



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 47

N.º de registro R-2025-2402-102

GI SELA SIERRA ZALETA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUÉLLAR

CO - DIRECTOR
DR. MARTÍN MAGAÑA AQUINO

FEBRERO 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 47
N.º de registro R-2025-2402-102

GISELA SIERRA ZALETA
No. de CVU del CONACYT 2203617; Identificador de ORCID 0009-0009-4302-7784

DIRECTOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO
DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR
Maestría en Educación por Competencias
No. de CVU del CONACYT 903691; Identificador de ORCID 0000-0002-7850-1572

CO - DIRECTOR ESTADÍSTICO
DR. MARTÍN MAGAÑA AQUINO
Maestría en Ciencias en Investigación Clínica
No. de CVU del CONACYT 171920; Identificador de ORCID 0009-0009-0471-5074

SINODALES:

Dra. Dora María Becerra López
Presidente

Dra. María Teresa Ayala Juárez
Sinodal

Dra. Lorraine Terrazas Rodríguez
Sinodal

Dra. Cecilia del Carmen Ramírez Castillo
Sinodal suplente

FEBRERO 2026



Nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, en la Unidad De Medicina Familiar N.º 47 © 2026 por Gisela Sierra Zaleta se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ CATAÑO.

Secretaria de Investigación y Postgrado de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ

Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, I.M.S.S.

DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar N.º 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N.º 47, I.M.S.S.

DR. JOSÉ DE JESÚS FLORES RANGEL

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N.º 47, I.M.S.S.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
LISTA DE CUADROS	2
LISTA DE FIGURAS	3
LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS	4
LISTA DE DEFINICIONES	5
DEDICATORIAS	7
RECONOCIMIENTOS	8
MARCO TEÓRICO	9
- Antecedentes	10
- Índice de Barthel	12
- Escala de Lawton y Brody	14
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
HIPÓTESIS	21
OBJETIVOS	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
VARIABLES	25
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
ASPECTOS ÉTICOS	30
RECURSOS E INFRAESTRUCTURA	32
RESULTADOS	33

DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
LIMITACIONES Y/O SUGERENCIAS	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXO 1 (Cronograma de actividades)	45
ANEXO 2 (Carta de consentimiento informado)	46
ANEXO 3 (Instrumentos)	47
ANEXO 4 (Hoja de recolección de datos)	51
ANEXO 5 (Carta de no inconveniente)	54
ANEXO 6 (Dictamen del comité de ética)	55
ANEXO 7 (Dictamen del comité de investigación)	56
ANEXO 8 (Instrumento antiplagio)	57

RESUMEN

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 47

Sierra Zaleta, G.¹, Arredondo Cuellar MP², Magaña Aquino M³

Residente de Medicina Familiar¹, Coordinador Clínico en Educación e Investigación En Salud², Coordinador Auxiliar Médico en Investigación³.

Antecedentes: El proceso de envejecimiento representa un riesgo independiente para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, incrementando la posibilidad de un deterioro en la capacidad funcional, por lo que la evaluación funcional adquiere un papel clave al permitir valorar la habilidad del adulto mayor para desenvolverse en su vida diaria y mantener su independencia dentro de su entorno habitual. **Objetivo:** Estimar el nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar Número 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, SLP. **Metodología:** se realizó estudio observacional, descriptivo, prospectivo, con una muestra de 318 adultos mayores de 65 a 74 años, a quienes se les aplicó el Índice de Barthel para medir las actividades básicas y la Escala de Lawton y Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria. **Recursos e infraestructura:** se realizó estudio en las instalaciones de la UMF 47, este proyecto de investigación no contó con financiamiento y los costos de este corrieron por parte del investigador principal del estudio. **Experiencia del grupo:** Los investigadores incluidos en este estudio tienen experiencia en investigación y publicación de artículos científicos, a su vez declaran no tener conflictos de intereses. **Resultados:** Se obtuvo mediana de edad de 70 años (RIC 66 – 74). Predominó el sexo femenino (61.9%). En las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 51.9% fue independiente y el 48.1% presentó dependencia leve. En actividades instrumentales (AIVD), el 60.7% dependencia y el 39.3% independencia, lo que traduce mayor deterioro en tareas instrumentales. La edad presentó asociación significativa con el nivel de dependencia funcional. El sexo femenino se asoció con mayor dependencia en ABVD ($p < 0.01$). **Conclusiones:** La mayoría de los adultos mayores conservó independencia para las actividades básicas; sin embargo, se observó mayor dependencia en las actividades instrumentales, lo que sugiere que las funciones complejas se afectan de manera más temprana. **Palabras clave:** Adulto mayor, Dependencia funcional, Actividades de la vida diaria.

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Ejes arquitectónicos de Feinstein	22
Cuadro 2. Parámetros estadísticos para el calculo del tamaño de muestra	23
Cuadro 3. Operacionalización de variables	25
Cuadro 4. Mediana y rango intercuartílico de la edad de la población de estudio	32
Cuadro 5. Evaluación del grado de dependencia funcional de la poblacion de estudio	32
Cuadro 6. Características sociodemográficas de la población de estudio	33
Cuadro 7. Relación entre el nivel de dependencia en ABVD, AIVD y los factores sociodemográficos de la población de estudio	34
Cuadro 8. Relación entre el nivel de dependencia en ABVD, AIVD y las comorbilidades asociadas de la población de estudio	35

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1. Flujograma de método o procedimiento para captar la información 28

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

ELB: Escala de Lawton y Brody.

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

IB: Índice de Barthel.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

LISTA DE DEFINICIONES

Adulto mayor: cualquier persona de más de 60 años.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado, como, por ejemplo: asearse, bañarse, alimentarse, desplazarse, vestirse y continencia de esfínteres.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son aquellas que una persona necesita desempeñar, más allá de las destrezas básicas en los cuidados personales, para funcionar independientemente en el hogar y la comunidad como, por ejemplo: usar el teléfono, el transporte, manejar dinero, hacer compras y administrar la medicación.

Envejecimiento: proceso natural, continuo, irreversible y multifacético que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales en los seres vivos a lo largo de su vida. Estos cambios, están asociados con el paso del tiempo y se caracterizan por una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte.

Independencia: capacidad de una persona para resolver situaciones cotidianas por sí misma.

Nivel de dependencia: grado de asistencia que necesita una persona para realizar actividades cotidianas.

Primer nivel de atención: El primer nivel de atención de salud, es el primer punto de contacto de las personas con el sistema de salud. Es la puerta de entrada a la atención médica, donde se realiza la atención básica de salud, como consultas, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes, así como la derivación a niveles superiores cuando sea necesario.

Salud funcional: capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para su cuidado personal y vivir de manera independiente.

DEDICATORIAS

A Dios, por bendecirme con la oportunidad de cumplir este sueño.

A mis padres, quienes con amor, esfuerzo y ejemplo me enseñaron a perseverar y nunca rendirme.

A mi familia, por su comprensión, palabras de aliento y motivación constante, por estar siempre al pendiente de mí a pesar de la distancia.

Con mucho cariño y amor para ustedes.

RECONOCIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí por abrirme las puertas para formarme académicamente en esta importante etapa de mi vida.

A la Unidad de Medicina Familiar N.º 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser mi sede de adscripción y por permitirme realizar este trabajo de investigación en sus instalaciones; gracias por las facilidades otorgadas y por el apoyo del personal de salud, quienes contribuyeron de manera invaluable no solo al desarrollo de este proyecto, sino también en mi educación médica como residente.

Agradezco profundamente a la Dra. María Del Pilar Arredondo Cuellar y al Dr. Martín Magaña Aquino, quienes fueron un pilar fundamental para la realización de esta tesis; gracias por su orientación, por su acompañamiento académico y sobre todo por su paciencia.

A todos los profesores y titulares a quienes tuve la oportunidad de conocer durante toda esta etapa, atesoraré siempre cada experiencia y cada enseñanza compartida. Gracias por todos los consejos, no solo en el ámbito de la medicina, sino también sobre la vida.

Reconocimiento especial a aquellas personas que fueron como una segunda familia para mí durante estos tres años, que estuvieron en las buenas y en las malas y que, al igual que yo, dejaron sus hogares para cumplir este sueño. Gracias por su cariño y su amistad; fue muy bonito coincidir con ustedes. Me llevo en el corazón cada momento compartido. Sin su acompañamiento y su apoyo, esta etapa no habría sido igual.

1. MARCO TEÓRICO:

1.1 Introducción.

Entre las múltiples definiciones que existen sobre el envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte”. (1)

El proceso de envejecimiento representa un riesgo independiente para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, incrementando la posibilidad de un deterioro en la capacidad funcional, tanto física como mental. A lo largo de esta etapa, distintos sistemas del cuerpo sufren cambios fisiológicos y estructurales que pueden disminuir el rendimiento físico, dificultando la ejecución de las actividades cotidianas. A medida que pasan los años, el organismo atraviesa transformaciones sistémicas y orgánicas que pueden manifestarse en múltiples enfermedades, provocando en la persona adulta mayor limitaciones funcionales y sociales que afectan directamente su calidad de vida. (2) (3)

Por otro lado, el envejecimiento exitoso se entiende como un proceso integral en el que la persona mayor preserva su bienestar mental y su funcionamiento cognitivo, mantiene una participación activa en la vida social, fortalece sus redes y vínculos interpersonales y conserva un adecuado estado de salud física, el cual incluye mantener la capacidad funcional, es decir, capacidad de satisfacer las necesidades básicas, tomar decisiones y permanecer móvil. (4)

La funcionalidad física en las personas adultas mayores se entiende como la capacidad para llevar a cabo, de manera autónoma, las actividades básicas de la vida diaria. Estas funciones son fundamentales para evaluar tanto la calidad de vida como el nivel de independencia en este grupo poblacional, ya que engloban tareas cotidianas esenciales para el autocuidado. La pérdida de autonomía en estas actividades básicas o

instrumentales se asocia con un incremento en el riesgo de mortalidad en los adultos mayores. Por ello, la evaluación funcional adquiere un papel clave al permitir valorar la habilidad del adulto mayor para desenvolverse en su vida diaria y mantener su independencia dentro de su entorno habitual. En este contexto, uno de los instrumentos más reconocidos y utilizados actualmente para medir el nivel de funcionalidad es el Índice de Barthel, el cual se centra en las actividades básicas de la vida diaria. (5) (6) (7)

En estudios realizados sobre la población mexicana, se ha encontrado que entre el 26.9% y el 30.9% de los adultos mayores en México, son dependientes. (8)

Esta información nos permite entender que la pérdida de funcionalidad representa una de las principales problemáticas que enfrenta la población adulta mayor, ya que complica tanto la atención médica como el acceso a los servicios de salud. Además, esta condición influye significativamente en la relación entre el envejecimiento de la población y el incremento del gasto destinado al sector salud. (3)

1.2 Antecedentes.

Escobedo Romero e Izquierdo Fernández realizaron un estudio en 2023, en Navarra, España, aplicando el índice de Barthel a 591 pacientes mayores de 65 años que acudían al servicio de urgencias, de los cuales el 53% eran del sexo masculino, del total de la muestra 40.9% eran independientes en sus actividades básicas, 12.5% con dependencia leve, 19.3% dependencia moderada, 16.6% severa y el 10.7% con dependencia total. (9)

Maldonado et al, en 2016 realizaron un estudio en 60 adultos mayores, de cuatro asilos diferentes de la ciudad de Ibarra en Ecuador, con una edad media de la población de 78 años, con predominio del sexo masculino con un 56%, en cuanto al índice de Barthel los adultos mayores mostraron un 23.3% de dependencia moderada y leve, 30% de independencia, el 88.3% fueron independientes para alimentarse solos, independencia al bañarse el 63%, independencia al vestirse el 66%, independencia para arreglarse solo en 76%, y el 79% es independiente para acudir al baño; de manera global la funcionalidad fue de 76% independientes. (10)

Jiménez Aguilera et al, en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México en 2016, realizaron un estudio de dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor utilizando la Escala de Lawton Brody, incluyendo a 298 pacientes, con una media de edad de 70 años, predominio del sexo femenino con 61%, siendo la mayoría casados en un 47%, dedicados al hogar en un 46% y jubilados 40%, educación básica en un 82%, solo el 39% se reportó con independencia para las actividades instrumentales de la vida, siendo el resto dependiente. (11)

En un estudio realizado en Hidalgo, México, en 2022 por González García et al, en adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende, para conocer la dependencia funcional de los adultos mayores aplicando el índice de Barthel a 366 pacientes, se encontró un predominio de sexo femenino en un 52%, siendo ama de casa la ocupación más frecuente con un 40%, estado civil casado en un 55% y escolaridad primaria en un 51%. De acuerdo con el índice de Barthel, la dependencia leve fue la más frecuente con un 56%, con una media de 82. (12)

Los estudios descritos muestran una alta variabilidad en la prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores, la cual oscila entre 23% y más del 60%, dependiendo del contexto poblacional y del instrumento utilizado para su evaluación. Asimismo, se observa que las actividades instrumentales de la vida diaria tienden a deteriorarse antes que las actividades básicas, lo cual coincide con el proceso fisiológico del envejecimiento. Sin embargo, existe limitada evidencia sobre el nivel de dependencia funcional en adultos mayores jóvenes (65-74 años) atendidos en unidades de medicina familiar del primer nivel de atención en México.

1.3 Marco conceptual.

Se han creado cerca de 90 herramientas para evaluar la autonomía funcional, donde uno de los enfoques más comunes e importantes se basa en analizar las habilidades del individuo para realizar tareas cotidianas, las cuales podemos clasificar en actividades básicas (como alimentación o movilidad) e instrumentales (como manejo de finanzas o uso de transporte). Tanto las actividades básicas como las actividades instrumentales de

la vida diaria son fundamentales para mantener la independencia en la edad adulta. (13)
(14)

Existen diversos factores que contribuyen a la discapacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor. Estos factores incluyen una edad igual o mayor a 80 años, ser mujer, ser analfabeta, vivir con un número reducido de familiares, tener bajos ingresos, padecer enfermedades crónicas, depresión, caídas, consumo de alcohol, síndrome de fragilidad, hospitalizaciones. (15)

Dentro de las principales herramientas de medición, tenemos el Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida (ABVD) y la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). (16)

ÍNDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel (IB) se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955; debido a esto, se le conoce también como “índice de discapacidad de Maryland”. Su finalidad era conocer la capacidad funcional en pacientes con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos y posterior a su rehabilitación, conocer su evolución. (17) (18)

Actualmente, se define al IB como “medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”. (18)

Las actividades básicas de la vida diaria son fundamentales para el autocuidado, ya que están orientadas a la supervivencia y al mantenimiento del bienestar personal. Están enfocadas en satisfacer necesidades básicas, requieren poca demanda cognitiva y suelen aprenderse desde una edad temprana (alrededor de los seis años), permitiendo así el desarrollo de la autonomía personal. Dentro de las ABVD suelen incluirse

actividades como la alimentación, el aseo personal, el uso del baño, la movilidad, entre otras. (19) (20)

La dificultad o alteración en la realización de estas tareas puede reflejar la presencia de afecciones médicas subyacentes; su evaluación facilita la detección de áreas que requieren atención o intervención específica. (21)

El índice de Barthel evalúa la funcionalidad en diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD); dichas actividades son: (22) (23)

1. **Alimentación:** Se considerará dependiente cuando obtenga (0 puntos); si necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. (5 puntos); Independiente totalmente (10 puntos).
2. **Trasladarse del sillón a la cama:** Incapaz: no puede mantenerse sentado (0 puntos); necesita ayuda importante; aunque puede mantenerse sentado (5 puntos); necesita una pequeña ayuda física o verbal (10 puntos); independiente (15 puntos).
3. **Aseo personal:** Necesita ayuda con el aseo personal (0 puntos); independiente para el aseo personal (5 puntos).
4. **Uso del retrete:** Dependiente (0 puntos); necesita ayuda (5 puntos); independiente (10 puntos).
5. **Lavarse o bañarse:** Dependiente (0 puntos); independiente (5 puntos).
6. **Deambular:** Dependiente (0 puntos); independencia en silla de ruedas en 50 metros (5 puntos); camina con pequeña ayuda de una persona (10 puntos); independiente al menos en 50 metros, puede ayudarse con cualquier tipo de órtesis, salvo andador (15 puntos).
7. **Subir y bajar escaleras:** Incapaz (0 puntos); necesita ayuda física o verbal, puede llevar muleta (5 puntos); independiente (10 puntos).
8. **Vestirse:** Dependiente (0 puntos); necesita ayuda, pero puede hacer una parte sin ella (5 puntos); independiente: siendo capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, etc. (10 puntos).

9. **Deposiciones:** Incontinente o con necesidad de un enema (0 puntos); accidente excepcional. Máximo uno a la semana (5 puntos); continente (10 puntos).
10. **Micción:** Incontinente o sondado con incapacidad de cambiarse la bolsa (0 puntos); accidente excepcional, máximo uno cada 24 horas (5 puntos); continente durante al menos una semana (10 puntos).

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física que requiere el adulto mayor al no poder realizar dicha actividad. (14) A mayor necesidad de asistencia, menor puntuación obtendrá, lo que representa un grado de dependencia. Se otorgarán puntuaciones que van de 0 a 100. Las puntuaciones por debajo de 20 indican dependencia total; de 20 a 35 indica dependencia grave; de 40 a 55, dependencia moderada; de 60 a 99, dependencia leve, y 100 se considera independiente. (22)

El IB en modalidad de autoreporte es una herramienta fiable y válida para evaluar la independencia funcional en adultos mayores en contexto mexicano. En un estudio realizado en residentes de la Ciudad de México, donde participaron dos muestras, una de 200 adultos mayores para evaluación de propiedades psicométricas y otra de 276 para análisis factorial confirmatorio, se demostró que tiene una adecuada confiabilidad en los coeficientes de consistencia interna pura Alpha Ordinal [$\alpha=0.98$, CI95% (0.96-0.98)] y Omega ordinal [$\omega=0.99$ CI95% (0.96-0.99)], y correcto ajuste [$\chi^2(35) = 49.28$, $p=0.06$, CFI=0.99, RMSEA=0.03 (IC95% 0,0.06)]. Además, en México la Guía de Práctica Clínica lo recomienda como un instrumento rápido, fácil y confiable para valorar las ABVD y recomienda realizarlo en entrevistas cara a cara. (17) (23)

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

La escala de Lawton y Brody (ELB) fue desarrollada en 1969 por los investigadores estadounidenses M. Powell Lawton y Elaine M. Brody, en el Philadelphia Geriatric Center, con la finalidad de evaluar la independencia de los adultos mayores en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), es decir, aquellas

tareas más complejas que permiten al individuo vivir de forma independiente en la comunidad. (22) (25)

La evaluación de las AIVD suele basarse en el juicio y no en la observación. Siendo estas actividades más útiles que las actividades básicas para detectar los primeros grados de deterioro. (26)

Dentro de las AIVD se encuentran algunas tareas como el uso de medios de transporte, manejo de finanzas, cuidado de la casa, realizar compras, entre otras. Su evaluación se fundamenta en el juicio más que en la observación directa, a diferencia de lo que ocurre con la valoración de las ABVD. (27)

La ELB evalúa ocho actividades instrumentales de la vida diaria: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidado del hogar, lavar la ropa, uso de medios de transporte, la responsabilidad de la medicación propia y la capacidad para administrar las finanzas. La escala de puntuación es de cero a uno, y la suma de las puntuaciones varía desde 0, que representa baja funcionalidad, lo que define al individuo como dependiente, hasta 8, que significa alta funcionalidad, definiendo al individuo como independiente. Se podrá considerar un puntaje menor, como puntaje máximo, cuando se omitan actividades que nunca realizó la persona mayor; por ejemplo, si la persona mayor nunca ha cocinado, total igual a 7 de 7. (28) (29)

Cada actividad instrumental cuenta con un rango de tres a cinco ítems, los cuales se desglosan a continuación: (25) (30)

1. **Capacidad para usar el teléfono:** utilizar el teléfono por iniciativa propia (1 punto), es capaz de marcar bien algunos números familiares (1 punto), es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar (1 punto), no utiliza el teléfono (0 puntos).
2. **Hacer compras:** realiza todas las compras necesarias independientemente (1 punto), realiza independientemente pequeñas compras (0 puntos), necesita ir acompañado para realizar cualquier compra (0 puntos), totalmente incapaz de comprar (0 puntos).

3. **Preparación de la comida:** organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente (1 punto), prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes (0 puntos), prepara, calienta y sirve las comidas, pero no siguen una dieta adecuada (0 puntos), necesita que le preparen y sirvan las comidas (0 puntos).
4. **Cuidado de la casa:** mantiene la casa solo con ayuda ocasional, para trabajos pesados (1 punto), realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas (1 punto), realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza (1 punto), necesita ayuda en todas las labores de la casa (0 puntos), no participa en ninguna labor de la casa (0 puntos).
5. **Lavado de ropa:** lava por sí solo toda su ropa (1 punto), lava por sí solo pequeñas prendas (1 punto), todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro (0 puntos).
6. **Uso de medios de transporte:** viaja solo en transporte público o conduce su propio coche (1 punto), es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte (1 punto), viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona (1 punto), utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros (0 puntos), no viaja en absoluto (0 puntos).
7. **Responsabilidad respecto a su medicación:** es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta (1 punto), toma su medicación si la dosis es preparada previamente (0 puntos), no es capaz de administrarse su medicación (0 puntos).
8. **Manejo de sus asuntos económicos:** se encarga de sus asuntos económicos por sí solo (1 punto), realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos (1 punto), incapaz de manejar dinero (0 puntos).

2. JUSTIFICACIÓN:

Diversos estudios han evidenciado que la dependencia funcional en los adultos mayores representa un problema creciente de salud pública, asociado al proceso de envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas.

De acuerdo con la OMS, en todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años.

El aumento en la esperanza de vida y la desaceleración demográfica impactarán en todos los ámbitos de la sociedad, en particular en el envejecimiento poblacional, por lo que es importante para el sector salud, asegurar una vejez sana desde la perspectiva funcional.

La valoración funcional nos permite identificar las necesidades y limitaciones del adulto mayor, ya que, de esta valoración, obtenemos, como resultado, el nivel de dependencia ante la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Lo que ayuda a los servicios médicos a visualizar un panorama general sobre la calidad de vida de este, contemplando, así, la implementación de nuevas intervenciones preventivas para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 47, sede de la investigación, se registra una población de 47.403 adultos mayores. De este total, 19.404 (40.9%) corresponden al grupo etario de 65 a 74 años, segmento demográfico prioritario debido a que se encuentra en un período de transición donde pueden comenzar a aparecer limitaciones funcionales.

A través de este estudio, se aporta información, con la cual se puede conocer el estado de las actividades básicas e instrumentales de la población de adultos mayores de la UMF 47, lo que contribuye a conocer las limitaciones de los adultos mayores de 65 a 74

años durante el año 2025, permitiendo otorgar una atención integral, así como diseñar estrategias focalizadas en atención gerontológica al identificar factores de riesgo asociados a limitaciones funcionales de esta población.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el mundo, la población de adultos mayores crece; estar al tanto de su salud ayuda a mejorar sus condiciones de vida; la independencia funcional a través de la capacidad de hacer actividades diarias básicas es un buen indicador para conocer la salud y necesidad de atención médica.

Según la OMS, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. Para el 2050, se estima que la población mundial de personas de 60 años o más se duplicará (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones. ⁽¹⁾

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) da a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023, donde reporta un total de población en México de 129.5 millones de personas, de los cuales 51.7 % correspondió a mujeres y 48.3 %, a hombres. En el grupo de 60 años y más, se refleja un crecimiento del 12.3 % en 2018 a 14.7 % en 2023. ⁽³¹⁾

La última estimación oficial sobre dependencia en adultos mayores proviene del Censo de Población y Vivienda 2020, el cual reporta que aproximadamente del 18 al 22 % de los adultos mayores (mayores de 60 años) requieren asistencia para actividades básicas diarias (ABVD), como bañarse, vestirse, alimentarse y la movilidad. Según el rango de edad, los de 60 a 69 años cuentan con un 12 % de dependencia, mientras que los mayores de 80 años reportan un 35 a 40 %. ⁽³²⁾

El aumento de la expectativa de vida no ha ido de la mano con los ajustes necesarios en el sistema de salud y de cuidados requeridos por la población. Esto ha implicado que las personas mayores lleguen a esta etapa del ciclo vital con una alta carga de enfermedad —principalmente enfermedades crónicas no transmisibles—, lo cual se relaciona directamente con la prevalencia de limitaciones funcionales.

Esta brecha crítica en la planificación gerontológica está relacionada en parte con la carencia de estudios sobre dependencia funcional en adultos mayores, particularmente en el estado de San Luis Potosí, el cual, según el INEGI, cuenta con una población adulta de más de 60 años de 362.000 habitantes. De este total, 145.000 pertenecen al rango de edad de 65 a 74 años, mientras que en la UMF 47 se cuenta con 19.404 (40.9%) personas en este grupo etario. (31) Por lo que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar Número 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, SLP?.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Al ser un estudio descriptivo no amerita hipótesis.

5. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo general.

Estimar el nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar Número 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, SLP.

5.2 Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar Número 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, SLP, utilizando el Índice de Barthel.
- Identificar el nivel de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar Número 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, SLP, utilizando la escala de Lawton y Brody.
- Identificar la relación entre el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria y las comorbilidades asociadas de los adultos mayores del estudio.
- Identificar la relación entre el nivel de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria y las comorbilidades asociadas de los adultos mayores del estudio.
- Caracterizar los factores sociodemográficos en los adultos mayores del estudio.
- Identificar la relación entre el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria y los factores sociodemográficos de los adultos mayores del estudio.
- Identificar la relación entre el nivel de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria y los factores sociodemográficos de los adultos mayores del estudio.

6. MATERIAL Y MÉTODOS:

6.1 Tipo de estudio: Observacional.

6.1.1 Diseño de estudio: Descriptivo, Transversal.

Cuadro 1. Ejes arquitectónicos de Feinstein.

INTERVENCIÓN DEL INVESTIGADOR	OBSERVACIONAL
TIPO DE ASIGNACIÓN	DESCRIPTIVO
GRUPO CONTROL	NO APLICA
TIPO DE CONTROL	NO APLICA
SEGUIMIENTO	TRANSVERSAL
DIRECCIÓN DEL SEGUIMIENTO	PROSPECTIVO
MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS
FUENTE DE LOS DATOS	PROLECTIVO

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

6.2.1 Universo de estudio:

Población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar Número 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de San Luis Potosí. SLP.

6.2.2 Población de estudio:

Adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de San Luis Potosí. SLP.

6.2.3 Unidad de estudio:

Pacientes de 65 a 74 años, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar Número 47.

6.2.4 Espacio de estudio:

En la Unidad De Medicina Familiar Número 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de San Luis Potosí. SLP.

6.2.5 Tiempo de estudio:

Enero 2025 a febrero 2026.

6.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

6.3.1 Tamaño de muestra:

El cálculo de muestra se realiza por ecuación estadística tipo finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

Cuadro 2. Parámetros estadísticos para el calculo del tamaño de muestra.

N =	19,404	Tamaño de población o universo buscado.
Z =	1.96	Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (NC).
e =	0.05	Error de estimación máximo aceptado
p =	0.3	Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito).
q =	0.7	(1 – p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.
n =	317.52	Tamaño de muestra buscado
Redondeo =	318	

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{19,404 \times (1.96)^2 \times 0.3 \times (1 - 0.3)}{(0.05)^2 \times (19,404 - 1) + (1.96)^2 \times 0.3 \times (1 - 0.3)} \\
 n &= \frac{19,404 \times 3.8416 \times 0.21}{0.0025 \times 19,403 + 3.8416 \times 0.21} \\
 n &= \frac{15,653.90}{48.50 + 0.80} \\
 n &= 317.52
 \end{aligned}$$

6.3.2 Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, de tipo consecutivo. Se incluyeron todos los pacientes de 65 a 74 años que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 durante el periodo del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. A cada paciente elegible se le invitó a participar de manera consecutiva durante su estancia en la sala de espera; aquellos que aceptaron y firmaron el consentimiento informado fueron incorporados a la muestra hasta alcanzar el tamaño requerido.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Inclusión:

- Adultos de 65 a 74 años de edad.
- Pacientes adscritos a la UMF N.º 47 del IMSS.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que acepten participar mediante firma de consentimiento informado.
- Pacientes con o sin comorbilidades.

6.4.2 Exclusión:

- Adultos mayores que tengan alguna enfermedad neurológica discapacitante que limite la participación en el estudio.
- Que se encuentren en una fase terminal de alguna enfermedad que limite la participación en el estudio.
- Enfermedades agudas que requieran atención inmediata en el momento del estudio.

6.4.3 Eliminación:

- Pacientes que decidan abandonar el estudio y retiro del consentimiento informado.
- Encuestas incompletas.

7. VARIABLES:

Cuadro 3. Operacionalización de variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA	ESTADÍSTICA	TRATAMIENTO	FUENTE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, u otro ser vivo, hasta el momento que se considera.	Años cumplidos por el paciente hasta el momento del estudio.	Expresada en años con valores de 65 a 74.	Cuantitativa Continua	Medidas de tendencia central y dispersión (media o mediana, desviación estándar o rangos intercuartílicos).	Histograma	Hoja de recolección de datos.
Sexo	Condición orgánica de una persona por la cual este es masculino o femenino.	Sexo biológico del paciente.	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras o de sectores	Hoja de recolección de datos.
Escolaridad	Nivel de estudio más alto al cual ha llegado una persona de acuerdo al sistema educativo.	Nivel de estudios más alto hasta el día en que acude a la consulta.	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura	Cualitativa Ordinal	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras	Hoja de recolección de datos.
Estado civil	Condición de una persona en relación con su estado matrimonial, que se inscribe en el registro civil y determina su ámbito de derechos y responsabilidades legales.	Estado legal con respecto a la situación conyugal, interrogado durante la entrevista directamente al paciente.	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	Cualitativa Nominal	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras o de sectores	Hoja de recolección de datos.
Índice de Charlson	Sistema de puntuación que se utiliza para estimar la mortalidad a largo plazo de un paciente basándose en la presencia y gravedad de diversas condiciones médicas (comorbilidades).	Puntuaje obtenido de la suma del anexo 5.	Expresado en números con valores esperados de 0 a 37.	Cuantitativa Discreta	Medidas de tendencia central y dispersión (media o mediana, desviación estándar o rangos intercuartílicos).	Histograma	Hoja de recolección de datos.

VARIABLES DEPENDIENTES							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA	ESTADÍSTICA	TRATAMIENTO	FUENTE
Actividades básicas de la vida diaria.	Tareas más elementales que una persona realiza para desenvolverse con autonomía e independencia en su vida cotidiana.	Actividades que realiza el adulto mayor de manera cotidiana e independiente en su domicilio.	1. Alimentación 2. Lavarse (baño) 3. Vestirse 4. Aseo (arreglarse) 5. Deposiciones 6. Micción 7. Usar el retrete 8. Traslado sillón-cama 9. Deambulaci 10. Escalones	Ordinal con valores de dependencia s: *Dependencia total *Dependencia grave *Dependencia Moderada *Dependencia leve *Independencia	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras	Índice de Barthel
Actividades instrumentales de la vida diaria.	Tareas complejas, que implican la interacción con el entorno y requieren mayor autonomía y habilidades que las actividades básicas.	Actividades que realiza el adulto mayor para mantener un hogar y participar en la comunidad.	1. Capacidad para usar el teléfono 2. Hacer compras 3. Preparación de la comida 4. Cuidado de la casa 5. Lavado de ropa 6. Uso de medios de transporte 7. Responsabilidad respecto a su medicación 8. Manejo de sus asuntos económicos	Dicotómica nominal con valores: *Independiente *Dependiente	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras	Escala de Lawton y Brody

8. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Posterior a ser aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud del IMSS, y previa autorización de la directora de la UMF 47, se seleccionaron pacientes adultos mayores de 65 a 74 años que asistieron a consulta en dicha unidad durante el periodo del estudio. Se verificó que cumplieran con los criterios de selección establecidos previamente en el protocolo. Los pacientes fueron informados del estudio y se les invitó a participar durante su estancia en la sala de espera. Al aceptar, se les solicitó firmar un consentimiento informado que detalla el propósito del estudio, los riesgos y beneficios, así como la confidencialidad de los datos.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, el cual incluye el Índice de Barthel para evaluar la dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y la Escala de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El cuestionario fue aplicado de forma directa, en entrevista individual, dentro de un espacio privado y tranquilo en la UMF, garantizando la confidencialidad y comodidad del participante.

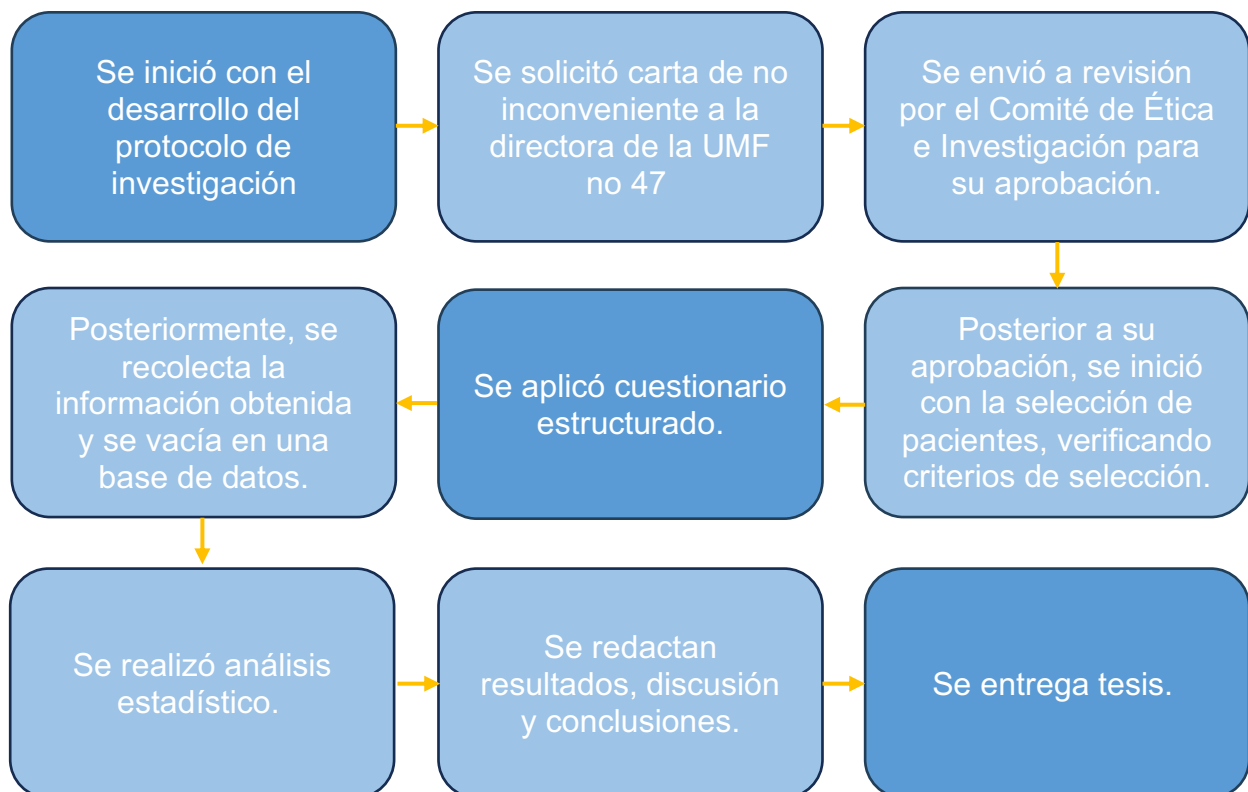
En la primera parte del cuestionario se recabaron datos sociodemográficos básicos (edad, sexo, escolaridad, estado civil y comorbilidades asociadas). Posteriormente, se aplicó el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.

En el Índice de Barthel se evaluaron diez parámetros, con ponderación del 0 al 10; dichos parámetros están relacionados con la autonomía en actividades básicas como alimentación, vestirse, bañarse, aseo personal, evacuación, micción, uso del retrete, traslado sillón-cama, deambulacion y uso de escaleras. Con la suma de estas puntuaciones se obtuvo como resultado el grado de dependencia. Si el rango total fue menor a 20, se clasificó como dependencia total. De 20 a 35, obtuvimos dependencia grave. Si fue de 40 a 55, dependencia moderada; de 60 o más, dependencia leve; y con un puntaje de 100, se clasificó como independencia.

En la Escala de Lawton y Brody, se evaluaron ocho ítems relacionados con actividades más complejas, los cuales son: uso del teléfono, uso de transporte, cuidado de la casa, realizar compras, preparación de alimentos, lavado de ropa, manejo de asuntos económicos y responsabilidad en la automedicación. Dichos ítems, desglosados en 3 a 5 niveles, tuvieron un puntaje de 0 a 1 cada uno, valorando el grado de independencia, es decir, 1 punto si realizaba la actividad de forma independiente o 0 puntos si necesitaba ayuda o era dependiente. El puntaje máximo es 8/8; el puntaje mínimo es 0/8. Los 8 puntos indican independencia total para realizar las AIVD.

Los datos fueron registrados en una hoja de recolección codificada, evitando el uso de nombres o datos personales identificables. Posteriormente, se capturaron en una base de datos digital (Excel o SPSS), protegida con contraseña. La misma que se utilizó para realizar el análisis estadístico.

Flujograma de método o procedimiento para captar la información



9. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se conformó una base de datos en Excel® con las variables a investigar. Se realizó estadística descriptiva con todas las variables.

Las variables cuantitativas se evaluaron inicialmente para normalidad mediante las pruebas de Shapiro-Wilk. Dado que no cumplieron criterios de distribución normal, se describieron mediante mediana y rango intercuartílico.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado, considerando como eventos de interés el nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), analizados de forma independiente, frente al resto de las variables sociodemográficas y clínicas.

Para la comparación de variables cuantitativas entre grupos de dependencia funcional, se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon (Mann-Whitney U), debido a la ausencia de normalidad en la distribución de los datos. Para la comparación de variables categóricas, se empleó la prueba de Chi cuadrada de Pearson.

El análisis estadístico se realizó empleando el paquete R, versión 4.5.1, al 95% de nivel de confianza, utilizando la interfaz gráfica R-commander en versión 2.9-5. Estableciendo como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

10. NORMAS ÉTICAS Y REGULATORIAS:

La presente investigación se desarrolló con estricto apego a los principios éticos y normativos vigentes para estudios en los que participan seres humanos.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Se trata de una investigación observacional, basada en la aplicación de instrumentos validados. (33)

Se trabajó con adultos mayores, los cuales son considerados un grupo vulnerable, debido a que pueden presentar mayor fragilidad biológica, presencia de comorbilidades, dependencia funcional, limitaciones sensoriales o posibles alteraciones cognitivas que podrían disminuir su capacidad de comprensión o incrementar el riesgo de coerción. Por ello, en concordancia con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, se tomaron medidas estrictas para garantizar el respeto a sus derechos, su bienestar y su dignidad, asegurando la comprensión del propósito del estudio y obteniendo su consentimiento informado de manera clara y comprensible. Para ello, se elaboró un consentimiento informado por escrito, el cual fue leído y explicado a cada participante, permitiéndole realizar preguntas y tomar una decisión libre. (34)

Los participantes fueron seleccionados por muestreo intencionado dentro del grupo de adultos mayores que acuden a consulta médica en la unidad de primer nivel, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente. Se garantizó la confidencialidad de la información recabada, utilizando identificadores codificados y asegurando el resguardo digital y físico de los datos. En ningún caso se divulgará información personal identificable.

Los riesgos para los participantes fueron mínimos, y se limitan al tiempo requerido para responder los instrumentos de evaluación. Los beneficios incluyen el conocimiento sobre el grado de dependencia funcional en esta población, lo cual puede orientar estrategias

de atención y prevención en medicina familiar. Los participantes tuvieron la oportunidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin repercusión alguna en la atención médica que reciben.

11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

RECURSOS HUMANOS
Asesor metodológico
Asesor clínico
Asesor estadístico
Medico autor

RECURSOS MATERIALES	GASTO
Lápices	\$73.00
Plumas	\$53.00
Hojas blancas tamaño carta	\$100.00
Impresión de hojas de cuestionarios	\$500.00
Transporte	\$600.00

RECURSOS FÍSICOS
El espacio donde se llevó a cabo la investigación fue dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 47, en la sala de espera.

FACTIBILIDAD
La factibilidad de esta investigación está garantizada, ya que en nuestro espacio de estudio, que es la Unidad de Medicina Familiar número 47, se cuenta con una población total de adultos mayores de 47,403, de los cuales 19,404 pertenecen al grupo de edad estudiado, lo que aseguró un número adecuado de participantes para la recolección de datos.

12. RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 318 adultos mayores de 65 a 74 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar n.º 47.

TABLA 1. Mediana y rango intercuartílico de la edad de la población de estudio.

PORCENTAJE	RIC		
	25%	50%	75%
EDAD	66	70	74

Fuente: base de datos estadísticos del estudio

n= 318

La edad presentó una distribución no normal, por lo que se obtiene una mediana de edad de 70 años, con un rango intercuartil de 66 a 74. (Tabla 1)

TABLA 2. Evaluación del grado de dependencia funcional de la población de estudio.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABVD	Dependiente Leve	153	48.11%
	Independiente	165	51.89%
AIBD	Dependiente	193	60.69%
	Independiente	125	39.31%

Fuente: base de datos estadísticos del estudio

n= 318

De acuerdo con el Índice de Barthel para valorar el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, se identificó que 165 pacientes (51.89%) fueron independientes, mientras que 153 (48.11%) presentaron dependencia leve. Respecto a los grados de dependencia moderada, grave o total, no se identificaron proporciones relevantes, lo que indica que la mayoría de los participantes conservan autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (Tabla 2)

En la evaluación de las actividades instrumentales, a través de la Escala de Lawton y Brody, se encontró que 193 pacientes (60.69%) presentaron dependencia, mientras que 125 pacientes (39.31%) fueron independientes. (Tabla 2)

TABLA 3. Características sociodemográficas de la población de estudio.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	197	61.95%
	Masculino	121	38.05%
ESCOLARIDAD	Licenciatura	50	15.72%
	Preparatoria	39	12.26%
	Primaria	135	42.45%
	Secundaria	81	25.47%
	Sin Estudios	13	4.09%
ESTADO CIVIL	Casado	209	65.72%
	Divorciado	23	7.23%
	Soltero	17	5.35%
	Union Libre	7	2.2%
	Viudo	62	19.5%

Fuente: base de datos estadísticos del estudio

n= 318

Respecto a la caracterización de los factores sociodemográficos en la población de estudio, se encontró un mayor predominio del sexo femenino. En la escolaridad, solo el 27.98% tenía estudios mayores a secundaria. En cuanto al estado civil, el 65.72% se encontraba casado. (Tabla 3)

Se comparó la edad con el nivel de desempeño en las actividades básicas de la vida diaria utilizando la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. En los resultados se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.003$); la mediana de edad fue de 69 años en los pacientes con independencia y en los que presentaron dependencia leve fue de 71 años.

Para las actividades instrumentales de la vida diaria se observaron diferencias significativas, encontrándose mayor edad en los pacientes dependientes (mediana = 71 años) en comparación con los independientes (mediana = 68 años), diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

TABLA 4. Relación entre el nivel de dependencia en ABVD, AIVD y los factores sociodemográficos de la población de estudio.

		ABVD			AIVD		
VARIABLE	CATEGORÍA	D. LEVE (n=153)	INDEPENDIENTE (n=165)	P	DEPENDIENTE (n=193)	INDEPENDIENTE (n=125)	P
SEXO	Femenino	106	91	< 0.01	92	105	7.13
	Masculino	47	74		101	20	
ESCOLARIDAD	Licenciatura	23	27	0.35	30	20	0.58
	Preparatoria	15	24		19	20	
	Primaria	73	62		85	50	
	Secundaria	35	46		51	30	
	Sin estudios	7	6		8	5	
ESTADO CIVIL	Casado	102	107	0.22	137	72	0.06
	Divorciado	8	15		9	14	
	Soltero	8	9		8	9	
	Union Libre	6	1		3	4	
	Viudo	29	33		36	26	

Fuente: base de datos estadísticos del estudio

n= 318

Al analizar la relación entre el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y los factores sociodemográficos, se observó una diferencia estadísticamente significativa con el sexo ($p < 0.01$). El sexo femenino presentó mayor proporción de dependencia leve (106 casos) en comparación con los hombres (47 casos), mientras que la independencia fue más frecuente en el sexo masculino (74 frente a 91 mujeres). (Tabla 4)

En relación con los otros factores sociodemográficos, con las actividades básicas, no se identificó diferencia estadísticamente significativa con la escolaridad ($p = 0.35$) ni con el estado civil ($p = 0.22$), con distribución similar de la independencia y la dependencia leve entre las diferentes categorías de estas variables. (Tabla 4)

Respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos: sexo ($p = 7.13$), estado civil ($p = 0.06$) y escolaridad (0.58). (Tabla 4)

TABLA 5. Relación entre el nivel de dependencia en ABVD, AIVD y las comorbilidades asociadas de la población de estudio.

		ABVD			AIVD		
VARIABLE (%)		D. LEVE (n=153)	INDEPENDIENTE (n=165)	P	DEPENDIENTE (n=193)	INDEPENDIENTE (n=125)	P
DEPRESIÓN (%)	SI	10 (6.53)	10	0.86	10 (50)	10 (50)	0.31
	NO	143 (93.46)	155		183 (61.4)	115 (38.6)	
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA (%)	SI	74 (48.36)	30	< 0.01	62 (59.6)	42 (40.4)	0.78
	NO	79 (51.63)	135		131 (61.2)	83 (38.8)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)	SI	121(79.0 8)	114	0.04	153 (65.1)	82 (34.9)	< 0.01
	NO	32 (20.91)	51		40 (48.2)	43 (51.8)	
ÍNDICE DE CHARLSON (%)	0	23 (15)	52 (31.5)	< 0.01	44 (22.8)	31 (24.8)	0.46
	1	56 (36.6)	67 (40.6)		77 (39.9)	46 (36.8)	
	2	38 (24.8)	22 (13.3)		33 (17.1)	27 (21.6)	
	3	21 (13.7)	14 (8.5)		19 (9.8)	16 (12.8)	
	4	6 (3.9)	8 (4.8)		10 (5.2)	4 (3.2)	
	5	8 (5.2)	1 (0.6)		8 (4.1)	1 (0.8)	
	6	1 (0.7)	0 (0.0)		1 (0.5)	0 (0.0)	
	8	0 (0.0)	1 (0.6)		1 (0.5)	0 (0.0)	

Fuente: base de datos estadísticos del estudio

n= 318

Al evaluar la asociación entre el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y las comorbilidades, se identificaron diferencias en Enfermedad Articular Degenerativa, donde el 48.36 % de los pacientes con dependencia leve tienen esta comorbilidad; el 79% de los pacientes con dependencia leve son hipertensos y, en el Índice de Charlson, el 76.4% de la población tiene índice de comorbilidad de 0 a 2 puntos. (Tabla 5)

En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, la mayoría de las comorbilidades no mostraron asociación estadísticamente significativa, excepto en hipertensión arterial, donde el 65.1% de los que tienen dependencia leve tienen esta comorbilidad. (Tabla 5)

13. DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N.º 47, se observó que la mayoría de los participantes conservaba independencia en las actividades básicas de la vida diaria, aunque una proporción importante presentó dependencia leve. En contraste, las actividades instrumentales mostraron mayor grado de dependencia, evidenciando que las tareas complejas se afectan de forma más temprana que las básicas, hallazgo consistente con el proceso fisiológico del envejecimiento funcional.

Estos resultados concuerdan parcialmente con lo reportado por **Escobedo Romero e Izquierdo Fernández** en Navarra, España, quienes identificaron que 40.9% de los adultos mayores eran independientes según el índice de Barthel, observándose distintos grados de dependencia en el resto de la población. Aunque en su estudio la dependencia fue más frecuente, esto podría explicarse por tratarse de pacientes atendidos en servicios de urgencias, lo que implica mayor carga de enfermedad y fragilidad en comparación con la población ambulatoria evaluada en el primer nivel de atención del presente trabajo. (9)

Se identificó en ABVD que poco más de la mitad de los adultos mayores fueron independientes, y el resto con dependencia leve, sin encontrar dependencia moderada ni severa, lo cual se contrapone con los resultados encontrados por **Maldonado** quien encontró un menor porcentaje de adultos mayores independientes (30%). (10)

Respecto a las actividades instrumentales, se muestra mayor dependencia, lo cual es comparable con lo descrito por **Jiménez Aguilera** en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México, donde únicamente 39% de los adultos mayores fueron independientes en AIVD. Esta similitud podría atribuirse a características sociodemográficas semejantes, como predominio femenino, escolaridad básica y atención en el primer nivel de atención, factores que influyen en la autonomía para actividades complejas como manejo económico o transporte. (11)

Asimismo, las características sociodemográficas encontradas en nuestra población — predominio del sexo femenino, escolaridad primaria y estado civil casado— son comparables con lo reportado por **González García** en Hidalgo, México, quienes también documentaron predominio femenino y dependencia leve como el nivel más frecuente según el índice de Barthel. Esto refuerza la consistencia de los patrones de dependencia funcional observados en población adulta mayor mexicana atendida en el ámbito comunitario. (12)

Adicionalmente, se evidenció que la edad se asoció significativamente con mayor dependencia tanto en ABVD como en AIVD, encontrándose edades más avanzadas en los pacientes dependientes. Este hallazgo respalda la relación directa entre envejecimiento y deterioro funcional descrita en la literatura, donde el declive suele iniciar en las actividades instrumentales y progresar posteriormente hacia las básicas.

En conjunto, los resultados del presente estudio confirman que la dependencia funcional en adultos mayores del primer nivel de atención sigue un patrón similar al descrito en otros contextos nacionales e internacionales, con mayor afectación de las actividades instrumentales y asociación con edad avanzada y presencia de comorbilidades.

14. CONCLUSIONES

El nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores de 65 a 74 años, en la unidad de medicina familiar número 47, fue poco menos de la mitad de los entrevistados, en contraste con las actividades instrumentales, donde el nivel de dependencia fue mayor.

Por lo tanto, en el adulto mayor, las actividades instrumentales son las primeras en mostrar deterioro, mientras que las actividades básicas permanecen conservadas en etapas iniciales de la vida adulta.

La comorbilidad más frecuentemente asociada a dependencia leve, tanto en actividades básicas como en instrumentales, fue la hipertensión arterial.

Mientras que la Enfermedad Articular Degenerativa y el Índice de Charlson solo se asociaron significativamente a actividades básicas.

De las características sociodemográficas, se observó mayor nivel de dependencia leve para actividades básicas en mujeres. El resto de las variables sociodemográficas no demostró diferencias significativas.

15. LIMITACIONES Y/O SUGERENCIAS

Al ser un estudio transversal, la medición de la dependencia funcional y de las comorbilidades se realizó en un único momento; esto impide establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Por lo tanto, únicamente es posible identificar asociaciones, mas no determinar temporalidad o efecto directo.

Asimismo, el muestreo se efectuó en pacientes que acudieron a consulta durante el periodo de estudio, lo que puede generar sesgo de selección, ya que los adultos mayores que no asisten regularmente a la unidad médica, se encuentran hospitalizados o presentan dependencia severa podrían estar subrepresentados, subestimando así la prevalencia real de dependencia funcional.

Otra limitación corresponde al uso de instrumentos basados en entrevista, como el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, los cuales dependen del autorreporte del paciente o de su percepción, pudiendo existir sesgo de información o deseabilidad social, especialmente en actividades relacionadas con autonomía personal.

Como sugerencia, se recomienda fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades crónicas, particularmente hipertensión arterial y patologías musculoesqueléticas, debido a su asociación con deterioro funcional.

Asimismo, sería pertinente implementar intervenciones multidisciplinarias que incluyan educación para el autocuidado, rehabilitación física, terapia ocupacional y apoyo familiar, orientadas a mantener la independencia en actividades instrumentales de la vida diaria.

Para futuras investigaciones, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan evaluar causalidad y progresión de la dependencia, ampliar la muestra a múltiples unidades médicas para mejorar la representatividad y evaluar la efectividad de intervenciones preventivas o rehabilitadoras.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Grigoraş G, Ilie AC, Turcu AM, Albişteanu SM, Lungu ID, Ştefăniu R, et al. Resilience and intrinsic capacity in older adults: a review of recent literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(21):7729. doi:10.3390/jcm14217729
3. Martínez-Hernández BM, Rosas-Carrasco O, López-Teros M, González-Rocha A, Muñoz-Aguirre P, Palazuelos-González R, et al. Association between physical activity and physical and functional performance in non-institutionalized Mexican older adults: a cohort study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):1–10.
4. Kaeberlein M, Rabinovitch PS, Martin GM. Healthy aging: the ultimate preventative medicine. *Science*. 2015;350(6265):1191–3. doi:10.1126/science.aad3267
5. Flores Silva AS, Fierros Flores A, Gallegos Novela VE, Magdaleno Ordaz G, Velasco Rodríguez R, Pérez Hernández MG. Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista CuidArte*. 2020;9(17).
6. Domingues LB, Medeiros LR, Cadore EL, Ferrari R. Functional capacity and quality of life of older adults practitioners of cãmbio: a cross-sectional study. *Motriz: Revista de Educação Física*. 2022;28(spe2). doi:10.1590/s1980-657420220001422
7. Zhu W, Zhao X, Xu Q, Xue Y. Associations of cognitive impairment and functional limitation with all-cause mortality risk in older adults: a population-based study from NHANES. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2026;33(2):338–47. doi:10.1080/23279095.2024.2353867
8. Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alejo EJ, Gutiérrez-Sánchez G, Hernández-Cortés PL. Sensory and cognitive functions, gait ability and functionality of older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020;28:e3284.
9. Romero RE, Natividad M, Fernández I. El índice de Barthel como predictor de fragilidad en servicios de urgencias [Internet]. *ENE Revista de Enfermería*; [citado 2025 jun 22]. Disponible en: www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1666
10. Maldonado Landázuri MV, Zurita Pinto DA, Gordillo Alarcón S, Proaño Rosero AR, Reyes Zamora J. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo-junio 2015. *Enfermería Investiga*. 2016;1(3).
11. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción del soporte familiar en el adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016;23:1–8.

- 12.** González-García A, Mota-Hernández E, Olguín-Estrada C, Maya-Sánchez A, López-Nolasco B, Cano-Estrada EA. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2023;21(3).
- 13.** Duarte Ayala RE, Velasco Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario*. 2021;21(1).
- 14.** Wang H, Li C, Yang K, Cheng C, Jiao J, Zhang H, et al. Associations of activities of daily living disability and instrumental activities of daily living disability with all-cause mortality: evidence from five longitudinal studies [Internet]. Research Square; 2025. Disponible en: doi:10.21203/rs.3.rs-7084168/v1
- 15.** Amlak BT, Getinet M, Getie A, Kebede WM, Tarekegn TT, Belay DG. Functional disability in basic and instrumental activities of daily living among older adults globally: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2025;25(1):413. doi:10.1186/s12877-025-06056-8
- 16.** Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans PV. Functionality and seniors: where are we and where should we be going? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46:eXX.
- 17.** Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. 1997;71:127–37.
- 18.** Barrero Solís L, García Arriola S, Ojeda Manzano A, Ojeda A. Índice de Barthel: un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. 2005;4:81–5.
- 19.** Domínguez Pech RJ, Larraga Benavente EP, Maldonado Paredes SE. Capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, Aguascalientes [tesis en Internet]. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2020 [citado 2025 jun 22]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1899>
- 20.** Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. Activities of daily living. En: StatPearls Publishing. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL); 2025.
- 21.** Viveros de Franchi C, Candia Franco AE. Evaluación de la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria de adultos mayores residentes en hogares de Asunción, Paraguay. *Revista de Salud Pública del Paraguay*. 2024;14(2):32–7.
- 22.** Predebon ML, Ramos G, Dal Pizzol FLF, Dos Santos NO, Paskulin LMG, Rosset I. Global functionality and associated factors in older adults followed by home care in primary health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2021;29:e3505.

- 23.** Flores Nieto B, Arredondo Cuéllar MP. Grado de dependencia funcional en el adulto mayor con y sin uso de benzodicepinas en la UMF 47 IMSS, San Luis Potosí [tesis]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2022.
- 24.** Instituto Mexicano del Seguro Social. Evidencias y recomendaciones: catálogo maestro de guías de práctica clínica GPC-IMSS-190-18 [Internet]. México; 2018. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 25.** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Guía de evaluación de la capacidad funcional en personas adultas mayores. México; 2023.
- 26.** Valdiviezo TKS. Capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud La Magdalena [tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2020 [citado 2026 feb 18]. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec>
- 27.** Castañeda Carrera A. Impacto del programa envejecimiento activo en el estado funcional de los adultos mayores en la UMF 47 IMSS, San Luis Potosí [tesis]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2018.
- 28.** Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate activities of daily living and instrumental activities of daily living in older adults: a systematic review. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2020;34:33.
- 29.** Instituto Nacional de Geriátrica. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. México; 2020.
- 30.** Fundación Caser. Escala de Lawton y Brody: definición y funcionamiento [Internet]. 2024 [citado 2026 feb 18]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org>
- 31.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sala de prensa [Internet]. [citado 2025 jun 16]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
- 32.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. México: INEGI; 2020.
- 33.** Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. México. Disponible en: <https://salud.gob.mx>
- 34.** Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: AMM; 2013.
- 35.** Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica: guía de referencia rápida [Internet]. México; 2018. Disponible en: <http://imss.gob.mx>

36. Gil-Bona J, Sabaté A, Miguelena Bovadilla JM, Adroer R, Koo M, Jaurrieta E. Valor de los índices de Charlson y la escala de riesgo quirúrgico en el análisis de la mortalidad operatoria. *Cirugía Española*. 2010;88(3):174–9. doi:10.1016/j.ciresp.2010.05.012

17. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TÍTULO DEL PROYECTO: **Nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, en la Unidad de Medicina Familiar no 47.**

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP - OCT	NOV - DIC	ENE	FEB
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2026	2026
1. DISEÑO DE PROTOCOLO												
2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA												
3. REDACCIÓN DEL PROTOCOLO												
4. PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO AL C.L.I.E												
5. APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I.E												
6. MODIFICACIONES AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO												
7. RECOLECCIÓN DE DATOS												
8. PROCESAMIENTO DE DATOS												
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS												
10. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES												
11. REDACCIÓN DE TESIS												
12. PRESENTACIÓN DE TESIS												

ELABORADO POR: GISELA SIERRA ZALETA

FECHA DE ELABORACIÓN: 01/01/25

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD					
	Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)					
Nombre del estudio:	NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 47					
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica					
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 47. San Luis Potosí. SLP. 2025					
Número de registro:						
Justificación y objetivo del estudio:	Se realiza este estudio para conocer la dependencia (necesidad de ayuda) para realizar las actividades de la vida diaria, como lo son el bañarse, comer, vestirse, ir al baño, arreglarse, caminar, subir escaleras, usar el teléfono, salir de compras, cocinar, tomar medicamentos, trasladarse, entre otros.					
Procedimientos:	Contestare dos encuestas llamadas Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, para conocer la ayuda que necesito o no para realizar algunas actividades.					
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo que tarde en contestar las encuestas que será aproximadamente de 5 a 10 minutos.					
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Podré conocer el nivel de dependencia para algunas de las actividades que se realizan en la vida diaria.					
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informará el resultado de la encuesta al término de la misma, en caso de que yo lo autorice se dará esta información a mi Médico familiar y acompañante. Los resultados también se difundirán para la investigación sin que se de a conocer mi nombre.					
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.					
Privacidad y confidencialidad:	Al dar a conocer los resultados de la investigación no se dará mi nombre ni datos que puedan identificarme.					
Declaración de consentimiento:						
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:						
☐	No acepto participar en el estudio.					
☐	Si acepto participar y que se me realice el cuestionario.					
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:						
Investigadora o investigador responsable:	Dra María Del Pilar Arredondo Cuellar 4441345801 maria.arredondocu@yahoo.com.mx Dra Gisela Sierra Zaleta 8331216946. alesig_s13z@hotmail.com					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Nombre y firma del participante </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Testigo 1 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Testigo 2 </td> </tr> </table>			Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	Testigo 1	Testigo 2
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento					
Testigo 1	Testigo 2					

ANEXO 3. INSTRUMENTOS

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA).

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Alimentación	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse (baño)	Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Aseo (arreglarse)	Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinencia.	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia.	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0

Traslado sillón-cama	Independiente para ir del sillón a la cama.	15	
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5	
	Dependiente.	0	
Deambulación	Independiente, camina solo 50 metros.	15	
	Necesita ayuda física o supervisión para 50 metros.	10	
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5	
	Dependiente.	0	
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras.	10	
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5	
	Dependiente.	0	
INTERPRETACIÓN	RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA	TOTAL:
	Menor a 20	Dependencia Total	
	20-35	Dependencia Grave	
	40-55	Dependencia Moderado	
	60 o mas	Dependiente Leve	
	100	Independiente	

Adaptado de: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarc3n T, Et al. Índice de Barthel: Instrumento v3lido para la valoraci3n funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993;28:32-40. (35)

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA).

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utilizar el teléfono por iniciativa propia.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar.	1
No utilizar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realizar todas las compras necesarias independientemente.	1
Realizar independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no siguen una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0
LAVADO DE ROPA	
Lava por si solo toda su ropa.	1
Lava por si solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0
No viaja en absoluto.	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo.	1
Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN MÁXIMA 8 PUNTOS E INDICA QUE EL PACIENTE ES INDEPENDIENTE EN ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA.	TOTAL:

Adaptado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186. (25)

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON ⁽³⁶⁾

COMORBILIDAD	PUNTUACIÓN
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardiaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	3
Metástasis	6
SIDA	6

ANEXO 4. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como finalidad otorgarle un mejor servicio, sus respuestas serán confidenciales, por lo que solicitamos amablemente, contestar con veracidad todas las preguntas. Escriba y en su caso, marque con una "X" en el paréntesis (), la opción que usted considere adecuada a la pregunta. ¡Gracias!.

Edad: _____ **Sexo:** F () M ()

Escolaridad: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()

Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Viudo () Divorciado ()

Comorbilidad asociada: Índice de Charlson (puntos*) _____

Hipertensión Arterial () Depresión () Enfermedad articular
degenerativa ()

*Anexo 3

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)		
PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Alimentación	() Totalmente independiente.	10
	() Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	() Dependiente.	0
Lavarse (baño)	() Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	() Dependiente.	0
Vestirse	() Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	() Necesita ayuda.	5
	() Dependiente.	0
Aseo (arreglarse)	() Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	() Dependiente.	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	() Continencia normal.	10
	() Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	() Incontinencia.	0
Micción (valórese la semana previa)	() Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	() Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	() Incontinencia.	0
Usar el retrete	() Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	() Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	() Dependiente.	0

Traslado sillón-cama	()Independiente para ir del sillón a la cama.	15	
	()Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	
	()Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5	
	()Dependiente.	0	
Deambulaci3n	()Independiente, camina solo 50 metros.	15	
	()Necesita ayuda física o supervisi3n para 50 metros.	10	
	()Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5	
	()Dependiente.	0	
Escalones	()Independiente para bajar y subir escaleras.	10	
	()Necesita ayuda física o supervisi3n para hacerlo.	5	
	()Dependiente.	0	
INTERPRETACI3N	RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA	TOTAL:
	Menor a 20	Dependencia Total	
	20-35	Dependencia Grave	
	40-55	Dependencia Moderado	
	60 o mas	Dependiente Leve	
	100	Independiente	

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
()Utilizar el teléfono por iniciativa propia.	1
()Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
()Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar.	1
()No utilizar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
()Realizar todas las compras necesarias independientemente.	1
()Realizar independientemente pequeñas compras.	0
()Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
()Totalmente incapaz de comprar.	0
PREPARACI3N DE LA COMIDA	
()Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1
()Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
()Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada.	0
()Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
CUIDADO DE LA CASA	
()Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
()Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1

() Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
() Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
() No participa en ninguna labor de la casa.	0
LAVADO DE ROPA	
() Lava por si solo toda su ropa.	1
() Lava por si solo pequeñas prendas.	1
() Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
() Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
() Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
() Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
() Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0
() No viaja en absoluto.	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
() Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1
() Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0
() No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
() Se encarga de sus asuntos económicos por si solo.	1
() Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.	1
() Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN MÁXIMA 8 PUNTOS E INDICA QUE EL PACIENTE ES INDEPENDIENTE EN ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA.	TOTAL:

ANEXO 5. CARTA DE NO INCONVENIENTE



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de no inconveniencia del(a) Titular de la Dirección
2810-009-026



Unidad de Medicina Familiar No. 47

San Luis Potosí, a 03 de julio de 2025

Dra. María del Pilar Arredondo Cuéllar
Presente

En mi carácter de directora general de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título **NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 47** en caso de que sea aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité de Ética en Investigación.

Usted será la responsable de la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como de conducir la investigación de acuerdo con lo establecido en el protocolo de investigación aprobado garantizando el bienestar de los derechohabientes que participan en el estudio.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Dra. Mercedes Lucía Sandoval Gallegos
Directora Unidad de Medicina Familiar No 47



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Valentín Amador No. 570, Colonia. Ferrocarrilera, C.P. 78310; San Luis Potosí, S.L.P. Teléfono: 4448220643 www.imss.gob.mx

ANEXO 6. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **24028**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 24 028 082**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072**

FECHA **Jueves, 07 de agosto de 2025**

Maestro (a) MARIA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, en la Unidad de Medicina Familiar no 47** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

ATENTAMENTE

Doctor (a) Pedro Reyes Laris

Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 24028

ANEXO 7. DICTAMEN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2402**,
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 24 028 082**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072**

FECHA **Martes, 12 de agosto de 2025**

Maestro (a) MARIA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en pacientes de 65 a 74 años, en la Unidad de Medicina Familiar no 47**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

A P R O B A D O

Número de Registro Institucional

R-2025-2402-102

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **12-08-2026**.

ATENTAMENTE

Doctor (a) Francisco Israel Pineda Pineda

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2402

ANEXO 8. INSTRUMENTO ANTIPLAGIO



Página 1 de 69 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:558553323

GISELA SIERRA ZALETA

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES
BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIE...**

 Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:558553323

Fecha de entrega

19 feb 2026, 7:55 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

19 feb 2026, 7:58 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

GISELA SIERRA ZALETA TESIS.docx

Tamaño del archivo

1.5 MB

65 páginas

12.129 palabras

68.083 caracteres



Página 1 de 69 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:558553323

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
496 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

18%  Fuentes de Internet
6%  Publicaciones
0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorioinstitucional.uaslp.mx	9%
2	Internet	www.imss.gob.mx	4%
3	Publicación	Guadalupe Gabriela Jiménez Batres, Maricruz Morales Salinas. "Factores asociado...	<1%
4	Publicación	Antonia Echeverría, Constanza Astorga, Carolina Fernández, Marisol Salgado, Pab...	<1%
5	Internet	repositorio.unicach.mx	<1%
6	Internet	repositorio.unadeca.ac.cr	<1%
7	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
8	Internet	revistas.ujat.mx	<1%
9	Internet	todosloshechos.es	<1%
10	Internet	www.coursehero.com	<1%
11	Internet	hdl.handle.net	<1%

12	Internet	unifranz.edu.bo	<1%
13	Internet	www.inegi.org.mx	<1%
14	Publicación	T. Duran-Badillo, P.L. Hernández-Cortés, M.C. Guevara-Valtier, G. Gutiérrez-Sánchez...	<1%
15	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
16	Internet	gredos.usal.es	<1%
17	Internet	repositorioinstitucional.buap.mx	<1%
18	Internet	www.dspace.uce.edu.ec	<1%

