

## Presentación de caso

Paciente femenina de la raza blanca, 62 años de edad, cuyo motivo de consulta es dolor en ambas rodillas, quien tiene como antecedentes personales el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II hace tres años. No hábitos tóxicos.

Acude a consulta, pues antes era una mujer extremadamente dinámica, activa, entusiasta, hasta hace dos años, en que después de una caída al tropezar en la acera (mal estado), cae con las piernas semiflexionadas y se golpea ambas rodillas.

Valorada desde esa fecha, a cumplido tratamiento con antiinflamatorios con mejoría durante algún tiempo, para de nuevo hacer recidivas del dolor, pues presenta gonartrosis bilateral. A esto se le añade la obesidad, dificultades para ver de cerca y el desinterés que muestra por actividades que antes eran de su placer. Ya no quiere salir a la calle, ni ir de compras, como al mercado.

Expresa que las calles están en mal estado, que teme nuevamente caerse, mostrando preferencia por la sentida seguridad que ella encuentra en su casa, aunque la salida hacia el portal de su casa, presenta peldaños elevados al existir desnivel entre la sala y otras habitaciones de su hogar.

Al examen físico y completando la evaluación con la ayuda del resto del equipo (Psicóloga y Trabajadora Social), precisamos los siguientes datos de la Valoración Geriátrica:

Evaluación Biomédica: Examen Físico (datos positivos):

Índice de Masa Corporal 35.

En la evaluación Psicoafectiva, la paciente cuantifica un MMSE en 30 puntos, sí el Yesavage demuestra una depresión ligera, que impresiona una Depresión secundaria al problema de salud actual.

Socialmente la paciente cuenta con buen apoyo y comprensión familiar. No aparecen elementos sociofamiliares que puedan justificar el estado afectivo de nuestra paciente.

Al evaluarse el hogar, se encuentran elementos favorecedores de caídas, el piso del recibidor la loza se encuentra fragmentada, en mal estado. En la cocina el estante de la misma obliga a que la paciente eleve totalmente los brazos y la cabeza para alcanzar los utensilios.

La casa se muestra con un portal que no cuenta con iluminación alguna, por lo que la paciente no sale en la noche a ninguna actividad con los vecinos. La actividad sociofamiliar de la paciente se encuentra cada vez mas limitada, por las dificultades con el transporte urbano, pues plantea que los escalones para subir a los ómnibus son altos, y el dolor de la rodilla le impide esta acción, además la acera se encuentra en mal estado, y se muestra insegura al caminar por terrenos irregulares.

Complementarios indicados positivos:

Estudio radiográfico: Cambios artrósicos a nivel de ambas rodillas, con disminución del cartílago articular y formación de osteofitos.

El cuadro clínico descrito sugiere como principal problema:

- [A. Depresión.](#)
- [B. Discapacidad.](#)
- [C. Síndrome X.](#)

## D.Obesidad.

La respuesta correcta es B: Discapacidad.

### **Juicio clínico**

- La respuesta correcta es la B: Discapacidad.

Teniendo en cuenta los criterios del Comité de Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad del Consejo de Europa, la discapacidad constituye una "emergencia silenciosa", acorde a lo planteado en la 138.a Sesión del Comité Ejecutivo celebrado en Washington, D.C, EUA, del 19-23 de junio de 2006, cerca de 600 millones de personas presentan discapacidad, (400 millones en países en vías de desarrollo), solo en nuestra región existen 60 millones de discapacitados.

El envejecimiento de las personas con discapacidad es un fenómeno nuevo, amplio y duradero, así existen dos momentos cumbres en el abordaje de la discapacidad, el primero se relaciona con la creación por Karnofsky en 1948, del Status de Desempeño y el segundo, con el Índice de Independencia del Diario Vivir, realizado por Katz (IK) en 1963.

Existen algunos factores como la elevación de la esperanza de vida, el incremento de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) y enfermedades emergentes, el aumento de la violencia, los conflictos armados, los accidentes, el uso y el abuso de sustancias tóxicas, entre otras, como causas reconocidas de DISCAPACIDAD.

Sin embargo para hablar de Discapacidad sería prudente definir o recordar qué entendemos por Capacidad funcional, y no es más que el Desempeño o grado de independencia para la realización de las actividades del diario vivir. Existen otros conceptos que indistintamente se utilizan en la actividad del adulto mayor, por lo que se hace necesario precisarlos:

- Deficiencia: Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Sustrato Orgánico
- Discapacidad: Definida como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal. Sustrato Funcional
- Minusvalía: Aquella situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). Sustrato Social

Acerca de la discapacidad física en el adulto mayor se han realizado desde la década del 80 diversidad de estudios, destacándose entre ellos los de Bond y colaboradores en 1982, Fillembaun en 1984, Pearlman y Utilman en 1988 y Pardavilla en 1989, apreciándose la heterogeneidad en las definiciones planteadas en cuanto a la discapacidad física, considerada por algunos si el sujeto está incapacitado para realizar al menos una actividad instrumentada de la vida diaria, mientras que otros señalan la imposibilidad de realizar dos AIVD y un tercer grupo de autores fija tres AIVD como número mínimo de limitaciones para clasificar a un individuo como discapacitado, todo lo cual dificulta las comparaciones entre estudios. En el estudio

Sabe realizado en 7 capitales de la región la prevalencia de discapacidad general según condiciones geriátricas se aprecia en la siguiente tabla:

	B. A.	Br	S. P.	S. Ch	L. H.	Méx	Mon
	%	%	%	%	%	%	%
<b>ABVD</b>	18.6	13.8	23.7	22.3	20.5	19.4	16.8
<b>AIVD</b>	28.7	23.5	40.3	31.8	27.8	28.6	17.0
<b>VISIÓN</b>	38.9	35.5	58.1	41.7	35.9	36.6	26.0
<b>AUDICIÓN</b>	55.7	58.0	77.4	56.0	55.2	43.4	45.8
<b>INCONT</b>	67.2	67.3	78.5	57.5	63.8	56.6	50.3
<b>DET. COG</b>	100	100	98.9	99.1	97.0	92.7	93.7
<b>CAÍDAS</b>	51.2	46.3	67.4	48.5	52.9	46.0	34.0

Fuente: SABE: 2000

Igualmente en este otro estudio se aprecian los % de discapacidad entre distintas regiones y la ciudad de la Habana.

<b>Población estudiada</b>	<b>AÑO</b>	<b>Discapacidad física (%)</b>
<b>Mexicanos</b>	<b>2001</b>	<b>16.3</b>
<b>Mexicoamericanos</b>	<b>2001</b>	<b>13.1</b>
<b>Tailandia</b>	<b>2003</b>	<b>19</b>
<b>Beijing.</b>	<b>2002</b>	<b>7.1</b>
<b>Ciudad de la Habana</b>	<b>2005</b>	<b>20.5 - 26. (ABVD-AIVD)</b>

*Patel KV, et al. Comorbidity and disability. OPS, 2003*  
*Kunanusont CH, et al. Disability. Age and Ageing 2003.*  
*Jiang J, et al. Demographic determinants for ADL. J Epidemiol 2002.*

La distribución demográfica y geográfica de la discapacidad ejerce una influencia significativa en la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen el 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total. La discapacidad no solo afecta a la persona que la sufre, si no a aquellos que la cuidan, a los familiares, y a la comunidad.

En América Latina y el Caribe, se espera un notable aumento en el número de personas con discapacidad, relacionados con la atención materno infantil deficiente

y un alto nivel de accidentes y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia. Alrededor de un 50% de la población de personas con discapacidad de la región, tiene edad para trabajar. Dados los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, al igual que la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, la situación de las personas con discapacidad en la región es crítica.

La mayoría de estas personas están en el desempleo o excluidas del mercado laboral. En América Latina, se han encontrado cifras de prevalencia de discapacidad muy variadas, por ejemplo en Perú, las cifras reportadas por el estudio de prevalencia nacional están por el orden del 32%, mientras que en otros países está en un 10 al 13% (Ecuador, Venezuela, Colombia). En Centroamérica, las cifras de prevalencia de la discapacidad está alrededor del 18%.

Se reconocen diferentes Factores de Riesgo, que aumentan la probabilidad de aparición de Discapacidad en los Adultos Mayores entre los que podemos mencionar:

- la inactividad
- la insatisfacción con actividades cotidianas
- la inadaptación a la jubilación
- pérdida de roles sociales
- pérdida de familiares, amigos, hijos y cónyuge
- la ausencia de confidente
- los sentimientos de soledad
- las condiciones materiales inadecuadas
- presencia de enfermedades crónicas
- secuelas post-fractura del fémur y las amputaciones.
- otros: la escolaridad, el sexo y la ocupación.

Existe disparidad de criterios a la hora de definir y clasificar a la Discapacidad, por lo que la OMS, en el año 1980 publica la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías), pero se hace necesario una revisión del clasificador que se inicia en 1993, como parte del trabajo de múltiples equipos a nivel internacional, y aparece en mayo del 2001 aprobada por el Comité Ejecutivo de la misma organización en su 54 Asamblea, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde se prefiere el término de Discapacidad, por considerarlo más abarcador e integral. Toma en cuenta las tres dimensiones del ser humano, con sus tres componentes, orgánicas, funcionales, sociales y los factores contextuales (factores ambientales y personales) donde se desarrolla su vida.

La Discapacidad se clasifica de acuerdo a su duración en temporal y permanente, y por su evolución en progresiva, reversible y estable.

A su vez existen diferentes Tipos de discapacidad: físico-motora, visual, auditiva, intelectual, psíquica, trastornos del lenguaje, de la voz y del habla, viscerales y mixtas.

Sin embargo lo importante es evitar la Discapacidad, con medidas de prevención desde la prevención primaria, secundaria, hasta la terciaria, y poniendo énfasis en el tema se redactó en Río de Janeiro, en el 2005 un Manual sobre desarrollo Inclusivo

de las personas con Discapacidad, invitando a los diferentes estados de la región a la elaboración e implementación de acciones y políticas encaminadas para el desarrollo socioeconómico y humano que apunten a la igualdad de oportunidades y de derechos para todas las personas, independientemente de su status social, género, condiciones físicas, intelectuales o sensoriales y de su raza. En la 138.a Sesión del Comité Ejecutivo de la OMS, Washington, D.C, EUA, celebrado del 19-23 de junio de 2006, en su Resolución WHA58.23, incluye la necesidad de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades.

#### Bibliografía recomendada:

1. Katz SA. Assesing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instruments of activities of daily living. J Am Geriat Soc 1983; 721-77.
2. Patterson RL, Eberly DA. The modular approach to behavior modification with the elderly. En: Pattersson (Ed): Overcoming deficits of aging: A behavioral approach. New York: 1982:53-87.
3. Bond J, Constairs V. Services of the elderly Scottish Health services. Studies No.42, Edimburg: S/E 1982.
4. Pearlman RA, Utilman RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. J Gerontol 1988; 43:25-30.
5. Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. Rev Serv Social Pol Soc 1989; 28-37.
6. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
7. La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. 138. a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006
8. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2004.
9. David B. Peterson. International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction for Rehabilitation Psychologists. Rehabilitation Psychology 2005, Vol. 50, No. 2, 105–112