

Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad

Functional assessment of older adults with disabilities

Dra. Yulmys Rodríguez Borges*; **Dra. Celia María Díaz Ontivero****

* Especialista de primer grado en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital "Raúl Gómez García". La Habana, Cuba.

**Especialista de segundo grado en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital "Raúl Gómez García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea y es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio crítico, en los que se basarán las decisiones para el tratamiento individual. **Objetivo:** Determinar el grado de dependencia funcional en pacientes ancianos con discapacidades. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Hospital Raúl Gómez García del municipio 10 de Octubre, del 1ro de Enero al 31 de agosto de 2008. Se encuestó una muestra de 71 pacientes y se utilizaron dos test para la evaluación: el Examen Mínimo del Estado Mental y el Índice de Barthel. **Conclusiones:** La discapacidad en el adulto mayor se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una alta prevalencia de lesiones que limitan la marcha. Por esta razón la mayoría hace uso de algún medio auxiliar para la deambulacion. La mayoría presenta algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, fundamentalmente leve y moderada. La mayor parte de los ancianos refirió contar con un medio familiar que los apoya pero un gran número presenta síntomas de depresión. El nivel de actividad en labores domésticas y sociales fuera del hogar es malo en la mayoría de los encuestados. Las barreras arquitectónicas son causa importante de limitación de sus actividades cotidianas. La comorbilidad de 2 o más enfermedades crónicas no transmisible es elevada, pero un gran número de pacientes permanecen libres de síntomas de deterioro cognitivo.

Palabras clave: Ancianos con discapacidad, valoración funcional, dependencia funcional.

ABSTRACT

Introduction: The functional assessment is the evaluation of physical capabilities of the elderly to determine their autonomy and independence in the surrounding environment and is essential to establish a diagnosis and a critical judgment in which decisions will be based for the treatment. Objective: To determine the functional dependence in elderly people with disabilities. Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in the "Raúl Gómez García" Hospital, municipality of 10 de Octubre, from January 1 to August 31, 2008. A sample of 71 patients was surveyed and two tests were used for the evaluation: the mini-mental state examination and the Barthel index. Conclusions: Disability in the elderly is more frequently observed in women, with a high prevalence of injuries that limit walking. For this reason, most of them use a backup means for ambulation. . Most have some degree of dependence in activities of daily living, primarily mild to moderate. Most of the elders referred having a supporting family environment, but many showed symptoms of depression. The level of activity in social and domestic work outside home is insufficient in most of the respondents. The architectural barriers are a major cause of limitation of their daily activities. The comorbidity of two or more chronic non-communicable diseases is high, but many patients remained free of symptoms of cognitive impairment

Key words: Older people with disabilities, functional assessment, functional dependence

INTRODUCCIÓN

La discapacidad física se ha convertido en un problema de salud frecuente en la tercera edad. Según muchos especialistas la mayor parte de los adultos mayores están en condiciones de mantenerse libres de discapacidad, pero la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas.

El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir un mínimo de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional. Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano de una manera deseada a nivel individual y social.¹

La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia.² Tiene como premisa, poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos de funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre al paciente y encaminarlo en las terapéuticas apropiadas.³ Efectuada la evaluación y conocida la situación de las

diferentes áreas, podremos diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr el mayor grado de independencia o lo que es lo mismo la mejor calidad de vida del anciano.⁴

La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.

La valoración de la función física en personas con discapacidad se enfoca en capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, valorándose como incapacidad para realizarlas aún con ayuda, capaz sin ayuda de otras personas o capaz pero con asistencia. 4 Esta es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general.^{5,6}

La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio crítico, en los que se basarán las decisiones para el tratamiento individual.⁴

Cuando se evalúa la función de un anciano discapacitado se analiza, por una parte, la acción y, por otra, la posible necesidad de ayuda para realizarla. Dicha evaluación puede hacerse directamente presenciando su ejecución o de forma indirecta a través de la opinión del paciente, de sus familiares o cuidadores. Dependiendo de la clase de apoyo que precise el paciente, se la clasificará en dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.⁴

El objetivo de este trabajo fue determinar el grado de dependencia funcional en pacientes ancianos con discapacidades del policlínico Raúl Gómez García.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Policlínico-Hospital Raúl Gómez García del municipio 10 de Octubre, en el período comprendido del 1ro de Enero de 2008 al 31 de agosto de 2008.

Nuestro universo estuvo constituido por todos los pacientes ancianos con discapacidades del Hospital. Se encuestó una muestra de 71 pacientes en sus hogares, que cumplieran con los criterios de inclusión que se explican a continuación: pacientes con discapacidades que pertenezcan al Hospital Raúl Gómez del municipio 10 de octubre, de 60 años y más, de ambos sexos, con discapacidad de origen neurológico y Osteomioarticular, que deseen participar en el estudio y en caso de enfermedades mentales, que lo autorice su familia.

A todos los pacientes se les llenó un modelo que recoge sus datos generales, así como aspectos de tipos psicológicos, sociales y clínicos que indagan sobre la convivencia y preocupación familiar hacia el anciano con discapacidades, sus posibilidades reales de recibir asistencia y de satisfacer sus necesidades afectivas y materiales (ANEXO 1). Los datos fueron recogidos exhaustivamente por las autoras del estudio. Previamente se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió su consentimiento, el cual quedó plasmado mediante la firma del paciente o tutor al pie del modelo, que contiene los aspectos siguientes:

Aspectos sociales

Estado civil

Ocupación

Convivencia: Variable cualitativa ordinal.

- Apoyo familiar total (AFT): ancianos que viven con otros miembros de la familia, que tienen posibilidades reales de prestarle atención para poder desarrollar sus actividades personales. Si las respuestas a las preguntas eran: Pregunta 1: a, b y c; 2: a, b y c; 3: a.

- Apoyo familiar parcial (AFP): cuando la familia o convivientes tienen dificultades para una correcta atención al paciente. Si las respuestas a las preguntas eran: Pregunta 1: d; 2: d; 3: b y d.

- Sin apoyo familiar (SAF): ancianos que viven solos, sin familia ni allegados que puedan prestarles atención. Si las respuestas a las preguntas eran: Pregunta 1: e; 2: e; 3: d.

Nivel de actividad: Variable cualitativa ordinal: Bueno: Si las respuestas a las preguntas eran: Preguntas 4 y 5: a y b; Regular: Preguntas 4 y 5: c; Malo: Preguntas 4 y 5: d.

Presencia de barreras arquitectónicas: Presentes: Si las respuestas a las preguntas eran: Preguntas 6 y 7: a; Ausentes: Preguntas 6 y 7: b.

Aspectos psicológicos

Aspecto cognitivo: Mini-Mental test: Signos de deterioro cognitivo: Ausente si puntuación del test mayor o igual que 24 y Presente si menos de 24 en la puntuación del test.

Aspecto afectivo:

- Relaciones sociales: Buenas: Si las respuestas a las preguntas eran: Pregunta 8: a y b; Regulares: Pregunta 8: c; Mala: Pregunta 8: d.

- Síntomas de Depresión y ansiedad: Presente: Si las respuestas a las preguntas eran: Pregunta 9: a y b; Ausente: Pregunta 9: c y d.

- Valoración del estado de salud. Pregunta 10

" Adecuado: La valoración del paciente se corresponde con su estado clínico actual.

" Sub.-valoración: El paciente no le atribuye a su estado clínico la severidad que tiene.

" Sobre-valoración: El paciente atribuye a su estado clínico una severidad mayor a la real.

Aspectos clínicos

Comorbilidad de Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT)

Se tuvo en cuenta los antecedentes patológicos personales referidos por el encuestado: Ausente - 0 Presente - 1, 2 ó más (ECNT).

Dificultad visual: Pregunta 11: Presente o Ausente

Dificultad auditiva: Pregunta 12: Presente o Ausente

Trastornos de la sensibilidad: Pregunta 13: Presente o Ausente

Ayuda técnica para la marcha: Pregunta 14: Presente o Ausente

El cuestionario utilizado se confeccionó basado en tres importantes test de recolección de datos (Cuestionario de salud y actividades usado en el programa Fallproof, el Cornell Scale para la detección de depresión en demencia, Cuestionario de Barber 1980 para la detección del anciano de riesgo), con el objetivo de obtener un instrumento que nos ofrezca la información más adecuada y precisa según los objetivos del estudio.

Se aplicaron además dos instrumentos:

a) Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), nos permitió identificar signos de deterioro cognitivo en el anciano, se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos, el punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos, en estos casos se considerarán como signos de deterioro cognitivo. Si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejía) se recalcula proporcionalmente. Los ítems están agrupados en cinco apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.⁷

b) El Índice de Barthel, nos permitió identificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (los ítems están agrupados en 10 apartados que comprueban la independencia para: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micciones, usar el retrete, trasladarse, deambular y para subir y bajar escaleras. Puntúa como máximo un total de 100 puntos).⁸

Resultado del test: Independiente- 100; Dependencia leve- ? 60; moderada- 40-55; grave- 20-35; grave- < 20.

Para todo el procesamiento de la información se utilizó el paquete profesional estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 11.5. Se muestran los resultados mediante tablas de distribución de frecuencia, tablas de contingencia, y gráficos apropiados.

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo compuesta por 48 mujeres (67,6%) y 23 hombres (32,4%). El número mayor de individuos se ubicó en el grupo de 60 a 69 años con 27 pacientes, seguido del grupo de mayores de 80 años con 23, en ambos casos con claro predominio del sexo femenino 63% y 91,3% respectivamente, y por último los de 70 a 79 con 21 casos.

En cuanto al tipo de lesión predominó la del sistema nervioso central con 32 pacientes para un 45,1%, fundamentalmente por enfermedad cerebrovascular según los antecedentes recogidos. En segundo lugar las deformidades ortopédicas con 24 pacientes para un 33,8%, seguido de los amputados 13 (18,3%) y la lesión

del sistema nervioso periférico 2 (2,8%). De ellos 5 (7%) de origen congénito y 66 (93%) adquirido.

Topográficamente se encontró que en los pacientes con lesión del sistema nervioso central la afectación de algún hemicuerpo (hemiplejía) fue el resultado más frecuente con 26 pacientes. Los miembros inferiores se afectaron en mayor medida tanto en pacientes con deformidades ortopédicas como amputados con 21 y 12 casos respectivamente.

Al aplicar la escala de dependencia funcional en AVD (Índice de Barthel) se pudo constatar que permanecían independiente para estas actividades 12 pacientes (16,9%), con dependencia leve 23 (32,4%), con dependencia moderada 20 (28,2%), con dependencia grave 9 (12,7%) y con dependencia total 7 (9,9%) (Figura 1).

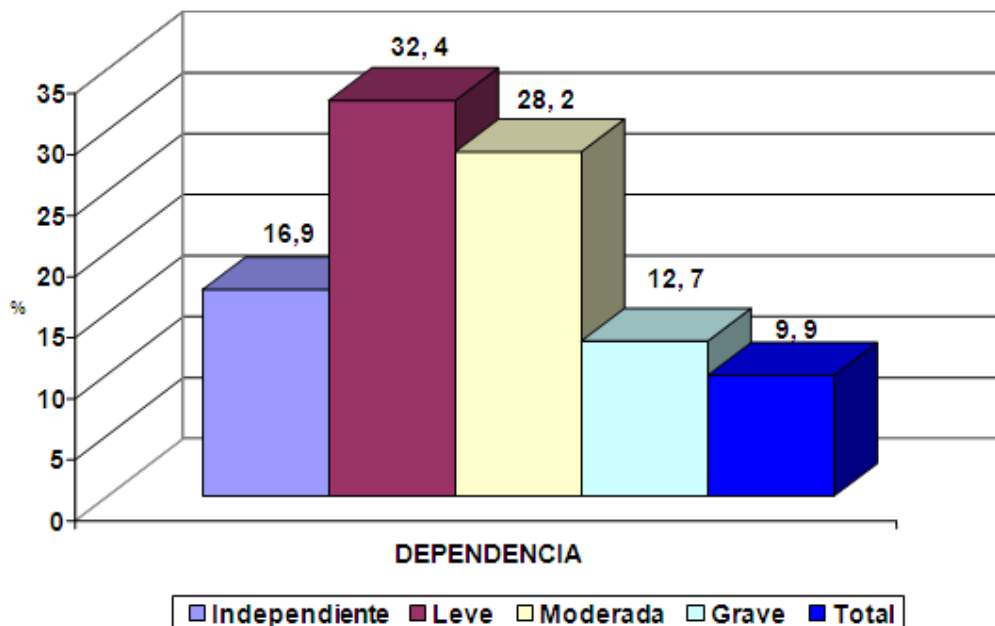


Figura 1. Grado de dependencia funcional

Al analizar los aspectos sociales de la encuesta se observó que existen 52 pacientes con apoyo familiar total (73,2%), 16 con apoyo familiar parcial (22,5%) y 3 sin apoyo familiar (4,2%). El mayor porcentaje de los pacientes se encontraban casados 27 (38,0%), 21 solteros (29,6%) y 23 viudos (32,4%). En cuanto al nivel de actividad, es bueno en 14 (19,7%), regular en 25 (35,2%) y malo en 32 (45,1%). Solo un paciente se encuentra laboralmente activo, 42 son jubilados, 22 amas de casa y 6 pensionados. Las barreras arquitectónicas están presentes en 51 de los casos (71,8%) tanto dentro como fuera del hogar. (Figura 2)

Dentro de los aspectos psicológicos vemos que las relaciones sociales de los pacientes con la familia y otros es buena en 32 (45,1%) pacientes, regular en 25 (35,2%) y malas en 14 (19,7%). Se encontraron síntomas de depresión presentes en 39 pacientes (54,9%). La valoración del estado de salud fue adecuado en 40

pacientes (56,3%), se subvaloró en 9 (12,7%), sobrevalorado en 16 (22,5%), y no evaluado en 6 pacientes por presentar alteraciones cognitivas. (Figura 3)

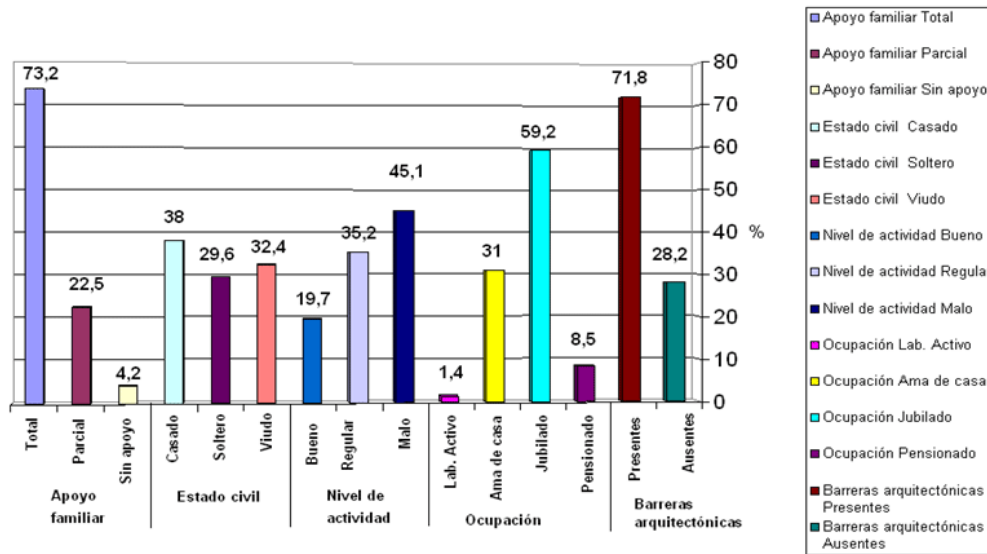


Figura 2. Aspectos sociales

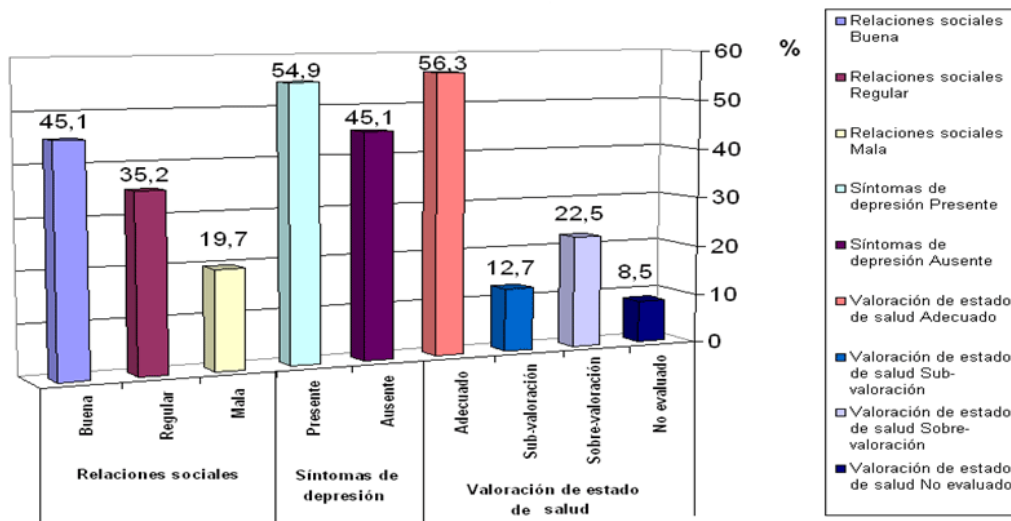


Figura 3. Aspectos psicológicos

En cuanto a los aspectos clínicos de estos pacientes podemos ver como dato importante que 43 (60,6%) de los ancianos presentan 2 o más enfermedades crónicas asociadas, 21 presentan al menos 1 (29,6%) y solo 7 (9,9%) tenían antecedentes de salud anterior. Las alteraciones visuales que interfieren con la AVD están presentes en 31 pacientes (43,7%), las auditivas en 5 (7,0%) y las sensitivas en 41 (57,7%). Las ayudas técnicas para el traslado o la marcha son usadas por 64 pacientes (90,1%).

Es necesario abordar también el desempeño de los pacientes durante la aplicación del Mini-Mental Test. Con relación a este se observaron signos de deterioro cognitivo en 6 pacientes para un 8,5%, estando ausentes estos signos, según resultados del test, en el resto de los casos (91,5%).

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró un predominio del sexo femenino entre los ancianos con discapacidades, lo cual coincide con un estudio realizado en los municipios de Amancio Rodríguez y Jobabo sobre prevalencia de discapacidad física en ancianos donde se observó que el sexo femenino es el de mayor frecuencia.⁹ En una publicación de gerontología y geriatría de Ciudad de la Habana se evidencia predominio de la discapacidad en el sexo femenino, asociación que se reitera en variadas investigaciones.¹⁰

Las discapacidades que más se observaron fueron aquellas causadas por lesión del sistema nervioso central. Según estudios revisados la enfermedad cerebrovascular (causa más frecuente registrada en el estudio según la encuesta) se perfiló como una enfermedad importante para el aumento de la discapacidad al coexistir con otras enfermedades, principalmente cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y osteoartritis.¹⁰

El nivel de actividad que implica la realización de actividades domésticas y sociales fuera del hogar fue malo en un gran porcentaje de los pacientes. En cuanto al nivel ocupacional predominó el de jubilado y ama de casa. Según el estudio de la Dra. Doris Cardona la principal ocupación u oficio era la de ama de casa en un 44,1% seguida por los pensionados/ jubilados en un 32,3%. Según la investigación de la Dra. Ludmila Brenes el 83% de los adultos mayores estudiados no se encontraban laboralmente activos.^{10,11}

En nuestro estudio se recogió un alto porcentaje de barreras arquitectónicas referidas por los pacientes y constatadas por la autora. El municipio 10 de Octubre se encuentra enclavado en una geografía de numerosas elevaciones, con presencia de muchas calles en forma de escalera, una arquitectura antigua, con edificios de puntal alto y escaleras empinadas donde un segundo piso se corresponde con un tercero o cuarto de las construcciones actuales.

Existen además numerosas ciudadelas en muy mal estado constructivo, con las clásicas barbacoas, habitaciones estrechas y hacinamiento. Por otro lado la transportación urbana se reduce a las grandes avenidas quedando el resto del territorio muy alejado de las zonas de acceso a estos. Todo estos factores contribuyen a que los ancianos discapacitado presenten grandes dificultades para el amplio desempeño de sus actividades domésticas y extra-domiciliarias. Encontramos gran número de pacientes que no habían salido a la calle en años y sin embargo mantenía algún nivel de actividad dentro del hogar.

Aunque el grado de relaciones sociales referido fue bueno en general, esto no se corresponde con las cifras de síntomas de depresión encontrados en el estudio. Con la llegada de la vejez, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la inactividad, y la falta de comunicación de los más jóvenes con los más viejos, al considerarlos personas inútiles por su poco aporte, provoca que en el anciano se desarrolle este sentimiento, el cual hace que disminuyan las posibilidades de autonomía funcional, que incrementan sus necesidades de dependencia y al mismo tiempo fomentan el aislamiento social.⁹ Esta situación es el reflejo de la pérdida de roles del adulto

mayor en su hogar, al no ser invitado a participar como un integrante más de la familia en la toma de decisiones fundamentales en el hogar.

Los síntomas depresivos del adulto mayor se manifiestan de una manera muy variada, desde un simple sentimiento de tristeza e inutilidad, así como desánimo, hasta la afectación del desempeño de las actividades de la vida diaria. Es necesario insistir en que los síntomas depresivos, tanto como la depresión mayor, tienen graves consecuencias para la salud del anciano, ya que además de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios¹² y se recuperan en mayor tiempo de alguna enfermedad.¹³

La comorbilidad con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) estuvo presente en más de la mitad de los pacientes. Existen evidencias que demuestran el impacto de las (ENT) en la calidad de vida del anciano, tanto al ser única enfermedad como varias que se padecen al mismo tiempo. La comorbilidad o coexistencia de varias de estas afecciones se relaciona sustancialmente con una mayor probabilidad de aparición de discapacidades, considerándose un fuerte factor de riesgo para el surgimiento de las mismas, no solo por las consecuencias derivadas del incremento en su número, sino también por los efectos de combinaciones específicas entre las mismas, las cuales elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas o mentales que de ello se deriva.¹⁰

Un estudio realizado de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, en el cual se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, concluyó que un 24% resultó dependiente en AVD y que las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión.¹⁴

En un estudio realizado por Pierre V. con respecto a las ayudas ortopédicas o mecánicas que requiere el adulto mayor para la realización de sus actividades básicas cotidianas o esporádicas, se encontró que el 68% de los encuestados utilizan anteojos y el 10% utilizan la ayuda del bastón. Otras ayudas ortopédicas eran el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitar el desplazamiento y brindar algún grado de independencia en las actividades básicas cotidianas.⁵ En nuestro caso el porcentaje de esta necesidad es mucho mayor al compararlo con este estudio.

El deterioro cognitivo demenciante se acompaña de una declinación en la habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (repercusión funcional) a la que suelen agregarse trastornos neuro-psiquiátricos y emocionales tales como apatía, labilidad, depresión, agitación, ansiedad, irritabilidad e, incluso, psicosis. Todo lo anterior repercute directamente en el paciente y en su familia, afectando notoriamente la calidad de vida.¹⁶

Al explorar esta área en el estudio solo un pequeño porcentaje de pacientes presentaba signos de deterioro cognitivo, los mismos fueron remitidos al servicio de geriatría y psiquiatría del área de salud para un mejor diagnóstico y tratamiento. La gran mayoría de los ancianos permanecía libre de estos síntomas.

La aplicación de Índice de Barthel dio a conocer que el mayor número de pacientes presenta algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. De ellos la mayoría se encuentra en los grados leve y moderado. En un estudio realizado en el hospital de Viña del Mar en el año 2004 donde se usó como instrumento la escala

de Barthel para medir independencia para actividades básicas, los resultados muestran que el 76 % de los pacientes presentaba algún grado de dependencia para dichas actividades.¹⁷ Estos datos coinciden con los resultados de nuestro estudio.

Todo lo anterior nos debe hacer reflexionar sobre la forma de enfrentar al adulto mayor y su patología, para lograr una mejor inserción social con una mayor calidad de vida.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Nombre y Apellidos:

Edad: Sexo: Escolaridad:

APP:

Estado civil: Ocupación:

Origen de la discapacidad:

Tipo de lesión: Topografía:

1. ¿Con quién vive?

a) Conyugue___b) Hijos ___ c) otro familiar___d) otros___e) Solo___

2. ¿Quién se ocupa de su cuidado personal (comida, aseo, higiene del hogar)?

a) Conyugue___b) Hijos ___c) otro familiar___d) otros___e) Nadie___

3. ¿Tiene a quien acudir si precisa ayuda?

a) Siempre___b) Casi siempre___c) a veces ___ d)nunca___

4. ¿Realiza actividades domésticas durante el día?

a) Siempre___b) Casi siempre___c) a veces ___ d)nunca___

5. ¿Con que frecuencia sale de casa a funciones sociales?

a) casi a diario b) 3-4 veces/semana

c) 1-2 veces/semana d) Menos de una vez/semana

6. ¿Presenta dificultades para trasladarse dentro de su casa debido a: Peldaños altos, pasillos y puertas estrechas?

a. Si b) No

7. ¿Presenta dificultades para salir de casa debido a: Escaleras, irregularidades de la calle, etc.?

a) Si b) No

8. ¿Se relaciona con sus vecinos u otras personas de su edad?

a) Siempre___b) Casi siempre___c) a veces ___ d)nunca___

9. ¿Presenta con frecuencia alguno de los síntomas siguientes: ansiedad, tristeza, irritabilidad, cambios de ánimo, pérdida de interés o del apetito?

a) Siempre___b) Casi siempre___c) a veces ___ d)nunca___

10. ¿Cómo califica su estado de salud actual?

a) Bueno___b) Regular___ c) Malo___

11. ¿Tiene dificultad con la vista para realizar sus actividades habituales?

a) Si___ b) No___

12. ¿Se le dificulta la conversación porque oye mal?

a) Si___ b) No___

13. ¿Presenta problemas de sensibilidad en los miembros? (aumento, disminución, calambres, etc.)

a) Si___ b) No___

14. ¿Usa algún instrumento para caminar? a) Si___ b) No___

¿Qué tipo?_____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. J.L. Larrión. Valoración Geriátrica Integral (III). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 1): 71-84. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/.../06-val.pdf>.

2. Programa 2002-2003 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/index.htm>.

3. Carmenaty Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación Funcional del anciano. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(3): 184-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf09302.htm

4. Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. Rev Cubana Enfermer v.24 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2008. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5. Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health* 1996; 17: 25-46.
6. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Eng J Med* 1990; 322: 1207-7.
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, Discapacidad y Minusvalidez. Ginebra: OMS, 1986.
8. Índice de Barthel. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitos/rehabilitación/escala-geriatrica.pdf>. Consulta: 6 septiembre 2007.
9. Tello Velázquez Y, Bayarre Veá H, Hernández Pérez Y, Herrera Domínguez H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". *Rev Cubana Salud Pública* 2001; 27(1):19-25.
10. Brenes Hernández L, Menéndez Jiménez J, Guevara González A. "Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana". *GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. 2006*
11. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. B. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* 2006; 26:206-15.
12. Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico TN, Charlson ME, et al. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9:169-176.
13. Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med* 2000; 160:3074-3080.
14. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007; 49 (4):459-466.
15. Pierre V. Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva mas positiva. *Salud Pública Mex* 1996; 38:513-22.
16. Sagredto H. Conceptos básicos sobre demencia. *Rev. med. Maule*, abr. 2007; 25(1):28-37.
17. Cruz Ch., Rodrigo; Espejo G., Patricia; Castillo R., Sandra. Study of functionality and comorbidity of elderly patients admitted to the medical service of the hospital de Peñablanca. *Bol. Hosp. Viña del Mar*, ene. 2004; 60(1):2-8.

Recibido: 6 agosto 2009

Aprobado: 3 de septiembre

Dra. Yulmys Rodríguez Borges. Policlínico-Hospital universitario Raúl Gómez García.
E mail: yulmyrdguezb@infomed.sld.cu