



Comportamiento del envejecimiento poblacional en el Grupo Básico de Trabajo 2. Policlínico Norte. Ciego de Ávila.

Autores:

1. Dra. Joanne Purón Prieto. <https://orcid.org/0000-0001-9093-6280>

Máster en Educación Médica. Especialista 1er y 2do Grado en Medicina General Integral y Especialista 1er y 2do Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Profesor Auxiliar, Investigador agregado, Metodóloga de la dirección de Ciencia Tecnología e Innovación de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Correo electrónico. puron77@fcm.cav.sld.cu

2- Dra. Milena Hidalgo Ávila. <https://orcid.org/0000-0003-1516-0974>

Especialista de 1er y 2do Grado en Medicina General Integral. Master en Atención Integral al niño. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Jefa del departamento docente del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

Correo electrónico. frank77@fcm.cav.sld.cu

3. Dr. Frank Yaniel Martínez Lorenzo.

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Master en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Investigador agregado.

Correo electrónico. frank77@fcm.cav.sld.cu

4. Dra. Ania Torres González. <https://orcid.org/0000-0002-9804-2617>

Especialista de 1er y 2do Grado en Pediatría. Master en Atención Integral al niño. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Dirección general Municipal de Salud de Ciego de Ávila. Correo electrónico. ania72@infomed.sld.cu

5. Dr. Alejandro Samir Fernández Alpizar. <https://orcid.org/0000-0002-5892-3671>

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Investigador Agregado. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila.

RESUMEN

En el envejecimiento ocurren cambios estructurales y funcionales después de alcanzar la madurez reproductiva. Implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos, favoreciendo un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, prospectivo con el objetivo de describir el comportamiento del envejecimiento en el GBT 2 del Policlínico Norte de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de diciembre de 2022 a diciembre 2023. El universo estuvo representado por 13 547 adultos mayores quedando conformada la muestra por 117, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron obtenidos de la historia de salud familiar, individual y de una encuesta realizada. Se registró la edad, sexo, ocupación, entrada económica básica y funcionamiento familiar de los ancianos, así como su deterioro cognoscitivo, capacidad de valerse por sí mismo para realizar actividades de la vida diaria y actitud frente al envejecimiento. El deterioro cognoscitivo se exploró a través de las variables memoria, cálculos y atención, así como el recuerdo y el lenguaje. Predominó el sexo masculino y la edad de 60 a 74 años, la principal entrada económica básica correspondió a la jubilación, la mayoría de los adultos mayores vivían con familiares y el funcionamiento familiar fue adecuado. El mayor número de adultos mayores necesitaba ayuda para las actividades de la vida diaria y en la edad comprendida de 60 a 74 años fue donde se encontró mayor deterioro cognitivo.

Palabras Clave: Envejecimiento poblacional, Adulto mayor, Anciano, Programa.

INTRODUCCION:

El envejecimiento es un proceso que se puede definir como los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, que implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo.⁽¹⁾

La disminución de la natalidad y de la fecundidad es la causa más importante del incremento del número de ancianos mientras que la disminución de la mortalidad aparece como factor ó no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se

produce esta disminución. Las migraciones tanto internas como externas pueden llevar a un incremento de las proporciones de los ancianos en una población determinada según plantearon Prieto Ramos y Vega Gracias en su publicación del 1996 titulada "Atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas."

El envejecimiento de la población se debe, fundamentalmente, a la reducción de los niveles de mortalidad y fecundidad; con el consecuente incremento de la expectativa de vida que genera un desplazamiento de efectivos hacia los grupos de edades superiores:⁽²⁾

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado ⁽³⁾. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad:⁽⁴⁾

El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025.⁽³⁾ De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas.⁽⁵⁻⁷⁾

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 sólo el 5.4 por ciento de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población en este grupo y para el 2050 el 22 por ciento. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.^(8, 9)

Cuba, país en desarrollo, no está exenta de este proceso. Así, si en 1950 había aproximadamente 427 000 personas de 60 años y más, 6.7 por ciento de la población

total, en 1985 ese grupo de edades alcanzaba 1 151 146 personas, para un 11.3 por ciento; mientras que en diciembre del 2000 se registraron 1 601 993 ancianos, el 14.3 por ciento. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará un 20.1 por ciento de la población total, momento en que será el país más envejecido de América Latina. (8, 10,11)

El desarrollo de las ciencias en general y de las ciencias médicas y de la salud en particular ha demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada. ⁽¹⁰⁾ Desde esta perspectiva, numerosas investigaciones gerontológicas centran su atención en la evaluación de la calidad de la vida de los adultos mayores, al considerar ésta como un indicador de envejecimiento satisfactorio, pues adiciona a la supervivencia, información sobre el bienestar a un menor costo social. ⁽³⁾

Dentro de los programas priorizados, en Cuba se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor en el cual se plasman las actividades a desarrollar por el médico y la enfermera de la familia, relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Estas actividades persiguen que este grupo tenga un mejor control de la salud y al mismo tiempo que mejoren. Dentro de estos programas se incluyen los dirigidos a mejorar la calidad de vida ya sea mediante actividad física, integración social, control de hábitos tóxicos, vida más sana, empleo del tiempo libre y otros.

Se realizó la presente investigación por ser Cuba uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituyen una preocupación en los años futuros.

Se realiza la investigación con el objetivo de describir el comportamiento del envejecimiento en el GBT 2 del Policlínico Norte de Ciego de Ávila.

METODO

Se realizó una investigación descriptiva longitudinal, prospectiva con el objetivo de describir el comportamiento del envejecimiento en el GBT 2 del Policlínico Norte de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de Diciembre de 2022 a diciembre 2023. El universo de la investigación estuvo constituido por el total de adultos mayores del GBT 2 del Policlínico Norte de Ciego de Ávila (13 547) quedando conformada la muestra por 117, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:
Pacientes adultos mayores del GBT 2 del Policlínico Norte previo consentimiento informado.

Residentes en el área urbana.

Adultos mayores aptos física y mentalmente.
Criterios de exclusión:
Personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastornos afectivos bipolares, retraso mental)

Los datos fueron obtenidos de la historia de salud familiar, individual y de una encuesta realizada

Se registró la edad, sexo, ocupación, entrada económica básica y funcionamiento familiar de los ancianos, así como su deterioro cognoscitivo, capacidad de valerse por sí mismo para realizar actividades de la vida diaria y actitud frente al envejecimiento. El deterioro cognoscitivo se exploró a través de las variables memoria, cálculos y atención, así como el recuerdo y el lenguaje, a los cuales se les dio una puntuación total de 30 puntos clasificándolos de la forma siguiente:

- De 24 a 30 puntos, no existe deterioro
- De 11 a 23 puntos, deterioro cognoscitivo moderado
- De 0 a 10 puntos, deterioro cognoscitivo severo

Se consideró el funcionamiento familiar adecuado cuando la interrelación de los miembros de la familia no era buena y existió armonía, afecto y protección.

Se consideró inadecuado cuando la interrelación de sus miembros no era buena.

RESULTADOS

TABLA 1. Muestra según edad y sexo

Grupo de Edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-74	48	41	29	24,8	77	65,8
75-79	12	10,3	6	5,1	18	15,4
80-85	7	5,9	4	3,4	11	9,4
86 y más	5	4,3	6	5,1	11	9,4
Total	72	61,5	45	38,5	117	100

Fuente: Encuesta

En la tabla número 1 se representa la distribución de la muestra según edad y sexo encontrándose predominio del sexo masculino con 72 pacientes y el grupo de edades de 60 a 74 con 77 pacientes.

Hartman Romero ⁽¹⁴⁾ plantea en su estudio que el grupo de personas de 60 años y más, ha experimentado un notable crecimiento durante los últimos años, representando a finales del 2011 el 17.2% de la población total. Este segmento poblacional es mayoritariamente femenino y crece aceleradamente con el transcurso de los años

TABLA 2. Ocupación y forma de entrada económica básica y sexo de los adultos mayores.

Ocupación y entrada económica básica	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trabajador actual	25	21,4	16	13,7	41	35
Jubilado	37	31,6	20	17,1	57	48,7
Pensionado	7	5,9	4	3,4	11	9,4
Dependiente Familiar	3	2,4	5	4,3	8	6,8
Total	72	61,5	45	38,5	117	100

En la tabla número 2 se representa la relación entre el sexo y la entrada económica básica del adulto mayor predominando el jubilado con el 48,7 % de los adultos mayores

seguido de los trabajadores actuales con un 35 %, es de destacar que este número de trabajadores en su mayoría eran cuentapropistas.

En estudio realizado en Santiago de Cuba se ha demostrado a partir del análisis de indicadores de ingresos (miden el poder adquisitivo) y gastos (miden el nivel y tipo de consumo) es posible evaluar la situación económica de aquellas personas de la tercera edad que por los años trabajados y su aporte al régimen de Seguridad Social perciben una pensión mínima por concepto de vejez, y además constituyen la parte de la población adulta mayor más vulnerable económicamente y propensa a experimentar riesgos.

La evidencia empírica ha demostrado que entre las principales fuentes de ingresos que reciben las personas de la tercera edad, y en numerosos casos es la única, se encuentran las pensiones y jubilaciones, y dentro de éstas debe considerarse la pensión mínima, dado el objetivo trazado⁽¹⁴⁾

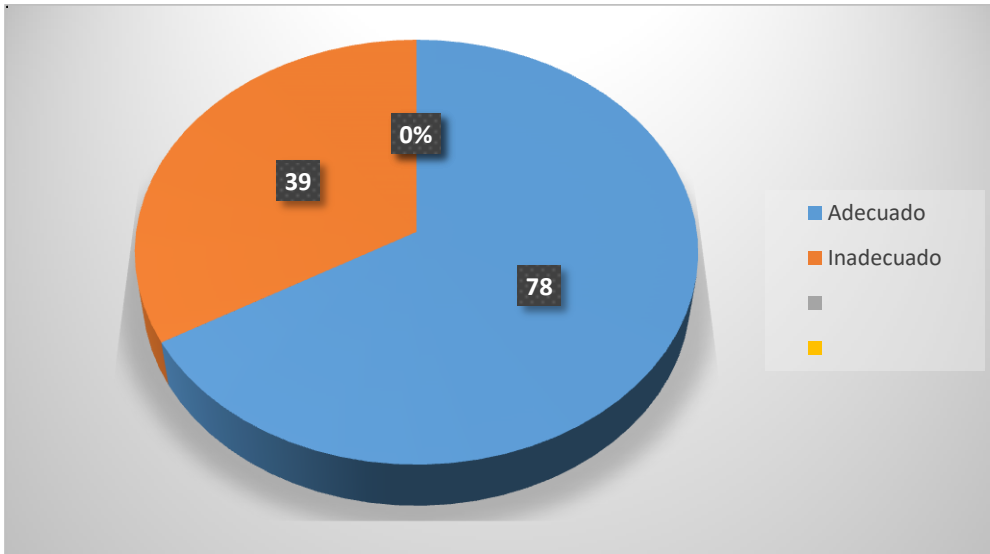
TABLA 3 Convivencia del adulto mayor

Convivencia	Cantidad	Por ciento
Con familiares	75	64
Con cónyuge	37	31,6
Ancianos solos	5	6,8
Total	117	100

El mayor número de adultos mayores en la investigación vivían con familiares representado por un 64 % seguido por los que coexistían con sus cónyuges.

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar a los 120 años con una calidad óptima. De ahí la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor y el papel que juega el anciano como parte integrante de ella.

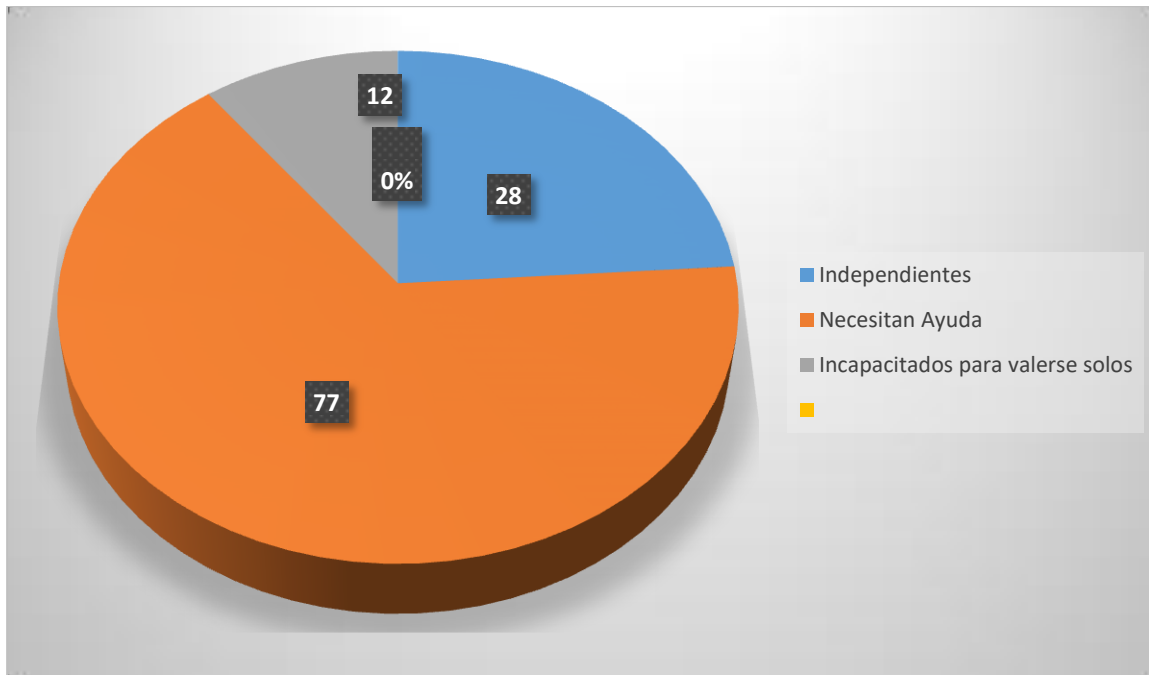
Grafico 4. Funcionamiento familiar del adulto mayor



Para evaluar el funcionamiento familiar se aplicó el test FF SIL arrojando como conclusión que 78 pacientes tenían un adecuado funcionamiento familiar en sus hogares.

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices. De ahí que se recomienden actitudes que le permitan al adulto mayor ser un integrante respetado y valorado en todo momento en el marco de la familia.

Grafico 5. Grado de Independencia del adulto mayor según índice de Barthel.



En relación con la evaluación del nivel de dependencia

-independencia en las actividades de vida, se encontró que casi dos tercios de la muestra (62.3%) presentan algún nivel de dependencia en la evaluación total, con predominio de la dependencia ligera (43.3%).

Se encontró mayor dependencia para las actividades: mantenimiento de un ambiente seguro, comida y bebida, trabajo y juego y muerte. Las actividades de vida con porcentajes de casi la mitad de adultos mayores con nivel de independencia son:

Respiración, control de la temperatura del cuerpo, movilización y sueño. La actividad de vida con mayor porcentaje de independencia es eliminación (67.7%)

Tabla 6 Deterioro cognoscitivo del adulto mayor según Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM)

Deterioro por edades(Examen Mínimo del Estado Mental)	Grupo de edades							
	60-74		75-79		80-85		86 y más	
	No	%	No	%	No	%	No	%
No existe deterioro	41	35	8	6,8	6	5,1	2	1,7
Deterioro cognoscitivo moderado	32	27,4	4	3,4	3	2,6	4	3,4
Deterioro cognoscitivo severo	4	3,4	6	5,1	2	1,7	5	4,3
Total	77	65,8	18	15,4	11	9,4	11	9,4

Se han desarrollado varios instrumentos para el estudio del deterioro cognitivo, pero no es hasta 1975, con la creación por Folstein, Folstein y Mc Hugh del Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), que se logra un cuestionario que permite el pesquisaje del deterioro cognoscitivo o la caracterización del funcionamiento en esta esfera.

En el estudio existió un predominio de adultos mayores que no presentaron deterioro cognitivo. En la literatura consultada no se encontraron investigaciones que abordaran este tema.

El síntoma inicial del deterioro cognitivo en esa población es la pérdida de la memoria, que primero se manifiesta por medio de lo que se conoce como queja subjetiva de

memoria u olvido involuntario; después, viene la etapa del deterioro cognitivo en sí, que al comienzo puede ser leve o avanzar de manera progresiva. Finalmente, la etapa avanzada: la demencia senil; la más común de éstas es la enfermedad de Alzheimer, en la que el deterioro es muy importante, con pérdida de funciones de independencia básica como alimentarse, ir al baño y asearse.⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

El grupo de edades más relevante fue el de 60 a 74 años de edad, sexo masculino, jubilados, la mayoría convive con sus familiares, con un funcionamiento familiar adecuado, necesitando ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

Se comprobó que 75 adultos mayores conviven con sus familiares y el 78 % del total tiene un funcionamiento familiar adecuado. Los resultados de la independencia y deterioro cognoscitivo, resaltan que 77 de estos ancianos necesitaron ayuda para valerse, que representa un 65,8 % y en relación con el deterioro cognoscitivo se constató que 43 tuvieron deterioro de la esfera cognoscitiva en las edades de 60-74 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000 – 2050. La Habana:CEDEM; 2002. [citado 20/08/2023];64(3):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300011
2. Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050. La Habana: CEDEM; 2000. p. 374 - 418[citado 07/05/2022]; 42: [aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e31/es>
3. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La Situación del envejecimiento de la población

mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. p. 1 – 13.

4. Grieco M, Apt N. El desarrollo y el envejecimiento de la población. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. p. 14 – 42.

5. JockHung G, Álvarez Pérez MS, Bayarre Veá H. Construcción de un instrumento para medir Bienestar subjetivo en adultos mayores. [Trabajo Premiado en el Concurso Premio Anual de la Salud]. Granma; 2001. [citado 07/05/2023]; 12(2): 128-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000200128

6. International classification of functioning, disability and health. Geneva:WHO, 2015.

7. Hernández Pérez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Municipio Puerto Padre y Las Tunas. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 2009. Facultad de Salud Pública: La Habana.

8. Tello Velázquez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos, municipios Jobabo y Amancio Rodríguez. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 2009. Facultad de Salud Pública: La Habana.

9. Dueñas Loza M. El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York:Naciones Unidas; 2015. p. 77 – 101

10. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I. Washington, OPS; 2015 Publicación Científica No. 587.

11. Bayarre Veá H, Oliva Pérez M. Métodos y técnicas de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud. Parte II. La Habana: ENSAP; 2015. [citado 2022/11/03],

pp.58-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592020000100058&lng=es.

12. Programa Integral del Adulto Mayor. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015.

13. El envejecimiento en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE)-Oficina Nacional de Estadísticas; 2015.

[citado 2021/09/22], pp. 1-3. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192018000200015&script=sci_arttext&lng=pt

14. Hartman Romero: *"Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago de Cuba en el año 2011"* en Observatorio de la Economía Latinoamericana, N° 169, 2012. [citado 07/02/2024];

32(3): [Aprox. 14 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013

Anexos

I.- Examen Mínimo del Estado Mental.

I. Orientación (máximo 10 puntos)

Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle donde habita o vive, número de su casa. ¿En qué ciudad estamos? ¿Qué provincia? ¿Qué país?

1.- Día de hoy _____ 2.- Mes _____

3.- Año _____ 4.-Día de la semana _____

5.-Estación _____ 6.-Dirección _____

7.-Número de la casa _____ 8.-Ciudad _____

9.- Provincia _____ 10.-País _____

II. Registro: (máximo 3 puntos)

Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/ BANDERA/ ARBOL. Repetirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.

11.-Pelota _____ 12.-Bandera _____
_ 13.-Árbol _____# de intentos

III. Cálculo y Atención: (máximo 5 puntos)

Contar desde 100 hasta abajo restando 7. Parar después de 5 respuestas: (93, 86, 79,72, 65). Dar un punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=5 / ODMUN=3

14.-93 _____ 15.-
86 _____
16.-79 _____ 17.-
72 _____
18.-65 _____
19.- No. de letras bien ubicadas: _____

IV. Recuerdo: (máximo 3 puntos)

Preguntar por las tres palabras repetidas previamente. Un punto por cada respuesta correcta.

20.-Pelota _____
21.-Bandera _____
22.- Árbol _____

V. Lenguaje: (máximo 9 puntos)

- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: "¿Qué es esto?". Repetir lo mismo para el lápiz. Un punto por respuesta correcta. - Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros". - Realizar una orden en 3 tiempos (Tomar un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso). - Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS. - Escritura: Orientar al sujeto para que escriba una frase u oración. - Copiar un dibujo del Test de Bender.

23.- Reloj _____ 24.- Lápiz

25.-Repetición _____ 26.- Coger el papel con la mano derecha _____

27.- Doblarlo por la mitad _____ 28.- Ponerlo en el piso _____

29.- Cerrar los ojos _____ 30.- Escritura de la oración _____

31.- Dibujo _____

Puntuación: Sumar el número de respuestas correctas. En las respuestas del Aspecto III, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos. El máximo de puntos es 30.

Clasificándolos de la forma siguiente:

- De 24 a 30 puntos, no existe deterioro
- De 11 a 23 puntos, deterioro cognoscitivo moderado
- De 0 a 10 puntos, deterioro cognoscitivo severo

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
		10

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
Desplazarse	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	5
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
	1. dependiente	0
Subir y bajar escaleras	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
	1. Dependiente	0
Vestirse y desvestirse	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
Control de heces	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
Control de orina	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

