



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Norte
Unidad de Medicina Familiar No. 73
Poza Rica, Veracruz**



***“FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 73.”***

**TESIS
PARA OBTENER EL POSGRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

DRA. ROCÍO MARIBEL JUÁREZ RAMÓN.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
Matricula: 98311801.
e-mail: r.mjuarez@hotmail.com

DR. TOMAS ROBERTO VALADEZ RAMÍREZ
MAT.98312431.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERIATRIA.
ASESOR CLINICO

DR. ANDRES ALVARADO PEREZ.
MEDICO FAMILIAR DE UMF #73 POZA RICA VER.
ASESOR METODOLOGICO
CORREO ELECTRONICO:andaljl@hotmail.com

Lugar Donde se realiza el estudio
HGZ NO 24/ UMF # 73 POZA RICA VERACRUZ.

DEDICATORIA

A todas las personas que han tocado mi vida, porque gracias a ellas, me convertí en la persona que soy ahora.

Gracias por cada una de las experiencias, por cada consejo, cada charla, cada silencio, cada alegría y tristeza, gracias por cada momento que me permitieron compartir con ustedes.

AGRADECIMIENTOS.

A mis Padres por darme el mejor regalo del mundo la Vida.

A mis hermanos, que siempre me han apoyado, a mi sobrino Miguel por su cariño incondicional.

Al Amor de mi vida Fernando, gracias por tomarme la mano siempre, te Amo.

A todos mis Maestros, gracias por todas sus enseñanzas, al Dr. Alvarado y al Dr. Valadez, quienes me apoyaron incondicionalmente en la elaboración de esta tesis, que además de ser mis maestros los considero amigos, gracias.

A mis Amigas, Monserrat y Diana por todo su cariño, las Quiero

INDICE.

INDICE.....	3
1.-RESUMEN.....	4
2.-INTRODUCCIÓN.....	5
2.1.- Marco Teórico.....	12
2.2.- Antecedentes.....	14
3.- MATERIAL Y MÉTODO.....	16
3.1.1.-Planteamiento del problema.....	16
3.1.2.-Objetivos.....	17
3.1.3.-Metodología.....	18
3.1.4.-Descripción del programa de trabajo.....	19
3.1.5.-Criterios de Inclusión.....	21
3.1.6.-Etica.....	22
3.2.- Análisis Estadístico.....	23
4.- RESULTADOS.....	24
5.-CONCLUSIONES.....	34
6.-DISCUSIÓN.....	35
7.-RECOMENDACIONES.....	37
8.-REFERENCIAS.....	38
9.-ANEXOS.....	42
Anexo 1: Hoja de recolección de datos.....	42
Anexo 2: Índice de Lowton y Brody.....	43
Anexo 3: Índice de Kats.....	44
Anexo 4: Consentimiento informado.....	45

FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 73

Juárez Ramón R.M.* Valadez Ramírez T.R.
, Alvarado Pérez A. *

Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar. ** Asesor Clínico ***Asesor Metodológico Especialista en Medicina Familiar UMF 73

Objetivo.

Valorar la Funcionalidad de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 73.

Tipo de estudio.

El diseño del estudio fue una Encuesta Descriptiva Prospectiva y analítica.

Material y Método.

Estudio Observacional, prospectivo, transversal y analítico. Muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra está compuesta por 205 personas mayores de 65 años de edad con un valor de $p= 0.1$ y nivel de precisión 0.05 .se aplico los instrumentos de Katz y Lawton y Brody, mediante un análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia para realizar ABVD y AIVD, con los antecedentes personales, sociales, familiares y de salud de los participantes. Como criterios de inclusión tenemos a todos los adultos mayores de 65 años que deseen participar en el estudio, se excluirá aquellos con enfermedades psiquiátricas y se eliminaran las encuestas incompletas.se realizara un análisis multi-variable.

Resultados

Se encontró una dependencia para las ABVD fue del 17%, y una dependencia del 23% para las AIVD. Los fueron similares a los encontrados en otros estudios sobre funcionalidad.

Conclusiones.

La dependencia funcional en los AM está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores, el conocimiento de estos, nos permitirá identificar a pacientes en riesgo de perder su autonomía y de esa forma implementar estrategias dirigidas a detener o revertir el proceso.

Palabras clave. Funcionalidad, Adulto Mayor, Índice de Katz, escala de Lawton y Brody.

FUNCTIONALITY OF OLDER PERSONS IN FAMILY MEDICINE UNIT NO. 73.

Juárez Ramón R.M.* Valadez Ramírez T.R.
, Alvarado Pérez A. *

* Resident of the Specialization Course in Family Medicine. ** Clinical Advisory *** Methodological Advisory Family Medicine Specialist UMF 73

Target.

Evaluate the Functionality of Aging Patients treated at the Family Medicine Unit No. 73.

Type of study.

The study design was descriptive Prospective Survey and analytical.

Materials and Methods.

Observational Study prospective, transversal and analytical. Non-probability sampling for convenience. The sample consists of 205 people over 65 years old with a value of $p = 0.1$ and applied level of precision instruments 0.05. se Katz and Lawton and Brody, using a multivariate logistic regression analysis examined the association dependence BADL and IADL, with a personal, social, family and health of the participants. As inclusion criteria we have all adults over 65 who wish to participate in the study, we excluded those with psychiatric and surveys were eliminated incompletas. se conduct a multivariate analysis.

Results.

A dependency for ADL was 17%, and 23% dependence for IADL was found. They were similar to those found in other studies on functionality.

Conclusions.

The functional dependence on AM is directly related to aging and depends on many factors, such knowledge will allow us to identify patients at risk of losing their independence and thus implement strategies to stop

Keywords.

Functionality, Elderly, Katz Index, Lawton and Brody scale.

INTRODUCCIÓN

Los Adultos Mayores se han convertido en la última década en un grupo etéreo de alto crecimiento demográfico, se estima que entre el 10 y el 14% de la población mundial tiene actualmente más de 65 años, y entre el 15 y 30% de los ancianos poseen algún trastorno de su capacidad funcional, lo que lleva a que requieran diferentes tipos de asistencia para desarrollar sus actividades diarias.

El estado funcional es la capacidad del individuo de funcionar en múltiples áreas tales como la esfera física, mental y social. La calidad de vida de los Adultos Mayores está determinada más por su capacidad funcional que por el número o tipo de enfermedades específicas que padecen. Por lo que, la declinación en el estado funcional suele ser la forma de presentación inicial de muchas enfermedades en estos pacientes.

Existen ciertas variables, como comorbilidades, múltiples medicamentos “polifarmacia”, vivir solos, hechos que aumentan la prevalencia del deterioro funcional, lo que conduce a su vez aun aumento en el número de consultas médicas, necesidad de utilizar más fármacos, y hospitalizaciones frecuentes.

La pérdida de la capacidad funcional puede constituir la única expresión de una enfermedad física o psíquica subyacente en el anciano.

Por lo que la evaluación funcional es una herramienta útil no solo para identificar problemas físicos, cognitivos y/o psicosociales, sino también para organizar estrategias terapéuticas o preventivas, mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores y optimizar sus cuidados.

La evaluación de la esfera física debe incluir la valoración de la visión, la audición, la marcha, la continencia y el estado nutricional, ya que el deterioro de estas áreas afecta marcadamente la funcionalidad de los ancianos y aumenta su vulnerabilidad y dependencia. También deben evaluarse las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que permiten objetivar la funcionalidad de cada paciente en particular, y facilitar su seguimiento.

El interés por el estudio y tratamiento de las condiciones patológicas que afectan al ser humano a medida que envejece se remonta a 2800 a.C. en el antiguo Egipto, donde se consideraba que el proceso debilitante del envejecimiento era debido a «la purulencia en el corazón».

La medicina de Hipócrates consideró al envejecimiento como un estado «frío y húmedo» y la medicina galénica lo definió como un estado «frío y seco».

Tanto en América como en Europa, el inicio del siglo XX se presentaba propicio para los movimientos revolucionarios, la lucha por los derechos laborales y contra la discriminación. Es en este contexto donde el Dr. IL Nascher dirigió su atención a los adultos mayores, pugnando por un mejor modelo de cuidado médico, que tomara en consideración los daños orgánicos y mentales causados por el paso del tiempo.¹

Décadas más tarde, en Gran Bretaña, Marjorie Warren impulsó el establecimiento de normas científicas en apoyo a este modelo. Al tomar a su cargo el área de pacientes ancianos e inválidos en el Hospital de West Middlesex, en 1930, innovó los modelos de cuidado e introdujo programas rehabilitatorios activos, modificaciones ambientales y estimulación tanto cognitiva como afectiva, lo que permitió la reintegración social y familiar de sus pacientes.^{1, 2}

Los primeros antecedentes en México se remontan a 1957, cuando se realizó en la Ciudad de México el Primer Congreso Panamericano de Geriátrica. Sin embargo, la atención geriátrica dio inicio más de una década después, en 1979, con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México. Al reconocer el gobierno mexicano el crecimiento de la población de adultos mayores en el país y las importantes repercusiones sociales y de salud de este hecho, el Instituto de Geriátrica fue creado por decreto presidencial el 28 de julio de 2008. ²

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el año 2002 en Madrid, convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas, con objeto de evaluar el avance en las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena (1982) así como aprobar una declaración

política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor.³Según datos presentados en esta Asamblea, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% (400 millones) en 1950 y se calcula que para 2050 será de 21% (1,400 millones), de igual forma la sobrevivencia de los adultos mayores que rebasan los 85 años elevará aumentará en los próximos 30 años, y constituirá el 30% de los AM, en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo.^{3, 4.}

De acuerdo a lo que ya se ha mencionado, México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelerará significativamente en el presente siglo. Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6,8 millones en 2002 a 22,2 millones en 2030 y a 36,2 millones en 2050 ⁴. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud.

El proceso de transición demográfica entre los países es diferente. La OMS ha considerado las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento para establecer los criterios que permiten clasificarlos en cuatro grupos de transición:

- Incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento moderado (2,5%).
- Moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento alto (3,0 %).
- Completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento moderado (2,0%).
- Avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento bajo (1,0%).

Entre los países con transición avanzada se encuentran por ejemplo, Japón, Italia, Francia y Grecia, y en nuestro continente EU, Argentina, Canadá, Chile, Uruguay, Costa Rica, entre otros.

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que los AM son los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. A nivel nacional además representan un problema económico para la seguridad social y la asistencia social.^{4, 5.}

El envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, el AM presenta pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”.⁶

En el año 2000 había más de 33 millones de personas de 65 años o más no institucionalizadas en los Estados Unidos de América, de ellas 28,8% informó vivir con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de sí sin ayuda ⁵. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España correspondiente al año 2001, 36,2% de las personas de 65 años o más necesitaba ayuda de otra persona: 19,2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17,0% la necesitaba también para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ⁵. En México, la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento, realizada por el Consejo Nacional de Población en 1994, reflejó que 7,1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de las ABVD y, consecuentemente, dependen de una segunda persona para subsistir, mientras que 18,0% necesitan ayuda para realizar AIVD ⁷.

Funcionalidad: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas 8.

La evaluación de la función de los AM, es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio clínico, en el que se basan las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos 8, 9. La valoración funcional se convierte en un elemento más para determinar la eficacia y eficiencia de la intervención médica, aunado a otros indicadores de salud como la morbilidad y la mortalidad, en este sentido, la valoración de la función se muestra como un indicador sensible y relevante para evaluar necesidades y determinar la adjudicación de recursos.

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria de forma independiente 9. Las actividades de la Vida Diaria (AVD) se pueden dividir en Básicas, instrumentadas y avanzadas 10.

La Funcionalidad se divide en tres categorías:

- ⊗ *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*
- ⊗ *Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD)*
- ⊗ *Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)*

ABVD. Miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el WC, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen esenciales para el autocuidado.¹¹ Son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influenciadas ni por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia, se mide bajo observación directa o a través de interrogatorio, utilizando la escala de Bather o la escala de Katz, que es la utilizaremos en este estudio.

AIVD. Las actividades instrumentadas de la vida diaria, miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer compras, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas.) es decir actividades que permiten la relación con el entorno. Su principal limitación es su dependencia de factores como sexo, la cultura y preferencias personales.¹¹ Su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro y en su evolución se utiliza principalmente la Escala de Lawton y Brody.

AAVD. Valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajo, o el transporte.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

INDICE DE KATZ.

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz y formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del *The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio)* para determinar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicada por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos^{12, 13}.

Aunque fue diseñado como índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Cada ítem tiene dos posibles respuestas.

En la escala origina cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial, dependencia total), pero actualmente ha quedado reducido a dos (independencia o dependiente).

Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en uno de los ocho grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia ¹³.

Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficiente de correlación (>0,07) y test- retest (>0,90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados, se encuentra validada en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Publicado en 1969 y desarrollada en Philadelphia Geriatric Center, para evaluación de autonomía física y en poblaciones institucionalizadas o no.

La escala de Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de AVMD más utilizados internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría en España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

La ventaja de que presenta esta escala es que permite estudiar y analizar no solo una puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Evalúa la capacidad funcional mediante ocho ítems, capacidad para usar el teléfono, Ir de compras, Preparar la comida, Realizar tareas del hogar, Lavar la ropa, Utilizar transportes, Controlar la medicación, Manejar el dinero.

A cada ítem se le asigna un valor 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma, del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intra observador alto (0.94)¹³.

2. MARCOTEORICO.

2.1 Definición.

2.1.1 Definición de Adulto Mayor según OMS.

Adulto Mayor de acuerdo a OMS toda persona mayor de 60 años de edad en países en vías de desarrollo y personas mayores de 65 años en países desarrollados.¹² Existen muchas definiciones acerca de la vejez, aunque todas coinciden en un punto de partida: es un proceso individual determinado por factores como la herencia genética, la salud, el estatus socio-económico, la educación, las influencias sociales, la personalidad, y hasta la ocupación.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos que conducen a un estado caracterizado por una menor reserva funcional y una disminución de la capacidad de adaptación a dichos cambios, lo que hace que en los ancianos, la respuesta del organismo a las alteraciones que supone cualquier enfermedad, sea distinta a la del organismo joven. ¹³Por ello, el AM presenta una serie de características que le hace diferente al paciente adulto, no anciano. Estas características son las siguientes:

- 👉 **Presentación atípica de la enfermedad:** Con mucha frecuencia la enfermedad se presenta en el paciente geriátrico de forma atípica, mostrando una serie de características propias a este grupo de edad. Así, pueden aparecer, en vez de los síntomas habituales de una enfermedad, síntomas inespecíficos como: debilidad, anorexia, astenia, incontinencia, caídas. Estos síntomas tan imprecisos necesitarán ser interpretados tras realizar una exhaustiva valoración geriátrica del paciente, ya que en ocasiones suelen ser la primera señal de una patología grave¹⁴.

- ✿ Pluripatología: Es muy frecuente la coexistencia de múltiples patologías agudas o crónicas en la persona mayor.
- ✿ Polifarmacia: Las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas características del paciente geriátrico añadidas al exagerado consumo de fármacos (5 o más) acrecientan la frecuencia en la aparición de reacciones adversas, de interacciones entre los diferentes fármacos y de efectos no deseados del fármaco prescrito sobre otras enfermedades existentes^{14, 15}.
- ✿ Deterioro funcional y cognoscitivo: La valoración de los cambios funcionales y cognitivos nos van a orientar en la detección del proceso clínico subyacente, su tiempo de evolución y el grado de repercusión en el anciano¹⁵.
- ✿ Problemas sociales: Conforme aumenta la edad, pero sobre todo, conforme aumenta el grado de dependencia, los problemas sociales se acrecientan. Aspectos como la situación económica, la ubicación de la vivienda, la ausencia de familiares y/o amigos, la dificultad física para deambular, etc. favorecerán los problemas médico-sociales, presentando estos ancianos como rasgo común la pérdida de la independencia^{15,16}.

2.2 Antecedentes.

La pérdida de las capacidades funcionales en los AM, aunado con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”¹⁷.

La dependencia se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales.¹⁸

Se espera que para el año 2050 el porcentaje de personas adultas mayores aumentara del 10% al 21%; mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. El número de personas de más de 60 años aumentara de 600 millones a casi 2,000 millones de personas, los adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025, este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos.

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda en el año 2000 vivían en México un total de 6.95 millones de adultos mayores, se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16 % en el 2025.¹⁸

Datos de la encuesta Nacional de Salud de España (2001) 36.2% de las personas mayores de 65 años presentaban algún tipo de dependencia; 17,0% para las ABVD y 19.2% para AIVD.¹⁸ De acuerdo al Sistema Nacional de Salud en Chile, 30% de sus AM presentan algún grado de dependencia y 3.3% son totalmente dependiente.¹⁹ Cáceres, reporto en Costa Rica que 15.8% de los AM, requieren de algún tipo de ayuda. De acuerdo a un estudio realizado en México basada en la información obtenida del Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México en el 2001(ENASEM) de una muestra compuesta por 7, 171 personas, con un

promedio de edad 69,4 \pm 7,6 años, 7.3% (512 AM) resultaron Dependientes para realizar ABVD, 8.4% (603 AM) resultaron dependientes para realizar AIVD.^{19, 20.}

Otro estudio realizado por el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en México D.F. obteniendo datos del ENASEM, con una muestra de 4,872 AM 24% resultado dependiente en ABVD y 23% en AIVD, además reporto que las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articulares y cerebro vasculares, el deterioro cognitivo y la depresión.^{21.}

Estudio realizado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, con una muestra de 225 AM, presento 27,1% para las ABVD y 1,3% invalidez; para AIVD 16% mostro dependencia y 15,6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha, 34,7%, tuvieron riesgo leve de caída y 16% riesgo alto.^{22.}

Como se puede apreciar existe un elevado porcentaje de dependencia funcional, la cual se agrava con la edad, y afecta a las actividades que requieren mayor habilidad física.

3. MATERIAL Y METODOS.

3.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la Funcionalidad de los pacientes Adultos Mayores atendidos en la UMF No. 73?

HIPOTESIS

La funcionalidad en los Adultos Mayores, será igual a la encontrada en el país 7.1% para las ABVD y del 18% para las AIVD.

3.1.2.- OBJETIVO GENERAL.

Objetivo General:

Determinar la Funcionalidad de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 73.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar las características socio-demográficas de los adultos mayores
- ✓ Identificar la frecuencia de patologías de los adultos mayores
- ✓ Determinar la funcionalidad de los adultos mayores

3.1.3.- METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio Prospectivo, de tipo Transversal, Descriptivo

Lugar: Unidad Médica Familiar No. 73, Instituto Mexicano del Seguro Social, Poza Rica, Veracruz.

Tiempo: De Agosto del 2011 a Octubre del 2012.

Población: Pacientes mayores de 65 años adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 73.

Muestra: Está compuesta por 205 personas mayores de 65 años de edad con un valor de $p= 0.1$ y nivel de precisión 0.05. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la población total de Adultos mayores (12,075) que reciben atención médica en la UMF No 73 de la Ciudad de Poza Rica Veracruz se aplicó los instrumentos de Katz y Lawton y Brody, mediante un análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia para realizar ABVD y AIVD, con los antecedentes personales, sociales, familiares y de salud de los participantes.

Análisis estadístico.

Se obtuvieron frecuencias, porcentajes y gráficos de pastel y de barras para cada una de las variables. También se aplicó la prueba Chi-cuadrada para identificar posibles asociaciones entre las ABVD y AIBV con las características socio-demográficas.

Se excluyeron a los sujetos menores de 65 años de edad, pacientes que presenten enfermedad psiquiátrica subyacente, pacientes que no deseen participar en el estudio. Dato que se tiene fácil acceso a los pacientes cuando acuden a consulta, el muestreo fue por conveniencia, así la investigadora seleccionó directa e intencionadamente a los pacientes de la población, los que se encontraron en la sala de espera de consulta externa, o de Atención médica

continua, o al momento de esperar el cobro de sus pensiones, otros al atender actividades específicas para grupos de la tercera edad (actividad física), y a los adultos mayores que aceptaron se les aplicó los instrumentos de Katz y de Lawton y Brody. Previa explicación del estudio y firma del consentimiento informado.

3.1.4.-PROGRAMA DE TRABAJO.

Previa solicitud a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No 73 del IMSS, se presentó el presente protocolo a la jefatura de enseñanza para su autorización; Se realizó un Estudio Prospectivo, de tipo Transversal, Descriptivo y Analítico de una muestra compuesta por 205 personas mayores de 65 años de edad, derechohabientes de del IMSS y adscritos a la UMF No. 73 de la Ciudad de Poza Rica Ver. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la población total de Adultos mayores que reciben atención médica en la UMF No 73, con un valor de $p= 0.1$ y nivel de precisión 0.05.

El muestreo fue por conveniencia, algunos individuos se encontraron en la sala de espera de la consulta externa, o de Atención Medica Continua, al momento de esperar cobro de pensiones, y otros al termino de actividades especificas para grupos de la tercera edad (Diabetimms, y Geriatrimss).

A los individuos que aceptaron participar se les explico ampliamente la finalidad del estudio y se les invito a pasar a un pequeño consultorio, bien iluminado, y ventilado, en donde se encontraba un escritorio, tres sillas para que el AM se sentara cómodamente, y algún otra persona que acude como cuidador del AM, previa firma de consentimiento informado, se procede a llenar la hoja de recolección de datos con el nombre, edad, sexo, escolaridad, actividad actual, estado civil, enfermedades actuales. Posterior a esto se aplican los 2 instrumentos seleccionados para este estudio.

El índice de Katz para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, consta de 6 ítems, cada ítem con dos posibles respuestas. Están ordenados jerárquicamente

según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos.

Y el índice de Lawton y Brody para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria, consta de 8 ítems, a cada ítem se le asigna un valor 1 (independiente) o 0 (dependiente). Posterior a la aplicación de los instrumentos se dio una breve explicación del resultado a cada participante y se agradeció su participación.

Estas se encuestas se codifican a través de un número de folio, las cuales se van ingresando a una base de datos en Excel, posteriormente se realiza el análisis de datos generándose los resultados y conclusiones de la investigación.

3.1.5.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Ⓢ Derechohabientes que acudan a reciban servicio médico en la UMF No. 73 que tengan más de 65 años.

Criterios de exclusión.

- Ⓢ Personas menores de 65 años de edad.
- Ⓢ Pacientes que presenten enfermedad psiquiátrica subyacente.
- Ⓢ Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Ⓢ Encuestas incompletas

3.1.6 ETICA.

Consideraciones éticas aplicables al estudio.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, este trabajo se clasifica en categoría I, con base en el título segundo, artículo 17, que lo ordena como Investigación sin riesgo, debido a que los participantes solo aportan datos a través de encuestas, y no provoca daño físico ni mentales. Además la investigación no viola y ésta de acuerdo con las recomendaciones de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000

3.1.7 ANALISIS ESTADISTICO

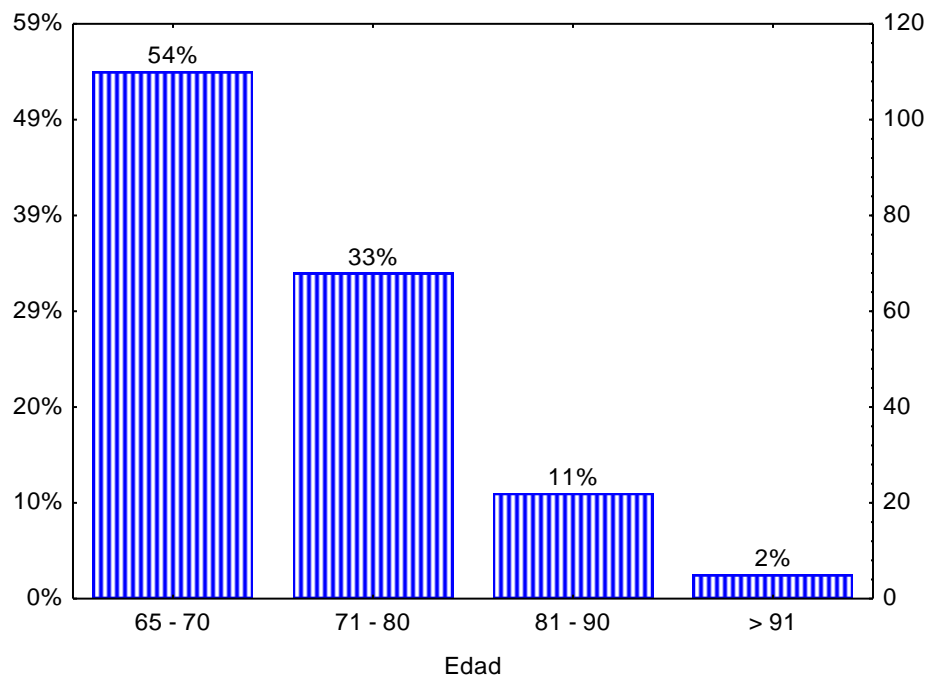
- Los datos de capturaron en la Hoja de cálculo de Excel y posteriormente se importaron en el software estadístico STATISTICA Versión 7.0 para su procesamiento estadístico (Milton y Toscos, 2001)

- Análisis estadístico. Se obtuvieron frecuencias, porcentajes y gráficos de pastel y de barras para cada una de las variables. También se aplicó la prueba Chi-cuadrada para identificar posibles asociaciones entre las ABVD y AIBV con las características socio-demográficas.

4.- RESULTADOS

La Figura 1 ilustra que el 54% de los adultos mayores registró una edad entre 65 y 70 años, 33% entre 71 y 80 años, 11% entre 81 y 90 años y 2% más de 91 años.

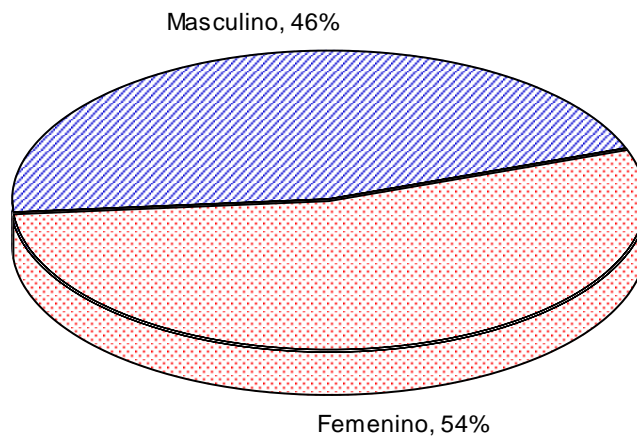
Figura 1. Edad de los adultos mayores



Fuente: Juárez, 2013

La Figura 2 despliega que el 54% de los adultos mayores son mujeres y el 46% son hombres.

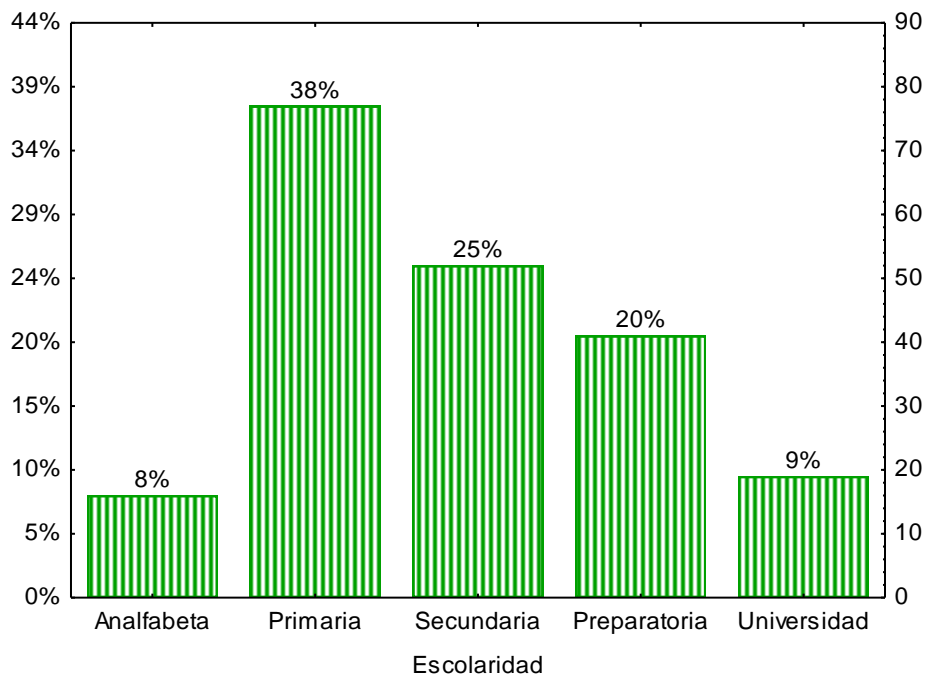
Figura 2. Sexo de los adultos mayores



Fuente: Juárez, 2013

La Figura 3 despliega que el 38% de los adultos mayores tienen estudios de primaria, 25% secundaria, 20% preparatoria, 9% universidad y 8% analfabetas.

Figura 3. Escolaridad de los adultos mayores



Fuente: Juárez, 2013

La Tabla 1 lista que el 35% de los adultos mayores se dedican a las labores del hogar, 18% son jubilados, 14% son desempleados, 13% son comerciantes, 6% son empleados y 15% desempeñan otras ocupaciones como son: Campesino, Ingeniero, Maestro, Abogado, Contador, Enfermera, Electricista, Plomero, Herrero, Albañil y Taxista.

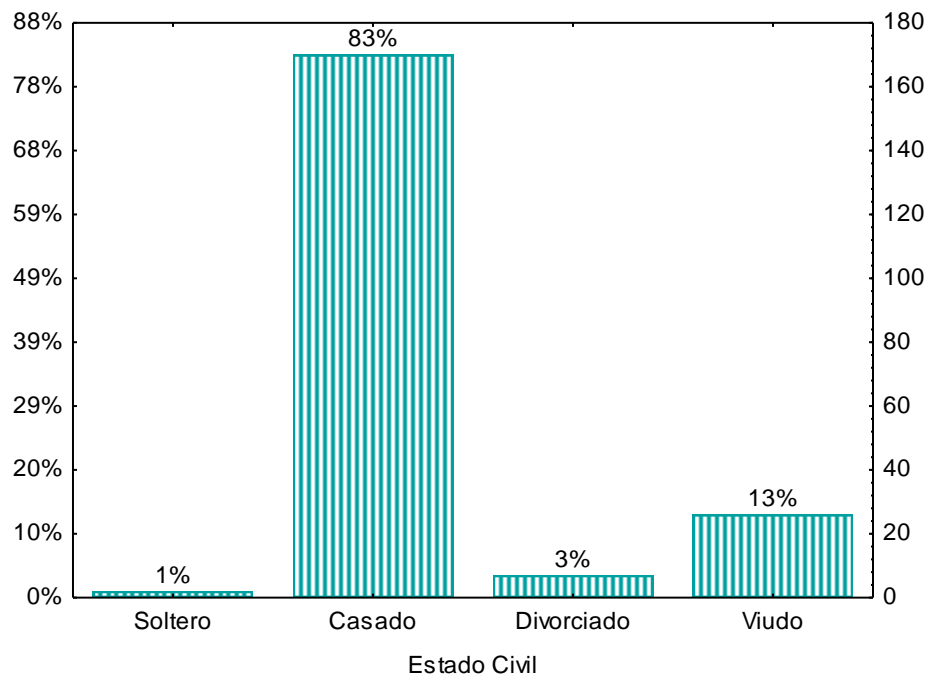
Tabla 1. Ocupación de los adultos mayores

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	72	35.12
Jubilado	37	18.05
Comerciante	25	12.2
Empleado	13	6.34
Desempleado	28	13.66
Otras	30	14.64
Total	205	100

Fuente: Juárez, 2013

La Figura 4 ilustra que respecto al estado civil de los adultos mayores, el 83% viven casados, 13% viudos, 3% divorciados y 1% solteros.

Figura 4. Estado civil de los adultos mayores



Fuente: Juárez, 2013

La Tabla 2 lista que el 12% de los adultos mayores se registraron sanos, 8% con padecen DM2, 8% HAS, 4% DM2 e IRC, 4% DM2 y HAS, 3% EPOC, 2% Cirrosis Hepática y 58% presentan las patologías anteriores junto con otras de las siguientes: Cardiopatía Isquémica, Colitis Crónica, Osteoporosis, Gastritis, Hipercolesterolemia, Hipotiroidismo, Secuelas EVC, Trastorno de personalidad, Hepatitis Autoinmune, Plaquetopenia, Fibrosis Pulmonar, Cáncer de próstata, Cáncer de esófago, Cáncer Pulmonar, Tumor Mesencefálico, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Cáncer de Ovario, Hipotiroidismo, Úlcera Rodilla, Epilepsia, Demencia Senil, Artritis Reumatoide, Alzheimer, Cirrosis hepática, Depresión, Neuralgia del Trigémino, Úlcera por Decúbito, Hiperplasia Prostática, Sordera, Vértigo, Migraña, Ácido Péptica, Litiasis Renal, CaMa entre otras.

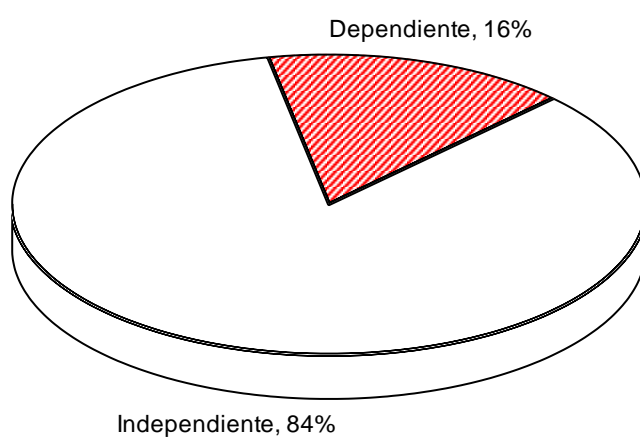
Tabla 2. Patologías de los adultos mayores

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Sano	25	12.20
DM2	17	8.29
HAS	16	7.80
DM2- IRC	9	4.39
DM2-HAS	8	3.90
EPOC	6	2.93
Cirrosis Hepática	5	2.44
Otras	119	58.05
Total	205	100.00

Fuente: Juárez, 2013

La Figura 5 ilustra que mediante el Índice de Katz, 16% de los adultos mayores es dependiente de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y 84% independiente.

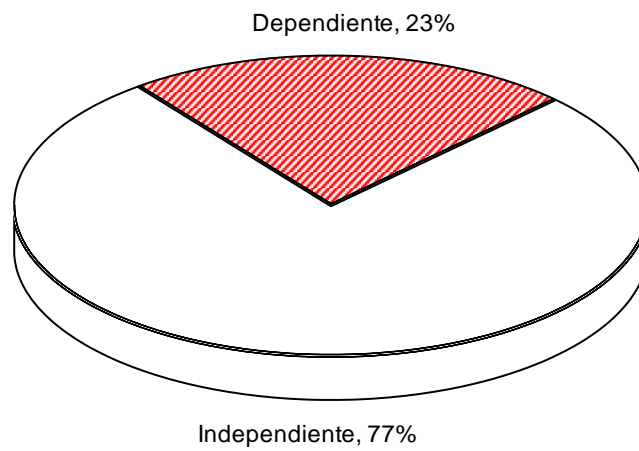
Figura 5. Actividades Básicas de la Vida Diaria de los adultos mayores mediante el Índice de Katz



Fuente: Juárez, 2013

La Figura 6 ilustra que mediante el Índice de Lawton y Brody, 23% de los adultos mayores es dependiente de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y 77% independiente.

Figura 6. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de los adultos mayores mediante el Índice de Lawton y Brody



Fuente: Juárez, 2013

La Tabla 3 despliega que dados los valores $p > 0.05$, no hay diferencia estadísticamente significativa en la distribución porcentual del ABVD y las características socio-demográficas. Es decir, en esta muestra de pacientes el ABVD no depende de las características de los mismos.

Tabla 3. Comparación de las características socio-demográficas de los adultos mayores por ABVD

Características	ABVD Independiente		ABVD Dependiente		Valor p
	173	84.39%	32	15.61%	
Edad					
65 – 70	96	55.49%	14	43.75%	0.351
71 – 80	56	32.37%	12	37.50%	
81 – 90	18	10.40%	4	12.50%	
> 91	3	1.73%	2	6.25%	
Sexo					
Femenino	92	53.18%	19	59.38%	0.518
Masculino	81	46.82%	13	40.63%	
Escolaridad					
Analfabeta	13	7.51%	3	9.38%	0.435
Primaria	68	39.31%	9	28.13%	
Secundaria	44	25.43%	8	25.00%	
Preparatoria	31	17.92%	10	31.25%	
Universidad	17	9.83%	2	6.25%	
Ocupación					
Labores del hogar	59	34.10%	13	40.63%	0.664
Jubilado	27	15.61%	10	31.25%	
Comerciante	24	13.87%	1	3.13%	
Empleado	12	6.94%	1	3.13%	
Desempleado	21	12.14%	7	21.88%	
Otras	30	17.34%	0	0.00%	
Estado Civil					
Soltero	2	1.16%	0	0.00%	0.363
Casado	146	84.39%	24	75.00%	
Divorciado	6	3.47%	1	3.13%	
Viudo	19	10.98%	7	21.88%	

Fuente: Juárez, 2013

La Tabla 4 ilustra que dados los valores $p > 0.05$, sólo la distribución porcentual de la ocupación es ligeramente diferente por las AIVD ($p = 0.047$, casi 0.05). En las demás características no hay diferencia estadísticamente significativa en la distribución porcentual del AIVD y las características socio-demográficas. Es decir, en esta muestra de pacientes el AIVD no depende de las características de los mismos.

Tabla 4. Comparación de las características socio-demográficas de los adultos mayores por AIVD

Características	AIVD Independiente		AIVD Dependiente		Valor p
	158	%	47	%	
Edad					
65 - 70	86	54.43%	24	51.06%	0.761
71 - 80	53	33.54%	15	31.91%	
81 - 90	16	10.13%	6	12.77%	
> 91	3	1.90%	2	4.26%	
Sexo					
Femenino	84	53.16%	27	57.45%	0.605
Masculino	74	46.84%	20	42.55%	
Escolaridad					
Analfabeta	11	6.96%	5	10.64%	0.637
Primaria	60	37.97%	17	36.17%	
Secundaria	42	26.58%	10	21.28%	
Preparatoria	29	18.35%	12	25.53%	
Universidad	16	10.13%	3	6.38%	
Ocupación					
Labores del hogar	54	34.18%	18	38.30%	0.047
Jubilado	27	17.09%	10	21.28%	
Comerciante	23	14.56%	2	4.26%	
Empleado	12	7.59%	1	2.13%	
Desempleado	13	8.23%	15	31.91%	
Otras	29	18.35%	1	2.13%	
Estado Civil					
Soltero	2	1.27%	0	0.00%	0.609
Casado	132	83.54%	38	80.85%	
Divorciado	6	3.80%	1	2.13%	
Viudo	18	11.39%	8	17.02%	

Fuente: Juárez, 2013

5.-CONCLUSIONES.

De acuerdo a nuestro estudio y resultado encontrados, que el grupo de edad comprendido entre 65 y 70 años de edad represento el 54% del total de nuestra población con decremento en el número de participantes conforme su edad es mayor a 80 años, con respecto al sexo se encontró un ligero predominio de la mujeres con un 54%.

En cuanto a la escolaridad, encontramos que la educación básica (primaria y secundaria) representa el 63 % de la escolaridad de nuestra muestra, y solo un 9% contaba con un grado de licenciatura, en relación a la ocupación el 35.12% se dedica a labores relacionadas con la administración del hogar, 6.34% se encontraban sin empleo, y el resto se encontraba jubilado o en ocupaciones diversas.

El 83% de los adultos mayores de nuestro estudio se encuentran casados, el 3% se encontraban divorciados, el 13% son viudos y solo un 1% son solteros.

Con respecto al padecimiento de enfermedades crónicas estas representan en nuestro estudio el 27,31% (DM2, HAS, DM2.HAS, DM2-IRC, EPOC) El 12.20% se encontraba sin ninguna patología al momento de realizar el estudio y el resto padecía diversas enfermedades.

De acuerdo a nuestro estudio y como resultado de la aplicación del Índice de Katz, se demostró que el 16% de los adultos mayores es dependiente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y 84% independiente. Mediante el Índice de Lawton y Brody, 23% de los adultos mayores es dependiente de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y 77% independiente.

En general no se observan grandes diferencias entre las características sociodemográficas y de salud de los Adultos Mayores de nuestro estudio con respecto a adultos mayores de otros estudios aquí mencionados.

6.- DISCUSIÓN.

Los resultados de nuestro estudio son semejantes a los Datos de la encuesta Nacional de Salud de España (2001) las cual reporta un 17,0% de dependencia para las ABVD, no así para la AIVD ya que el resultado de nuestro estudio fue mayor comparado con el 19.2% que reporta la Encuesta Nacional de salud de España. ¹⁸.

En comparación con estudios realizados en nuestro país nuestros resultados fueron mayores en comparación con la información obtenida del Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México en el 2001(ENASEM) de una muestra compuesta por 7, 171 personas, con un promedio de edad 69,4 \pm 7,6 años, 7.3% (512 AM) resultaron Dependientes para realizar ABVD, 8.4% (603 AM) resultaron dependientes para realizar AIVD.^{19, 20}. Estos resultados tan dispares pueden deberse al tamaño de la muestra que en nuestro caso fue sumamente inferior al de este estudio.

Otro estudio realizado por el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en México D.F. obteniendo datos del ENASEM, con una muestra de 4,872 AM 24% resultado dependiente en ABVD y 23% en AIVD,²¹. En comparación con este estudio los resultados obtenidos en la dependencia para las AIVD son semejantes a las encontradas en nuestro estudio.

Por ultimo en un estudio semejante al nuestro, realizado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, con una muestra de 225 AM, se encontró una dependencia del 27,1% para las ABVD y dependencia 16% para las AIVD, en comparación con los resultados de nuestro estudio la dependencia en las ABVD de nuestra población fue menor, y mayor para las AIVD.

La importancia de evaluar las Actividades Básicas e Instrumentadas de la Vida Diaria en los Adulto Mayor (AM), radica en que nos permite estimar el nivel de independencia, de estas personas, donde la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y del propio entorno es una de las capacidades imprescindibles, cualquiera que sea el concepto de calidad de vida.

El nivel de autonomía además de ser un predictor en la salud del AM le proporciona una autoevaluación y auto percepción subjetiva más positiva, lo que contribuye a un envejecimiento más exitoso.

La dependencia funcional en los AM está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores, el conocimiento de estos, nos permitirá identificar a pacientes en riesgo de perder su autonomía y de esa forma implementar estrategias dirigidas a detener o revertir el proceso.

7.- RECOMENDACIONES.

1.- Platicas para Adultos mayores y sus familias, sobre cambios propios del envejecimiento, cuidados propios de su edad, alimentación, actividades físicas y mentales recomendadas, señales de alarma etc.

2.- Grupos de autoayuda.

4.- Folletos y trípticos informativos sobre cuidados y actividades para los Adultos mayores, en las salas de espera.

8.- REFERENCIAS.

- 1) Leal MP, Flores CM, Borbo AC. La Geriátría en México Investigaciones en Salud 2006; 003: 185-190.
- 2) Ávila FFM, Definición y Objetivos de la Geriátría. Rev Esp Médico-Quirúrgicas 2010; 2 (5):49-54.
- 3) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para la atención Primaria a las personas Adultas Mayores...2ª ed. Washington: OPS-OMS, 2002.
- 4) Naciones Unidas. Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2):8-11.
- 5) Partida V. la transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México, 2000-2050. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2002.
- 6) Belenger, M.V, Aliaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. 2004, Rev. Rol de enfermería. España; 23 (3): 231-234.
- 7) Sanhuesa PM, Castro SM, Merino EJM. Adultos Mayores Funcionales: Nuevo concepto en salud. Ciencias y Enfermería XI (2): 17-21, 2005 I. S. S. N. 0717-2079.
- 8) Soberanes S, González A, Moreno YC. Funcionalidad en adulto mayor y calidad de vida. Rev Esp Médico-Quirúrgicas 2009; 14 (4):161-72.
- 9) Zavala MA, Domínguez G. Funcionalidad para la vida Diaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49(6) 585-90.

- 10)** Sandoval L, Verela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Rev Med Hered 1998; 9(4):139-140.
- 11)** Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. Aten Primaria 1992; 10:888-891.
- 12)** Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72(1): 11-16.
- 13)** González CA, Ham R. funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Mex 2007; Supl. 4:S448-58.
- 14)** Yábar C, Ramos N, Rodríguez C, et al. Prevalencia, características clínicas, socio-familiares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un Hospital de Chimbote Octubre 2006-abril 2007. Revista Peruana de Epidemiología Vol. 13;(12) 2009:1-8
- 15)** Alonso P, Sansó FJ, Diaz AM, et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(1):1-17.
- 16)** De León AR, Millán SN, Camacho CRE, et al. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Soc 2009; 47 (3)277-284
- 17)** Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria. 2000; 26:515-16.
- 18)** Jentoft AJ. Asistencia médica al paciente geriátrico. Medicine 2003; 8:5772-5777.

- 19)** Dorantes MG, Ávila FJA, Mejía AS, Gutiérrez RLM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(1):1-11.

- 20)** Barrates M, García EJ, Gutiérrez LM et al. Dependencia funcional y enfermedades cónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública de México 2007; 49supl 4:S4559-S466.

- 21)** Gutiérrez J, Pérez T, Fernández M, et al. Incapacidad funcional en una población anciana en el medio comunitario. Mapre Medicina 2001; 12(4):266-272.

- 22)** Peña B, Terán M, Moreno F, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009; 14(2):53-61.

- 23)** Hornillo M, Dobrid MJ, Urbina J, et al. Influencia de la patología crónica sobre la incapacidad funcional en una población anciana del medio rural. Rev. Esp Geriatria y Gerontología 1998; 5(33):263-271.

- 24)** Casado JM, González N, Morales S. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28(3):167-73.

- 25)** López P, Roset B, Iglesias P, et al. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica exhaustiva en atención primaria. Comparación con los datos de la historia clínica. Aten Primaria 2000; 25(9):630-33.

- 26)** Levi L, Anderson L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. 1ª ed. México: El Manual Moderno, 1980.

- 27)** Grand A, Groschalude P, Bocquet M, et al. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in rural French population. *J Clin Epidemiol* 1990; 43:773-82.
- 28)** Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa-Ferrer JR, et al. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in tow health care districts in Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(5):285-92.

9.- ANEXOS.

ANEXO No. 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 73.

1.- Nombre del paciente _____

2.- NSS _____

3.- Edad _____

4.- Sexo _____

5.- Escolaridad _____

6.- Estado civil _____

7.- Actividad Actual _____

8.- Enfermedades actuales _____

ANEXO 2**INDICE DE LAWTON y BRODY.**

1.-	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO. -Utiliza el teléfono por iniciativa propia. -Es capaz de marcar bien algunos números familiares. -Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar. -No utiliza el teléfono.	1 1 1 0
2.-	HACER COMPRAS. -Realiza todas las compras necesarias independientemente. -Realiza independientemente pequeñas compras. -Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. -totalmente incapaz de comprar.	1 0 0 0
3.-	PREPARACIÓN DE LA COMIDA. -Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente. -Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes -Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada. -Necesita que le preparen y sirvan la comida.	1 0 0 0
4.-	CUIDADOS DE LA CASA. -mantienen la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). -Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas. -Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza -Necesita ayuda en todas las labores dela casa. -No participa en ninguna labor de la casa.	1 1 1 1 0
5.-	LAVADO DE LA ROPA. -Lava por si solo toda la ropa. -Lava por si solo pequeñas prendas. -Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.	1 1 0
6.-	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE. -Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. -Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte. -Viaja en transporte público, cuando va acompañado por otra persona. -Utiliza el taxi o el automóvil, solo con ayuda de otros -No viaja.	1 1 1 0 0
7.-	RESPONSABILIDAD CONRESPECTO A SU MEDICACIÓN. -Es capaz de tomar su medicación a las dosis y hora adecuada. -Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. -No es capaz de administrarse su medicación.	1 0 0
8.-	MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS. -Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo. -Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las compras grandes. -Incapaz de manejar dinero.	1 1 0
	SUMA	

ANEXO

3.

INDICE DE KATZ (ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA) (ABVD)

LAVADO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual al bañarse) | <input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda o piernas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera |
|--|---|---|

VESTIDO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda | <input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido |
|--|---|---|

USO DE RETRETE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal | <input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete |
|--|---|--|

MOVILIZACION

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador) | <input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda | <input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama |
|--|---|--|

CONTINENCIA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional | <input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente |
|--|---|---|

ALIMENTACION

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin ayuda | <input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos |
|------------------------------------|---|--|

Independiente

Dependiente

VALORACION

- Independiente en todas las funciones
- Independiente en todas, salvo en una de ellas
- Independiente en todas, salvo lavado y otras mas.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras mas.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otras mas.
- Dependencia en las seis funciones.

Otras dependencias al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

ANEXO 4.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad del adulto mayor en la unidad de medicina familiar No. 73
Patrocinador externo (si aplica):	-----
Lugar y fecha:	Poza Rica de Hgo, Veracruz. A ___ de _____ del 20__.
Número de registro:	-----
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar la funcionalidad de los pacientes adultos mayores atendidos en la unidad de medicina familiar No. 73
Procedimientos:	Aplicación de los instrumentos de Katz y Law ton y Brody
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la capacidad funcional y buscar alguna enfermedad física o psíquica subyacente
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Brindar información sobre la funcionalidad en cada paciente
Participación o retiro:	Según el art. 100 de la ley general de salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Según el art. 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: _____	

Investigador Responsable: Dra. Rocío Maribel Juárez Ramón matricula 98311801 Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar UMF 73 Poza Rica Veracruz

Colaboradores: Dr. Tomas Roberto Valadez Ramírez matricula 98312431 Médico especialista en Geriatria. HGZ 24 Poza Rica Veracruz
Dr. Andrés Alvarado Pérez matricula 99316485 Médico especialista en medicina familiar UMF 73 Poza Rica Veracruz

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013