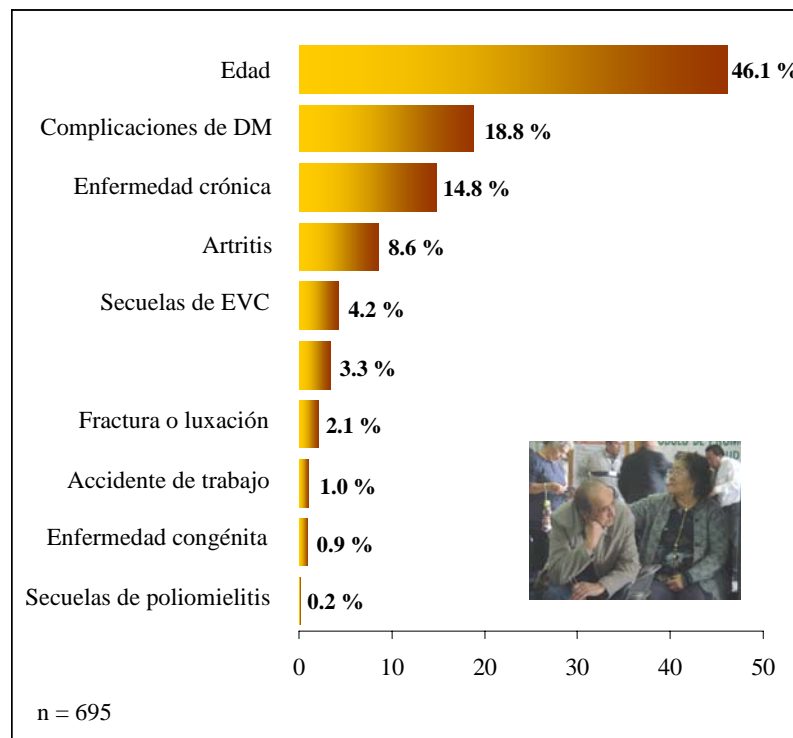
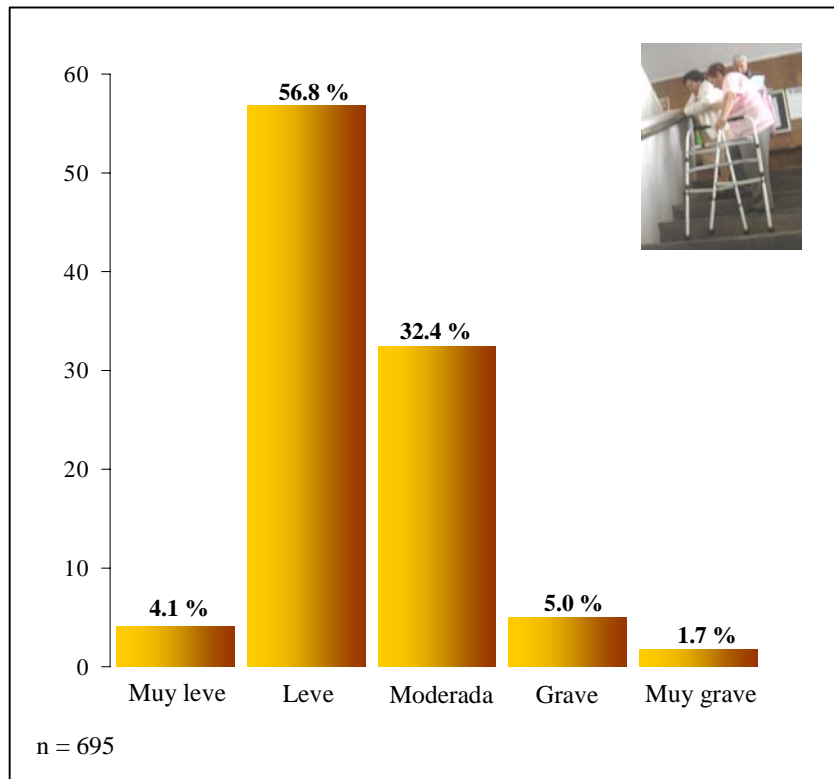


Figura 12. Autopercepción del grado de limitación de los adultos mayores estudiados



15.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Lugar y Fecha	México, Distrito Federal, a _____ de _____ de 2007.
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	_____
	“Estado funcional y factores asociados en adultos mayores usuarios de la UMF 23 del IMSS en el DF.”
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	_____
El objetivo del estudio es:	Identificar el estado funcional y algunos factores asociados en la población derechohabiente usuaria de 60 y más años de la UMF No. 23 del IMSS en el Distrito Federal.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Contestar unas preguntas, así como ser pesado(a) y medido(a)
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:	
<p>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 acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
_____ Nombre y firma del paciente Dr. Carlos Benito Armenta Hernández. 99091901 _____	
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: Coordinación de Programas Integrados de Salud: 57261700 ext. 15628	
Testigos	_____
Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.	

15.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD



FOLIO

ESTADO FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE LA UMF 23 DEL IMSS EN EL DF.

Este cuestionario tiene fines de investigación médica y estadística. La información aquí solicitada es estrictamente **confidencial**.


FECHA	Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mar Abr May Jun
-------	--	-----	--

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- Nombre del(la) entrevistado(a)	Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno
2.- ¿En qué fecha nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.- ¿Qué edad tiene en años cumplidos?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.- Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5.- ¿Cuenta con cartilla de salud y citas médicas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.- Número de afiliación	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.- Consultorio	Consultorio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.- Turno	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino
9.- ¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado(a) por el civil <input type="checkbox"/> Casado(a) religiosamente <input type="checkbox"/> Casado(a) por civil y religión <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)
10.- ¿Sabe leer y escribir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11.- ¿Qué escolaridad tiene usted?	<input type="checkbox"/> Sin educación formal <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Preparatoria o equivalente <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Técnica o comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado
12.- ¿Cuál es la principal razón por la que hoy acude usted a esta Unidad de Medicina Familiar?	<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Cobro de pensión <input type="checkbox"/> Atención Preventiva Integrada <input type="checkbox"/> Cita de laboratorio y/o rayos x <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> Surtir recetas <input type="checkbox"/> Grupos de Ayuda <input type="checkbox"/> Trámite administrativo <input type="checkbox"/> Sesiones educativas

DATOS DEMOGRÁFICOS

13.- ¿Qué tipo de vivienda tiene?	<input type="checkbox"/> Casa independiente	<input type="checkbox"/> Departamento en edificio	<input type="checkbox"/> Cuarto en vecindad
	<input type="checkbox"/> Cuarto en azotea	<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Local no construido para habitación
14.- La casa donde vive es:	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada
	<input type="checkbox"/> La está pagando		
15.- ¿Cuántos cuartos tiene en su vivienda sin contar baños, pasillos y cocina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> >10		
16.- ¿Cuántas personas habitan su vivienda?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> >10		
17.- ¿Cuál es el material predominante del techo de su vivienda?	<input type="checkbox"/> Lámina de cartón	<input type="checkbox"/> Teja o madera	<input type="checkbox"/> Asbesto
	<input type="checkbox"/> Lámina metálica	<input type="checkbox"/> Concreto	
18.- ¿Cuál es el material predominante del piso de su vivienda?	<input type="checkbox"/> Tierra	<input type="checkbox"/> Cemento	<input type="checkbox"/> Piso o mosaico
	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Alfombra	<input type="checkbox"/> Otro
19.- ¿Cuál es el material predominante de las paredes de su vivienda?	<input type="checkbox"/> Lámina de cartón	<input type="checkbox"/> Lámina de metálica	<input type="checkbox"/> Concreto
	<input type="checkbox"/> Block, ladrillo o tabicón sin aplanado	<input type="checkbox"/> Block, ladrillo o tabicón con aplanado	<input type="checkbox"/> Madera
	<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> Adobe con aplanado	
20.- ¿Con qué servicios cuenta su vivienda? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Agua intradomiciliaria	<input type="checkbox"/> Agua extradomiciliaria	<input type="checkbox"/> Luz
	<input type="checkbox"/> Drenaje	<input type="checkbox"/> Cuarto para cocina	<input type="checkbox"/> Cuarto para baño dentro de la casa
21.- ¿Cuáles de los siguientes artículos hay en su vivienda? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	<input type="checkbox"/> Computadora
	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Refrigerador	<input type="checkbox"/> DVD
	<input type="checkbox"/> TV abierta	<input type="checkbox"/> TV cable	<input type="checkbox"/> TV satelital (SKY, parabólica)
	<input type="checkbox"/> Horno de Microondas	<input type="checkbox"/> Automóvil	<input type="checkbox"/> Lavadora
22.- ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
23.- ¿Qué tipo de ingresos mensuales recibe usted? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Pensión por viudez	<input type="checkbox"/> Pensión por jubilación	<input type="checkbox"/> Pensión del cónyuge
	<input type="checkbox"/> Pensión por invalidez	<input type="checkbox"/> Pensión gobierno	<input type="checkbox"/> Oportunidades /Procampo
	<input type="checkbox"/> Salario por trabajo	<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Rentas
	<input type="checkbox"/> Intereses bancarios	<input type="checkbox"/> Ninguno <i>(Pase a Preg. 25)</i>	
24.- ¿Aproximadamente cuánto recibe de ingresos al mes?	\$	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	,	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
25.- ¿Cuál ha sido su principal trabajo o actividad durante su vida?	<input type="checkbox"/> Empleado(a) u obrero	<input type="checkbox"/> Jornalero(a) o peón	<input type="checkbox"/> Patrón(a) o empresario(a)
	<input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajador sin pago en negocio familiar
	<input type="checkbox"/> Trabajador no remunerado (aprendiz)	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro
26.- ¿Trabaja actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 28)</i>	
27.- ¿Cuál es su trabajo actualmente?	<input type="checkbox"/> Empleado(a) u obrero	<input type="checkbox"/> Jornalero(a) o peón	<input type="checkbox"/> Patrón(a) o empresario(a)
	<input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajador sin pago en negocio familiar
	<input type="checkbox"/> Trabajador no remunerado (aprendiz)	<input type="checkbox"/> Otro	

ESTILOS DE VIDA	
28.- ¿Practica usted algún tipo de ejercicio o actividad física de manera regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 31)</i> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <i>(Pase a Preg. 31)</i>
29.- ¿Qué tipo de ejercicio o actividad física realiza habitualmente?	<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Fútbol <input type="checkbox"/> Bicicleta fija <input type="checkbox"/> Aeróbicos <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Baile/danza <input type="checkbox"/> Caminadora <input type="checkbox"/> Tai-Chi/yoga <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Otro
30.- ¿Cuántos días a la semana y cuánto tiempo lo realiza en cada sesión?	Veces <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Minutos <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> >60
31.- ¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 37)</i>
32.- ¿A que edad comenzó a fumar?	Años <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
33.- En los últimos 12 meses, ¿ha fumado tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 36)</i>
34.- En los últimos 30 días, ¿ha fumado tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 36)</i>
35.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	<input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 10 a 15 <input type="checkbox"/> 4 a 9 <input type="checkbox"/> 16 o más
36.- En toda su vida ¿Ha fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 
37.- ¿Convive habitualmente con algún fumador?	<input type="checkbox"/> Sí, vive con un fumador <input type="checkbox"/> Sí, pero no vive con esa persona <input type="checkbox"/> No
38.- ¿Alguna vez en su vida ha tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, brandy, vodka, ron o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, alguna vez lo hice pero actualmente ya no tomo <i>(Pase a Preg. 44)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 44)</i>
39.- ¿A que edad comenzó a tomar bebidas alcohólicas?	Años <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
40.- ¿Cada cuando toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> 3 o más días a la semana <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces al año en las fiestas familiares
41.- ¿Con qué frecuencia se ha emborrachado?	<input type="checkbox"/> Nunca en el último año <input type="checkbox"/> 1 vez en el último año <input type="checkbox"/> 1 vez en el último mes <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana
42.- ¿Cuánto tiempo ha tomado en forma continua?	<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 2 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 o más años <input type="checkbox"/> No tomo en forma continua
43.- Cada vez que toma ¿Cuántas copas o cervezas bebe?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

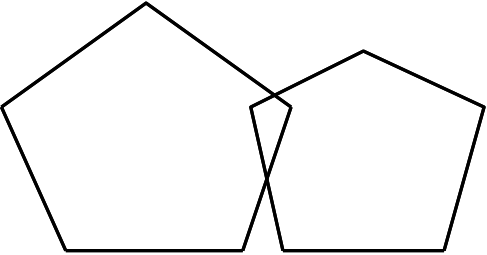


MINIMENTAL DE FOLSTEIN

44.- TIEMPO :	CALIFICACIÓN	
¿En qué año estamos?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
¿En qué mes estamos?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
¿Qué fecha es hoy?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
¿Qué hora es aproximadamente?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
45.- MEMORIA :	CALIFICACIÓN	
Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo termine, quiero que por favor usted los repita.		
Papel	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Bicicleta	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Cuchara	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
46.- ATENCIÓN Y CÁLCULO :	CALIFICACIÓN	
Escolaridad mayor a 8 años : Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100: 100 menos 7, ...		
93	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
86	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
79	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
72	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
65	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Escolaridad menor a 8 años : Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir de 20: 20 menos 3, ...		
17	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
14	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
11	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
8	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
5	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
47.- MEMORIA DIFERIDA :	CALIFICACIÓN	
Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio		
Papel	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2
Bicicleta		
Cuchara	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 (Ninguno)



48.- LENGUAJE :	CALIFICACIÓN	
Muestre Reloj y pregunte: ¿Qué es esto?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Muestre Lápiz y pregunte: ¿Qué es esto?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
49.- REPETICIÓN DE UNA FRASE :	CALIFICACIÓN	
Le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una vez.		
"Ni no, ni si, ni pero"	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
50.- COMPRENSIÓN Auditiva:	CALIFICACIÓN	
Tome este papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Dóblelo por la mitad	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
Y déjelo en el suelo	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
51.- COMPRENSIÓN Escrita:	CALIFICACIÓN	
Le voy a mostrar una hoja y va a realizar la acción que se le pide:		
Cierre los ojos	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
52.- ESCRITURA DE FRASE	CALIFICACIÓN	
Quiero que escriba un enunciado, el que usted quiera (en donde alguien haga alguna acción)		
¿Tiene sentido?	<input type="checkbox"/> Contesta bien	<input type="checkbox"/> Contesta mal
53.- COPIA DE UN DIBUJO	CALIFICACIÓN	
Muestre el dibujo con dos pentágonos. La acción es correcta si se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.		
Copia del dibujo	<input type="checkbox"/> Lo realiza bien	<input type="checkbox"/> Lo realiza mal

DIBUJO	COPIE AQUÍ EL DIBUJO
	

ÍNDICE DE BARTHEL

54.- Para comer, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente cuando la comida está al alcance de la mano <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. <input type="checkbox"/> Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
55.- Para bañarse, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente. Capaz de bañarse completo, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise <input type="checkbox"/> Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
56.- Para vestirse, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa <input type="checkbox"/> Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable <input type="checkbox"/> Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
57.- Para el aseo personal, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna <input type="checkbox"/> Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda
58.- Para defecar (hacer caca), usted es...	<input type="checkbox"/> Continente. No presenta episodios de incontinencia <input type="checkbox"/> Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios <input type="checkbox"/> Incontinente. Más de un episodio semanal
59.- Para orinar, usted es...	<input type="checkbox"/> Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, etc.) <input type="checkbox"/> Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos <input type="checkbox"/> Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
60.- Para ir al baño, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) <input type="checkbox"/> Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. Puede limpiarse solo <input type="checkbox"/> Dependiente
61.- Para trasladarse de una silla a la cama es usted ...	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física <input type="checkbox"/> Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado <input type="checkbox"/> Incapaz, no se mantiene sentado
62.- Para caminar, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente al menos 50 m., con cualquier tipo de muleta, excepto andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo (a) <input type="checkbox"/> Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) <input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas en 50 m.
63.- Para subir y bajar escaleras, es usted...	<input type="checkbox"/> Independiente. Sin ayuda y sin supervisión <input type="checkbox"/> Necesita ayuda o supervisión <input type="checkbox"/> Dependiente

ÍNDICE DE LAWTON

64.- Para usar el teléfono, usted ...	<input type="checkbox"/> Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda. Busca y marca números <input type="checkbox"/> Es capaz de marcar números bien conocidos <input type="checkbox"/> Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar <input type="checkbox"/> No usa el teléfono en absoluto
65.- Para ir de compras, usted ...	<input type="checkbox"/> Realiza todas las compras necesarias de manera independiente <input type="checkbox"/> Realiza independientemente pequeñas compras <input type="checkbox"/> Necesita compañía para realizar cualquier compra <input type="checkbox"/> Es totalmente incapaz de ir de compras
66.- Para preparar la comida, usted ... <i>(Si el entrevistado es hombre, pase a Preg. 69)</i>	<input type="checkbox"/> Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sola adecuadamente <input type="checkbox"/> Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan los ingredientes <input type="checkbox"/> Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada <input type="checkbox"/> Necesita que le preparen y sirvan la comida
67.- Para cuidar la casa, usted ... <i>(No en hombres)</i>	<input type="checkbox"/> Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional <input type="checkbox"/> Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer la compra <input type="checkbox"/> Realiza tareas domésticas pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en todas las labores de la casa <input type="checkbox"/> No participa en ninguna labor doméstica
68.- Para lavar la ropa, usted... <i>(No en hombres)</i>	<input type="checkbox"/> Es capaz de lavar por sí sola toda su ropa <input type="checkbox"/> Lava por sí sola pequeñas prendas, calcetines, etc. <input type="checkbox"/> Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona
69.- Para usar cualquier medio de transporte, usted ...	<input type="checkbox"/> Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su coche <input type="checkbox"/> Es capaz de usar un taxi, pero no usa otro medio de transporte <input type="checkbox"/> Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona <input type="checkbox"/> Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros <input type="checkbox"/> No viaja en absoluto
70.- Para tomar su medicina, usted ...	<input type="checkbox"/> Es capaz y responsable de tomar su medicamento a la hora adecuada y dosis correcta <input type="checkbox"/> Toma responsablemente su medicación si se le prepara con anticipación <input type="checkbox"/> No es capaz de responsabilizarse de su medicación
71.- Para usar el dinero, usted ...	<input type="checkbox"/> Maneja los asuntos financieros con independencia. Reconoce sus ingresos <input type="checkbox"/> Maneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. <input type="checkbox"/> Incapaz de manejar dinero

ESCALA DE YESAVAGE

Ahora le haré algunas preguntas sobre el estado de ánimo que ha tenido últimamente:

72.- ¿Está usted, básicamente satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
73.- ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
74.- ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
75.- ¿Se siente aburrido frecuentemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
76.- ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

77.- ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
78.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
79.- ¿Se siente con frecuencia desamparado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
80.- ¿Prefiere usted, quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
81.- ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otros de su edad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
82.- ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
83.- ¿Se siente inútil o despreciable como está usted, actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
84.- ¿Se siente lleno de energía?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
85.- ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
86.- ¿Cree usted, que las otras personas están en general, mejor que usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

VALORACIÓN SOCIAL

Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de sus familiares y amigos.

87.- ¿Quién vive con usted? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hermanos(as)	<input type="checkbox"/> Hijos(as)
	<input type="checkbox"/> Nietos	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Amigos
	<input type="checkbox"/> Cuidador(es) pagado(s)	<input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Otros: _____
88.- ¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
89.- ¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?	<input type="checkbox"/> Una vez al día	<input type="checkbox"/> 2 a 6 veces a la semana	
	<input type="checkbox"/> 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/> Ninguna	
90.- ¿Cuántas veces durante la semana pasada vió a personas que no viven con usted?(visitas, etc.)	<input type="checkbox"/> Una vez al día o más	<input type="checkbox"/> 2 a 6 veces a la semana	
	<input type="checkbox"/> 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/> Ninguna	
91.- ¿Tiene usted alguna persona en quién confiar?	<input type="checkbox"/> Si, ¿Cuántas? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> No	
92.- ¿Se encuentra solo o se siente en soledad?	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Algunas veces
93.- ¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
94.- ¿Si alguna vez necesitara ayuda por encontrarse discapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

ENFERMEDADES CRÓNICAS

¿Alguna vez, un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene una de estas enfermedades?

95.- Diabetes Mellitus (azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
96.- Hipertensión Arterial (Presión alta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
97.- Enfermedades del corazón (angina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
98.- Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí, de: _____	<input type="checkbox"/> No
99.- Reumatismo/Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
100.- Enfermedades respiratorias (Bronquitis crónica)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
101.- Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
102.- Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
103.- Otra	<input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál?: _____	<input type="checkbox"/> No

DISCAPACIDAD (AUDITIVA, VISUAL Y MOTORA)

104.- ¿Usted tiene limitaciones o dificultades para...? <i>(Puede marcarse más de uno)</i> <i>(En los casos en que sea evidente la limitación contestar sin preguntar. Sólo en los casos que se tenga duda se mencionaran las opciones)</i>	<input type="checkbox"/> Usar sus piernas, brazos y manos (aún usando prótesis)	<input type="checkbox"/> Es sordo(a) o no escucha bien	<input type="checkbox"/> Es ciego(a) o tiene dificultad visual	<input type="checkbox"/> Es mudo(a)	<input type="checkbox"/> Comer	<input type="checkbox"/> Tiene otra limitación	<input type="checkbox"/> Ninguna <i>(Pase a Preg. 107)</i>					
105.- ¿Cuál es la causa de sus limitaciones? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/> Enfermedad congénita	<input type="checkbox"/> Falta de dientes	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Secuelas de poliomielitis	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> Complicaciones DM	<input type="checkbox"/> Secuelas de EVC	<input type="checkbox"/> Artritis degenerativa	<input type="checkbox"/> Fractura o luxación	<input type="checkbox"/> Otro
106.- ¿Considera usted que su(s) limitación(es) o dificultad(es) es (son)...?	<input type="checkbox"/> Muy leve	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Muy grave	<input type="checkbox"/> Moderada							

VALORACIÓN SENSORIAL

107.- ¿Utiliza alguna de las siguientes atenciones o aparatos especiales para tratar, controlar o mejorar sus padecimientos? <i>(Puede marcarse más de uno)</i>	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Sonda para evacuar	<input type="checkbox"/> Placa dental postiza	<input type="checkbox"/> Andadera sin llantas	<input type="checkbox"/> Bastón de 4 patas	<input type="checkbox"/> Bastón con codera	<input type="checkbox"/> Pañales	<input type="checkbox"/> Sonda para orinar	<input type="checkbox"/> Audifono	<input type="checkbox"/> Andadera con llantas	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Ninguno <i>(Pase a Preg. 111)</i>	<input type="checkbox"/> Sonda para alimentación	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Otra
<i>(Sólo para quien usa lentes)</i> 108.- ¿Tiene problemas para ver aún con lentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																

<i>(Sólo para quien usa prótesis auditiva)</i> 109.- ¿Tiene problemas para oír con su audífono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>(Sólo para quien usa prótesis dental)</i> 110.- ¿Tiene problemas para comer con su placa o dientes postizos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SALUD BUCAL

111.- ¿Tiene dientes y/o muelas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <i>(Pase a Preg. 113)</i>																														
112.- ¿Cuáles y cuantas piezas dentales tiene?	0: Diente sano 3: Diente extraído o perdido	1: Diente con caries 4: Diente obturado sin caries 2: Diente indicado para extracción 5: Diente obturado con caries																														
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	16	15	14	13	12	11	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	22	23	24	25	26	27	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
17	16	15	14	13	12	11																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
21	22	23	24	25	26	27																										
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	46	45	44	43	42	41	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
47	46	45	44	43	42	41																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
31	32	33	34	35	36	37																										

SOMATOMETRÍA

113.- Peso actual <i>(Se pesará al adulto mayor)</i>	kg.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
0	1																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
	grs.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
114.- Estatura actual <i>(Se medirá al adulto mayor)</i>	mts.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
0	1																																													
	cm.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
115.- Cintura actual <i>(Se medirá al adulto mayor)</i>	mts.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
0	1																																													
	cm.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
116.- ¿Viene usted solo(a) o con algún acompañante?	<input type="checkbox"/> Acompañado	<input type="checkbox"/> Solo <i>(Fin del cuestionario)</i>																																												
117.- ¿Hace cuanto tiempo que su acompañante lo conoce a usted?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

CUESTIONARIO DEL INFORMANTE SOBRE DETERIORO COGNOSCITIVO DEL ANCIANO (IQCODE)

Necesito que me informe como era su pariente (o amigo) hace 10 años y compare su estado actual. A continuación le propondré una lista de acciones en las cuales intervienen su memoria e inteligencia. Le solicito que me diga si la persona ha mejorado, está igual o está peor que hace 10 años. *Solo si el entrevistado va acompañado por alguna persona*

118.- Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, dirección, ...)	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
119.- Recuerda cosas que han pasado recientemente	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
120.- Recuerda conversaciones recientes pocos días después	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
121.- Recuerda su dirección y número de teléfono	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
122.- Recuerda en qué día y mes estamos hoy	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
123.- Recuerda dónde guarda usualmente las cosas	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
124.- Recuerda dónde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto al usual	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
125.- Sabe como utilizar máquinas de uso doméstico (licuadora, TV, radio, etc.)	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
126.- Aprende a utilizar nuevas máquinas de uso doméstico	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
127.- En general aprende cosas nuevas	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
127.- Sigue la historia de un libro o de una telenovela	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
129.- Toma decisiones en asuntos de la vida diaria	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
130.- Maneja el dinero para sus compras	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
131.- Maneja asuntos tipo financiero (cobro de pensión, ir al banco, ...)	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
132.- Resuelve cálculos matemáticos sencillos (número de platillos, ...)	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho
133.- Usa su inteligencia para entender lo que pasa y razona las cosas	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco peor	<input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Francamente peor	<input type="checkbox"/> No ha cambiado mucho